

## Chronische Obstipation

### Messung der Kolontransitzeit mit radioopaken Markern

Der anamnestische Verdacht auf eine Slow-Transit Obstipation kann mit Hilfe einer gastrointestinalen Transitmessung (GIT) mit radioopaken Markern objektiviert werden. Wir möchten zwei praktikable Wege der Kolontransitzeitmessung vorstellen.

Mit einer Prävalenz von bis zu 15 Prozent zählt die chronische Obstipation zu den häufigen Gesundheitsstörungen in Deutschland. Eine chronische Obstipation liegt vor, wenn von unbefriedigenden Stuhleerungen berichtet wird, die seit mindestens drei Monaten bestehen und mindestens zwei der folgenden Leitsymptome aufweisen:

- ▶ starkes Pressen
- ▶ klumpiger oder harter Stuhl
- ▶ subjektiv unvollständige Entleerung
- ▶ subjektive Obstruktion oder manuelle Manöver zur Erleichterung der Defäkation bei 25 Prozent der Stuhleerungen
- ▶ weniger als drei Stühle pro Woche.

Wichtig ist dabei, dass es sich nicht um eine Befindlichkeitsstörung handelt, sondern dass die chronische Obstipation mit einer signifikanten Verminderung der Lebensqualität einhergeht und es daher einer Würdigung in Diagnostik und Therapie bedarf.

Von therapeutischer Bedeutung ist es, zwei Untergruppen der chronischen Obstipation abzugrenzen:

1. Die Outlet Obstipation ist eine Entleerungsstörung, bei der der zunächst normal weiter beförderte Darminhalt, im Enddarm nicht regulär entleert werden kann.
1. Bei der Slow-Transit-Obstipation handelt es sich um eine erhebliche funktionelle Passageverzögerung im gesamten Kolon, so dass die Kolontransitzeit über 72 Stunden (drei Tage) beträgt.

Typischerweise sind es Frauen, die von einer Slow-Transit-Obstipation betroffen sind und darüber berichten, dass sie seit der Pubertät weniger als zwei Stuhlgänge pro Woche haben, aber ansonsten kaum unter anderen Symptomen leiden.

Der anamnestische Verdacht auf eine Slow-Transit Obstipation kann mit Hilfe einer gastrointestinalen Transitmessung (GIT) mit radioopaken Markern objektiviert werden. Da der weit überwiegende Zeitanteil des Gesamttransits auf das Kolorektum entfällt, kann man die GIT als Maß des kolorektalen Transits einsetzen. Das Prinzip dieser Methode wurde 1969 von Hinton erstmals beschrieben.



Prof. Dr. Heiner Krammer

#### Durchführung, Bezug und Kosten

Wir möchten zwei praktikable Wege der Kolontransitzeitmessung vorstellen.

1. Bei der Firma Sanochemica (Tel.: 02131/15108-0, www.sanochemia.de) erhältlich ist Colognost® (20,40€, Packung mit 10 Kapseln, die jeweils 24 strahlenundurchlässige Ringe enthalten). Laut der Produktinformation des Tests nimmt der Patient einmalig eine Kapsel mit 24 Ringen oral ein (Kosten 2,40€). Nach fünf Tagen wird dann eine Röntgen-Abdomen-Leeraufnahme durchgeführt. Bei 80 Prozent oder mehr ausgeschiedenen Markern (also weniger als fünf verbliebenen Markern) hat der Patient keine pathologisch verzögerte Kolontransitzeit. Dieser Test ist aufgrund der einmaligen Gabe der Marker eher ungenau.
2. Eine andere Form der Transitzeitmessung ist eine Messung, bei der der Patient über sechs Tage hinweg (oder bei Bedarf mehr als sechs Tage) morgens eine Kapsel mit jeweils zehn radioopaken Markern oral einnimmt (also insgesamt 60 Marker) und am 7. Tag (oder entsprechend später) eine Röntgen-Abdomen-Leeraufnahme mit Erfassung des Beckens durchgeführt wird. Durch die kontinuierliche Einnahme wird ein „steady state“ des Kolontransits geschaffen, was die Objektivität der Messung verbessert. Bei der Auswertung wird die verbliebene Anzahl der eingenommenen 60 Marker mit dem Faktor 2,4 multipliziert. Der ermittelte Wert entspricht der

Z Gastroenterol 2013; 51



Prof. Dr. Alex Herold

Kolontransitzeit in Stunden. Sind z. B. mehr als 30 Marker verblieben, entspricht das einer Kolontransitzeit von über 72 Stunden als Ausdruck einer Slow-Transit Obstipation.

Erhältlich ist dieser Test mit sechs Kapseln, die jeweils zehn

Marker unterschiedlicher Form enthalten (41,65€) bei Medical Instruments Cooperation (Tel.: 05221/122530 www.gi-produkte.de). Da bei diesem Test die Marker pro Kapsel unterschiedliche Formen besitzen, können diese bei der Auswertung zeitlich dem jeweiligen Einnahmetag zugeordnet werden. Wichtig ist und häufig vergessen wird, dass der Patient während der Testung ein tägliches Stuhlprotokoll durchführen muss, in dem neben dem Stuhlgang auch Besonderheiten, wie dringend erforderliche Laxantieneinnahme und Beschwerden, dokumentiert werden, um falsch negative Ergebnisse zu erkennen.

#### Erstattungsfähigkeit

Für den Gastroenterologen oder Koloproktologen gibt es für den Test keine Ziffer im EBM. Auch kann man nach Auskunft der KV-Baden-Württemberg die radioopaken Marker nicht als Sprechstundenbedarf bestellen oder auf Kassenrezept verordnen.

Die Röntgenuntersuchung des Hintontests wird vom Radiologen im EBM mit der Ziffer 34243 (Röntgen-Abdomen 1 Ebene) mit 270 Punkten abgerechnet. Somit würde der Radiologe die Marker erwerben und dem Patienten in einem Vorgespräch aushändigen. Dies könnte aus praktischen Gründen auch beim behandelnden Arzt, z. B. Gastroenterologen/Koloproktologen, erfolgen.

Der Nachweis einer Slow-Transit Obstipation durch die Kolontransitzeitmessung ist für die Diagnostik und Therapie eines schwer chronisch obstipierten Patienten, aber auch für die Erstattungsfähigkeit von Laxantien oder Prokinetika (z. B. Prucaloprid®) von großer Bedeutung. Da bei Patienten mit Slow-Transit-Obstipation u. a. ein Verlust an enterischen Nervenzellen (intestinale Hypoganglionose) festgestellt wurde (Wedel T, Spiegler J, Söllner S, Roblick UJ, Schiedeck THK, Bruch HP, Krammer HJ (2002) Interstitial cells of Cajal and the enteric nervous system are concomitantly altered in patients with slow-transit constipation and megacolon. Gastroenterology 123: 1459–1467), kann man von einer (intrinsischen) neurogenen Darmlähmung sprechen. Die neurogene Darmlähmung ist, wie auch z. B. die opiatbedingte Obstipation, eine Ausnahmeindikation in der Erstattungsfähigkeit. Das heißt, dass Laxantien und Prokinetika nach den gültigen Arzneimittelrichtlinien bei diesen Patienten zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind.

Da diese Patienten regelmäßig und meistens dauerhaft Medikamente wie Makrogol, Bisacodyl, Natrium-Picosulfat oder Prucalopride benötigen, ist die Verordnung auf einem Kassenrezept mit dem Hinweis auf die Ausnahmeindikation „neurogene Darmlähmung“ (in der Patientenakte) möglich.

Informationen über den Bezug, Auswertungen sowie Vordrucke für Stuhlprotokolle sind gerne erhältlich über: Prof. Dr. med. H. Krammer, Bismarckplatz 1, 68165 Mannheim, Tel.: 0621/401 011, krammer@magendarm-zentrum.de.

Prof. Dr. Heiner Krammer  
(Sprecher der Fachgruppe Proktologie im bng)

Prof. Dr. Alex Herold (End- und Dickdarmzentrum Mannheim)

## Termine

Datum	Veranstaltung	Ort
16.09.–18.09.2013	S3 Sedierungsleitlinienkurs	Mainz
06.09.–07.09.2013	Kapselendoskopiekurs	Hamburg
27.09.–28.09.2013	CED compact	Würzburg
11.11.–13.11.2013	S3 Sedierungsleitlinienkurs	Mainz
25.11.–27.11.2013	S3 Sedierungsleitlinienkurs	Mainz
06.12.–07.12.2013	Hepatitis Nurse	Berlin

## Jobbörse

### Gastroenterologe/-in gesucht

Ertragsstarke gastroenterologische GP in attraktiver Lage sucht **Gastroenterologe/-in** zur Assoziation oder Weiterbildung. Kontakt: gastro.rheinneckar@yahoo.de.

### Köln und Umgebung gesucht

Gastroenterologe und erfahrener Endoskopiker sucht einen **fachinternistisch-gastroenterologischen KV-Sitz** zur Übernahme oder eine Assoziation mit bestehender gastroenterologischer Praxis. Zuschriften bitte unter gastro-koeln@gmx.de.

### Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie

Erfahren in Sonographie und Endoskopie (ERCP, Endosonographie, Gastro- und Koloskopie mit Interventionen) sucht ab sofort **Einstieg/Festanstellung in einer gastroenterologischen Praxis** in Leipzig und Umgebung. Rückmeldungen gerne per Email oder Telefon (01577-3976697).

## Impressum

Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V., Holdergärten 13, 89081 Ulm  
www.bng-gastro.de, kontakt@bng-gastro.de

Redaktion:  
Dr. Holger Böhm, www.skriptstudio.de, bng@skriptstudio.de