

Chronische Obstipation - Individuelle Therapie verbessert Lebensqualität

► Schätzungen zufolge leidet etwa jeder fünfte Deutsche zumindest zeitweise an Obstipation. Trotz der weiten Verbreitung ist der Kenntnisstand der Bevölkerung über Ursachen und Behandlung gering, was unter anderem auf die Tabuisierung des Themas „Darm“ zurück zu führen ist. Nur ein kleiner Anteil der Betroffenen sucht mit diesen Beschwerden einen Arzt auf. Eine Chronifizierung der Symptomatik oder unsachgemäße Selbstmedikation mit Laxanzien sind oft die Folge. Ärzte sollten die Thematik deshalb offensiv ansprechen.



Krankheitsbild

Grundsätzlich ist zwischen der akuten und chronischen Obstipation zu unterscheiden. Eine akute Obstipation entwickelt sich meistens innerhalb von Stunden oder Tagen. Treten zusätzlich zur Verstopfung Symptome wie heftige Schmerzen, ein geschwollener Bauch, Fieber oder Erbrechen auf, kann ein Ileus vorliegen, der eine stationäre Therapie erforderlich macht.

Eine chronische Obstipation liegt vor, wenn Verstopfungssymptome über einen längeren Zeitraum beobachtet werden (s. unten). Betroffene leiden unter Völlegefühl, Unwohlsein, abdominalen Schmerzen und heftigem Pressen bei der Stuhlentleerung. Die diagnostischen Kriterien für eine funktionelle Obstipation sind erfüllt, wenn Organerkrankungen, metabolische Störungen und Arzneimittel als Verursacher ausgeschlossen sind und mindestens zwei der unten genannten Symptome über einen Zeitraum von wenigstens drei Monaten vorkommen.

Diagnostische Kriterien der funktionellen Obstipation

- weniger als drei Stuhlgänge pro Woche
- starkes Pressen beim Stuhlgang*
- klumpiger oder harter Stuhl*
- Gefühl der inkompletten Entleerung*
- Gefühl der anorektalen Obstruktion/Blockierung*
- manuelle Manöver zur Stuhlentleerung*
- weicher, ungeformter Stuhl nur unter Laxanzien
- kein Vorliegen eines Reizdarmsyndroms

* bei mindestens 25% der Stuhlgänge
(Rome III, Rome Foundation o.J.; Longstreth et al. 2006)

Mögliche Ursachen der Obstipation

- Lebensstil (Ernährung, Stress, Bewegungsarmut)
- Nebenwirkung von Nahrungsergänzungsmitteln (z. B. Eisen, Calcium)
- Nebenwirkung von Arzneimitteln (z. B. Antidepressiva)
- organische Erkrankungen (z. B. Stenosen)
- metabolische Störungen (z. B. Hypothyreose)
- neurologische Störungen (z. B. M. Parkinson)
- hormonelle Veränderungen (z. B. Schwangerschaft, Wechseljahre)

Weiterführende Links

- Rome Foundation: www.romecriteria.org
- Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten: www.dgvs.de
- Leitliniendatenbank: Leitlinie Obstipation im Kindesalter www.AWMF-online.de
- Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz: www.ernaehrung.de/tipps/obstipation

Diagnostik

Die individuelle Symptomatik steht im Fokus des ausführlichen Anamnesegesprächs. Alarmsymptome wie Anämie, spontaner Gewichtsverlust, Blut im Stuhl oder kolikartige Schmerzen, die z. B. auf ein Kolonkarzinom oder einen Ileus hinweisen könnten, sind abzuklären. Ergänzend wird der Patient zu seinen Ernährungs- und Lebensgewohnheiten, zur Einnahme von Medikamenten (eine Aufstellung obstipierender Arzneimittel und ihrer Alternativen findet sich unter www.darmgesundheits-check.de) und Präparaten mit obstipierender wie laxierender Wirkung sowie zur Frequenz und Beschaffenheit des Stuhls befragt.

Die körperliche Untersuchung umfasst neben dem Abtasten des Bauches und dem Abhören von Darmgeräuschen auch eine digital-rektale Untersuchung. Eine Koloskopie ist nur dann indiziert, wenn eine organische Kolonerkrankung in Betracht kommt (Müller-Lissner 2009).

Der nächste Schritt ist die hochdosierte Gabe von bakteriell schlecht spaltbaren Ballaststoffen (Flohsamenpräparate, Weizenkleie). Ergibt sich darunter eine Besserung, erübrigt sich eine weitere Diagnostik (Müller-Lissner 2009). Bleibt der Erfolg aus, sind spezielle Untersuchungsverfahren wie Kolontransitzeitmessung und /oder Defäkografie bei einem Gastroenterologen erforderlich.

Prävention

Ein gesundheitsbewusster Lebensstil mit regelmäßiger Bewegung und ballaststoffreicher Ernährung kann der Obstipation vorbeugen (Kasper 2004; WGO 2007). Allerdings ernährt sich nicht jeder Obstipierte ballaststoffarm oder bewegt sich zu wenig.

Empfehlungen des Weltverbandes der Gastroenterologen zur Prävention der Obstipation (WGO 2007)

- ▶ wissen, welche Stuhlfrequenz normal ist
- ▶ kein unnötiger Einsatz von Laxanzien
- ▶ ausgewogene Ernährung mit Getreideprodukten aus Vollkorn, Gemüse und Obst
- ▶ ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- ▶ regelmäßige Bewegung
- ▶ genügend Zeit für den Toilettengang nehmen
- ▶ den Defäkationsreiz nicht übergehen

Ballaststoffe

Ballaststoffe erhöhen das Stuhlvolumen und verringern den intraluminalen Druck, was zu einer Verkürzung der intestinalen Transitzeit führen kann (Leitzmann et al. 2009). Der Effekt ist abhängig von der Art der aufgenommenen Ballaststoffe. Unlösliche Ballaststoffe, wie Zellulose, Hemizellulose und Lignin erhöhen das Stuhlgewicht durch Wasserbindung. Sie werden von den Darmbakterien nur partiell abgebaut und unverdaut mit dem Stuhl ausgeschieden. Lösliche Ballaststoffe – auch Gelbildner genannt – wie Pektine und Pflanzengummis haben ebenfalls eine hohe Wasserbindungskapazität, werden jedoch im Dickdarm zu einem großen Teil von Bakterien abgebaut. Die dabei entstehenden Stoffwechselprodukte, insbesondere kurzkettige Fettsäuren und Gase, und die damit verbundene Absenkung des pH-Wertes können die Peristaltik anregen (Chmielewska u. Szajewska 2010).

Tabelle | Beispiel für eine Ballaststoffaufnahme von mindestens 30 g/Tag (wie von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung empfohlen)

Lebensmittel	Ballaststoffe (g)
3 Esslöffel Haferflocken (30 g)	3,0
25 g Haselnüsse	2,0
1 Apfel (150 g)	3,0
2 Scheiben Weizenvollkornbrot (100 g)	7,4
3 mittlere Kartoffeln (180 g)	3,8
1 Portion Möhrenrohkost (150 g)	5,4
1 Portion Brokkoli (200 g)	6,0
1 Schälchen Erdbeeren (100 g)	1,6
Summe	32,2

Ballaststoffe kommen ausschließlich in pflanzlichen Lebensmitteln vor: Hemizellulosen vorwiegend in Vollkorngetreideprodukten, Zellulose und Pektine in Gemüse und Obst. Deshalb ist eine vielfältig zusammengesetzte Kost mit einem hohen Anteil pflanzlicher Lebensmittel optimal.

Psyllium (Flohsamen) nimmt eine Zwischenstellung ein. Es ist eine konzentrierte Quelle löslicher Ballaststoffe, die auch von empfindlichen Personen sehr gut vertragen wird. Trotz seiner Löslichkeit führt Psyllium zu einem deutlichen Anstieg des Stuhlgewichtes und zwar um durchschnittlich sechs Gramm pro verzehrtem Gramm Psyllium. Dies wirkt sich günstig auf die Stuhlfrequenz und die Stuhlkonsistenz aus (Kreft 2001).

Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Heiner Kramer; Gastroenterologe und Ernährungsmediziner, Mannheim



1 | Herr Professor Kramer, Sie behandeln in Ihrer Praxis sehr viele Patienten mit Obstipation. Mit welcher Therapie erzielen Sie die besten Erfolge?

Meine Therapie erfolgt je nach Schweregrad in vier Stufen. An erster Stelle

steht eine Umstellung der Ernährung und des Lebensstils. Darauf folgt der Einsatz von Quellmitteln wie Psyllium. Führen diese Maßnahmen nicht zum Erfolg, setze ich Arzneimittel wie osmotische Laxanzien (z. B. Polyethylenglykol-Lösungen) oder stimulierende Abführmittel (z. B. Bisacodyl, Natriumpicosulfat) ein. Bei nicht ausreichendem Ansprechen auf Laxanzien kann ein neues Enterokinikum mit dem Wirkstoff Prucaloprid verschrieben werden.

2 | Ältere Menschen leiden bekanntlich häufiger unter Obstipation. Woran liegt das?

Zum einen spielt der normale Alterungsprozess hier eine Rolle. Die Beweglichkeit des Darms beruht auf einem komplexen Zusammenspiel von Muskeln, Nerven und Bindegewebe. Diese altern wie der gesamte

Körper auch, dadurch kommt es zu Einschränkungen der Transportfunktion. Bei älteren Menschen sind aber noch weitere Faktoren zu bedenken, z. B. Medikamente, körperliche Inaktivität oder Erkrankungen, die häufig mit Obstipation einhergehen wie Diabetes mellitus, Parkinson oder Divertikelkrankheit. Diese Faktoren gilt es genau abzuklären bevor man mit der Therapie beginnt.

3 | Gibt es spezielle Therapieempfehlungen für ältere Menschen?

Insbesondere bei Älteren achte ich auf eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme. Ansonsten gilt die gleiche Empfehlung zur Stufentherapie. Da häufig die Allgemeinmaßnahmen nicht ausreichen, wende ich schneller osmotische Laxanzien wie Laktulose oder Makrogol an und lasse diese dann regelmäßig nach Effekt einnehmen.

4 | Welche Erfahrungen machen Sie mit probiotischen Lebensmitteln?

Einige probiotische Getränke haben einen nachweisbaren positiven Einfluss auf die Darmfunktion und Verdauung. Ich empfehle sie mit guter Resonanz vor allem bei leichten Formen der Obstipation. Viele Patienten sind für solche leicht umsetzbaren Ratschläge sehr dankbar.

Lebensstilmodifikation als Teil der Therapie

Obwohl Veränderungen des Lebensstils die Beschwerden nicht immer lindern, sollten sie vor der Einleitung weitergehender Therapiemaßnahmen berücksichtigt werden. Insbesondere Patienten mit einer Normal-Transit-Obstipation, der häufigsten Form, können hiervon profitieren (Kramer u. Schlieger 2006).

Die Umstellung der Ernährung auf mehr Ballaststoffe sollte schrittweise und möglichst mit Unterstützung durch eine qualifizierte Ernährungsberatungskraft erfolgen. Das verbessert die Bekömmlichkeit der ballaststoffreichen Nahrung und die Compliance des Patienten. Da Bewegungsmangel und Stress die Symptomatik begünstigen, sind eine moderate körperliche Aktivität für mindestens 30 Minuten/Tag (vergleichbar mit schnellem Gehen) und regelmäßige aktive Entspannung (z. B. Yoga) empfehlenswert. Unter www.darmgesundheits-check.de finden sich hierfür patientengerechte Anleitungen.

Prinzipien der Ernährungsumstellung bei Obstipation

- ▶ regelmäßige Mahlzeiten
- ▶ mindestens 1,5 l am Tag trinken (z. B. kohlen-säurehaltige Mineralwässer)
- ▶ obstipierende Lebensmittel meiden (z. B. Weißmehlprodukte, Schokolade, Bananen)
- ▶ 5 Portionen Gemüse und Obst am Tag
- ▶ Getreideprodukte aus Vollkorn bevorzugen
- ▶ täglich Sauermilchprodukte oder probio-tische Lebensmittel
- ▶ weitergehende Maßnahmen
 - sulfatreiche Heil- oder Mineralwässer
 - eingeweichte Trockenpflaumen, Pflaumen-mus oder -saft
 - Sauerkrautsaft
 - Ballaststoffpräparate (z. B. Psyllium)

Therapie

Eine chronische Obstipation kann die Lebensqualität erheblich einschränken und sollte deshalb nicht bagatellisiert werden (Wald et al. 2007). Da 16 - 20% der Betroffenen in Eigenregie Laxanzien einnehmen (Wald et al. 2008), ist eine ärztlich geleitete medizinische Therapie sinnvoll. Allerdings stimmen subjektives Empfinden und objektive Krankheitskriterien bei vielen Patienten nicht überein. Während aus medizinischer Sicht eine Stuhlfrequenz von 3-mal pro Tag bis 3-mal pro Woche als normal gilt, glauben viele, dass der Stuhlgang täglich erfolgen muss. Eine Information über die „normale Stuhlfrequenz“ ist deshalb wichtiger Bestandteil der Therapie. Auch die Befürchtung mancher Patienten, eine Obstipation führe zu einer Autointoxikation (Selbstvergiftung) sollte ggf. aufgegriffen und widerlegt werden.

Therapie der Normal-Transit-Obstipation

- ▶ Gelbildner: Psyllium (z. B. Mucofalk®)
- ▶ Probiotika: *L. casei* Shirota (Yakult®), *E. coli* Nissle 1917 (Mutaflor®)
- ▶ Osmotische Laxanzien: Polyethylenglykol-Lösungen (Laxofalk®, Movicol®)
- ▶ Stimulierende Laxanzien: Bisacodyl (Dulcolax®), Natriumpicosulfat (Laxoberal®)
- ▶ Prokinetika: Prucaloprid (Resolor®)

(Krammer u. Schlieger 2006)

Etwa 60% der chronisch Obstipierten haben eine normale intestinale Transitzeit. Bei ihnen stehen allgemeine und diätetische Maßnahmen an erster Stelle der Therapie. Patienten mit einem verzögerten Transit (ca. 13%) sind auf eine medikamentöse Dauertherapie mit osmotischen und stimulierenden Laxanzien angewiesen (Krammer u. Schlieger 2006). Störungen der Defäkation liegen bei ca. einem Viertel der Patienten vor. Hier kommen Gelbildner und lokale rektale Entleerungshilfen wie Suppositorien und Klysmen zum Einsatz (Krammer u. Schlieger 2006).

Ballaststoffpräparate wie Weizenkleie oder Flohsamenschalen können die Therapie unterstützen. Flohsamenpräparate sind häufig besser verträglich als Kleie, weil sie nicht zu einer vermehrten Gasbildung führen (Krammer u. Schlieger 2006).

Weitere Informationen zu diesem Thema inkl. einer umfangreichen Literatur- und Linkliste finden Sie auf www.darmgesundheits-check.de

Probiotika

Verschiedene Studien belegen, dass der tägliche Verzehr probiotischer Lebensmittel die Stuhlfrequenz erhöhen und die Lebensqualität verbessern kann (Koebnick et al. 2001 und 2003, Matsumoto et al 2006, Chmielewska u. Szajewska 2010). In Placebo-kontrollierten Studien waren insbesondere die Stämme *L. casei* Shirota, *B. animalis* und *E. coli* Nissle 1917 wirksam (Bischoff 2009, Krammer et al. 2009). Bei Patienten mit einem verzögerten Transit führte die tägliche Aufnahme von *L. casei* Shirota ($6,5 \times 10^9$ KBE/Tag) zu einer signifikanten Verkürzung der Kolontransitzeit (Schlieger et al. 2006). Kinder mit chronischer Obstipation hatten nach der Verabreichung von *L. casei rhamnosus* Lcr35 ($2 \times 8 \times 10^8$ KBE/Tag) eine erhöhte Stuhlfrequenz und einen weicheren Stuhl (Bu et al. 2007). Die Autoren führen diese Effekte auf die bakterielle Produktion von kurzkettigen Fettsäuren zurück, welche die Darmmotilität anregen können (Bischoff 2009, Chmielewska u. Szajewska 2010).



Impressum:

Herausgeber: Yakult Deutschland GmbH
Forumstraße 2 · 41468 Neuss
Tel. 02131/3416-28 · Fax 02131/3416-16
E-Mail wissenschaft@yakult.de · Internet www.yakult.de

Redaktion: Yakult Deutschland GmbH · Wissenschaftsabteilung
Dr. Irmtrud Wagner

Fachliche Beratung: Prof. Dr. med. Heiner Krammer · Praxis für Gastroenterologie am Enddarmzentrum · Mannheim

Text: Dr. Maike Groeneveld, Bonn

Grafik und Druck: GDE Preprint- und Mediaservice GmbH, Bonn
Warlich Druck GmbH, Meckenheim

Fotos: GDE Preprint- und Mediaservice GmbH

Informationen für medizinische Fachkreise.