

## Chronische Obstipation

## So bringen Sie den Darm auf Trab

**Harter Stuhl und seltene Darmentleerungen, dies sind die typischen Symptome einer chronischen Obstipation, die die Lebensqualität stark beeinträchtigen kann. Deshalb benötigen betroffene Patienten eine effektive Therapie, die neben Allgemeinmassnahmen und der Gabe von Ballaststoffen auch den kontrollierten Einsatz von Laxantien umfasst.**

Die chronische Obstipation ist eines der häufigsten Krankheitsbilder in der Hausarztpraxis. Sie gilt als eine typische Zivilisationskrankheit, vor allem in den westlichen Industrienationen, wo eine Neigung zu einer ballaststoffarmen und kohlenhydratreichen Ernährung besteht. Der Anteil der betroffenen Patienten steigt mit dem Lebensalter bis zu 20%, wobei Frauen häufiger betroffen sind als Männer. Neben der zu seltenen Stuhlfrequenz klagen betroffene Patienten auch darüber, dass sie beim Stuhlgang heftig pressen müssen und, dass der Stuhl zu hart ist.

### Primäre oder sekundäre Obstipation?

Pathogenetisch kann die Obstipation sowohl durch eine gestörte bzw. verlangsamte Passage durch das Kolon, als auch durch eine Behinderung der Entleerung des Rektums verursacht sein. Beides wiederum ist entweder Folge einer Störung der Motilität bzw. der Koordination der Defäkation oder einer mechanischen Behinderung der Darmpassage. Die zugrundeliegenden Ursachen sind vielfältig und reichen von organischen Veränderungen des Kolons wie z.B. einem Kolonkarzinom über funktionelle Störungen von Kolon und Anorektum bis hin zu sekundären Störungen bei systemischen Erkrankungen wie z.B. einer Hypothyreose oder bei Medikamenten (Anticholinergika, Antikonvulsiva, Antidepressiva, Antihypertensiva insbesondere Kalziumantagonisten, Diuretika, Opiate, Parkinsonmittel). Insbesondere bei neu aufgetretenen Formen der Obstipation müssen organische Erkrankungen, insbesondere ein Kolonkarzinom mittels Koloskopie ausgeschlossen werden. Ist eine Grunderkrankung ausgeschlossen, so spricht man von einer primären Obstipation.

### Kontrollierter Einsatz von Laxantien

Auch wenn es sich bei der primären Obstipation um eine harmlose Erkrankung handelt, so fühlen sich betroffene Patienten doch ausgesprochen belästigt, ja nicht selten in ihrer Lebensqualität deutlich beeinträchtigt. Vor Einleitung therapeutischer Massnahmen sollte der Patient darüber aufgeklärt werden, dass entgegen weitverbreiteter Vorstellungen keine Gefahr der „inneren Vergiftung“ besteht, und dass es deshalb auch keinesfalls notwendig ist, täglich einmal Stuhlgang zu haben. Ein wichtiger Schritt in der Therapie ist auch das Absetzen bzw. Umsetzen obstipierender Medikamente.

Ansonsten werden zur Behandlung der Obstipation unspezifische Allgemeinmassnahmen empfohlen wie z.B. vermehrte körperliche Bewegung, Bauchdeckenmassage, Erhöhung der Flüssigkeitszufuhr oder Meiden bestimmter Nahrungsmittel. Doch die Effektivität dieser Massnahmen ist wissenschaftlich nicht belegt und

sie sind in ihrer Wirksamkeit meist auch sehr begrenzt. Auch die Erhöhung des Ballaststoffanteils in der Nahrung ist nur bei einem Teil der Patienten wirksam. Grundsätzlich empfiehlt sich ein täglicher Konsum von 30-40 g Ballaststoffen. Soweit dies nicht durch Diät erreicht werden kann, sollten zusätzlich Quell- und Faserpräparate wie Weizenkleie, Leinsamen oder die meist besser verträglichen Psylliumpräparate (z.B. Plantagosamen, Agiolax®) eingenommen werden.

Kann durch solche Allgemeinmassnahmen bzw. durch die vermehrte Aufnahme von Ballaststoffen keine Besserung erreicht werden, so ist eine medikamentöse Therapie nicht zu umgehen. Die in der Selbstmedikation eingesetzten Phytopharmaka haben gegenüber den „echten“ Laxantien keine Vorteile, da sie meist versteckt die selben Inhaltsstoffe enthalten. Das eigentliche Problem bei der Laxantientherapie ist, dass sie bei unkontrollierter Anwendung zu Gewöhnung führen und bei chronischer Überdosierung entsprechende Nebenwirkungen wie z.B. Elektrolytverschiebungen entfaltet. Dass allerdings durch eine Langzeiteinnahme von Laxantien das autonome Nervensystem des Darms geschädigt wird, dies entbehrt jeglicher wissenschaftlicher Grundlage. Da bei vernünftiger Dosierung und intermittierender Anwendung von Laxantien keine stärkeren Nebenwirkungen zu befürchten sind, ist gegen einen massvollen Einsatz dieser Medikamente nichts einzuwenden.

### Verschiedene Wirkmechanismen

Zum Einsatz kommen antiresorptiv-sekretagog wirksame Stoffe mit Motilitätswirkung wie Anthrachinone oder Diphenylmethane wie z.B. Bisacodyl, Dulcolax®. Alternativ können auch osmotisch wirksame Laxantien wie nicht resorbierbare Zucker (Laktulose) oder Polyethylenglycol, wie z.B. Macrogol, Transipeg® gegeben werden. Manche Patienten klagen allerdings bei diesen Stoffen über Blähungen. Gleitstoffe wie Parafinöl wirken relativ schwach und können bei Daueranwendung zu einem Mangel an fettlöslichen Vitaminen führen, so dass sie als Dauertherapeutika nicht geeignet sind. Salinische Laxantien wie Glaubersalz sind eher für die akute Anwendung z.B. für die Vorbereitung zur Koloskopie geeignet als für den Dauergebrauch, da sie zu Elektrolytverschiebungen führen können.

Eine neue Substanz, die als Prokinetikum über die Motilität wirkt, ist der 5-HT<sub>4</sub>-Rezeptoragonist Prucaloprid (Resolor®). Studiendaten belegen, dass durch die Einnahme dieser Substanz eine signifikante Verbesserung der Darmfunktion erreicht werden kann.

Bei der rektalen Obstipation können spezielle lokale Therapieformen notwendig werden. Dazu gehören lokale Entleerungshilfen wie Klistiere oder salinische Mikroklysmen. Bei Vorliegen eines spastisch erhöhten Sphinktertonus kann auch das Analbiofeedbacktraining ein erfolgreiches Therapiekonzept sein.

Dr. med. Peter Stiefelhagen