



Ratgeber

Chronische Obstipation (Verstopfung)

Prof. Dr. Stefan Müller-Lissner



Dieser Patientenratgeber richtet sich an Interessierte und hat zum Ziel, Sie übersichtlich und verständlich über die wichtigsten Fragen zum Thema chronische Verstopfung (Obstipation) zu informieren. Ein Glossar, das die wichtigsten medizinischen Begriffe erklärt, finden Sie am Ende des Ratgebers. Der Ratgeber ersetzt nicht das persönliche Gespräch mit dem Arzt¹, an den Sie sich bei gesundheitlichen Fragen, Zweifeln und Sorgen wenden sollten, und dem die individuelle Diagnostik und Therapie in Absprache mit Ihnen vorbehalten ist.

Einleitung

In Deutschland leiden ca. 3 % der Bevölkerung im jungen, 8 % im mittleren und 20 % im höheren Alter an Verstopfung (Obstipation). Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer, im hohen Lebensalter gleichen sich die Zahlen jedoch an. Zwar beeinträchtigt die chronische Verstopfung nicht die Lebenserwartung, sie verschlechtert jedoch die Lebensqualität in nennenswertem Ausmaß und verdient es daher, ernst genommen und behandelt zu werden.

Wie definiert der Arzt Verstopfung (Obstipation)?

Von chronischer Verstopfung spricht man, wenn über mindestens zwölf Wochen der letzten sechs Monate regelmäßig oder wiederholt mindestens zwei der aufgeführten Symptome auftreten (Rom-III-Kriterien):

1) Aus Vereinfachungsgründen wurde unabhängig vom Geschlecht nur die männliche Formulierungsform gewählt. Die Angaben beziehen sich auf Angehörige jedweden Geschlechts.

1. Starkes Pressen beim Stuhlgang
2. Klumpiger, harter Stuhlgang
3. Gefühl der unvollständigen Entleerung
4. Gefühl, dass die Stuhlpassage blockiert ist
5. Manuelle Hilfe zur Erleichterung der Entleerung
6. Weniger als drei Entleerungen pro Woche

Zudem dürfen kein weicher, ungeformter Stuhl (außer mit Abführmitteln) und kein Reizdarmsyndrom (nervöser Darm, siehe auch Glossar) vorliegen.

Die Ursachen der Obstipation sind nur teilweise bekannt. Eine neu auftretende Verstopfung sollte ärztlich abgeklärt werden. Ein Darmverschluss, etwa durch einen Tumor, macht sich jedoch meist nicht als chronische Obstipation bemerkbar, sondern führt eher zu einer plötzlich einsetzenden Verstopfung und ist darüber hinaus mit anderen Krankheitszeichen wie krampfartigen Bauchschmerzen und einem aufgetriebenen Bauch verbunden.

Was sind die häufigsten Ursachen einer chronischen Verstopfung?

Organische Erkrankungen

- Instabilität des Beckenbodens:
abnorme Beckenbodensenkung
- Schlechte Aufhängung der Beckenorgane:
Rektozele, innerer und äußerer Rektumprolaps
- Funktionsstörungen der Muskeln im Beckenboden (z. B. unregelmäßige Kontraktion des Schließmuskels am Darmausgang)
- Störung der inneren Drüsen (selten): Schilddrüsenunterfunktion, Erkrankungen der Nebenniere

- Erkrankungen des Nervensystems (z. B. Morbus Parkinson, multiple Sklerose, Querschnittslähmung)
- Extreme Störungen der Salzzusammensetzung im Körper (z. B. Kaliummangel oder Kalziumüberschuss)
- Angeborene (selten) und erworbene (z. B. bei Diabetes mellitus) Erkrankungen des autonomen Nervensystems des Darms
- Angeborene Stoffwechselerkrankungen (z. B. Porphyrrie) oder Bindegewebserkrankungen (z. B. Sklerodermie)

Weitere Ursachen

- Bettlägerigkeit
- Schwangerschaft
- Medikamentennebenwirkung (vor allem Opiode, Medikamente gegen Depressionen, Anti-Parkinson-Medikamente)

Ballaststoffe erhöhen zwar das Stuhlvolumen und können eine Verstopfung günstig beeinflussen, eine ballaststoffarme Ernährung kann aber nicht als generelle Ursache der Obstipation angesehen werden. Weißmehlprodukte und Milchprodukte enthalten z. B. wenige Ballaststoffe, während Kleie und Flohsamenschalen viele Ballaststoffe enthalten.

Idiopathische chronische Obstipation

„Idiopathisch“ nennen Ärzte eine Erkrankung, wenn ihre Ursache unbekannt ist. Dies trifft auf die allermeisten Fälle von chronischer Verstopfung zu. Deshalb sind in der Regel auch keine technischen Untersuchungen zur Abklärung sinnvoll oder notwendig (s. u.)

Was muss Ihr Arzt zur Abklärung einer Verstopfung wissen?

Um eine Verstopfung abklären zu können, benötigt Ihr Arzt möglichst viele Informationen aus Ihrer Krankengeschichte (Anamnese). Je mehr Details Sie Ihrem Arzt berichten, desto genauer kann seine Diagnose sein. Bei Beschwerden einer chronischen Verstopfung sind insbesondere folgende Begleitumstände wichtig:

- Beschwerdedauer
- Stuhlbeschaffenheit, Stuhlhäufigkeit
- Ablauf des Entleerungsvorgangs
- Ernährungsgewohnheiten
- Art und Ausmaß körperlicher Aktivitäten
- Regelmäßig eingenommene Medikamente
- Begleiterkrankungen

Welche Untersuchungen nimmt der Arzt vor?

Vor der Diagnosestellung wird Ihr Arzt einige Untersuchungen durchführen. Dazu gehören:

- **Körperliche Untersuchung, u. a. mit**
 - Abtasten des Bauches
 - Inspektion der Analregion
 - Austastung des Enddarms
- **Blutabnahme** mit Bestimmung der Schilddrüsenhormone und der Blutsalze (v. a. Kalium)
- Eine **Darmspiegelung** ist nicht grundsätzlich erforderlich. Nur bei neu aufgetretenen oder veränderten Beschwerden, v. a. in der zweiten Lebenshälfte ist eine Darmspiegelung (Koloskopie) erforderlich. Ab dem 55. Lebensjahr wird ohnehin eine Darmspiegelung zur Krebsvorsorge empfohlen!

- Bei der neu aufgetretenen Obstipation werden häufig auch eine Ultraschalluntersuchung des Bauchraums und ggf. Röntgenaufnahmen angefertigt.
- Bei bestimmten Symptomen sollten Spezialuntersuchungen wie z. B. die Druckmessung im Enddarm (Rektummanometrie) oder eine Bestimmung der Stuhlpassagezeit mit röntgendichten Markern (Abb. 1) vorgenommen werden.



Abb. 1 Zur Bestimmung der Stuhlpassagezeit im Dickdarm nimmt der Patient an 6 aufeinanderfolgenden Tagen immer zur selben Zeit je 20 röntgendichte Marker in einer Kapsel mit etwas Flüssigkeit ein. Am 7. Tag wird eine Röntgenübersichtsaufnahme vom Bauch angefertigt und dann mit einer Formel die Passagezeit der Marker berechnet. Mit dieser Untersuchung lässt sich herausfinden, ob die Verstopfung mit einer zu langsamen Passage des Darminhalts zusammenhängt und wo diese Passageverzögerung auftritt.

Wie wird die Obstipation behandelt?

Findet Ihr Arzt eine organische Ursache für die Verstopfung, wird er zunächst versuchen, die Grunderkrankung zu behandeln. Ergibt sich aus dieser Basisdiagnostik keine Notwendigkeit für eine weiterführende Untersuchung und lässt sich auch keine Ursache für die Verstopfung finden, die eine gezielte Behandlung erlaubt, wird er zunächst versuchen, die Beschwerden durch Allgemeinmaßnahmen zu beseitigen.

Basisbehandlung (Allgemeinmaßnahmen)

- In Ruhe frühstücken (das regt die Dickdarmtätigkeit an)!
- Danach Zeit für den Toilettenbesuch vorsehen!
- Für regelmäßige körperliche Bewegung sorgen!
- Ein eventuell vorhandenes Flüssigkeitsdefizit (1,5 bis 2 l Flüssigkeit täglich genügen) ausgleichen!
- Ballaststoffreiche Kost (Vollkornprodukte, Kleie, Trockenfrüchte, Müsli) bevorzugen (Abb. 2)!



Wann werden Abführmittel eingesetzt und wie wirken sie?

Sind die oben aufgeführten Allgemeinmaßnahmen erfolglos, kann die Einnahme von Abführmitteln (Laxanzien) erwogen werden.

Die bei uns verfügbaren Abführmittel sind wirksam und sicher. Es kursieren zahlreiche und sehr hartnäckige Vorurteile zu diesem Thema, insbesondere hinsichtlich einer längerfristigen Einnahme. Die verfügbaren Studien zeigen jedoch, dass Laxanzien bei bestimmungsgemäßem Gebrauch nicht zu relevanten Störungen und nur selten zur Gewöhnung führen. Wichtig ist es, dass die Mittel korrekt angewendet werden, d. h., dass Einnahmedosis und -häufigkeit so gewählt werden, dass ein weicher geformter Stuhl entleert wird.

Es gibt verschiedene Arten von Abführmitteln, die auf unterschiedliche Weise wirken. Die meisten sind in der Apotheke ohne Rezept erhältlich:

Unter dem Begriff **salinische Laxanzien** werden Magnesiumhydroxid, Glaubersalz, Bittersalz und Karlsbader Salz zusammengefasst. Sie sind für die Langzeitgabe wenig geeignet.

Macrogol (Polyethylenglycol, PEG) kann als synthetischer, bakteriell nicht spaltbarer Ballaststoff betrachtet werden. Es bindet Wasser und erhöht damit das Stuhlvolumen. Mangels Spaltbarkeit durch die Darmbakterien kommt es nicht zur Gasbildung. Salzfremde Präparate sind aus Geschmacksgründen vorzuziehen. Die Zuckerstoffe **Lactulose** und **Sorbit** können vom Dünndarm nicht gespalten bzw. nur eingeschränkt

aufgenommen werden. Sie binden dadurch Wasser und erhöhen das Stuhlvolumen, was einer Verstopfung entgegenwirkt. Allerdings werden diese Substanzen im Dickdarm bakteriell gespalten und verlieren in der Folge ihre Wasserbindungsfähigkeit und damit auch ihre Wirkung, und zwar umso mehr, je länger sie im Darm bleiben. Daher wirken sie umso schlechter, je schwerer die Verstopfung ist. Für viele Patienten störend sind bei Lactulose die Gasbildung (verursacht durch den Abbau im Dickdarm) und der süße Geschmack.

Bisacodyl und **Natriumpicosulfat** haben einen doppelten Wirkmechanismus: Sie führen zur Wasseranreicherung des Stuhls und regen direkt die Bewegung des Dickdarms an.

Genauso wirken die **Anthrachinone**, deren bekanntester Vertreter Senna ist. Sie sind pflanzlichen Ursprungs, was weder einen Vor- noch einen Nachteil darstellt.

Rizinusöl ist kaum noch als Abführmittel in Gebrauch, da es durch seine heftige Wirkung auf Dünn- und Dickdarm zu Bauchschmerzen führen kann.

Prucaloprid regt direkt die Bewegung des Dickdarms an. Es ist im Gegensatz zu den anderen Abführmitteln verschreibungspflichtig.

Rektale Entleerungshilfen: Es stehen Zäpfchen mit Bisacodyl oder Glycerin, Sorbitolklistiere und CO₂-freisetzende Zäpfchen zur Verfügung. Sie können insbesondere dann angewendet werden, wenn die gestörte rektale Entleerung im Vordergrund steht.

Wenn bei Ihnen ein Mittel unbefriedigend wirkt oder Sie es schlecht vertragen, sollten Sie auf eine andere Wirkklasse umstellen. Bei unzureichender Wirkung der einzelnen Mittel kann auch eine Kombination aus Präparaten unterschiedlicher Wirkprinzipien ausprobiert werden.

Die Auswahl eines Abführmittels richtet sich nach der individuellen Verträglichkeit und Präferenz. Macrogol, Bisacodyl und Natriumpicosulfat sind die Präparate der ersten Wahl. Sie sind auch zur langfristigen Behandlung einer chronischen Obstipation geeignet, eine Begrenzung des Einnahmezeitraums ist unbegründet.

Wenn die Ursache der Beschwerden im Bereich des Beckenbodens liegt und sie durch die bisher genannten Maßnahmen nicht zu bessern sind, kommt bei einer Rektozele oder einem Rektumprolaps eine geeignete Operation, bei Funktionsstörungen der Muskeln im Beckenboden ein Biofeedback-Training in Betracht. Bei sehr stark verzögertem Darmtransit kann in wenigen Ausnahmefällen die operative Entfernung des Dickdarms erwogen werden.

Auf was müssen Sie bei der chronischen Einnahme von Abführmitteln achten?

Niemand sollte Abführmittel einnehmen, wenn es nicht nötig ist. Seltener Stuhlgang hat keine negativen gesundheitlichen Folgen, eine tägliche Darmentleerung ist also nicht erforderlich. Insbesondere sind Abführmittel nicht geeignet, um Gewicht zu reduzieren! „Das beste Abführmittel“ gibt es nicht.

Vielmehr müssen Sie ausprobieren, mit welchem Mittel Sie am besten zurechtkommen. Meist reicht eine ein- bis dreimal wöchentliche Einnahme aus (Abb. 3).

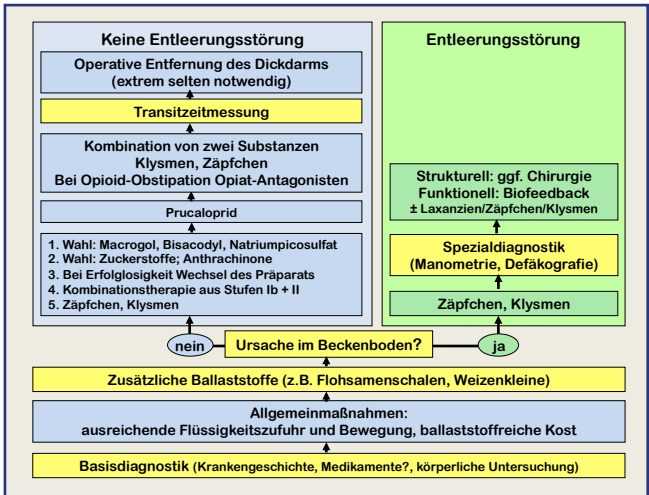


Abb. 3 Vorgehen bei der Abklärung und Behandlung einer chronischen Verstopfung (empfohlen von der Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen).

Glossar

Ballaststoffe

Unverdauliche Nahrungsbestandteile, vorwiegend aus Pflanzen, die das Stuhlvolumen erhöhen

Beckenbodensenkung

Der Beckenboden (Abschluss des Bauchraums und der Beckenhöhle nach unten), der aus Muskeln und Bindegewebe besteht, verlagert sich durch Schwächung des Halteapparats (Muskeln und Bindegewebe) weiter nach unten, z. B. nach wiederholten Geburten; dies kann zur Obstipation führen

Biofeedback-Training

Dabei wird dem Patienten der Druck im Schließmuskel akustisch oder optisch rückgemeldet, sodass er die korrekte „Bedienung“ des Muskels erlernen kann

Flohsamenschalen

Samenschalen der Pflanze *Plantago ovata*, pflanzliches Quellmittel

Kleie

Rückstände, die nach der Getreideverarbeitung verbleiben

Kontraktion

Zusammenziehen von Muskeln, z. B. eines Schließmuskels

Laxanzien

Abführmittel; salinische oder osmotische Laxanzien ziehen über eine erhöhte Salzkonzentration Wasser in die Darmhöhle (z. B. Glaubersalz oder Karlsbader Salz = Natriumsulfat, Bittersalz = Magnesiumsulfat)

Manuell

Mit der Hand

Morbus Parkinson

(auch: Schüttelkrankheit)
Generalisierte Erkrankung der Bewegung und Koordination durch Absterben bestimmter Nervenzellen im Gehirn

Obstipation

Auch Verstopfung, verzögerte Darmentleerung oder (selten!) gar keine Darmentleerung; man unterscheidet eine akute und eine chronische Form; die akute (plötzlich auftretende Form) bedarf einer raschen ärztlichen Abklärung

Opioide

Sammelbegriff für eine Gruppe starker Schmerzmittel

Opiat-Antagonisten

Substanzen, die die Wirkung der Opioide im Darm aufheben; die zur Behandlung der durch Opioide bedingten Verstopfung verwendeten Mittel lassen den schmerzstillenden Effekt unbeeinflusst

Reizdarmsyndrom

(auch irritables Darmsyndrom oder nervöser Darm)
Anhaltendes Unwohlsein und Schmerzen im Bauchraum, auch verbunden mit Verstopfung oder Durchfall bzw. Wechsel zwischen Obstipation und Durchfall, ohne eine medizinisch eindeutig fassbare Ursache

Rektozele

Aussackung des Mastdarms (auch Rektum, Ende des Dickdarms), bei der Frau meist in die Scheide

Rektummanometrie

Messung der Drücke im Rektum (Mastdarm, Ende des Dickdarms) und im Schließmuskel (Analsphinkter)

Rektumprolaps

(„Mastdarmvorfall“) Vorfall des Mastdarms in die Mastdarmlichtung und durch den After nach außen

Ihnen hat dieser Ratgeber gefallen? Sie haben Fragen oder Anregungen? Dann schreiben Sie uns. Mit Ihrer Rückmeldung helfen Sie, diesen Patientenratgeber weiter zu verbessern. Unsere Anschrift: Gastro-Liga e.V., Redaktion „Patientenratgeber“, Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen, E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de

Autoren

Prof. Dr. Stefan Müller-Lissner
Internist – Gastroenterologe
Eisenacherstraße 103D
10781 Berlin

Interessenkonflikte: Prof. Dr. Müller-Lissner war bzw. ist als Berater für verschiedene Firmen tätig, die auch Abführmittel entwickeln oder vertreiben: Almirall, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chr. Hansen, Danone, Develco, Dr. Falk Pharma, Mundipharma, Shire, Sucampo.

Abbildungsnachweis: Prof. Dr. S. Müller-Lissner (Abb. 1 u. 3)

Fotolia: (Abb. 2), Urheber: kab-vision

Aufnahmeantrag

an Gastro-Liga e.V. , Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen



Ich möchte in die Gastro-Liga e.V. als Mitglied aufgenommen werden

Name

Vorname

Beruf

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon / Fax

E-Mail

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von €
(jährlicher Mindestbeitrag € 30,00)

Betrag in Worten

wird jährlich per Lastschrift erhoben.

Datum und Unterschrift

Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben elektronisch gespeichert werden.



Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftenmandats für die Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger/Gläubiger:

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung (Gastro-Liga) e.V.,
Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE19ZZZ00000452908

Mandatsreferenz-Nr.: * (s.u.)

Ich/Wir ermächtige/n die Gastro-Liga e.V. Zahlungen vom u. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gastro-Liga e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

* Die Mandatsreferenz wird mir separat mitgeteilt. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis Lastschrift wird mich die Gastro-Liga e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC:

Name Kreditinstitut:

Datum und Unterschrift

Die Ratgeber-Reihe der Gastro-Liga e.V. wurde erstellt in Kooperation mit Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS).



Notizen:



Gefördert durch die Ernst und Berta Grimmke – Stiftung



Stand: Februar 2017

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung (Gastro-Liga) e.V.

Friedrich-List-Straße 13 | 35398 Gießen | Germany
Telefon: +49 641 - 9 74 81 - 0 | Telefax: +49 641 - 9 74 81 - 18
Internet: www.gastro-liga.de | E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de