



Chronische Obstipation

Prävention

Diagnostik

Therapie

Fachinformation

Inhalt

 1 Krankheitsbild	4
1.1 Wer ist betroffen?	4
1.2 Anzeichen einer chronischen Verstopfung	5
 2 Ursachen	6
2.1 Altersphysiologische Veränderungen des Verdauungstraktes	6
2.2 Medikamentenbedingte Obstipation	6
2.3 Obstipation als Symptom einer Erkrankung	7
2.4 Organische Ursachen	8
 3 Gesundheitliche Folgen	9
 4 Diagnose	10
4.1 Weichenstellung durch den Hausarzt	10
4.2 Differenzialdiagnose durch den Gastroenterologen	12
4.3 Patientenbeobachtung durch Pflegekräfte	13
 5 Prävention	14
5.1 Aufklärung	14
5.2 Diätetische Maßnahmen	14
5.3 Körperliche Betätigung	15
5.4 Stressfreie Toilettengänge	15
 6 Therapie	16
6.1 Laxanzien	16
6.1.1 Der richtige Umgang	16
6.1.2 Substanzgruppen	17
6.1.3 Laxanzien bei multimorbiden Patienten	21
6.1.3.1 Multimedikation	21
6.1.3.2 Multimorbidität	22
6.2 Andere Therapien	26
6.2.1 Lokale rektale Entleerungshilfen	26
6.2.2 Operative Verfahren	26
 7 Literaturverzeichnis	27

Vorwort

| Univ. Prof. Dr. med. Ingo Füsgen |

Geriatrische Kliniken Wuppertal/Velbert
Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke



Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

die chronische Obstipation gehört ohne Zweifel zu den Volkskrankheiten: Rund ein Drittel der Bevölkerung in den westlichen Industrienationen gibt an, unter einer unzureichenden Darmentleerung zu leiden. Vor allem ältere und pflegebedürftige Menschen quälen sich mit Schmerzen beim Stuhlgang, Völlegefühl und Blähungen. Chronische Obstipation ist somit für den Einzelnen mit erheblichen Einbußen der Lebensqualität und des Wohlbefindens verbunden. Doch immer noch gilt die Obstipation als eines der großen Tabuthemen in unserer Gesellschaft: Sie wird nicht nur von den Betroffenen aus Scham verschwiegen, sondern auch von Ärzten und Betreuern häufig nicht wahrgenommen.

Es gilt, die chronische Obstipation zu enttabuisieren und nicht mehr als „Befindlichkeitsstörung“ abzutun. Denn gerade wegen möglicher, zum Teil sogar lebensbedrohlicher Komplikationen ist das Leiden ein ernstzunehmendes medizinisches Problem, das einer frühzeitigen, bedarfsgerechten und ganzheitlichen Behandlung bedarf. Mit dieser Broschüre erhalten Sie einen Überblick über Therapie, Ursachen und Folgen einer dauerhaften Verstopfung speziell beim älteren Patienten. Darüber hinaus wird aufgezeigt, welche Diagnoseverfahren und prophylaktischen Maßnahmen zur Verfügung stehen, damit erste Anzeichen frühzeitig erfasst und adäquat behandelt werden können.



Mit kollegialen Grüßen, Ihr

| Univ. Prof. Dr. med. Ingo Füsgen |

Krankheitsbild

|1| Krankheitsbild

|1.1| Wer ist betroffen?

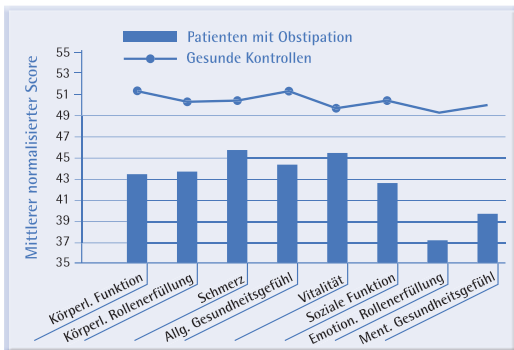


Abb. 1: Einfluss der chronischen Obstipation auf psychologische, soziale und physische Aspekte der Lebensqualität [3]

Obstipation ist eines der häufigsten gastroenterologischen Probleme: Fast jeder dritte Erwachsene leidet unter gelegentlicher oder chronischer Verstopfung. Dabei nimmt generell die Häufigkeit im Alter zu, Obstipation ist sogar eine der am häufigsten geklagten Beschwerden bei Menschen jenseits der sechzig [1]. So

leidet mehr als die Hälfte der über 80-Jährigen an einer Obstipation. Noch dramatischer sieht die Situation in Altenpflegeheimen aus: Eine aktuelle Befragung der Universität Witten/Herdecke ergab, dass bis zu 75 Prozent der Pflegeheimbewohner an chronischer Verstopfung leiden [2]. Frauen sind dabei etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Viele Menschen glauben, dass täglicher Stuhlgang notwendig ist. Ein Irrtum, der in der Bevölkerung noch immer weit verbreitet ist. So kann der Stuhlgang starken zeitlichen Schwankungen unterliegen und in einer Häufigkeit von dreimal täglich bis dreimal wöchentlich vorkommen.

Wer dauerhaft einen trägen Darm hat, ist – wie eine aktuelle Übersichtsarbeit belegt – in seiner physischen und mentalen Lebensqualität erheblich beeinträchtigt [3]. Dabei ist das Maß der Beeinträchtigung vergleichbar mit anderen chronischen Erkrankungen wie Allergien, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems oder entzündlichen Darmerkrankungen.

| 1.2 | Anzeichen einer chronischen Verstopfung

Mit der Verstopfung sind eine Reihe von Symptomen oder Missempfindungen gekoppelt, die sich unterschiedlich stark zeigen können: Die Patienten leiden zu Beginn meist unter Völlegefühl, einem aufgeblähten Bauch und allgemeinem Unwohlsein. Häufig ist der Stuhlgang schwierig, oft schmerzhaft, und meist werden viele kleine und harte Kotportionen ausgeschieden. Aber auch psychosoziale Auffälligkeiten wie Gemütsschwankungen, Ungeduld und Nörgelei sowie häufige und lange Toilettengänge sind Indizien, die möglicherweise für eine chronische Verstopfung sprechen.

Tab. 1: Diagnostische Kriterien (ROM-Kriterien) [4]

Man spricht von einer chronischen Verstopfung, wenn zwei der folgenden Kriterien über einen Zeitraum von 12 Wochen innerhalb eines Jahres bei einem Viertel der Stuhlgänge vorliegen:

- heftiges Pressen
- klumpiger oder harter Stuhl
- Gefühl der inkompletten Entleerung
- Gefühl der analen Obstruktion/Blockierung
- manuelle Manöver zur Erleichterung der Defäkation (digitale Ausräumung, Stützen des Beckenbodens)
- weniger als drei Stuhlentleerungen pro Woche

Nach den ROM-Kriterien würde eine Obstipation vorliegen, wenn weniger als drei Stuhlentleerungen pro Woche erfolgen. Eine Definition, die sich jedoch allein an der Stuhlfrequenz orientiert, wird aus Expertensicht den Patienten nicht gerecht. *„Für die Praxis ist es günstiger, die regelmäßige Notwendigkeit zum heftigen und langen Pressen bei oft zu hartem Stuhl einer Definition zugrunde zu legen, denn dieses Symptom tritt im Allgemeinen bei Obstipation jeder Genese auf.“* (Zitat aus: „Der ältere Patient – Problemorientierte Diagnostik und Therapie“,

Prof. Ingo Füsgen, Urban & Fischer. September 2000. [5])

Ursachen

| 2 | Ursachen

Die chronische Obstipation kann Symptom einer Erkrankung sein, als Nebenwirkung einer medikamentösen Therapie entstehen oder aber durch eine primäre oder sekundäre Funktionsstörung des Kolons bedingt sein. Gerade bei älteren, pflegebedürftigen Personen ist die chronische Verstopfung oft ein multifaktorielles Problem, bei dem altersphysiologische Veränderungen des Verdauungstraktes in Kombination mit anderen Risikofaktoren auftreten. Dazu gehören altersabhängige Krankheitsbilder wie Demenz und Parkinson, die häufig im Alter bestehende Polypharmazie (= Einnahme vieler unterschiedlicher Medikamente) und Multimorbidität sowie der Verlust von Mobilität und Eigenständigkeit.

| 2.1 | Altersphysiologische Veränderungen des Verdauungstraktes

Mit zunehmendem Alter verändert sich auch die Verdauung: Bei vielen Senioren verlängert sich die Transportzeit der Speisereste im Dickdarm, bedingt durch einen Verlust der Steuerungsfähigkeit der segmentalen und propulsiven Muskulatur. Hinzu kommt, dass der Defäkationsreiz häufig aufgrund einer verminderten Sensibilität im Rektum nur schwach ausgebildet ist. Als Folge sammelt sich vermehrt Stuhl im Enddarm, der nicht abgesetzt wird und schließlich zu einer Obstipation führt.

| 2.2 | Medikamentenbedingte Obstipation

Wer den Beipackzettel von Arzneimitteln sorgfältig studiert, bemerkt sehr schnell, dass bei zahlreichen Medikamenten die Obstipation als unerwünschte Nebenwirkung aufgeführt ist. Dennoch werden Medikamente als Auslöser für die Verstopfung häufig nicht in Betracht gezogen. Solche Arzneistoffe

gehören unterschiedlichsten Medikamentengruppen an: So können sowohl herz- und kreislaufwirksame Medikamente, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Psychopharmaka als auch Medikamente gegen Morbus Parkinson sowie starke Schmerzmittel (Opiode) eine Obstipation verursachen (Tab. 2).

Tab. 2: Arzneimittel, die obstipationsfördernd wirken

Analgetika	<i>Codein, Morphium, Morphinderivate (Pethidin, Methadon)</i>
Antidepressiva	<i>Trizyklika (Imipramin, Clomipramin, Amitriptylin, Dibenzepin), Tetrazyklika (Maprotilin, Mianserin)</i>
Antiepileptika	<i>Barbexaclon, Carbamazepin</i>
Antihypertensiva	<i>β-Blocker (z. B. Acebutolol, Atenolol), Calciumantagonisten (z. B. Verapamil), Clonidin</i>
Antiparkinsonmittel	<i>Anticholinergika (z. B. Biperiden), Amantadin, Bromocriptin</i>
Diuretika	<i>Thiazide, Sulfonamide</i>
Eisenpräparate	<i>Eisen(II)- und Eisen(III)-Salze</i>
H ₂ -Blocker	<i>Cimetidin, Famotidin, Ranitidin</i>
Laxanzien	<i>Abusus</i>
Lipidsenker	<i>Ionenaustauscher (z. B. Colestipol, Colestyramin)</i>

| 2.3 | Obstipation als Symptom einer Erkrankung

Auch verschiedene Krankheitsbilder sind mit einer Obstipation assoziiert. So führen metabolische bzw. hormonell bedingte Krankheiten wie Diabetes mellitus oder eine Unterfunktion der Schilddrüse (Hypothyreose) häufig zur Verstopfung. Aber auch neurologische und psychiatrische Erkrankungen wie multiple Sklerose, Morbus Parkinson, Schlaganfall oder Depression gehen in vielen Fällen mit einer Obstipation einher. Darüber

Ursachen

hinaus ist die Obstipation ein häufiges Phänomen von Muskel- und Bindegeweberkrankungen wie der Sklerodermie.

Tab. 3: Erkrankungen, die eine Obstipation bedingen

Metabolisch-endokrinologische Erkrankungen	Neurologisch-psychiatrische Erkrankungen	Muskel- und Bindegewebskrankheiten
Diabetes mellitus	Zerebrovaskulärer Insult	Sklerodermie
Hypothyreose	Morbus Parkinson	Amyloidose
Porphyrie	Multiple Sklerose	Dermatomyositis
Hypokaliämie	Autonome Neuropathie	
Hyperkalzämie	Depression	
Schwangerschaft	Demenz	

Verändert nach Heuss L, Degen, L: Chronische Obstipation, Schweiz Med Forum 2004; 4: 689. [6]

| 2.4 | Organische Ursachen

Eine große Gruppe stellen Personen dar, bei denen der Ausscheidungsprozess gestört ist. Bei der sog. Outlet-Obstipation liegt in den meisten Fällen eine Dysfunktion des Schließmuskelapparats oder der Beckenbodenmuskulatur vor.

So wird zum Beispiel durch eine paradoxe Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur (Anismus) die Stuhlentleerung erheblich erschwert oder gar verunmöglicht. Auch krankhafte Veränderungen im Enddarm und der Analregion wie Abszesse, Hämorrhoiden, Fissuren oder ein kolorektales Karzinom können Ursache der Entleerungsstörung sein.

|3| Gesundheitliche Folgen

Falsch ist es, die chronische Obstipation als einfaches Begleitsymptom hinzunehmen. Eine dauerhafte Verstopfung kann verschiedene, ernstzunehmende gesundheitliche Folgen haben, wenn sie nicht rechtzeitig behandelt wird. Zu den häufigsten Komplikationen zählen:

- Hämorrhoiden
- Analfissuren durch harten Stuhl
- Entstehung eines Rektumprolapses
- Divertikulitis
- Entstehung vermeintlicher Stuhlinkontinenz
- Bildung von verhärteten Kotballen

Im Endstadium einer hochgradigen Verstopfung kann es unter Umständen zu einem kompletten Stuhlverhalt durch Koprostase, einem Ileus und der Ausbildung eines Megakolons kommen.

Koprostase – schwere Komplikation bei chronischer Obstipation

Die Koprostase ist eine Kotanstauung im Dickdarm mit Bildung von verhärteten Kotballen. Durch die stete Eindickung und Größenzunahme der Kotballen kann der Stuhl häufig nicht mehr abgesetzt werden, da Dickdarm oder Rektum durch das Hindernis mechanisch blockiert sind. Freigesetzte Dickdarmsekrete können an der stehenden Kotsäule vorbeigehen und eine Diarrhö vortäuschen oder aber zu einer Stuhlinkontinenz führen. Diese schwerwiegende Komplikation der chronischen Obstipation tritt häufig bei immobilen älteren Patienten auf und kann, wenn sie nicht erkannt wird, zu einem lebensbedrohlichen Krankheitsbild führen. Dabei ist die Koprostase heute mit modernen Laxanzien gut zu beherrschen.

Folgen

|4| Diagnose

Die chronische Obstipation ist eine der häufigsten Beschwerden, mit denen Hausärzte, Gastroenterologen, aber auch Pflegekräfte in der stationären Kranken- und Altenpflege konfrontiert werden. Dennoch wird sie häufig nicht diagnostiziert, da sich Betroffene oftmals nicht aktiv bezüglich ihrer Verstopfung an ihren Hausarzt wenden. Schätzungen zufolge suchen nur 10 Prozent wegen ihrer Beschwerden einen Arzt auf. 25 bis 50 Prozent der obstipierten Personen behandeln sich selbst und greifen zu freiverkäuflichen Laxanzien. Und sogar mehr als die Hälfte der älteren Patienten im Krankenhaus oder in Pflegeheimen erhält Abführmittel, ohne dass eine entsprechende Diagnostik durchgeführt wurde [2]. Patienten sollten in der Arztpraxis daher gezielt auf ihre Stuhlgewohnheiten angesprochen werden. Mit einem offenen Gespräch können falsche Erwartungshaltungen korrigiert und viel Leid verhindert werden.

Ziel ist es, die Obstipationsproblematik bewusst zu erfassen und einzuschätzen, um eine bedarfsgerechte und frühzeitige Behandlung einzuleiten.

|4.1| Weichenstellung durch den Hausarzt

Am Anfang steht immer eine ausführliche Anamnese mit der Erfassung von Stuhlfrequenz, -symptomatik und -qualität gemäß den ROM-Kriterien, der gezielten Befragung nach dem Vorhandensein anderer Erkrankungen, nach obstipationsfördernden Medikamenten, Ernährungsgewohnheiten und psychischen Belastungen. Wichtig ist, dass der Arzt bei Unklarheiten direkt nachfragt, da Patienten aus Scham notwendige Angaben, wie z. B. die digitale Ausräumung zur Unterstützung der Stuhlentleerung, nicht von sich aus erwähnen. Häufig kann bereits nach einer ausführlichen Anamnese die Ursache einer Stuhlnunregelmäßigkeit identifiziert werden.

Tab. 4: Stufenplan zur Diagnostik einer Obstipation

Anamnese und allgemeine körperliche Untersuchung

- Neurologisch-psychiatrische Erkrankungen (z. B. Depression, Demenz)
- Tumorzeichen (z. B. Gewichtsverlust, stetige Zunahme der Obstipationssymptome)
- Stoffwechselstörungen (z. B. Hypothyreose, Diabetes mellitus)
- Neuromuskuläre Läsionen
- Einnahme obstipationsfördernder Medikamente

Spezielle körperliche Untersuchung und Labor

- Inspektion des Anus
- Digital-rektale Untersuchung
- Dreimal Hämoccult-Test zum Nachweis von Blut im Stuhl
- Kleines Labor (Blutbild, BSG, Elektrolyte, Blutzucker)
- Schilddrüsenfunktionstests bei klinischem Verdacht

Apparative Untersuchungen

- Endoskopische Untersuchungen wie Proktoskopie, Rektoskopie und Koloskopie einschließlich Biopsie
- Röntgenleeraufnahme des Abdomens mit anschließendem Dickdarm-Doppelkontrasteinlauf sowie Transitzeitmessung mit röntgendichten Markern

Sonderuntersuchung bei Verdacht auf darmfremde Erkrankungen

- Porphyrine im Urin
- Blei oder Arsen im Serum
- Hypophysenfunktionstest
- Alkalische Phosphatase

Spezialuntersuchungen

- Defäkographie
- Analometrie
- Passagezeit
- Stuhlgewicht

Gynäkologische Zusatzuntersuchungen

Quelle: „Der ältere Patient – Problemorientierte Diagnostik und Therapie“, Prof. Ingo Fügner, Urban & Fischer, September 2000. [5]

Diagnose



Die klinische Untersuchung beinhaltet die Inspektion des Bauchs, die digitale rektale Untersuchung mit Beurteilung des Schließmuskels und der Frage nach Stuhlimpaktion, Strikturen oder Tumoren. Durch eine einfache Laboranalyse mit Blutbild, CRP, Elektrolyten, Nüchternblutzucker und einem basalen TSH kann eine Reihe von sekundären Obstipationsformen vermutet oder ausgeschlossen werden.

Eine Blutuntersuchung gibt Aufschluss über die Ursache der Obstipation

| 4.2 | Differenzialdiagnose durch den Gastroenterologen

Bleiben erste Therapiebemühungen des Hausarztes erfolglos, sollte der Patient zur weiteren Abklärung einem spezialisierten Zentrum zugeführt werden. Hier erfolgt eine genaue Differenzierung in Normal-Transit, Slow-Transit und Outlet-Obstipation mittels spezieller Untersuchungsverfahren wie der Kolontransitzeitmessung. Bei Verdacht auf eine Störung der anorektalen Entleerung können Verfahren wie der Ballon-Expulsions-Test und die anorektale Manometrie sinnvoll sein.

Die Videodefäkographie ist in der Lage, morphologische und funktionelle Veränderungen (z. B. innerer Prolaps, Beckenbodendysfunktion) darzustellen. Liegen Alarmsymptome wie Gewichtsverlust, kurzfristige Änderung der Stuhlgewohnheiten, Fieber, okkultes Blut im Stuhl oder Anämie vor, ist unbedingt eine Koloskopie indiziert.

| 4.3 | Patientenbeobachtung durch Pflegekräfte

Um die bedarfsgerechte Versorgung obstipierender Patienten in Pflege- und Altenheimen zu verbessern, ist die Mitarbeit des Pflegepersonals entscheidend. Dazu gehört das Erfassen der Obstipation anhand der beobachteten Symptome. Hier macht es Sinn, Stuhlprotokolle mit detaillierten Informationen zu Stuhlfrequenz, -beschaffenheit und Defäkationssymptomatik über eine Woche in regelmäßigen Abständen zu führen. Eine Bestandsaufnahme der Medikation sowie ein Cross-Check bestehender Grunderkrankungen machen schnell und unkompliziert mögliche Ursachen der Verstopfung sichtbar. Liegt eine medikamenten- und/oder krankheitsbedingte Obstipation vor, sollte ohne große Umwege in Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Therapie mit geeigneten Laxanzien initiiert werden.

Darüber hinaus ist es ratsam, im täglichen Umgang mit den Pflegebedürftigen auch funktionelle Risikofaktoren wie Immobilität oder psychische Störungen sowie Ess- und Trinkgewohnheiten zu beobachten und zu dokumentieren. Bei Bedarf können hier prophylaktische Maßnahmen wie Initiierung einer Ernährungsumstellung, Vermittlung einer zahnärztlichen Versorgung oder Unterstützung beim Toilettengang eingeleitet werden.

Die Erfassung des Stuhlgangs besteht idealerweise aus folgenden Punkten:

- ✓ Stuhlfrequenz
- ✓ Stuhlkonsistenz
- ✓ Stuhlmenge
- ✓ inkomplette Stuhlentleerung
- ✓ vermehrtes Pressen zur Entleerung
- ✓ Stuhlform
- ✓ Schmerzen beim Stuhlgang
- ✓ Blut im Stuhl
- ✓ Fremdkörpergefühl im Rektum

Quelle: [2]

Prävention

| 5 | Prävention

Gerade bei Risikopatienten sollte auf eine Obstipationsprophylaxe großer Wert gelegt werden. So sind regelmäßige, „stressfreie“ Toilettensitzungen, eine ballaststoffreiche Kost, ausreichend Flüssigkeitszufuhr und körperliche Betätigung wichtig für eine regelmäßige Stuhlentleerung. Allerdings sind nur wenige dieser „allgemeinen Maßnahmen“ auch ausreichend wissenschaftlich belegt. Studien konnten zeigen, dass Ernährung und Lebensstil zwar Risikofaktoren für die Obstipation darstellen, aber nicht unbedingt für das Auftreten der Verstopfung verantwortlich gemacht werden können. Zum Beispiel profitieren längst nicht alle, die zur Verstopfung neigen, von einer ballaststoffreichen Kost.

| 5.1 | Aufklärung

Zunächst sollten Menschen, die sich „verstopft fühlen“, darüber aufgeklärt werden, dass ein täglicher Stuhlgang nicht erforderlich ist und dass durch seltenen Stuhlgang, z. B. dreimal wöchentlich, keine Nachteile für die Gesundheit zu erwarten sind. Nicht „normal“ ist es jedoch, wenn fast jeder Stuhlgang Schmerzen bereitet und heftiges Pressen für die Entleerung notwendig ist. Gerade ältere Patienten quälen sich häufig unnötig und sollten deshalb im Arzt-Patienten-Gespräch, aber bei Bedarf auch von der Pflege, auf mögliche Beschwerden angesprochen werden.

| 5.2 | Diätetische Maßnahmen

Für eine normale Darmfunktion sollte auf eine ausgewogene, ballaststoffreiche Mischkost mit Früchten, Gemüse und Getreide geachtet werden. Individuell können auch Dörrobst wie eingelegte Pflaumen oder Feigen sowie Sauer Milchprodukte oder probiotische Produkte die Darmtätigkeit anregen.

Obstipierende Nahrungsmittel wie Schwarztee, Kakao und Schokolade sind dagegen soweit wie möglich zu meiden. Risikopatienten sollten angehalten werden, langsam zu essen, gründlich zu kauen und mindestens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit täglich zu sich zu nehmen. Ein mangelhaftes Funktionieren des Kauapparates sollte im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung verbessert werden.

Achtung: Ballaststoffe können Blähungen und Krämpfe verursachen, zu Malabsorption von Eisen und Calcium führen und bei unzureichender Flüssigkeitszufuhr sogar eine Obstipation auslösen. Besteht bereits eine Obstipation, können eine sehr faserstoffreiche Ernährung oder die zusätzliche Gabe von Quellmitteln wie Leinsamen oder Flohsamenschalen zu schwerwiegenden Komplikationen wie einem Ileus führen.

| 5.3 | Körperliche Betätigung

Die Darmtätigkeit scheint durch körperliche Aktivität beeinflussbar zu sein und kann bei Nichtobstipierten einen Stuhldreiz auslösen. Gefördert werden sollten daher vor allem bei älteren und, falls möglich, auch bei pflegebedürftigen Patienten körperliche Aktivitäten, und sei es nur der tägliche Spaziergang. Bei bettlägerigen Personen, die nicht ausreichend trinken, kann auch eine Kolonmassage die Darmtätigkeit anregen.

| 5.4 | Stressfreie Toilettengänge

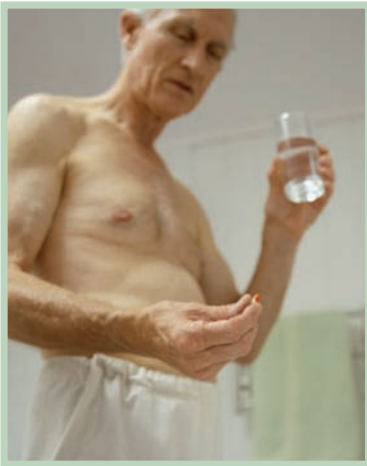
Risikopatienten sollten darauf hingewiesen werden, den Stuhlgang nicht zu unterdrücken oder die Entleerung hinauszuzögern. Feste Zeiten für den Toilettengang sowie persönliche Rituale und die Wahrung der Intimsphäre unterstützen die Darmentleerung und sollten auch in Pflegeheimen ermöglicht werden.

Therapie

|6| Therapie

Das wichtigste Ziel der Therapie ist immer eine vollständige, schmerzfreie und regelmäßige Stuhlentleerung und damit eine Verbesserung der Lebensqualität. Bei älteren, pflegebedürftigen Patienten müssen insbesondere Multimorbidität sowie eine daraus resultierende Multimedikation in die Therapieüberlegungen einbezogen werden (siehe Kapitel 6.1.3).

|6.1| Laxanzien



Bei älteren Menschen ist es wichtig, darauf zu achten, dass die Abführmittel zusätzlich Elektrolyte enthalten

Besteht bereits längere Zeit eine Obstipation, reichen allgemeine und diätetische Maßnahmen nicht mehr aus. Gerade bei einer krankheits- oder arzneimittelbedingten Obstipation sollte nach eingehender Diagnosestellung frühzeitig und bedarfsgerecht eine medikamentöse Therapie eingeleitet werden. So ist für einen Großteil pflegebedürftiger Patienten der regelmäßige Gebrauch von Laxanzien nicht zu umgehen. Eine Befragung unter Pflegedienstleitern durch die Universität Witten/Herdecke ergab, dass mehr als 50 Prozent der älteren Patienten im Krankenhaus oder in Pflegeheimen Abführmittel erhalten [2].

|6.1.1| Der richtige Umgang

Abführmittel stehen seit jeher im Kreuzfeuer der Kritik. Dabei sind nicht die Laxanzien an sich gefährlich, sondern eine falsche Indikation oder Dosierung.

Wo Laxanzien nötig sind, können sie problemlos – auch langfristig – in der Therapie eingesetzt werden, ohne dass bei einer differenzierten Auswahl der heute verfügbaren und empfohlenen Abführmittel gesundheitliche Gefahren zu erwarten sind. Bei älteren, multimorbiden Menschen unter Polymedikation sollte jedoch bei der Wahl eines Abführmittels auf möglichst geringe Elektrolytverluste und Interaktion mit anderen Medikamenten geachtet werden.

Laxanzienmissbrauch

Ein Missbrauch liegt vor, wenn Laxanzien trotz fehlender Indikation eingenommen bzw. wenn sie bei bestehender Indikation in Überdosierung eingesetzt werden. Während ein Fehlgebrauch häufig auf einem mangelnden Verständnis der normalen Darmfunktion und den individuellen Stuhlgewohnheiten basiert, ist ein bewusster Missbrauch dann gegeben, wenn Abführmittel zur vermeintlichen Gewichtsabnahme missbraucht werden.

Eine extreme Überdosierung von Abführmitteln führt zu Flüssigkeits- und Elektrolytverlusten, welche durch die normale Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme nicht mehr ausreichend gedeckt werden können. Es kann zu Elektrolytstörungen (z. B. Hypokaliämie) und zu einer Abnahme des abführenden Effektes kommen. Die Folge ist ein noch trägerer Darm und eine weitere Dosiserhöhung, die im schlimmsten Fall zu Herzrhythmusstörungen und Nierenversagen führen kann.

|6.1.2| Substanzgruppen

Unter dem Begriff Laxanzien werden verschiedene Substanzgruppen zusammengefasst, die die Verweildauer des Stuhls im Kolon und Rektum verkürzen. Die Wirkprinzipien sind je nach Substanzgruppe unterschiedlich.

Therapie

Tab. 5: Übersicht Laxanzien

Antiabsorptiv-sekretagoge = antiresorptiv-hydragoge Substanzen	
Anthrachinone	<i>Aloe, Sennoside</i>
Diphenole	<i>Bisacodyl (z. B. Dulcolax®), Natriumpicosulfat (z. B. Laxoberal®)</i>
Füll- und Quellstoffe	
	<i>Leinsamen, Weizenkleie, Indischer Flohsamen</i>
Osmotische Substanzen	
Salinika	<i>Mg- und Na-Sulfat (Bitter- und Glaubersalz)</i>
Zucker	<i>Lactulose (z. B. Bifiteral®)</i>
Zuckeralkohole	<i>Sorbitol, Mannitol</i>
Macrogole	<i>Polyethylenglykol (z. B. Movicol®)</i>
Sonstige	
Rektale Entleerungshilfen	<i>Docusat-Na, Na-Citrat</i>

Osmotische Laxanzien

Osmotische Laxanzien wie Lactulose oder Macrogol (Macrogol bzw. Macrogol plus Elektrolyte) werden während der Darmpassage nicht bzw. kaum resorbiert. Dadurch binden sie über den osmotischen Druck Wasser im Darmlumen und/oder saugen zusätzliches Wasser in den Darm ein. Der laxierende Effekt beruht auf einer Stuhlerweichung und einer Volumenzunahme des Darminhaltes, wodurch der Defäkationsreflex ausgelöst wird.

- *Lactulose*

Der „Zweifachzucker“ (Disaccharid) Lactulose besteht aus Galactose und Fructose. Lactulose gelangt unverändert in den Dickdarm, wo das Laxans

Wasser resorbiert und zu einer Aufweichung des Stuhls, Anregung der Darmperistaltik und damit zur Stuhlentleerung führt. Der Nachteil: Der Zweifachzucker wird im Dickdarm durch die Darmbakterien in kurzkettinge Fettsäuren gespalten. Als Folge der vermehrten Gasproduktion kann es ebenfalls zu erheblichen Blähungen kommen [7].

Macrogole plus Elektrolyte – für wen geeignet?

Macrogol führt zu einer Normalisierung der Kolontransitzeit und eignet sich damit sowohl zur Behandlung erkrankungs- und medikamentenbedingter Obstipation als auch zur Therapie altersabhängiger physiologischer Veränderungen des Darms. Wegen der fehlenden Metabolisierung und Interaktion mit anderen Medikamenten empfehlen Experten für Geriatrie Macrogol bevorzugt auch bei älteren, multimorbiden Patienten. Das weite therapeutische Fenster ermöglicht die Behandlung einer einfachen Obstipation bis hin zur Therapie einer Koprostase. Gerade in Kombination mit balanzierten Elektrolyten wird eine Verschiebung des Wasser- und Elektrolythaushaltes weitgehend vermieden.

• *Macrogol bzw. Macrogol plus Elektrolyte*

In den letzten Jahren haben sich macrogolhaltige Substanzen, die schon seit langem für die Darmreinigung eingesetzt werden, zur Dauerbehandlung der Obstipation bewährt [8]. Macrogol ist ein synthetisches, hochmolekulares Polyethylenglycol (PEG), das die Fähigkeit besitzt, Wasser zu binden. Das Laxans muss vor der Einnahme in einer definierten Wassermenge eingerührt werden. Das Wasser gelangt in den Dickdarm, wo es den Stuhl erweicht und dessen Volumen erhöht. Macrogole unterliegen bei Dauergebrauch keinem Wirkverlust: In aller Regel kann die Dosis im Verlauf der Behandlung sogar reduziert werden [7]. Ein weiterer Vorteil: Anders als Lactulose wird Macrogol nicht im Dickdarm abgebaut, weswegen Nebenwirkungen wie Flatulenz, Bauchkrämpfe und Durchfälle deutlich seltener auftreten [7].

Therapie

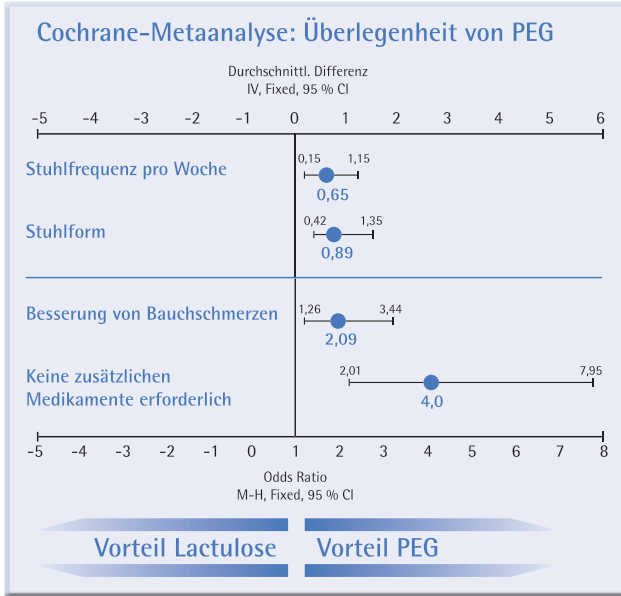


Abb. 2: Cochrane-Metaanalyse: Überlegenheit von PEG, PEG schneidet hinsichtlich Zahl der Stühle pro Woche, Konsistenz des Stuhls, Linderung von Bauchschmerzen und Bedarf an zusätzlichen Abführmitteln deutlich besser als Lactulose ab [9]

Stimulierende Laxanzien

Stimulierende Laxanzien wie Aloe, Sennes und Bisacodyl sowie Natriumpicosulfat hemmen die Wasserrückresorption aus dem Darmlumen in den Blutkreislauf und steigern gleichzeitig den Wassereinstrom in den Darm. Die daraus resultierende Induktion des Stuhlgangs erfolgt rasch, innerhalb weniger Stunden. Stimulierende Substanzen können zur Gewöhnung führen und sollten deshalb nicht über einen längeren Zeitraum angewendet werden. Eine Überdosierung kann durch starke Elektrolyt- und Flüssigkeitsverschiebung zu schweren Beeinträchtigungen u. a. von Kreislauf- und Herzfunktion führen.

|6.1.3| Laxanzien bei multimorbiden Patienten

Bei der Auswahl eines geeigneten Laxans für die Therapie der Obstipation bei geriatrischen Patienten muss unbedingt ein besonderes Augenmerk auf Multimorbidität und Multimedikation gelegt werden. So haben etwa zwei Drittel aller Patienten ab dem 60. Lebensjahr eine Mehrfacherkrankung, die mit einer Reihe unterschiedlicher Arzneimittel behandelt wird. Aber auch Verträglichkeit bei Dauertherapie, geriatricspezifische Probleme sowie Praktikabilität und Sicherheit der Therapie für ältere Menschen spielen eine wichtige Rolle.

|6.1.3.1| Multimedikation

Unter den potenziellen Interaktionen der Laxanzien mit anderen Arzneimitteln zeigen sich drei Problemgebiete mit hoher Relevanz für geriatrische Patienten.

Gefahr der Wirkverstärkung

Lactulose, Natriumpicosulfat und Bisacodyl bergen bei der Kombination mit Arzneimitteln, welche ebenfalls eine Verschiebung des Elektrolythaushaltes begünstigen (Diuretika und Kortikosteroide), die Gefahr eines verstärkten Elektrolytverlustes. Als eine der häufigsten Folgen kann ein Kaliummangel (Hypokaliämie) auftreten, der dann unter Umständen weitere Risiken für eine Wirkverstärkung von Arzneimitteln zur Therapie von Herzinsuffizienz, Tachykardie und Vorhofflimmern (Herzglykoside und ggf. Antiarrhythmika) mit sich bringt. Außerdem ist bei diesen drei Laxanzien bei längerfristiger Therapie oft eine Dosiserhöhung notwendig, welche wiederum das Nebenwirkungspotenzial erhöhen kann.

Therapie

Mögliche Veränderung der Freisetzung und Resorption der Komedikation

Die größte Beeinflussung der Resorption anderer Arzneistoffe und auch Mineralien zeigt eine Therapie mit Indischen Flohsamenschalen: Hier wird zum Beispiel die Resorption von Cumarinen, Schilddrüsenhormonen und Carbamazepin sowie von Calcium, Eisen, Lithium, Zink und Vitaminen beeinträchtigt.

Gefahr des Darmverschlusses durch Quellstoffe

Werden Quellstoffe wie Indische Flohsamenschalen mit anderen Arzneimitteln, welche die Propulsivmotorik des Gastrointestinaltrakts hemmen (z. B. Loperamid oder Opiumtinktur), kombiniert, besteht die Gefahr eines Darmverschlusses. Dieses Risiko ist für geriatrische Patienten durch die im Alter physiologisch auftretenden Veränderungen der Peristaltik besonders hoch.

|6.1.3.2| Multimorbidität

Mögliche Risiken einer Laxanzientherapie bei multimorbiden Patienten sind insbesondere Elektrolytstörungen, gastrointestinale Störungen sowie mangelhafte Compliance und eine körperliche Instabilität mit Sturzneigung.

Elektrolytstörungen

Elektrolytstörungen können möglicherweise durch eine (längerfristige) Therapie mit Lactulose, Bisacodyl und Natriumpicosulfat ausgelöst werden. Da multimorbide, pflegebedürftige Senioren weitaus anfälliger für Elektrolytstörungen sind als andere Patienten, ist dieses Risiko besonders zu beachten.

Gastrointestinale Störungen

Meteorismus, Gastrointestinalkrämpfe und/oder -schmerzen treten bei allen Laxanzien in mehr oder weniger ausgeprägter Form auf. Lactulose löst sehr häufig Flatulenzen aus. Reizende Laxanzien führen bei Dauergebrauch außerdem zu einer Verstärkung der Darmträgheit und ebenso wie Lactulose bei akut-entzündlichen Darmerkrankungen zu einer zusätzlichen Reizung der Darmschleimhaut. Beschwerden bzw. Schmerzen beim Stuhlgang wurden unter Bisacodyl und Natriumpicosulfat beobachtet.

Compliance und Instabilität

Weitere geriatritypische Probleme betreffen die Compliance der älteren Patienten, das heißt die Praktikabilität und Sicherheit der Anwendung, sowie körperliche Instabilität und Sturzneigung. Bisacodyl kann zu Schwindel oder sogar einer kurzen Bewusstlosigkeit (Synkope) führen. Indische Flohsamenschalen bergen für ältere Patienten ein großes Risiko (Schluckbeschwerden, Erstickungsanfälle, Darmobstruktionen, Ileus), wenn sie mit zu wenig Flüssigkeit oder sogar trocken eingenommen werden. Die Einnahme dieser Präparate sollte bei geriatrischen Patienten daher sehr sorgfältig überwacht werden und stellt aufgrund der ohnehin häufig zu geringen Flüssigkeitsaufnahme im Alter eine zusätzliche Gefahr dar.

Stoffwechselerkrankungen und Nahrungsmittelintoleranzen

Für Diabetiker muss bei einer Lactulose-Therapie der Gehalt an verdaulichen Kohlenhydraten beachtet werden. Indische Flohsamenschalen verzögern die Resorption von Kohlenhydraten. Auch bei der angeborenen Stoffwechselstörung Phenylketonurie oder bei Monosaccharidintoleranzen sind der Kohlenhydratgehalt und mögliche Zusatzstoffe zu beachten.

Therapie

Tab. 6: Mögliche Interaktionen der verschiedenen Laxanzien

	Lactulose	Macrogol	Bisacodyl	Na-Picosulfat	Ind. Flohsamen
Interaktion mit Diuretika, Kortikosteroiden etc.: Verstärkung des Kaliumverlustes	X	-	X	X	-
Interaktion mit Herzglykosiden: ggf. verstärkte Wirkung der Herzglykoside durch Kaliumverlust	X	-	X	X	-
Interaktion mit Elektrolytstörungen: ggf. Verstärkung und/oder Auslösung durch Laxans	X	(X)	X	X	X
pH-abhängige Freisetzung anderer Arzneimittel beeinflusst	X	-	-	-	-
pH-abhängige Freisetzung des Laxans durch andere Arzneimittel beeinflusst	-	-	X	-	-
Mit Antibiotika: verringerte Laxanswirkung aufgrund fehlender Verstoffwechslung in wirksame Form	-	-	-	X	-

	Lactulose	Macrogol	Bisacodyl	Na-Picosulfat	Ind. Flohsamen
Theoretisch verringerte Resorption bestimmter Stoffe	-	X	-	-	-
Bei gleichzeitiger Einnahme von Mineralien/Vitaminen und Laxans kommt es zu verzögerter Resorption der Mineralien/Vitamine	-	-	-	-	X
Diabetes mellitus: Einstellung muss ggf. angepasst werden	X	-	-	-	X
Monosaccharidintoleranzen: Laxans enthält Monosaccharide	X	-	X	X	X
Nur kurzfristige Einnahme	-	-	X	X	-
Verringerte Resorption anderer mit dem Laxans gleichzeitig eingenommener Arzneimittel	-	-	-	-	X

Quelle: [10]

Therapie

|6.2| Andere Therapien

|6.2.1| Lokale rektale Entleerungshilfen

Wenn die orale Therapie nicht zum gewünschten Erfolg führt oder aber eine rektale Entleerungsstörung ursächlich für die chronische Obstipation ist, können Suppositorien und Klysmen eingesetzt werden. Bewährt haben sich hier glyzerinhaltige Suppositorien oder Klistiere sowie Suppositorien mit CO₂-Bildung. Sie stimulieren den Defäkationsreiz und sind daher vor allem für Patienten mit einer Stuhlentleerungsstörung geeignet.

|6.2.2| Operative Verfahren

Nur ganz selten ist nach Ausschöpfen aller medikamentösen Therapieoptionen ein operativer Eingriff notwendig. Bei der sog. subtotalen Kolektomie wird ein Teil des Dickdarms entfernt, was mitunter zu Diarrhö oder Inkontinenz führen kann. Bei der Outlet-Obstipation können morphologische Veränderungen wie eine Enterozele, eine Rektozele oder ein Rektumprolaps die Ursache sein. Operationen können hierbei zur Korrektur der gestörten Defäkation nötig sein.

Literatur

|7| Literaturverzeichnis

- [1] Johanson JF, Sonnenberg A, Koch TR: Clinical epidemiology of chronic constipation. *J Clin Gastroenterol* 1989; 11: 525–36.
- [2] Füsgen I et al.: Konsensusstatement „Chronische Obstipation in der stationären Altenhilfe – (K)ein Problem?“ (Kölner Update 20.08.2010). *Eur J Ger* 2010; 12(4): 153–244.
- [3] Belsey J, Greenfield S, Candy D, Geraint M: Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. *Aliment Pharmacol Ther* 2010 May; 31(9): 938–49. Epub 2010 Feb 20. Review.
- [4] Thompson WG: The road to Rome. *Gut*. 1999 Sep; 45 Suppl 2: II80.
- [5] Füsgen I: Der ältere Patient – Problemorientierte Diagnostik und Therapie, Urban & Fischer. September 2000.
- [6] Heuss L, Degen, L: Chronische Obstipation, *Schweiz Med Forum* 2004; 4: 689.
- [7] Attar A, Lemann M, Ferguson A, Halphen M, Boutron MC, Flourie B et al.: Comparison of a low dose polyethylene glycol electrolyte solution with lactulose for treatment of chronic constipation. *Gut*. 1999 Feb; 44 (2): 226–30.
- [8] Ramkumar D et al.: Efficacy and safety of traditional medical Therapies for chronic constipation: Systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005 Apr; 100(4): 936–71.
- [9] Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J, Nelson RL: Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Jul 7; (7): CD007570.
- [10] FachInfo-Service. Fachinformationsverzeichnis Deutschland (einschließlich EU-Zulassungen). <http://www.fachinfo.de>. Herausgeber und Verlag: Rote Liste® Service GmbH Frankfurt/Main 2011.
- [11] Borchelt M, Wrobel N, Trilhof G: Online-Kodierleitfaden Altersmedizin 2010. <http://www.geriatrie-drg.de/dkger/main/multimorb-2010.html>. DRG-Kompetenzteam Geriatrie, 2007–2009. www.geriatrie-drg.de.



Deutsche
Seniorenliga e.V.

Deutsche Seniorenliga e.V.
Heilsbachstraße 32
53123 Bonn

info@deutsche-seniorenliga.de
www.deutsche-seniorenliga.de

Impressum

Herausgeber und V. i. S. d. P.:
RA Erhard Hackler
Geschäftsführender Vorstand
Deutsche Seniorenliga e.V.

Text: Andrea Hertlein
Ausgabe 2011

Bildnachweise:
Titel: Sebastian Kaulitzki/Fotolia
Seite 12: senior care/stockbyte
Seite 16: Senior Care/fancy

In Kooperation mit



Verbreitung, Übersetzung und jegliche
Wiedergabe auch von Teilen dieser Broschüre
nur mit Genehmigung des Herausgebers