

Obstipation im Alter

Stufenweise Abklärung und Therapie führt zum Ziel

Bis zu 50% der in Institutionen lebenden älteren Patienten leiden an einer Obstipation und sind dadurch in ihrer Lebensqualität oft wesentlich beeinträchtigt. Die Differenzierung der Subtypen der Obstipation ist essentiell für eine erfolgreiche Behandlung. Sowohl Abklärung als auch Therapie sollen stufenweise erfolgen.



**Dr. med.
Nora Brunner-Schaub**
Zürich

Subtypen: Obstipation ist nicht gleich Obstipation

Die Prävalenz der Obstipation in der Gesamtbevölkerung liegt zwischen 1–10%, wobei diese mit zunehmendem Alter steigt und bei >65-Jährigen bei 20% bzw. bei in Institutionen und somit meist pflegebedürftigen älteren Patienten bei bis zu 50% liegt (1). Obstipation ist nicht gleich Obstipation: Wir unterscheiden die primären funktionellen Formen von der sekundären Obstipation (Tab.1).

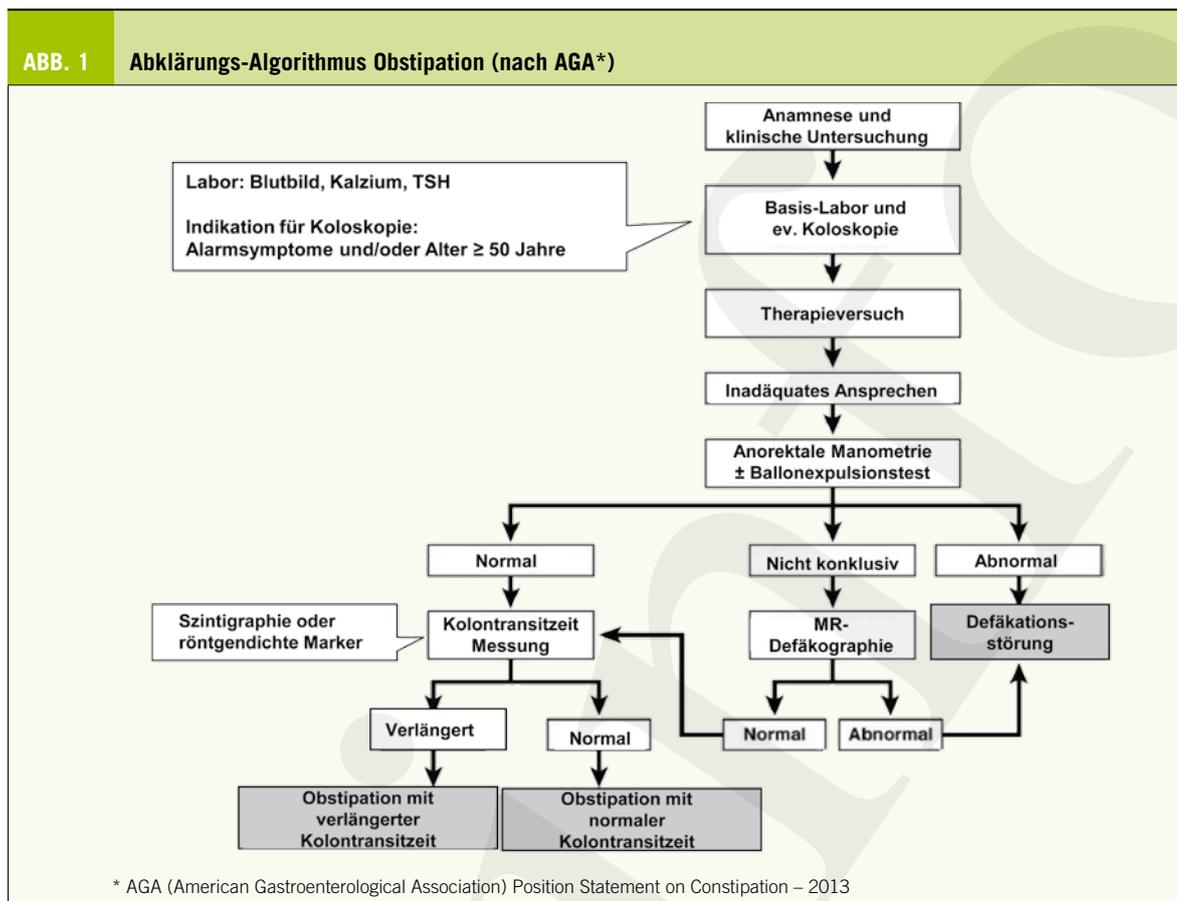
Die mit ca. 70% häufigste Form ist die chronisch funktionelle Obstipation, welche gemäss Rom IV-Kriterien allein aufgrund einer typischen Anamnese diagnostiziert werden kann (Tab.2). Die Überlappung mit dem Reizdarmsyndrom mit Obstipation ist häufig und die beiden Krankheitsbilder sind oft kaum voneinander abzugren-

zen. Bei lediglich ca. 10% der Patienten mit Obstipation liegt eine verlängerte Kolontransitzeit («slow transit constipation») vor. Die Ursache der verlängerten Kolontransitzeit von >72 Stunden bei diesen Patienten ist nicht ganz geklärt, histologisch zeigt sich jedoch eine Verminderung der interstitiellen Cajal-Zellen, den sogenannten Schrittmacherzellen, im Kolon und manometrisch eine verminderte bzw. unkoordinierte Kolonmotilität, so dass insgesamt von einer viszeralen Neuropathie ausgegangen wird. Die mit ca. 20–30% zweithäufigste Ursache der Obstipation ist die Defäkationsstörung bzw. Stuhlentleerungsstörung. Pathophysiologische Grundlagen dafür sind eine inkomplette Relaxation bzw. paradoxe Kontraktion des Beckenbodens und des analen Sphinkters. Zum Teil sind diese funktionellen Störungen kombiniert mit strukturellen Problemen wie einer Rektozele und/ oder Intussuszeption. Sowohl die Schwäche der Beckenbodenmuskulatur und des Sphinkterapparates als auch die verminderte rektale Sensitivität bzw. rektale Compliance mit zunehmendem Alter tragen dazu bei, dass Defäkationsstörungen bei älteren Patienten häufig vorkommen (2). Ebenfalls häufig sind bei älteren Patienten sekundäre Formen der Obstipation (Tab.1); hier ist v.a. auch an die medikamentös-induzierte Obstipation bzw. Obstipation im Rahmen von neurologischen und endokrinologischen Erkrankungen zu denken.

TAB. 1 Subtypen der Obstipation	
Primäre oder idiopathische Obstipation	
<ul style="list-style-type: none"> • Obstipation mit normaler Kolontransitzeit (Synonyme: chronische funktionelle/idiopathische Obstipation) • Defäkationsstörung (Stuhlentleerungsstörung) (Unterformen: Anismus, dyssynerge Defäkation) • Obstipation mit verlängerter Kolontransitzeit 	
Sekundäre Obstipation	
Medikamenten-Nebenwirkung	Neurologische Ursachen
Opiate Anticholinergika Trizyklische Antidepressiva Neuroleptika Monoaminoxidase-Hemmer Antiepileptika Antihistaminika Antihypertensiva Spasmolytika Sympathomimetika Diuretika	Morbus Parkinson Multiple Sklerose Zerebrovaskulärer Insult Demenz Autonome Neuropathie (Diabetes mellitus) Rückenmarksverletzung Mechanische Obstruktion Kolon-/Rektumkarzinom Nicht-maligne Stenosen (postdivertikulitisch, ischämisch) Rektozele, Enterozele
Systemische Erkrankungen	Endokrine Ursachen
Systemische Sklerose Amyloidose	Hypothyreose Hyperparathyreoidismus (Hyperkalzämie)

TAB. 2 Rom-IV Kriterien der chronisch idiopathischen Obstipation
Während mindestens 3 der vorhergehenden 6 Monate, dauernd oder intermittierend:
<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 2 der folgenden Kriterien in mehr als 25% der Defäkationen <ul style="list-style-type: none"> – starkes Pressen beim Stuhlgang – klumpiger oder harter Stuhl – Gefühl der inkompletten Entleerung – Gefühl der anorektalen Obstruktion/Blockierung – manuelle Manöver zur Erleichterung der Defäkation – weniger als 3 spontane Entleerungen pro Woche
<ul style="list-style-type: none"> • Selten weicher Stuhlgang ohne Laxanzien • Erfüllt nicht die Kriterien für ein Reizdarmsyndrom

ABB. 1 Abklärungs-Algorithmus Obstipation (nach AGA*)



Stufenweise Abklärung

Abklärung und Therapie sollen bei der Obstipation stufenweise erfolgen, oft geschieht beides auch parallel (Abb. 1) (3, 4).

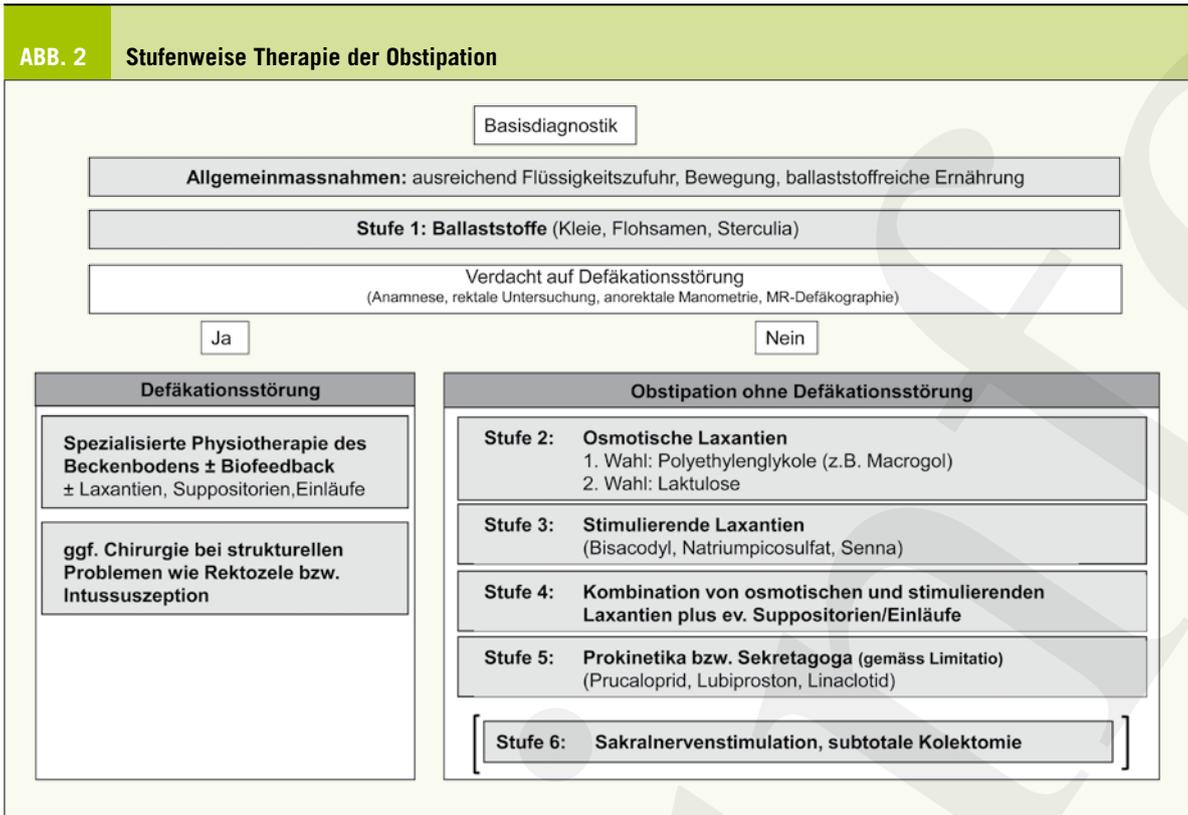
An erster Stelle steht eine ausführliche Anamnese, wobei neben der Stuhlkonsistenz/-frequenz vor allem Hinweise für eine Stuhleerungsstörung (Gefühl der inkompletten Entleerung, Gefühl der anorektalen Blockierung, manuelle Manöver zur Erleichterung der Defäkation), eine genaue Medikamentenliste und allfällige frühere Therapieversuche erfragt werden sollten. Die abdominelle Untersuchung ist in der Regel unauffällig. Die digital rektale Untersuchung ist obligat: Analfissuren und Prolapse können gesehen, rektale Tumoren bzw. eine Stuhlimpaktation ertastet werden, zudem kann beim Klemmversuch die Sphinkterfunktion abgeschätzt werden. Hilfreich ist oft auch ein Defäkationsversuch während der rektalen Untersuchung, wobei es zu einer Relaxation des Analsphinkters und des Beckenbodens mit Tiefertreten des Perineums kommen sollte, ein Fehlen kann Hinweis für eine dyssynerge Defäkationsstörung sein. Bei jüngeren Patienten mit einer typischen Anamnese für eine idiopathische Obstipation sind vor einem ersten Therapieversuch meist keine weiteren Abklärungen notwendig. Da bei älteren Patienten jedoch häufiger sekundäre Ursachen vorliegen, empfiehlt sich die Durchführung eines Basislabors inklusive TSH und Kalzium. Sollte die Obstipation neu aufgetreten sein und/oder Alarmsymptome wie Gewichtsverlust, Blutverlust ab ano, Anämie bestehen, besteht zudem die Indikation für eine Koloskopie oder zumindest Rektosigmoidoskopie zum Ausschluss eines Malignoms. Nach diesen Basisuntersuchungen kann ein erster Therapieversuch z. B. mit einem Ballaststoff und/oder osmotischen Laxans erfolgen (siehe folgendes Kapitel). Falls die Patienten nicht adäquat darauf ansprechen, ist eine weiter-

führende Abklärung hinsichtlich einer Defäkationsstörung sinnvoll. Ein sehr einfacher Screening-Test ist der Ballonexpulsionstest, wobei ein mit 50 ml Wasser gefüllter Ballon rektal appliziert wird. Kann der Ballon auf der Toilette innerhalb von 1 Minute ausgestossen werden, ist das Vorliegen einer Defäkationsstörung unwahrscheinlich. Die anorektale Manometrie wird heutzutage meist mittels hochauflösenden Kathetern durchgeführt, ist wenig invasiv und bedarf keinerlei Vorbereitung vom Patienten. Der Sphinkterruhe-/kneiffdruck können quantifiziert werden und anhand des manometrischen Bildes während eines Defäkationsmanövers gelingt es, verschiedene Subtypen der Defäkationsstörung zu charakterisieren (5). Oft wird die anorektale Manometrie mit einer MR-Defäkographie kombiniert, wobei nach rektaler Applikation eines Kontrastmittels eine dynamische MR-Abbildung der Defäkation erstellt werden kann. Neben Aufzeigen des Verhaltens des Beckenbodens, können im MR vor allem auch strukturelle Probleme wie Rekozelen bzw. Intussuszeption erfasst werden. Es ist wichtig anzumerken, dass die MR-Defäkographie in der Regel im Liegen und somit unphysiologischen Position für die Stuhleerung erfolgt. Zudem bleibt immer die Frage, ob gefundene strukturelle Probleme funktionell relevant sind: Gerade Rekozelen sind häufig und werden auch bei beschwerdefreien Probanden gefunden. Rekozelen < 2 cm sind meist nicht funktionell relevant und bedürfen somit auch keiner operativen Korrektur. Eine Kolontransitzeitmessung ist nur in wenigen Ausnahmefällen erforderlich, zumal sich daraus keine therapeutischen Konsequenzen ergeben.

Stufenweise Therapie

Patienten und Patientinnen sind durch ihre Obstipationsbeschwerden oft stark in ihrer Lebensqualität eingeschränkt und haben eine

ABB. 2 Stufenweise Therapie der Obstipation



Therapie-Odyssee hinter sich. Häufig gilt es zunächst, falsche Vorstellungen von einem normalen Stuhlverhalten zu berichtigen. Das Finden der optimalen Therapie kann ein langwieriger Prozess sein, zumal sie individuell an die Bedürfnisse jedes/jeder Einzelne(n) angepasst werden muss. Die Therapie soll stufenweise eskaliert werden, oft sind Kombinationen von verschiedenen Wirkstoffen und/oder Darreichungsformen hilfreich (Abb. 2 und Tab. 3) (6).

Allgemeinmassnahmen wie genügend Trinken und körperliche Aktivität werden zwar häufig empfohlen, wahrscheinlich spielen diese Faktoren bei den allermeisten jüngeren Betroffenen eine untergeordnete Rolle in der Entstehung der Obstipation. Bei älteren und vor allem bettlägerigen Patienten können solche Massnahmen jedoch sinnvoll sein.

Als Stufe 1-Medikament empfiehlt sich ein Ballaststoff (Kleie, Flohsamen, Sterculia). Essentiell ist dabei eine ausreichende Trinkmenge, da nur so der gewünschte Quelleffekt entstehen kann. Der Wirkungseintritt ist verzögert nach 12–72 Stunden und Blähungen können eine limitierende Nebenwirkung darstellen. Bei fehlender Besserung soll der Wechsel auf ein osmotisches Laxans (Stufe 2) erfolgen, wobei Metaanalysen einen etwas überlegeneren Nutzen von Polyethylenglycol (Macrogol) versus Laktulose zeigen. Im Gegensatz zu Laktulose wird Polyethylenglycol im Kolon nicht abgebaut, weshalb weniger Blähungen auftreten. Stufe 3 sind stimulierende Laxantien wie Bisacodyl, Sodiumpicosulfat und Senna, welche einen direkten prokinetischen Effekt haben. Viele Patienten empfinden diese Medikamente als effizient, berichten aber auch oft über Bauchkrämpfe. Eine Kombination der Präparate aus Stufe 2 und Stufe 3 ist wegen des unterschiedlichen Wirkungsprofils sinnvoll. Gerade auch bei Defäkationsstörungen kann zudem eine zusätzliche Kombination mit stimulierenden Suppositorien oder Klistieren hilfreich sein. Bei fehlendem Ansprechen auf diese gän-

gigen Laxativa können die neueren Prokinetika (Prucaloprid) bzw. Sekretagoga (Lubiproston, Linaclotid) eingesetzt werden (7), allerdings müssen die jeweiligen Limitationen in der Spezialitätenliste beachtet werden: Prucaloprid und Lubiproston sind in der Schweiz für die therapierefraktäre chronische Obstipation bei Frauen und Männern (Lubiproston zusätzlich für die Opioid-induzierte Obstipation bei nicht-onkologischen Patienten) und Linaclotid für das Reizdarmsyndrom mit Obstipation zugelassen. Der Nutzen und die Verträglichkeit ist für alle drei Präparate in mittlerweile mehreren randomisiert kontrollierten Studien gut belegt, allerdings betrug das Durchschnittsalter der Probanden in den meisten Studien ca. 50 Jahre. Ob diese Daten auf ein älteres Patientenkollektiv extrapoliert werden können, ist zurzeit unklar, ein Therapieversuch ist jedoch durchaus gerechtfertigt.

Bei den Defäkationsstörungen können die Laxativa der Stufe 1–3 versucht werden, Grundstein der Therapie ist jedoch die spezialisierte Physiotherapie des Beckenbodens. Ziel der Therapie ist eine Kräftigung und Koordinierung der Beckenboden- und Bauchmuskulatur sowie Training der rektalen Sensibilität. Häufig wird dabei die Methode des Biofeedbacks herangezogen, wobei mittels rektalen/analen Manometrie-Kathetern/-Ballonen die physiologischen Vorgänge erfasst und auf einem Bildschirm visualisiert werden. So kann der Patient die Anleitungen des/der Therapeuten/-in besser verstehen und umsetzen. Die Ansprechrage auf eine solche Therapie ist hoch (Symptomverbesserung in ca. 70%, auch im Verlauf bis zu 4 Jahren) und deutlich besser als das Ansprechen auf die gängigen Laxativa (8). Es ist sicherlich so, dass eine solche Therapie gewisse körperliche und kognitive Reserven voraussetzt und somit nicht für alle älteren Patienten geeignet ist.

Viele Patienten haben Angst vor einer chronischen Laxantientherapie, gemäss heutiger Datenlage kann und soll man die Patienten

TAB. 3 Übersicht der Substanzen zur Behandlung der Obstipation

Substanzklasse	Wirkstoffe	Beispiele und Dosierung	Wirkmechanismus	Nebenwirkungen
Ballaststoffe	Kleie Psyllium (Flohhsamen) Sterculia	Metamucil® 1 KL 1-3x/d mit 1-2 Gläsern Flüssigkeit Colosan mite® 1 KL 1-3x/d mit 1-2 Gläsern Flüssigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Quelleffekt von unverdaulichen pflanzlichen Ballaststoffen • Vermehrung der Stuhlmenge/-frequenz, Verminderung der Stuhlkonsistenz • Wirkungseintritt nach 12-72h 	Blähungen und Flatus
Osmotische Laxativa	Laktulose Laktitol Polyethylenglycol (Macrogol)	Duphalac® 15-45 ml/d Importal® 30 ml/d Transipeg®, Movicol® 1-2 Sachets/d	<ul style="list-style-type: none"> • schlecht absorbierbare Zucker/Polymere • Influx von Wasser durch osmotischen Effekt • Wirkungseintritt nach 24-48h 	Blähungen und Flatus
Stimulierende Laxativa	Bisacodyl Sodiumpicosulfat Senna	Dulcolax® bzw. Prontolax® Drg. oder Supp. 5-10 mg/d (abends) Laxoberon® 10-30 Trpf./d Pursennid®, X-Prep®	<ul style="list-style-type: none"> • direkt prokinetisch • stimulieren gastrointestinale Sekretion • Wirkungseintritt nach 6-12h 	Bauchkrämpfe, Hypokaliämie
Prokinetika bzw. Sekretagoga	Prucaloprid (zugelassen für chronische Obstipation) Lubiproston (zugelassen für chronische Obstipation, Opioid-induzierte Obstipation bei nicht-onkologischen Patienten) Linaclotid (zugelassen für Reizdarmsyndrom mit Obstipation)	Resolor® 1-2 mg/d Amitiza® 2x24 µg/d Constella® 290 µg/d	<ul style="list-style-type: none"> • Prokinetisch, selektiver 5-HT4-Rezeptor-Agonist • Chlorid-Kanal-Aktivator → ↑ Ausstrom von Na/H₂O → ↑ Sekretion von Flüssigkeit ins Darmlumen • Guanylatcyclase-C-Rezeptor-Agonist an den Enterozyten → erhöht die intestinale Chlorid- und Flüssigkeitssekretion 	Kopfschmerzen, Nausea, Bauchschmerzen, Diarrhoe

jedoch beruhigen: Es gibt keine Evidenz für eine Schädigung des enteralen Nervensystems bzw. Erhöhung des Kolonkarzinomrisikos, wie das immer wieder vermutet wurde. Eine Toleranzentwicklung ist zwar durchaus möglich, eine eigentliche Abhängigkeit von Laxantien tritt jedoch nicht auf. Insofern sollen die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden bis zum Ziel der subjektiven Beschwerdefreiheit.

Dr. med. Nora Brunner-Schaub

Gastroenterologie und Hepatologie, Stadtspital Triemli
Birmensdorferstrasse 497
8063 Zürich
nora.brunner-schaub@triemli.zuerich.ch

+ **Interessenkonflikt:** Die Autorin hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur:

1. De Giorgio, R., et al., Chronic constipation in the elderly: a primer for the gastroenterologist. BMC Gastroenterol, 2015. 15: p. 130.
2. Vazquez Roque, M. and E.P. Bouras, Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients. Clin Interv Aging, 2015. 10: p. 919-30.
3. American Gastroenterological, A., et al., American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. Gastroenterology, 2013. 144(1): p. 211-7.
4. Andresen, V., et al., [S2k guideline for chronic constipation: definition, pathophysiology, diagnosis and therapy]. Z Gastroenterol, 2013. 51(7): p. 651-72.

Take-Home Message

- ◆ Bis zu 50% der in Institutionen lebenden älteren Patienten leiden an einer Obstipation
- ◆ Die häufigste Form ist die chronisch idiopathische Obstipation, gerade bei älteren Patienten muss aber auch an sekundäre Formen der Obstipation bzw. Defäkationsstörungen gedacht werden
- ◆ Sollte der Patient nach erfolgter Basisdiagnostik nicht auf einen Therapieversuch ansprechen, können Spezialuntersuchungen wie anorektale Manometrie und MR-Defäkographie hilfreich sein
- ◆ Die Therapie sollte stufenweise erfolgen, eine Kombinationstherapie von oralen und rektalen Präparaten ist oft sinnvoll
- ◆ Die Patienten sollten bezüglich einer chronischen Laxantien-Einnahme beruhigt werden
- ◆ Therapie der Wahl bei einer Defäkationsstörung ist die spezialisierte Physiotherapie des Beckenbodens ± Biofeedbacktherapie

5. Rao, S.S., Advances in diagnostic assessment of fecal incontinence and dyssynergic defecation. Clin Gastroenterol Hepatol, 2010. 8(11): p. 910-9.
6. Locke, G.R., 3rd, J.H. Pemberton, and S.F. Phillips, American Gastroenterological Association Medical Position Statement: guidelines on constipation. Gastroenterology, 2000. 119(6): p. 1761-6.
7. Lacy, B.E., Z.H. Hussain, and F. Mearin, Treatment for constipation: new and old pharmacological strategies. Neurogastroenterol Motil, 2014. 26(6): p. 749-63.
8. Chiarioni, G., S. Heymen, and W.E. Whitehead, Biofeedback therapy for dyssynergic defecation. World J Gastroenterol, 2006. 12(44): p. 7069-74.