



La version française de cet article sera publiée dans le numéro 49-50 de «PrimaryCare».

# Chronische Obstipation

Lukas Degen

## Bedeutung

Prävalenz je nach Population und Definition: bis zu 20%. Prävalenz chronischer Obstipation bei 4% in den USA (Rom-III-Kriterien, vgl. unten).

Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer. Zunahme der Obstipation im Alter.

## Diagnostik

### Definition

Diagnostische Kriterien der funktionellen Obstipation (seit 2006 als sog. «Rom-III-Kriterien» publiziert): während mindestens 12 Wochen der vorhergehenden 6 Monate, kontinuierlich oder wiederholt mehr als 25% der Zeit mind. 2 der folgenden Symptome:

1. starkes Pressen beim Stuhlgang;
2. klumpiger oder harter Stuhl;
3. Gefühl der inkompletten Entleerung;
4. Gefühl der anorektalen Obstruktion/Blockierung;
5. manuelle Manöver zur Erleichterung der Defäkation (z.B. digitale Ausräumung, Stützen des Beckenbodens);
6. weniger als 3 Defäkationen pro Woche;
7. weicher, ungeformter Stuhlgang nur unter laxativer Therapie;
8. ungenügende Kriterien für ein Reizdarmsyndrom.

### Ursachen

- Idiopathisch;
- extraintestinal: Lebensstil (z.B. Immobilität), Metabolismus (z.B. Diabetes mellitus), Neurologie (z.B. Insult), Muskel-/Bindegewebeerkrankungen (z.B. Sklerodermie), Medikamente (z.B. Antazida), Elektrolytstörungen (z.B. Hyperkalzämie), Psychopathologie (z.B. Depression);
- gastrointestinal: Dysmotilität (z.B. «slow transit»), gestörte Defäkation (z.B. Rektozele).

## Abklärungsschema

Anamnese, Klinik und Labor:

- Rom-III-Kriterien erfüllt?
- Vernünftiger diagnostischer Aufwand zum Ausschluss extra-/gastrointestinaler Ursachen je nach Alter des Patienten, Dauer der Beschwerden und Präsenz von Begleitsymptomen (Alarmsymptome wie z.B. Anämie!).

Funktionsdiagnostik:

- Indiziert bei unbefriedigendem Ergebnis einfacher Therapien (z.B. Ballaststoffe) nach 2–3 Monaten oder bei Verdacht auf eine anorektale Dysfunktion.
- Initial in der Praxis: Transitzeitmessung mit röntgendichten Markern («slow transit» vs. normaler Transit).
- Zum Ausschluss einer anorektalen Dysfunktion: Manometrie, Ballon-Expulsionstest, Defäkographie.
- Bei Patienten mit schwerer therapierefraktärer «slow transit»-Obstipation: Ausschluss einer panenterischen Motilitätsstörung mit szintigraphischer, gastrointestinaler Transitbestimmung und evtl. Dünndarmmanometrie im Hinblick auf ein operatives Vorgehen.

## Therapie

### Allgemeine Massnahmen

- Mehr Bewegung, genügender Flüssigkeitskonsum (trotz fehlender Daten).
- Unterdrückung des Stuhldranges vermeiden.

### Ballaststoffe

Kernpunkt der initialen Therapie. Ballaststoffreiche Kost oft ungenügend. Zusätzlich Quellmittel nötig. Als Fasersupplement eignen sich sowohl natürliche Substanzen (z.B. Weizenkleie, Leinsamen) als auch synthetische Faserzusätze (z.B. Methylzellulose). Empfohlene Tagesmenge für Fasern: 20 bis 35 g.

### Osmotika

Synthetische Disaccharide (z.B. Laktulose, Lactitol): im Kolon fermentiert. Häufig Wirkungsverlust bei längerer Therapie, wahrscheinlich durch Adaptation der Kolonflora.

Alkohol-Polymere (z.B. Polyethylenglykol): durch Kolonflora nicht fermentiert. Kein störender Meteorismus.

**Stimulanzien/Irritantien**

Anthranoide (z.B. Senna, Frangula) stimulieren inerten Stunden via Flüssigkeitssekretion im Darmlumen und direkter Wirkung auf Darmmuskulatur die Peristaltik. Bedenken einer langfristigen kontrollierten Einnahme der Anthranoide wegen Schädigungen des enteritischen Nervensystems oder Kanzerogenität werden durch die Literatur nicht erhärtet. Harmlose Nebenwirkung: reversible Pseudomelanosis coli.

Diphenolische Laxantien (Bisacodyl, Natriumpicosulfat) führen zu einer dosisabhängigen Steigerung der Elektrolyt- und Wassersekretion ins Kolonlumen und zu direkter Anregung der Peristaltik.

**Serotonin-Rezeptor-Agonisten**

Der 5-HT<sub>4</sub>-Agonist Tegaserod zeigt u.a. einen potenten prokinetischen Effekt mit relevanter Beschleunigung des gastrointestinalen Transits sowohl bei Gesunden als auch bei Kranken. Seine Wirksamkeit bei Obstipations-prädominantem Reizdarmsyndrom wurde wiederholt dokumentiert und bestätigt. Erste Hinweise bestehen, dass sich Tegaserod auch bei der Therapie der funktionellen Obstipation bewähren könnte.

**Paraffinöl**

Mineralöl, das nicht absorbiert wird und den Stuhl weich macht. Gelegentliche Verwendung von Paraffinöl vermutlich ungefährlich. Vor einem häufigen Gebrauch wird jedoch wegen möglicher Fremdkörperreaktionen bei Mukosaläsionen sowie der Gefahr einer Lipidpneumonie nach Aspiration abgeraten.

**Prokinetika**

Ungenügende Wirkung auf die Kolonmotorik: im klinischen Alltag keine Bedeutung.

**Biofeedback**

Bei Verdacht auf eine funktionelle Beckenbodendysfunktion bietet sich ein zusätzlicher verhaltenstherapeutischer Ansatz (Biofeedbacktraining) an.

**Operative Massnahmen**

Bei symptomatischen organischen Veränderungen (z.B. Rektozele) ist eine chirurgische Intervention (Resektion/Raffung der vorderen Rektumwand) indiziert.

**Information**

- 1 Bharucha AE, et al. Slow-transit constipation. *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2001;309–15.
- 2 Camilleri M, et al. Clinical management of intractable constipation. *Ann Intern Med.* 1994;121:520–8.
- 3 Diamant NE, et al. AGA technical review on anorectal testing techniques. *Gastroenterology.* 1999;116:735–60.
- 4 Longstreth GF. Functional bowel disorders. *Gastroenterology.* 2006;130:1480–91.

---

PD Dr. med. Lukas Degen  
Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie  
Universitätsspital  
Petersgraben 4  
4031 Basel  
degenl@uhbs.ch