

Obstipation und Stuhlinkontinenz im Alter

Was müde Därme auf Trab bringt

Obstipation und Stuhlinkontinenz sind häufige Symptome im höheren Alter, die zum einen organische Komplikationen nach sich ziehen und zum anderen die Lebensqualität erheblich einschränken können. Die Kunst bei der diagnostischen Abklärung und Therapie besteht darin, überflüssige Untersuchungen zu vermeiden und rationale Therapien gezielt einzusetzen.

AHMED MADISCH

Etwa 20 Prozent der über 60-Jährigen klagen spontan über Obstipation, fast 40 Prozent bei gezielter Befragung. Mehr als 50 Prozent der älteren Patienten im Krankenhaus oder in Pflegeheimen erhalten Laxanzien zur Therapie einer chronischen Obstipation. Die chronische Obstipation kann grundsätzlich in eine organische und eine funktionelle unterteilt werden.

Einteilung der Obstipation

Zu den *organischen Ursachen* der Obstipation zählen:

- neurologische Erkrankungen (z.B. M. Parkinson)
- endokrine Ursachen (z.B. Hypothyreose)
- medikamentöse Ursachen
- Störungen des Beckenbodens (z.B. Rektozele).

Bei *funktioneeller Obstipation* liegt dagegen nach den Leitlinien definitionsgemäss keine organisch fassbare Ursache vor. Beiden Obstipationsformen ist jedoch gemeinsam, dass für die Chronizität der Obstipationssymptome mindestens zwei der folgenden Kriterien über drei Monate anhaltend oder rezidivierend erfüllt sein müssen:

- Notwendigkeit zu pressen in mehr als 25 Prozent der Entleerungen

Merksätze

- Um eine Obstipation abzuklären, sollte man sich an einem Zweistufenschema orientieren, das Basisdiagnostik und Endoskopie umfasst.
- Allgemeinmassnahmen reichen zur Stuhlregulierung bei Obstipation oft nicht aus. Als Laxanzien der ersten Wahl bieten sich dann PEG-(Macrogol-)Elektrolytlösungen an.

- harte Stuhlkonsistenz in mehr als 25 Prozent der Entleerungen
- Gefühl der inkompletten Entleerung bei mehr als 25 Prozent der Entleerungen
- weniger als zwei Stühle pro Woche.

Aus pathophysiologischer Sicht kann die chronische Obstipation zusätzlich – egal, ob organisch oder funktionell – in zwei Hauptgruppen unterteilt werden:

- langsamer Kolontransit und
- Defäkationsstörungen (bedingt durch Sphinkterfunktionsstörungen, Rektozele, inneren Rektumprolaps, u.a.).

Allerdings ist bei etwa 60 Prozent der Patienten mit Obstipation eine normale Kolontransitzeit zu verzeichnen. Die Diagnostik und Therapie der Obstipation beim älteren Menschen werden im Wesentlichen durch den Schweregrad der Symptome, die bestehende Multimorbidität sowie die zugrunde liegenden Ursachen beeinflusst.

Diagnostik bei Obstipation

Die rationale Diagnostik zur Abklärung einer Obstipation besteht aus einem Zweistufenschema und stützt sich im Wesentlichen auf eine Basisdiagnostik (*Kasten 1*), die neben der ausführlichen (Medikamenten-)Anamnese vor allem auch die körperliche Untersuchung mit Inspektion und rektal-digitaler Untersuchung und eine prospektive Symptomerhebung anhand eines Stuhlprotokolls beinhaltet.

Kasten 1: Basisdiagnostik bei Obstipation

- Anamnese
- Körperliche und psychische Untersuchung
- Rektal-digitale Untersuchung
- Stuhlvisite und Stuhlprotokoll
- Labordiagnostik

Die Basisdiagnostik wird bei vorhandenen Alarmsymptomen (Kasten 2) um die Endoskopie erweitert, die in erster Linie dem Ausschluss organischer Ursachen dient (Abbildung 1). In Einzelfällen wird eine Spezialdiagnostik mit Transitzeitmessung (nach Hinton), Manometrie oder Defäkografie ergänzt.

Therapie der Obstipation

Im Vordergrund der Therapie steht die ursächliche Behandlung der Grundkrankheit. Ist dies nicht oder nur unzureichend möglich, ist bei entsprechenden Beschwerden eine symptomatische Therapie der Obstipation indiziert. In erster Linie kommen Allgemeinmassnahmen zum Einsatz, die ein Toiletentraining, eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr und eine faserreiche Kost von 25–30 g/Tag beinhaltet, wobei lediglich die Effektivität der faserreichen Kost durch Studien abgesichert ist.

Häufig reichen diese Allgemeinmassnahmen zur Stuhlregulierung alleine nicht aus, sodass eine Therapie mit Laxanzien notwendig wird. Hierbei bieten sich als Laxans der ersten Wahl, da auch durch kontrollierte Studien abgesichert, PEG-(Macrogol-) Elektrolytlösungen (Movicol®, Transipeg®) an, da sie dosisabhängig effektiv, gut steuerbar und nebenwirkungsarm sind. Ballaststoffe können ebenfalls eingesetzt werden, hierbei sind jedoch die wasserlöslichen Gelbildner (z.B. Flohsamenschalen [Agiolax®]) wegen der geringeren Blähwirkung zu bevorzugen. Bei Obstipation infolge einer Störung des Beckenbodens im Sinne einer Defäkationsstörung sollten in regelmässigen Abständen lokale Entleerungshilfen wie Klysmen oder Einläufe, Suppositorien und Glycerin-haltige Zäpfchen eingesetzt werden. Dies gilt insbesondere für die Prophylaxe und Therapie der Stuhl-impaktation als schwerwiegender Komplikation der Obstipation.

Stuhlinkontinenz

Eine Stuhlinkontinenz wird von vielen Patienten verschwiegen, sodass deren Häufigkeit unter Berücksichtigung einer hohen Dunkelziffer nur geschätzt werden kann. Man geht davon aus, dass in der Altersgruppe über 65 Jahre 1 bis 1,5 Prozent der Bevölkerung an einer Stuhlinkontinenz leiden, wobei die Frauen häufiger betroffen sind. Als direkte Risikofaktoren für eine Stuhlinkontinenz gelten höheres Alter, weibliches Geschlecht und eine Komorbidität.

Die anale Kontinenz ist das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels zwischen Kolonfunktion, rektaler Sen-

sibilität und Analsphinkter. Störungen einer oder mehrerer Komponenten führen zur Stuhlinkontinenz, in den meisten Fällen sind jedoch mehrere Komponenten beteiligt. Klinisch unterscheidet man drei Grade der Stuhlinkontinenz:

Grad I: Inkontinenz für Winde

Grad II: Inkontinenz für geringe Stuhlmengen

Grad III: Grobinkontinenz.

Ein einfacher Test zur Erfassung einer groben Inkontinenz ist der Einlauf mit 100 ml Wasser. Kann dieses gehalten werden, ist eine grobe Inkontinenz unwahrscheinlich.

Diagnostik bei Stuhlinkontinenz

Die diagnostische Abklärung einer Stuhlinkontinenz (Abbildung 2) beginnt immer mit einer Basisdiagnostik, mit der schon viele Störungen ohne umfangreichen apparativen Aufwand erfasst werden können. Die Basisdiagnostik besteht aus einer ausführlichen Anamnese mit prospektiver Erhebung der Symptome anhand eines Stuhlprotokolls sowie aus der klinischen Untersuchung einschliesslich einer rektal-digitalen Untersuchung.

Die endoskopische Untersuchung als Erweiterung der Basisdiagnostik dient in erster Linie dem Ausschluss organischer Ursachen der Stuhlinkontinenz (z.B. Nachweis von Entzündungen). Die Endosonografie liefert den wichtigsten Beitrag in der morphologischen Beurteilung der Integrität des Analsphinkters. Eine weiterführende Funktionsdiagnostik ist nur in Einzelfällen notwendig, sie beinhaltet die anorektale Manometrie, die Defäkografie und neurophysiologische Untersuchungen.

Therapie der Stuhlinkontinenz

Die Stuhlinkontinenz ist ein ernst zu nehmendes Problem beim alten Menschen. Neben häufig bestehenden Grunderkrankun-

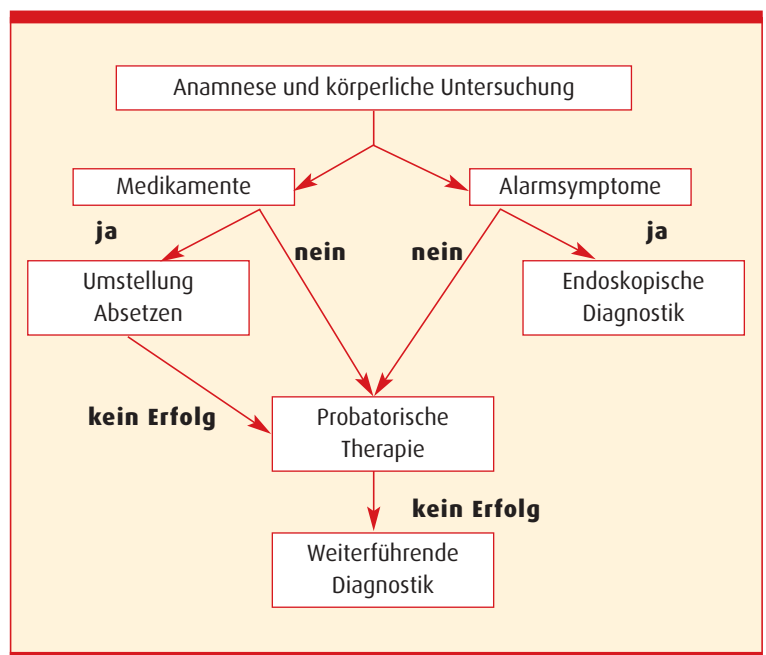


Abbildung 1: Algorithmus bei Obstipation

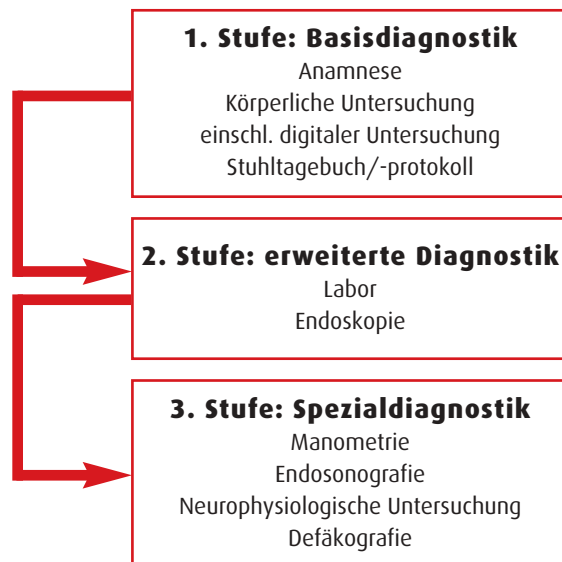


Abbildung 2: Diagnostisches Stufenschema bei Stuhlinkontinenz

gen wie Diabetes mellitus oder geburtstraumatischen Schädigungen bei Frauen nehmen mit zunehmendem Alter die Sphinkterdrücke und die Reservoirfunktionen durch verminderte Compliance ab.

Es gibt keine alleinige medikamentöse Therapie der Stuhlinkontinenz. Die Therapie richtet sich nach der jeweiligen Symptomatik. Sie basiert im Wesentlichen auf Allgemeinmassnahmen (Aufklärung, Ernährungsberatung, Toiletentraining, Beckenbodengymnastik und Sphinktertraining) und der Stuhlregulierung durch Ballaststoffe und Medikamente bei Diarrhö oder Obstipation.

Bei ausgewählten Patienten (z.B. spastischer Beckenboden) ist die Biofeedback-Methode effektiv. Eine Sonderform der Stuhl-

Kasten 2 : Alarmsymptome bei Obstipation

- Zunehmende Abdominalschmerzen
- Schmerzen beim Stuhlgang
- Änderung der Stuhlgewohnheiten
- Meläna oder Anablutung
- Allgemeinsymptome (Gewichtsabnahme, Abgeschlagenheit)

inkontinenz stellt die Stuhlimpaktation im Rektum dar, die weniger als Stuhlinkontinenz, sondern vielmehr als «Überlaufsymptom» anzusehen ist. In diesen Fällen sollte neben der digitalen Ausräumung der Stuhlmassen eine erneute Impaktierung des Stuhls durch regelmässige Applikation von Glycerin-Zäpfchen vermieden werden.

Die Diagnostik und Therapie der Stuhlinkontinenz erfolgt häufig multidisziplinär in Zusammenarbeit mit Gastroenterologen, Chirurgen, Urologen, Gynäkologen und Physiotherapeuten. Die chirurgische Therapie allerdings kommt in erfahrenen Zentren erst nach ausführlicher Diagnostik und Ausschöpfung aller konservativen Möglichkeiten infrage. ■

Literatur unter: www.allgemeinarzt-online.de

*Dr. med. Ahmed Madisch
Medizinische Klinik und Poliklinik I
Universitätsklinikum Dresden
D-01307 Dresden*

Interessenkonflikte: keine

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 6/2007. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.