

## Evakuationsstörung

# Was tun gegen Verstopfung?

Obstipation kann verschiedene Ursachen haben. Ist sie funktioneller Natur, kann mit einer Ernährungsanpassung und medikamentös versucht werden, die Defäkation wieder zufriedenstellend in Gang zu bringen. Die Optionen hierfür wurden am Jahreskongress der United European Gastroenterologists (UEG-Week) besprochen.

**E**vakuationsstörung ist der anerkannte Begriff, um die klinischen und/oder labortechnischen Merkmale zu beschreiben, die sich auf die Unfähigkeit einer Person beziehen, den Stuhl zufriedenstellend auszuscheiden. Dazu zählt sowohl die fäkale Inkontinenz mit einer Analsphinkterdysfunktion als auch die chronische Obstipation beispielsweise mit einer Kolondysmotilität oder verlängerten Transitzeiten mit harten Stühlen. Bei überlappenden Symptomen kommen Beckenbodenschwäche, -prolaps oder -denervation, rektale Hyposensibilität, aber auch funktionelle Störungen als Ursachen infrage (1).

Bei einer Evakuationsstörung kann per digitalrektaler Untersuchung die Anatomie des Rektums und mit der anorektalen Manometrie die Press- bzw. Haltefunktion bei Husten überprüft werden. Ergeben sich hieraus keine Anhaltspunkte, bestehen Möglichkeiten der Bildgebung wie Evakuationsproktografie, Magnetresonananz-Defäkografie sowie transperinealer Ultraschall. Mittels Szintigrafie kann die Transitzeit im Kolon dargestellt werden.

### Medikamentöse Option je nach Problem

Um eine funktionelle Obstipation handelt es sich, wenn mindestens zwei der folgenden Kriterien zutreffen: Pressen in > 25% der Fälle, harter Stuhl, Gefühl inkompletter Entleerung, Gefühl der anorektalen Verstopfung, manuelle Manöver, weniger als drei Stuhlgänge pro Woche. Treten zusätzlich Abdominalschmerzen auf, die entweder im Zusammenhang mit der Defäkation oder mit der Veränderung der Entleerungshäufigkeit oder der Stuhlförmigkeit in Zusammenhang stehen, und diese mehr als drei Monate bestehen, kann es sich um eine Obstipation im Rahmen eines Reizdarmsyndroms handeln, erklärte Prof. Dr. Maura Corsetti, Co-Chair der Rome Foundation for Bowel Disease, Nottingham Digestive Disease Biomedical Research Centre, Nottingham (UK), an der UEG-Week.

Die Expertin empfiehlt für die Therapie folgendes Vorgehen (2): Als therapeutische Massnahme soll nach Möglichkeiten der Veränderung des Lebensstils gesucht werden. Dazu gehören eine faserreiche Ernährung, genügend Flüssigkeit, Bewegung und Probiotika.

Medikamente, die wirksamer sind als Plazebo, sind gemäss Prof. Corsetti osmotische Laxativa wie beispielsweise Poly-

ethylenglykol bzw. Macrogol (z.B. Movicol®, Laxipeg® und Generika) 1–2 Sachets/Tag allein oder in Kombination mit Darmstimulanzien wie Bisacodyl (z.B. Dulcolax® und Generika) oder Natriumpicosulfat (z.B. Dulcolax® Picosulfat, Laxoberon®, Picoprep®) oder eventuell mit Senna. Dieses Regime soll während 4–8 Wochen versucht werden. Ist die Wirkung nicht befriedigend, kommt im Fall einer funktionellen Obstipation zusätzlich ein Prokinetikum wie Prucaloprid (Resolor®) 1–2 mg/Tag zum Einsatz, bei einem obstipationslastigen Reizdarmsyndrom soll auf Linaclotid (Constella®) oder andere Sekretagoga umgestellt werden. Spasmolytika oder Neuromodulatoren wie beispielsweise Amitriptylin können ebenfalls in Betracht gezogen werden.

Nicht jede Massnahme funktioniert bei jedem Patienten, so Prof. Corsetti, doch bestünden aufgrund der Wirkmechanismen Chancen dazu. Bisacodyl scheint bei Patienten mit Defäkationsstörungen zu helfen, da es den rektalen Tonus erhöht. Prucaloprid könnte ebenfalls bei Patienten mit Defäkationsstörungen hilfreich sein, da es den rektalen Tonus und die Sensitivität steigert. Linaclotid wirkt bei Patienten mit chronischer Obstipation mit und ohne Defäkationsstörungen. Neuromodulatoren wie Amitriptylin können bei Patienten mit rektaler Hypersensitivität hilfreich sein. □

Valérie Herzog

Quelle: «A topic we don't talk about: Evacuation Disorders». Jahreskongress der United European Gastroenterologists (UEG-Week), 13.–15. Oktober 2024 in Wien

Referenzen:

- van Grutino IM et al.: Imaging modalities for the detection of posterior pelvic floor disorders in women with obstructed defaecation syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Sep 23;9(9):CD011482. doi: 10.1002/14651858.CD011482.pub2
- Corsetti M et al.: Chronic constipation in adults: Contemporary perspectives and clinical challenges. 2: Conservative, behavioural, medical and surgical treatment. *Neurogastroenterol Motil.* 2021;33(7):e14070. doi:10.1111/nmo.14070