

## Systematik der chronischen Obstipation

Alexander Herold  
Enddarmzentrum Mannheim

Chronische Obstipation beschreibt ein sehr häufiges Symptom: Bereits in den 80er Jahren sind 2,5 Millionen Arztbesuche jährlich in den USA publiziert (14). Die Kosten für Abführmittel lagen damals bereits nahe 400 Millionen Dollar! Da die Ursachen des Problems sehr heterogen sind, ist eine interdisziplinäre Kooperation zwingend erforderlich. Der Chirurg wird mitunter zur Beurteilung von chronisch obstipierten Patienten gebeten, wenn die zur Verfügung stehenden allgemeinen therapeutischen Möglichkeiten ohne jegliche Beschwerdebesserung geblieben waren. Daher benötigen diese Patienten eine sehr sorgfältige klinische Beurteilung. Vor jeder Diagnostik und Therapie ist eine umfassende Kenntnis einer entsprechenden Systematik erforderlich. Diese Einführung soll im folgenden eine Basis für die weiteren Artikel legen.

### Definition

In jeder Diskussion, die sich mit einem derart häufigen Problem befasst, ist es zwingend erforderlich, eine geeignete Definition zu etablieren, die als Grundlage einer Vergleichbarkeit verschiedener Kollektive dient.

Die Häufigkeit einer normalen Stuhlentleerung zeigt eine sehr breite "physiologische" Streuung, so dass es mitunter schwierig ist, einen Normalwert zu definieren. Darüber hinaus hat der Begriff "Obstipation" oder "Verstopfung" unterschiedliche Bedeutung für verschiedene Personen, z.B. für Patienten und Therapeuten. Der Begriff subsummiert, dass der Stuhl zu hart, zu schwierig zu entleeren, zu selten, zu umfangreich oder zu gering ist. All diese Symptome sind problematisch zu quantifizieren. Die Stuhlmenge variiert interindividuell und auch intraindividuell von 35 g bis 224 g in den USA. In ländlichen Regionen Afrikas liegt das durchschnittliche Stuhlgewicht signifikant höher bei 470 g (2, 11). Die Notwendigkeit des "gelegentlichen" Pressens zur Defäkation wird von nahezu jedem Gesunden angegeben, ohne dass dieser sich als obstipiert bezeichnen würde. Die Streuung reicht hier von 31 % (1 bis 4 mal pro Monat) bis 1 96 (bei jedem Stuhl~ang)(4). 95 - 99 % aller Kinder und Erwachsener haben mindestens dreimal pro Woche Stuhlgang. Eine geringere Anzahl ist als abnormal einzustufen, da statistisch eine doppelte Standard-Abweichung vom Normalwert vorliegt. Folgende Definition, die "Rom-Kriterien", findet in den letzten 10 Jahren zunehmende Verbreitung und gilt als allgemein akzeptiert:

Innerhalb der letzten 12 Monate müssen in drei Monaten mindestens zwei oder mehr der folgenden Kriterien zutreffen:

1. Pressen zur Stuhlentleerung (bei mindestens 25 % der Defäkationen)
2. harter Stuhlgang (bei mindestens 25 % der Defäkationen)
3. Gefühl der unvollständigen Entleerung (bei mindestens 25 % der Defäkationen)
4. Gefühl der anorektalen Blockierung 1 bei mindestens 25 % der Defäkationen)
5. manuelle Unterstützung der Stuhlentleerungen (bei mindestens 25 % der Defäkationen)
6. weniger als 3 Stuhlentleerungen pro Woche.

Weicher und dünner Stuhlgang dürfen bei obiger Definition nicht vorliegen, ebenso keine Kriterien, die ein Reizdarmsyndrom nahelegen würden. Liegen gleichzeitig Symptome eines Reizdarm-Syndroms mit Obstipationskomponente vor, so ist der Patient in dieser Gruppe einzuordnen.

## **Einteilung**

Die folgende Klassifikation orientiert sich zum einen an der zugrunde liegenden Ätiologie, zum anderen hat sie das Ziel, eine einzuleitende Therapie vorzubereiten. Nur die Kenntnis des gesamten Spektrums dieser Erkrankung ermöglicht eine gezielte Diagnostik mit der konsekutiven optimalen Therapie.

### A. Funktionelle Obstipation (extrakolonische Ursache)

#### **1. Habituelle Obstipation**

1.1 Zu wenig Ballaststoff- und Flüssigkeitszufuhr

1.2 Bewegungsmangel, Immobilisation

1.3 Falsche Ernährung („Hartmacher

1.4 Unterdrückung von Stuhldrang

#### **2. Neurologische Erkrankungen**

2.1 Zentral: Tumor, Morbus Parkinson, Trauma, Multiple Sklerose, Tabes dorsalis, Meningozele, Cauda equina Tumor

2.2 Peripher: Innervationsstörung, Neuropathie,

#### **3. Psychiatrische Erkrankungen**

3.1 Depression

3.2 Psychosen

3.3 Anorexia nervosa

#### **4. Endokrine Erkrankungen**

4.1 Hypothyreoidismus

4.2 Hyperparathyreoidismus

4.3 Hypercalcämie

#### **5. Metabolische Veränderungen**

5.1 Diabetes mellitus

5.2 Dehydratation

5.3 Niereninsuffizienz

5.4 Amyloidose

5.5 Hypokaliämie

#### **6. Medikamentöse Einflüsse**

Analgetika, Antacida, Anticholinergika, Antihypertensiva, Diuretika, Parasympatholytika u.a.m.

### B. Slow-Transit Obstipation

#### **1. Störungen des Enterischen Nervensystems**

1.1 Angeborene Aganglionose (hoher Hirschsprung)

- 1.2 Erworbene Aganglionose (Chagas)
- 1.3 Intestinale neuronale Dysplasie
- 1.4 Dysganglionose (Hypoganglionose, Heterotopie)
- 1.5 Intestinale Myopathie
- 1.6 Desmosis coli
- 2. Idiopathisches Megakolon/Megarektum**
- 3. Chronische intestinale Pseudoobstruktion**
- 4. Idiopathische Inertia coli**

#### C. Entleerungsstörungen (Outlet-Obstipation)

##### **1. Funktionelle Störung:**

- 1.1 Beckenboden
  - 1.1.1 Fehlkoordination
  - 1.1.2 Anismus
  - 1.1.3 Spastik
  - 1.1.4 Psychogene Ursache
- 1.2 Kolon und Rektum
  - 1.2.1 Idiopathische Inertia recti
  - 1.2.2 Gestörte autonome Innervation

##### **2. Morphologisch-organische Störung:**

- 2.1 Beckenboden
  - 2.1.1 vererbliche Myopathie des Internus
  - 2.1.2 Internushypertrophie
  - 2.1.3 Dornale Sphinkterdysplasie
  - 2.1.4 Anorektale Stenose
  - 2.1.5 Analfissur
- 2.2 Kolon und Rektum
  - 2.2.1 Postoperative Interia recti
  - 2.2.2 Dysganglionose
  - 2.2.3 Mangelhafte Internusrelaxation
  - 2.2.4 Morbus Hirschsprung
  - 2.2.5 Enterozele
  - 2.2.6 Rektozele
  - 2.2.7 Rektumprolaps
  - 2.2.8 Reduzierte Rektumcompliance
  - 2.2.9 Obstruierender Tumor

##### **3. Kombination aus 1. und 2.**

#### **Epidemiologie**

Die chronische Obstipation ist ein Jahrhunderte altes weltweites Problem, für das bereits eine Vielzahl an unterschiedlichen Behandlungsmethoden entwickelt wurde. So hatten z.B. in der Antike die Chinesen spezielle Holzrollen entwickelt, um das Abdomen zu massieren. Erste Aufzeichnungen zur Therapie aus Ägypten stammen aus dem Jahr 2000 vor Christus. Somit ist es, wie vielfach vermutet, keine "Zivilisationserkrankung" der Neuzeit (13).

Die chronische Obstipation ist heute das häufigste Symptom im Bereich des Verdauungstraktes. So werden in den USA jährlich Abfuhrmittel an bis zu 3 Millionen

Patienten verordnet. 100.000 stationäre Behandlungen waren 1985 erforderlich. Bei knapp 1000 Patienten war die Todesursache in direkter Relation mit der Obstipation zu sehen (14). Die derzeit verfügbaren epidemiologischen Daten wurden aus verschiedenen nationalen Datenbanken in den USA und Großbritannien erarbeitet.

Wurden die Patienten jeweils nach ihren subjektiven Beschwerden befragt, so ergab sich für die USA eine Prävalenz von 2 %, in einer anderen Untersuchung von 12,8 % (12, 14). Die geschätzte Prävalenz der Obstipation basierend auf allgemein ärztlicher Behandlung ergab 1,2 %, (15). Eine differenziertere Untersuchung von Talley ergab: 23 % von über 65jährigen bezeichnete sich subjektiv als obstipiert. Hierbei waren heftiges Pressen zur Defäkation bei einem Drittel und digitale Unterstützung bei 24 % die häufigsten genannten Beschwerden. Demgegenüber trat ein seltener Stuhlgang mit weniger als 3 Defäkationen pro Woche nur bei 3 % der Männer und 5 % der Frauen auf.

Eine Umfrage bei der Durchschnittsbevölkerung in Südengland ergab eine Prävalenz der chronischen Obstipation von 13 % (9). Von 1000 Patienten, die einen Hausarzt aufsuchten, war bei 5 Patienten die Obstipation die Hauptdiagnose (8).

In Neuseeland lag die Rate bei 8,1 %, in Frankreich bei 6,3 % (1, 18). Obwohl es in den Ländern der Dritten Welt keine Daten gibt, scheint das Beschwerdebild dort seltener zu sein, beeinflusst durch den traditionellen Lebensstil. Ursache hierfür könnte eine ausreichend hohe Ballaststoffzufuhr sowie der Verzehr geringer Mengen tierischen Fettes sein.

Umgekehrt erscheint eine westliche Ernährung in den Industrienationen die Prävalenz der Obstipation zu erhöhen (5).

## **Risikofaktoren**

Das Alter hat einen deutlichen Einfluss auf die Obstipation. Hatte die allgemeine Bevölkerung in der Untersuchung von Sonnenberg eine Obstipationsrate von 2%, so lag diese im Alter von 65 bis 74 Jahren bei 4,5% im Alter von über 75 Jahren bereits bei 10,2%. Die Anzahl der ärztlichen Behandlungen steigt von 1,3 % bei Patienten jünger als 65 Jahre auf 4,1% bei Patienten älter als 65 Jahre (14). Die Zunahme der Obstipation mit dem Alter beruht wahrscheinlich auf mehreren Faktoren: morphologische Veränderungen (Rektozele, Sigmoidozele, Rektumprolaps, Intussuszeption, descending perineum) sind im Alter häufiger, die körperliche Aktivität nimmt ab und die Ernährungsgewohnheiten werden ungünstiger.

Interessant erscheint hier die Feststellung von Everhart, dass keine Korrelation zwischen zunehmendem Alter und Reduzierung der Stuhlfrequenz besteht. Dies deutet an, dass wohl die Entleerungsstörungen für die im Alter häufigeren Obstipationsprobleme anzuschuldigen sind (6).

Frauen sind wesentlich häufiger betroffen: in den USA 20% im Vergleich zu 8% bei Männern. Die Anzahl der Arztbesuche ist bei Frauen doppelt so hoch als bei Männern. Die Verwendung von Abführmitteln erreicht bei Frauen über 65 Jahren 10%, im Vergleich bei Männern 1,8%.

Gerade die idiopathische Slow-Transit-Obstipation betrifft nahezu ausschließlich junge Frauen. Eine epidemiologische Erklärung hierfür liegt bisher nicht vor. Eine hypothetische Ursache im unterschiedlichen Ernährungshaushalt zu finden, ließ sich bisher nicht beweisen. Obwohl in der täglichen Routine Entleerungsstörungen in über 95 % bei Frauen vorkommen, wurde auch hier bisher eine epidemiologische Erklärung dieser Feststellung in Studien nicht gefunden. Eine hinreichende Erklärung ist jedoch durch die Anatomie und Pathophysiologie des weiblichen Beckenbodens gegeben.

In den USA wurde von Sandler eine Obstipationsinzidenz von 12,2% bei Weißen im Vergleich zu 17,3% bei Schwarzen angegeben. Ähnliche Daten wurden von Sonnenberg erhoben: Schwarze waren 1,3 mal häufiger betroffen (12).

Studien in den USA und in England konnten zeigen, dass Patienten mit einem niedrigen sozioökonomischen Status deutlich häufiger betroffen sind.

Über alle Altersgruppen hinweg sinkt die Prävalenz der Obstipation mit der Anzahl der Jahre in schulischer Ausbildung (12). Johansen beschrieb für England, dass die Anzahl an Arztbesuchen von leitenden Angestellten deutlich niedriger als von Arbeitern war (8). Diese Unterschiede in der berichteten Prävalenz in Bezug auf Rasse, Ausbildung und sozialer Stellung könnte zumindest teilweise auf eine unterschiedliche Definition und Begriffsbestimmung zurückzuführen sein, ebenso wie die Suche nach sozialer Beachtung unterschiedlich ausgeprägt sein könnte. Darüber hinaus könnte die ballaststoffreiche Ernährung bei Personen mit besserer Ausbildung und höherem Sozialstatus besser sein. Amerikanische Studien zeigten darüber hinaus einen geringen Unterschied der Obstipationsprävalenz in Städten (18%) im Vergleich mit ländlichen Regionen (21,3%). Statistische Untersuchungen zeigten eine höhere Rate an Obstipation im Süden der USA (14).

## **Ätiologie**

Die Ätiologie spiegelt sich bereits in obiger Einteilung wider. Die prinzipielle Unterscheidung in colonische und extracolische Ursachen zielt bereits auf eine mögliche Therapieoption ab. Mit derselben Intention ist die weitere Differenzierung in Slow-transit- und Outlet-Obstipation empfehlenswert. Gelingt es, die Ursache der Beschwerden zu erkennen, kann die Therapie zielgerichtet eingesetzt werden. Grundlage hierfür ist die Kenntnis möglicher Ursachen (s.o.)

## **Zusammenfassung**

In mehreren epidemiologischen Studien wurde eine unterschiedliche Prävalenz für Obstipation für verschiedene Gruppen (Alter, Geschlecht, Rasse, Sozialstatus, Lebensstil) nachgewiesen. Jedoch ließen sich mit diesen epidemiologischen Daten die Ursachen dieser Unterschiede nicht hinreichend erklären. Ebenso ist es mit Hilfe dieser Erkenntnisse nicht möglich, Patienten mit dem Symptom Obstipation mit und ohne organische Erkrankung voneinander zu differenzieren. Basis jeder Diagnostik und Therapie ist eine geeignete Definition und Klassifikation. Unter Verwendung der "Rom-Kriterien" ist eine Differenzierung in funktionelle, Slow-transit- und Outlet-Obstipation empfehlenswert.