Simon Feldhaus

Obstipation und Sigmadivertikulose

Therapie mit Padma Lax®

Eine Obstipation ist das häufigste gastroenterologische Symptom, das in der Allgemeinpraxis von der Altersgruppe der über 60-Jährigen angesprochen wird. Man schätzt, dass fast 50% aller über 65-Jährigen verstopft sind. Genaue Daten sind schlecht zu erheben, da die meisten Obstipierten nicht zum Arzt gehen, sondern Selbstmedikation betreiben.

Symptome-Mix Obstipation

Eine Obstipation beeinträchtigt die Lebensqualität erheblich. Nicht die Stuhlfrequenz allein bestimmt den Krankheitswert, sondern die Begleiterscheinungen wie Bauchschmerzen, aufgetriebener Leib, Blähungen, vermehrte Winde und das Gefühl der inkompletten Entleerung. Die Obstipation ist ein Symptome-Mix, der durch unterschiedlichste pathogene Vorgänge verursacht werden kann. So kann eine an sich völlig normale Darmmotilität als krampfartig-schmerzhaft empfunden werden, weil die sensorische Verarbeitung beim Patienten gestört ist. Aufgrund seiner sensorischen und motorischen Innervation (S2–S4) und seiner ins ZNS geleiteten viszerale Impulse können Störungen im motorischen und sensorischen Teil der enteralen Innervation auftreten und sich gegenseitig beeinflussen. Ist z.B. die neurale Kontrolle der Darmmotorik beeinträchtigt, sind gleichzeitig oft auch die viszerale Empfindungen gestört. So ist eine genaue Diagnosestellung oft erschwert, erst recht wenn offensichtlich verschiedene pathologische Prozesse gleichzeitig Einfluss nehmen.

Standardisierung mit ROM II

Wegen der vielfältigen geklagten Beschwerden versuchte man eine Standardisierung, wobei die ROM II Kriterien zur Klassifizierung einer Obstipation weltweit eingesetzt werden und bis heute Gültigkeit haben.

In den letzten 12 Wochen müssen bei mindestens 25% der Defäkationen folgende Beschwerden auftreten:

- Starkes Pressen ist zur Stuhlentleerung erforderlich;
- Klumpiger oder harter Stuhl;
- Gefühl der unvollständigen Stuhlentleerung;
- Gefühl der anorektalen Blockierung;
- Manuelle Unterstützung zur Stuhlentleerung notwendig;
- Weniger als drei Stuhlentleerungen pro Woche.

Eine Arbeitsgruppe der gastroenterologischen Weltorganisation OMGE (Organisation Mondiale de Gastro-Entérologie) unter dem Vorsitz von DAVID WINGATE, London, bemängelt allerdings wissenschaftliche Evidenz. Sie erarbeiteten eine neue Klassifikation der Störungen gastrointestinaler Motilität und publizierten den ersten Bericht im «Journal of Gastroenterology and Hepatology». Darin räumen die Autoren mit der symptom-basierten, deskriptiven Terminologie wie «funktionale Dyspepsie» und «irritable bowel syndrome» auf und bieten dafür den Begriff «enteric dysmotility» an, der je nach betroffenem Abschnitt im Verdauungstrakt topographisch genauer definiert wird. Oft genug treffen aber verschiedene Störfaktoren aufeinander, etwa eine Divertikulose mit einer «slow transit constipation». Letztere

bedeutet, dass der Transport des Nahrungsbreis durch das gesamte Colon verlangsamt ist. Eine Steigerung der Ballaststoffmenge hilft da nicht unbedingt, im allgemeinen nur jedem Zweiten. Patienten mit Obstipation bei verlängerter Dickdarmtransitzeit weisen zusätzlich häufig erhebliche Motilitätsstörungen in anderen Bereichen des Gastrointestinaltrakts, z.B. Magenentleerungsstörungen und Dünndarmmotilitätsstörungen auf; es ist also eine generalisierte gastrointestinale Motilitätsstörung. Zusätzlich verstärkende Fakten können sein, dass die Patienten zu viel sitzen, zu wenig gehen und übergewichtig sind.

Wegen der Vielfalt der Ursachen ist es gerade bei älteren Menschen sinnvoll, nach Ausschluss maligner Erkrankungen oder schwerwiegender Stoffwechselstörungen die Obstipation primär «ex juvantibus» zu behandeln.

Dabei ist dem Abführmittel der Vorzug zu geben, das nicht nur mild wirkt, sondern ein breites Spektrum dahin gehend hat, dass die Verdauung auf verschiedenen Ebenen positiv beeinflusst werden kann.

Casereport

Patientin F.R. geboren 1930.

Diagnose: Chronische Obstipation, Dickdarmdivertikel, Verdacht auf Slow-Transit-Obstipation.

Anamnese: Die Patientin litt seit 2 Jahren unter chronisch rezidivierenden Ober-, Mittel- und Unterbauchschmerzen. Die Schmerzqualität war nicht genau zu definieren und wurde eher als stechend angegeben. Ebenfalls wurden Bauchkrämpfe, Blähun-

gen, vermehrter Windabgang, Stuhlunregelmässigkeiten mit vorwiegender Neigung zur Obstipation angegeben.

Die Ernährung erfolgt mit Mischkost; die tägliche Flüssigkeitsaufnahme war ausreichend.

1–2 mal pro Woche wurden Abführmittel eingenommen, die zur Entleerung eines sehr harten Stuhlgangs führten. Allerdings bestanden weiterhin quälende Bauchschmerzen.

Ausser diesen Beschwerden waren anamnestisch keine Vorerkrankungen oder Operationen zu eruieren.

Befunde: Die abdominelle Untersuchung ergab einen geblähten Bauch. Der gesamte Dickdarmbereich war druckempfindlich, im linken Unterbauch war eine schmerzhaft «Walze» zu tasten. Auskultatorisch ergaben sich in einigen Kompartimenten Zeichen einer Hyperperistaltik.

Die Coloskopie und die röntgenologische Colon-Kontrast-Darstellung ergaben erwartungsgemäss vereinzelte Divertikel im Dickdarm; Hinweise auf eine deutliche Stenosierung wurden nicht gefunden.

Die Blutuntersuchungen zeigten völlig unauffällige Werte, keine Zeichen für eine Entzündung.

Therapie: Zunächst erfolgte eine Ernährungsberatung mit dem Ziel, schonend auf eine ballaststoffreichere Diät umzustellen. Üblicherweise wird die Zugabe von Weizenkleie o.ä., sonstigen Quellmitteln, reichlich Flüssigkeitszufuhr und krampflösenden Medikamenten empfohlen. Bei der Patientin wurde nur Padma Lax® eingesetzt, anfangs begleitet durch eine viszerale Osteopathie.

Unter Padma Lax® trat eine deutliche Besserung ein. Zunächst wurden

während 3 Wochen 2x1 Tablette verabreicht, dann für die nächsten 6 Wochen 1x1 Tablette pro Tag. Nachdem die Beschwerden fast vollständig abgeklungen waren und der Stuhlgang täglich, manchmal jeden zweiten Tag mit normaler Konsistenz erfolgte, wurde die Patientin bis auf weiteres auf eine Erhaltungsdosis von 1x1 Tablette Padma Lax® jeden 2.–3. Tag eingestellt.

Literatur

Thommen, A.: Obstipation, Diagnostik und Therapie mittels evidenzbasierter Klassifikation. Ars Medici Dossier 11/2003.

Anschrift des Autors:

Dr. med. Simon Feldhaus
Haldenstrasse 1, CH 6342 Baar