

# CHRONISCHE OBSTIPATION IM KINDESALTER

## DEFINITION

Unter einer chronischen Obstipation versteht man eine Stuhlretention infolge unvollständiger Stuhlentleerung. Sie liegt bei einer Beschwerdedauer von mehr als drei Monaten vor, wobei bei der Beurteilung nicht nur die Stuhlfrequenz, sondern vor allem die klinische Symptomatik entscheidend ist. Zu bedenken ist, daß die normale Variationsbreite der Stuhlfrequenz breit ist: beim voll gestillten Säugling von mehrfach täglich bis 1x in 14 Tagen, beim nicht gestillten Säugling und beim älteren Kind Stuhl täglich bis 3x pro Woche. Die klinische Symptomatik ist gekennzeichnet von:

- Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen, Inappetenz und Abgeschlagenheit;
- Defäkationsschmerzen, Blut- und Schleimabgang, unwillkürlicher Stuhlabgang, Analprolaps;
- Gedeihstörung.

### **Definition: Stuhlretention infolge unvollständiger Stuhlentleerung**

- **Dauer über 3 Monate**
- **Entsprechende klinische Symptomatik (Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen, Inappetenz und Abgeschlagenheit; Defäkationsschmerzen, Blut- und Schleimabgang, unwillkürlicher Stuhlabgang, Analprolaps; Gedeihstörung)**

## URSACHEN

Ätiologisch-pathogenetische Ursachen einer chronischen Obstipation im Kindesalter können sein: angeborene systemische oder kolorektale Erkrankun-

\* J. Deutsch, U. Goriup, H. Haas, N. Haiden, B. Pietschnig, A. Pollak, I. Rock, W. Sperl, K. Widhalm, K. Zwiauer (Vorsitzender)

kungen oder funktionelle/psychische Störungen, die zur Stuhleindickung und u. U. zu Schmerzen beim Stuhlgang führen können. Letztere sind wesentlich häufiger Ursache des Problems und führen oft zu beträchtlichem Leidensdruck des Betroffenen und seiner Familie.

### 1. Angeborene systemische oder kolorektale Erkrankungen

- Hypothyreose
- Chronischer Flüssigkeitsverlust und Elektrolytbalancen (renal, medikamentös bedingt)
- Morbus Hirschsprung, Hypoganglionose, neuronale intestinale Dysplasie
- Fehllinderung bei Rückenmarks-läsionen
- Anorektale Fehlbildungen.

### 2. Funktionelle und/oder psychische Störungen, die zu Stuhleindickung mit oder ohne Defäkationsschmerzen führen:

- Anale und perianale Läsionen: z. B. Analfissuren oder perianale Entzündungen
- Alimentär bedingte Störungen: Nahrungsumstellung im Säuglingsalter; zu wenig Flüssigkeit, zu wenig Ballaststoffe, zu viel Saccharose
- Situative Störfaktoren und psychische Belastungen: Irritation beim Sauberwerden, Änderungen im gewohnten Tagesablauf oder der gewohnten Umgebung (z. B. Kindergarten, Einschulung, Reisen, Umzug), familiäre Spannungen und andere psychosoziale Konflikte

### Funktionelle/psychogene Ätiologie

- **Anale Läsionen (z. B. Rhagaden, Ekzeme)**
- **Falsche Ernährungsgewohnheiten**
- **Dehydrationszustände**
- **Inaktivität (z. B. spastische Tetraplegie)**
- **Situative Störfaktoren**
- **Psychische Belastungen („Hilfeschrei des Kindes“)**

## SCHMERZ-RETENTION-SCHMERZ-ZYKLUS

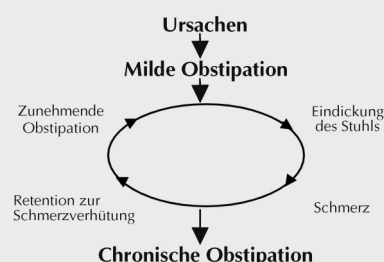
Zentraler Faktor der funktionell/psychisch bedingten chronischen Obstipation ist der Schmerz-Retention-Schmerz-Zyklus. Defäkationsschmerzen wollen vermieden werden, das Hinauszögern und Vermeiden des Stuhlgangs führt zu weiterer Stuhleindickung, die bei der nächsten Defäkation wiederum (u. U. noch stärkere) Schmerzen und Läsionen hervorrufen und das pathologische Verhaltensmuster perpetuieren.

Angriffspunkt der Therapie der funktionell/psychisch bedingten chronischen Obstipation ist daher das Durchbrechen dieses Schmerz-Retention-Schmerz-Zyklus.

### Ursachen:

- **Organische Störungen**
  - Idiopathisches Megakolon
  - Intestinale Obstruktion
  - Hypothyreose
- **Funktionell/psychogen**
  - Stuhleindickung mit/ohne Defäkationsschmerzen
  - Situative und psychische Belastungen

### Schmerz-Retention-Schmerz-Zyklus



## THERAPIE DER FUNKTIONELL/ PSYCHISCH BEDINGTEN OBSTIPATION

Therapieziel ist die vollständige und regelmäßige Stuhlentleerung. Kriterien dafür sind ein normaler Stuhl täglich oder zumindest jeden 2. Tag, kein unwillkürlicher Stuhl- abgang und Schmerzfreiheit.

- Ausführliche Gespräche mit dem Betroffenen und seinen Eltern und eingehende Aufklärung über die Pathogenese, Physiologie des Stuhl- verhaltens und die Ursachen des Stuhlschmierens sind von großer Wichtigkeit. Die Wahrung der persönlichen Sphäre des Kindes, der Abbau von Schuldzuweisungen und die Einführung in das Therapiekonzept bilden die Grund- lage der Therapie. Die Patienten werden in weiterer Folge zum regelmäßigen Toilettengang (nach der Mahlzeit unter Ausnutzung des „gastrokolischen Reflexes“) angehalten. Unterstützend können körperliche Bewegung und Sport eingesetzt werden.
- Eine initiale Darmentleerung mit salinischen oder Glycerinsuppo- sitorien, Mikroklistiere oder salini- sche Klysmen (Clysmol®, Relaxyl Klystier®; 60 ml/10 kg, Höchst- dosis 125 ml) bis zur vollständigen Darmentleerung sind in der Früh- phase der Therapie oft nötig. Bei Defäkationsschmerzen, insbeson- dere bei Fissuren und perianalen Entzündungen, sollten anfangs Ex- terna mit Lokalanästhetikum auf- getragen werden, um Schmerzen beim Stuhlabsetzen zu vermeiden.
- Bei leichten Fällen (mit kurzem Verlauf und ohne klinisch ausge- prägte Stuhlretention) reicht häufig nach der initialen Darmentleerung die Ernährungsumstellung aus.
- Bei schweren Fällen muß zusätzlich zur Ernährungsumstellung und nach initialer Darmentleerung Laktulose (z. B. Laevolac® Lactulose-Konzen-

trat 3x 1/2 bis 3x 1 Eßlöffel durch 14 Tage) oder – bei ausbleibendem Erfolg – Paraffinum subliquidum gegeben werden, wobei sich die Dosis am Therapieziel orientiert. Unter Umständen müssen bei zwischenzeitlich erneut auftretendem Stuhlverhalten von länger als zwei Tagen wiederum die Maß- nahmen zur initialen Darmentlee- rung eingesetzt werden. Auch eine akut auftretende Obstipation sollte konsequent und früh auf diese Weise behandelt werden, um den Schmerz-Retention-Schmerz-Zy- klus der chronischen Obstipation zu verhüten.

### **Funktionell/psychogen bedingte Obstipation – Therapie**

- **Arzt-Patient-Eltern-Gespräch**
- **Regelmäßiges und vollständiges Entleeren des Dickdarmes**
- **Behandlung des lokalen- und des Defäkationsschmerzes**
- **Weichhalten des Stuhles**
- **Besondere Ernährung**

## BESONDERE ERNÄHRUNGS- THERAPIE

Der Ernährungstherapie kommt bei der Behandlung der chronischen Obstipation ein besonderer Stellen- wert zu. Die Ernährung soll altersent- sprechend und gemischt sein und mehrere Besonderheiten aufweisen:

1. Sogenanntes kaltes erstes Frühstück: Jeden Morgen erhält das Kind vor dem Frühstück als erstes Getränk einen kalten, frischgepreßten Obst- saft (Orangen-, Apfel-, Trauben- saft). Dadurch wird der „gastro- kolische Reflex“ ausgelöst, d. h., die anregende Wirkung des Saftes auf den Magen löst Peristaltik im Kolon aus. Kaltes Wasser und/oder saure Milch können denselben Effekt haben. Am besten bewährt

- haben sich aber frischgepreßte Säf- te, die kalt sind (4–6 °C). Es gilt, das individuell praktikable und best- wirksame Getränk herauszufinden.
2. Schokolade, Kakao, raffinierte Kohlenhydrate (z. B. Coca-Cola, Fanta, Dicksäfte; Naschwerk, Zuckerln etc.) sollen nach Mög- lichkeit vermieden werden, da sie obstipierend wirken.
3. Reichlich darmperistaltikfördernde Nahrungsmittel sollen häufig im Speiseplan vorkommen: Schwarzbrot (kein Weißbrot); frischgepreß- te Obstsaft, Sauer- und Butter- milch, Joghurt; rohes und gekoch- tes Gemüse und Obst, besonders Äpfel, Trauben, Kiwi, Sauerkraut.
4. Wichtig ist eine ausreichende, altersentsprechende Zufuhr von Flüssigkeit, die den Umgebungs- bedingungen angepaßt ist (Som- mer, Hitze etc.).
5. Leinsamen und Weizenkleie wer- den bei Kindern nicht empfohlen, da sie bei nicht ausreichender Flüssigkeitszufuhr die Obstipation sogar unterhalten können.

Wichtig für Patienten und Eltern ist der Hinweis, daß sich eine Obstipa- tionsbehandlung über mindestens drei bis sechs Monate und, falls erfor- derlich, auch länger erstreckt. Regel- mäßige, anfangs kurzfristige (14tägige), später längerfristige (alle vier Wochen) Kontrolluntersuchungen und wiederholte Beratungen sind für einen langfristigen Erfolg notwendig.

Falls psychische Faktoren eine domi- nierende Rolle spielen, sind u. U. auch psychotherapeutische Begleit- maßnahmen erforderlich.

Der frühzeitigen und konsequenten Behandlung der akuten und chroni- schen Obstipation kommt eine ent- scheidende Rolle bei der Prävention von Spätfolgen/-schäden im Erwach- senenalter, wie z. B. Divertikulose, Divertikulitis und Laxantienabusus, zu. Die Prognose der chronischen Obstipation im Kindesalter ist bei konsequenter Therapie, straffer Füh- rung und Beratung des Patienten gut. ►

### ► Besondere Ernährungstherapie

#### 1. Prämisse

- Prinzipiell soll die Ernährung altersentsprechend und gemischt sein
- Darüber hinaus muß auf Besonderheiten geachtet werden
- Sogenanntes kaltes erstes Frühstück
  - Frisch gepresste (Obst-)Säfte
  - Ausnutzung des „gastrokologischen Reflexes“

2. Meiden von: Schokolade, Kakao, raffinierten Kohlenhydraten (z. B. Coca-Cola, Fanta, Dicksäfte, Naschwerk, Zuckerln etc.)

#### 3. Reichlich darmpersistenzfördernde Nahrungsmittel:

Vollkornbrot (kein Weißbrot)  
Frischgepresste Obstsäfte  
Sauer- und Buttermilch, Joghurt  
Rohes und gekochtes Gemüse und Obst, besonders  
Äpfel, Trauben, Kiwi,  
Sauerkraut

4. Auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr ist zu achten:  
Altersentsprechend, unter Berücksichtigung der Außentemperatur (Hitze)

5. Leinsamen oder Weizenkleie wird nicht empfohlen