

Chronische Verstopfung (Obstipation)

Was versteht man unter „Chronischer Verstopfung“?

Kinder und Jugendliche, die über einen längeren Zeitraum, d.h. über Monate trotz entsprechender Therapie keinen Stuhlgang haben, bezeichnet man als chronisch verstopft. Die Zeitspanne zwischen den einzelnen Stuhlentleerungen kann hierbei mehrere Tage, sogar über eine Woche andauern. In solchen Situationen sollten die Kinder von einem Fachspezialisten, d.h. von einem Kinderarzt / Kinderchirurg untersucht werden. Entscheidend für eine Besserung und Beseitigung dieses Zustandes ist es eine genaue Diagnose zu stellen. Sie ermöglicht dann eine gezielte Therapie, die die Ursache der chronischen Verstopfung dauerhaft beseitigt.

Besondere Problematik der chronischen Verstopfung

Aufgrund von hunderten verschiedenen Krankheitsgeschichten bei Kindern und Jugendlichen kommt es sehr häufig vor, dass die Symptomatik der chronischen Obstipation bagatellisiert wird. Dies bedeutet für die Betroffenen keine Besserung des für sie sehr unangenehmen Zustands der Schwierigkeit der Stuhlentleerung. Zurückzuführen ist dies auf unterschiedliche Aussagen oft eines großen Personenkreises, die psychische Irritationen der Kinder in den Vordergrund stellen. Deshalb ist eine umfassende Diagnostik, die mit einer in Ruhe zu erfolgenden Befragung zur Vorgeschichte, mit Analyse der Ernährungsgewohnheiten dann mit bildgebenden diagnostischen Methoden und falls hierbei keine exakte Diagnose zu stellen ist mit der Suche und Analyse psychischer Störungen durchgeführt werden sollte.

Häufigkeit

Die Häufigkeitsangaben zur chronischen Obstipation unterliegen einer großen Schwankungsbreite bezogen auf die Gesamtbevölkerung. Von 100 chronisch obstipierten Erwachsenen ist zu erfahren, dass 85 Patienten diese Erscheinungen bereits im Kindesalter hatten. Von 100 chronisch obstipierten Kindern und Jugendlichen haben 70 Patienten eine organische Ursache, d.h. eine Veränderung, die im Darm selber zu suchen ist. Bei 20 Kindern ist die Ursache der chronischen Verstopfung ernährungsbedingt und bei 10 Kindern spielen seelisch bedingte Ursachen eine Rolle.

Diagnosestellung nach der Geburt

Ein wichtiger Hinweis zur Klärung von angeborenen Funktionsstörungen des Darmes resultiert aus der Fragestellung an die Eltern, ob bei ihrem Kind in den ersten Tagen nach der Geburt das sogenannte „Kindspech“ (1. Stuhlentleerung nach der Geburt) entleert wurde oder ob dies erst Tage nach der Geburt erfolgte. Störungen in dieser Hinsicht sind ein erstes verlässliches Zeichen dafür, dass die Darmbeweglichkeit ausgelöst durch eine normale Verteilung von Nervenfasern und Nervenzellen gestört ist. (siehe Morbus Hirschsprung).

Leitsymptome

Wie eingangs erwähnt stellt die chronische Verstopfung (Obstipation) eine Funktionsstörung des Dickdarms / Enddarms dar. Im Vergleich zu Erwachsenen ist die Ursache viel schwieriger zu diagnostizieren. Die Leitsymptome können sein:

- Chronische Verstopfung mit Stuhlverhaltung über mehrere Tage und auch über eine Woche hinweg
- Die Verstopfungszustände können sich dahingehend steigern, dass die Kinder einen geblähten Bauch haben und erbrechen, so dass sich der Zustand eines teilweisen Darmverschlusses darstellt.
- Die Verstopfungszustände können kombiniert sein mit einem unkontrollierten Stuhlabgang (Inkontinenz). Dies tritt häufig nach der Entleerung monströser Darmentleerungen auf. Dabei entleeren die Kinder flüssigen, übelriechenden

Darminhalt der dann häufig unkontrolliert abgeht. Dies hängt damit zusammen, dass oberhalb der Stuhlsäule, die sich im Darm angesammelt hat, der Stuhlgang sich verflüssigt. Es entsteht ein Fäulnis-Stuhlgang.

- Abwechselnde Symptome zwischen Darmentleerungsstörungen, Durchfall, Blähungen, Erbrechen, Bauchschmerzen und teilweiser Darmverschluss.

Entscheidend ist es, die Ursache für diese Störungen zu finden, um die Kinder erfolgreich zu heilen. Leider begnügt man sich häufig damit, die Symptome zu finden und sie dann symptomatisch zu behandeln. Symptomatische Behandlung heißt den Kindern ausschließlich Abführmittel zu geben. Die chronische Verstopfung ist ein Sammelbegriff mit unterschiedlichen Ursachen. Die damit gelegentlich verbundene Halteschwäche im Schließmuskelbereich (Inkontinenz) ist ein Sammelbegriff für unterschiedliche Kontinenzstufen unterschiedlicher Ursache.

Check-up-Liste

Bevor die Eltern einen Arzt aufsuchen, sollte die gesamte Familie in Ruhe – nicht unter Zeitdruck folgende Check-up-Liste überprüfen, um eine möglichst genaue Auflistung der Vorgeschichte zu dokumentieren und um damit die Ursachenermittlung und damit die Therapie zu erleichtern.

1. Alter des Kindes
2. Gewicht des Kindes
3. Größe des Kindes
4. Beginn der Verstopfungszustände
5. Zeitabstände zwischen den Stuhlentleerungen
6. Kombination von Abgang von festem und flüssigen Stuhlgang
7. Blutabgang
8. Form und Durchmesser des ausgeschiedenen Stuhls
9. Bauchschmerzen – wann, wie häufig und wo
10. Unwillkürlicher Urinabgang
11. Tastbare Verhärtungen /Widerstände bei der Untersuchung der Bauchdecken mit der Hand – rechter Unterbauch, rechter Oberbauch, linker Oberbauch, linker Unterbauch, um den Nabel
12. Vorübergehendes Erbrechen
13. Hörbare glucksende und plätschernde Geräusche
14. Erfolgte ein zeitgemäßer Abgang von Mekonium (Kindspech) in den ersten beiden Tagen nach der Geburt
15. Zeigen die Kinder durch die verlängerte Verweildauer von ausscheidungspflichtigen Stoffen Ermüdungserscheinungen, häufiges Gähnen, körperliche Inaktivität, verminderte Motivierfähigkeit, gestörtes Essverhalten
16. Bestehen Anlässe, die von außen an das Kind herangetreten werden und die das vegetative Nervensystem (Nervensystem, das den Willen nicht unterworfen ist) bei den Kindern wie zum Beispiel Vernachlässigung, Abweisung, Unruhe, Streit. Der Darm hat ein Nervensystem – man spricht von dem Gehirn des Darmes, der sehr empfindlich auf seelische Irritationen reagiert.

Sie können diese Check-Liste auch durch weitere für Sie wichtige Beobachtungen erweitern und dann bei der Erstuntersuchung dem Arzt geben. Bevor irgendwelche bildgebenden diagnostischen Verfahren durchgeführt werden, sollte aufgrund dieser Check-Liste entweder ein erster Therapieversuch erfolgen oder ggf. das diagnostische Vorgehen ausgerichtet werden.

Um eine möglichst gute und verlässliche Information über diese Check-Liste zu erhalten, sollte diese Überprüfung der Vollständigkeit halber mehrmals erfolgen.

Die symptomatische Therapie mit Abführmitteln vor weiteren diagnostischen Maßnahmen

Bei den allermeisten Verläufen der oft wie ein „Teufelskreis“ anmutet, wird man berechtigterweise zunächst versuchen eine schlagartige Besserung zu erzielen. Dies ist in

fast allen Fällen zu erreichen durch abführende Maßnahmen. Diese Maßnahmen sind in der beginnenden Phase der Untersuchung und Therapie in jedem Fall gerechtfertigt. Sie schaffen für die Kinder Erleichterung und im familiären Bereich Entspannung. Abführende Maßnahmen können sein: Abführmittel, die eingenommen werden (fest oder flüssig), Abführmittel in Form von Zäpfchen, abführende Maßnahmen durch Mikroklistiere (Einläufe) und/oder durch Bauchdeckenmassagen. In manchen Fällen kann dann auf Dauer die chronische Obstipation – was auch immer die Ursache gewesen ist – beseitigt werden, wenn dazu eine stimulierende, die Kinder begeisternde sportliche Aktivität erfolgt und eine Ernährungsumstellung, die zusammen im familiären Kreis zu erfolgen hat, durchzuführen.

Wenn jedoch die abführenden Maßnahmen gesteigert werden und eine Besserung über eine Zeitspanne von 3 bis 6 Monaten nicht eintritt, sind verlässliche bildgebende Verfahren zur Ursachenermittlung empfehlenswert.

Weiteres diagnostisches Vorgehen

Folgende diagnostische Maßnahmen sind empfehlenswert:

1. Abtastung des Bauches in den in der Checkliste erwähnten 5 Bereichen der Bauchhöhle und Abhören des Bauches mit dem Stetoskop (Auskultation). Hierbei sollen die Kinder komplett ausgezogen werden. Hierbei kann man feststellen, ob verhärtete Stuhlmassen oder Widerstände im Bauch festzustellen sind, ob bestimmte Darmabschnitte mit Luft überbläht sind, ob die Beweglichkeit des Darmes in bestimmten Abschnitten der Bauchhöhle vermindert ist oder sich vorübergehend eingestellt hat oder ob der Darm gegen ein Passagehindernis mit vermehrter Aktivität anarbeitet. Die Untersuchung des Bauches durch den Tastbefund ermöglicht auch festzustellen, ob in bestimmten Bereichen der Bauchhöhle Schmerzen bestehen, die einen Hinweis geben auf die Lokalisation einer Passagestörung was den Darminhalt betrifft.
2. Austastung des untersten Abschnitts des Enddarms mit dem Finger. Diese Untersuchung wird von den Eltern häufig mit großer Skepsis und zum Teil mit Ablehnung bewertet. Wenn dies im Vorfeld einer geplanten Untersuchung zu erkennen ist, sollte darauf verzichtet werden. Dem gegenüber kann die Untersuchung, wenn sie mit dem kleinen Finger und mit OP-Handschuhen auf die etwas Salbe, z.B. Bepanthenalbe oder Nivea-Salbe gegeben wird, eine wichtige Information darüber geben, ob die Enddarmöffnung zu eng ist oder ob einige Zentimeter im Darm selbst ein Hindernis vorliegt.
3. Die für die Kinder verlässlichsten und sichersten diagnostischen Maßnahmen sind:
 - a) Ultraschall des Bauches mit Prüfköpfen unterschiedlicher Wellenlängen (3,5 MHz und 7,5 MHz). Damit kann man Darmerweiterungen, Darmverengungen, Verwachsungen in der Bauchhöhle und Stuhlmassen, die sich im Darm angefüllt haben, feststellen. Hierbei handelt es sich um eine nicht invasive und nicht mit Strahlenbelastung behaftende Untersuchung, die beliebig häufig wiederholt werden kann. Eine spezielle Ultraschalluntersuchung ist der sogenannte „endoanale“ Ultraschall. Dabei wird mit einer fieberthermometerartigen Sonde der Enddarm ultraschallmäßig abgetastet und Störungen der Muskulatur einerseits oder Narbenbildungen andererseits festgestellt.
 - b) Kontrastdarstellung des Darmes mit Hilfe einer nicht strahlenbelastenden Magnetresonanz-Untersuchung (MR-Untersuchung). Hierbei handelt es sich um eine Ultraschalluntersuchung, die im Millimeterabstand schichtweise bestimmte Abschnitte der Bauchhöhle abtastet. Daraus resultiert dann ein bildgebendes Verfahren, das über den Verlauf des Darmes, über die Beweglichkeit des Darmes eine genaue Aussage macht. Man kennt auch eine sogenannte „virtuelle“ MR-Untersuchung kombiniert mit Kontrastmittel, die zusätzliche Informationen im Hinblick auf Anatomie und Pathologie von Dünndarm und Dickdarm Auskunft geben. Damit können auch seltene Ursachen von chronischer Verstopfung festgestellt werden, wie isolierte Engstellungen, Dünndarm- und Dickdarmpolypen, Einstülpungen von Darmabschnitten ineinander, sowie vergrößerte Lymphknoten, die ein

Passagehindernis darstellen.

c) Röntgenkontrastdarstellung des Darmes. Diese Untersuchung macht eine Verabreichung von Kontrastmittel in den Enddarm über einen dünnen Katheter notwendig. Die Röntgenkontrastdarstellung des Darmes konzentriert sich hierbei in den meisten Fällen auf den Enddarm und den Dickdarm, bis zur Einmündung in den Dünndarm. Es handelt sich hierbei um eine Röntgenuntersuchung. Das Röntgenkontrastmittel ist ein wasserlösliches Kontrastmittel, das relativ schnell wieder aus dem Körper ausgeschieden wird. Falls differenzierte Untersuchungen, wie eine MR-Untersuchung nicht möglich sind, orientiert eine kurzzeitig durchgeführte Röntgenkontrastuntersuchung in dieser Form über anatomisch pathologische Verhältnisse des Dickdarms.

d) Druckmessung im untersten Abschnitt des Enddarms, vergleichbar mit einer Blutdruckmessung mit Hilfe eines fieberthermometerartigen Druckmessgerätes. Damit kann man Engstellungen des Darmes und reflektorisch bedingte Verkrampfungen im Enddarmbereich die Ursache der chronischen Verstopfung diagnostizieren. Hierzu ist keine Narkose oder Sedierung notwendig. Die Untersuchung dauert ca. 5 Minuten bis 10 Minuten.

e) Spiegelung, d.h. Endoskopie zur Feststellung von Darmerweiterungen, Darmverengungen und Beweglichkeitsstörungen des Darmes. Diese Untersuchung sollte in einer kurzen Narkose erfolgen. Sie kann ersetzt werden bei älteren Kindern durch Schlucken einer sogenannten „Endoskopie-Kapsel“, die während der Passage vom Mund bis zum Enddarm permanent Bilder über den Verlauf des Verdauungstraktes und somit auch über Störungen durch ein bildgebendes Verfahren übermittelt.

f) Abstrich, d. h. Minimal-Biopsie können in der Regel mit der Spiegelung kombiniert werden. Hierbei werden aus den Enddarm bzw. Darm entnommen zur feingeweblichen Feststellung ob Nervenzellen und Nervenfasern in anatomisch geordneter Form vorhanden und ausgereift sind.

Zusammenfassend ist zu den bildgebenden Verfahren folgendes zu sagen:

Jedes Verfahren ermöglicht mit nahezu 90%iger Sicherheit unterschiedliche Ursachen der chronischen Verstopfung festzustellen. Deshalb sind die Untersuchungen in der Regel nicht gegeneinander austauschbar. Eine exakte Diagnostik und damit eine zielgerechte Therapie ist in den meisten Fällen nur dann zu erzielen, wenn sukzessive eine Untersuchung nach der anderen je nach deren Ergebnis durchgeführt wird. In besonders aufwendigen Situationen kann über Videokonferenzen (Healthcare4Kids) eine für den Patienten wichtige Konsultation erfolgen.

Ursache der chronischen Verstopfung

1. Ernährungsbedingte Ursachen: Ernährung mit hohem Fettgehalt, zu viel Fleisch, Fast-Food, zu viel weißes Brot, zu wenig Flüssigkeit. Abhilfe: Obst, Gemüse, Fisch, wenig Fleisch, ballaststoffreiche Kost, fettreduzierte Kost. Reduzierung von Zuckern, Torten, zuckerhaltigen Getränken. Reduzierung von frischen Äpfeln, Bananen, Karotten. Ernährungsberatung .
2. Eingespielten Lebensgewohnheiten: wenige sitzende Beschäftigungen, weniger Fernsehen, weniger Bypass-Essen während der sitzenden Tätigkeit. Dafür: Hinaus in die Natur, viel Bewegung an frischer Luft, Radfahren, Sport (z.B. Kinderfußball).
3. Schilddrüsenfunktionsstörungen: Blutuntersuchungen, Schilddrüsenfunktionstests
4. Mukoviszidose: Blutuntersuchungen, Stuhluntersuchungen
5. Zuckerunverträglichkeiten: genaue Krankheitsvorgeschichte, Stuhluntersuchungen, Magen-Darm-Spiegelungen, feingewebliche Biopsie-Untersuchungen.
6. Kaliummangel: verminderter Kaliummangel im Blut führt zu einer verminderten Darmbeweglichkeit.
7. Engstellungen im Darm, festgestellt durch MR, Endoskopie oder Röntgenkontrastuntersuchungen: Abhilfe durch mechanische Weitung dieser

- Abschnitte auf endoskopischem Weg oder durch segmentartige Entfernung dieser Abschnitte durch Operation.
8. Verkrampfung bestimmter Muskelanteile im Schließmuskelbereich (Sphinkterachalasia). Abhilfe durch Dehnung dieser Darmabschnitte oder durch muskelerschlaffende Botulinuminjektionen.
 9. Paradoxes Reflexverhalten der glatten Schließmuskulatur im Enddarm mit Verkrampfung und Druckerhöhung im Enddarmbereich anstelle von reflektorischer Muskelerschlaffung als Wegbereiter der Stuhlentleerung. Abhilfe: Muskelerschlaffende Botulinuminjektionen, Schließmuskeldehnungen, Toilettentraining oder umschriebener chirurgischer Eingriff mit Myotomien.
 10. Megarektum, Megasigma, Megacolon: Hierbei handelt es sich um Beschreibungen von Zustandsbildern der Darmerweiterung im Bereich des Enddarms, im Bereich des Übergangs vom Dickdarm in den Enddarm (Sigma) und im Bereich des Dickdarms. Hiermit ist noch keine Diagnose gestellt, sondern ein Zustand beschrieben, der eine noch genauer zu untersuchende Ursache hat. Ursachen können sein: Darmengen, Darmverkrampfungen, Darmnervenstörungen und Darmverlängerungen.
 11. Darmnervenstörungen: diese Störungen können manometrisch geklärt werden oder aber durch Biopsien, die histologisch untersucht werden. Daraus resultieren folgende Diagnosen: Aganglionose (Morbus Hirschsprung), gekennzeichnet durch fehlende Nervenzellen in der Darmwand. Diese sogenannten „aganglionären“ Darmsegmente beginnen oberhalb des Analkanals, 2 bis 4 cm oberhalb der Analöffnungsstelle und können sich von da aus über den gesamten Dickdarm bis in den Dünndarm erstrecken. Abhilfe schafft hierbei die chirurgische Entfernung der Darmsegmente. Zu den seltenen Darmnervenstörungen gehören die Hypoganglionose (zu wenige Ganglienzellen), die hypoplastische Hypoganglionose (zu wenige Nervenzellen, die unterentwickelt sind), die unreifen Nervenzellen und die Dysganglionose (neuronale intestinale Dysplasie = NID). Dabei handelt es sich um Störungen des Nervenbaus in der Darmwand, die einer sehr differenzierten feingeweblichen Untersuchung bedürfen und bei der leider oft Fehldiagnosen auftreten.
 12. Zu lange gewundene, verdrehte und erweiterte Dickdarmabschnitte im Bereich des rechten Oberbauches, im Bereich des linken Oberbauches und im Bereich des linken Unterbauches. Diese Darmabschnitte bedeuten eine verzögerte Darmpassage, sie können abknicken bei Darmfüllung und können zu massiven Erweiterungen führen beim Stuhltau. Je nach Ausmaß und Ausprägung der Symptome kann durch Toilettentraining, Massagen, abführenden Mitteln oder Entfernung des Darmpassagebehinderten Anteils, Abhilfe schaffen.
 13. Störungen der Darmbeweglichkeit, die nachweislich ausgelöst werden durch Veränderung der Umgebung mit negativen Auswirkungen auf Psyche und Seele bedürfen einer sehr einfühlsamen Diagnostik durch Befragung und einer ebenso zeitaufwendigen Therapie.

Wenn zu diesem komplexen Gebiet individuelle Fragen bestehen, sollte primär Rücksprache mit dem jeweiligen Kinderarzt, Hausarzt oder über die Patientenberatung „Healthcare4Kids“. Anlaufstelle: g.willital@web.de