

Zusammengefasst

Leitliniengerechte Therapie bei chronischer Obstipation

Die chronische Obstipation ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung. Das Therapiespektrum reicht von Allgemeinmaßnahmen wie ballaststoffreiche Ernährung über konventionelle Laxanzien bis hin zu modernen medikamentösen Ansätzen wie Prucaloprid. Welche Medikamente können Sie verordnen und von welchen wird explizit abgeraten? Hierzu haben wir für Sie die Empfehlungen der aktuellen S2k-Leitlinie Chronische Obstipation zusammengefasst.

Allgemeinmaßnahmen für chronisch-obstipierte Patienten ohne Entleerungsstörung

- Ballaststoffe können die Symptome der Obstipation verbessern. Ein Therapieversuch mit **Ballaststoffen** wie Flohsamenschalen oder Weizenkleie wird daher empfohlen.¹
- Wenn Ballaststoffe nicht wirken oder unangenehme Begleitsymptome wie Blähungen hervorrufen, sollten sie reduziert und andere Therapiemaßnahmen in Betracht gezogen werden.¹
- Chronisch obstipierte Patienten sollten **täglich 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit** zu sich nehmen. Das Trinken von mehr als zwei Litern pro Tag hat allerdings keinen therapeutischen Effekt und wird nicht empfohlen.¹
- Körperliche Aktivität wird empfohlen. Eine über das normale altersentsprechende Maß hinausgehende Bewegung scheint aber keinen therapeutischen Effekt auf die chronische Obstipation zu haben.¹
- Ihre Patienten sollten vermeiden, den **Stuhldrang regelmäßig zu unterdrücken**.¹

Empfohlene konventionelle Laxanzien

- Die konventionellen Laxanzien **Macrogole, Natriumpicosulfat und Bisacodyl** sind Arzneimittel der ersten Wahl bei chronischer Obstipation.¹ Diese Mittel können **zeitlich unbegrenzt** und auch in der **Schwangerschaft** angewendet werden.¹
- **Anthrachinone** können ebenfalls zur Therapie der chronischen Obstipation eingesetzt werden. Die Dosis und Frequenz der Einnahme richten sich nach dem individuellen Bedarf des Patienten.¹
- **Lactulose, Lactitol, Sorbit und Lactose** sind ebenfalls zur Behandlung der chronischen Obstipation anwendbar, auch in der Schwangerschaft.¹
- Wenn Ihr Patient auf ein Laxans nur unzureichend anspricht oder es nicht verträgt, wechseln Sie auf eine **andere Wirkklasse**.¹
- Ist die Monotherapie unzureichend wirksam, versuchen Sie eine **Kombinationstherapie** aus Medikamenten unterschiedlicher Wirkprinzipien.¹

Von diesen Laxanzien rät die Leitlinie ab

- **Salinische Laxanzien wie Magnesiumhydroxid** sind zwar bei chronischer Obstipation wirksam, von ihrer Anwendung wird aufgrund potenzieller Nebenwirkungen (z.B. kardial, renal) aber abgeraten.¹
- **Paraffinöl** wird nicht zur Therapie der chronischen Obstipation empfohlen. Es besteht die Gefahr der Lipidpneumonie durch Mikroaspiration. Außerdem beeinträchtigt Paraffinöl die Resorption fettlöslicher Vitamine.¹
- Von der **dauerhaften Anwendung von Klysmen** wird abgeraten.¹

Neue Ansätze: Leitlinie empfiehlt Prucaloprid

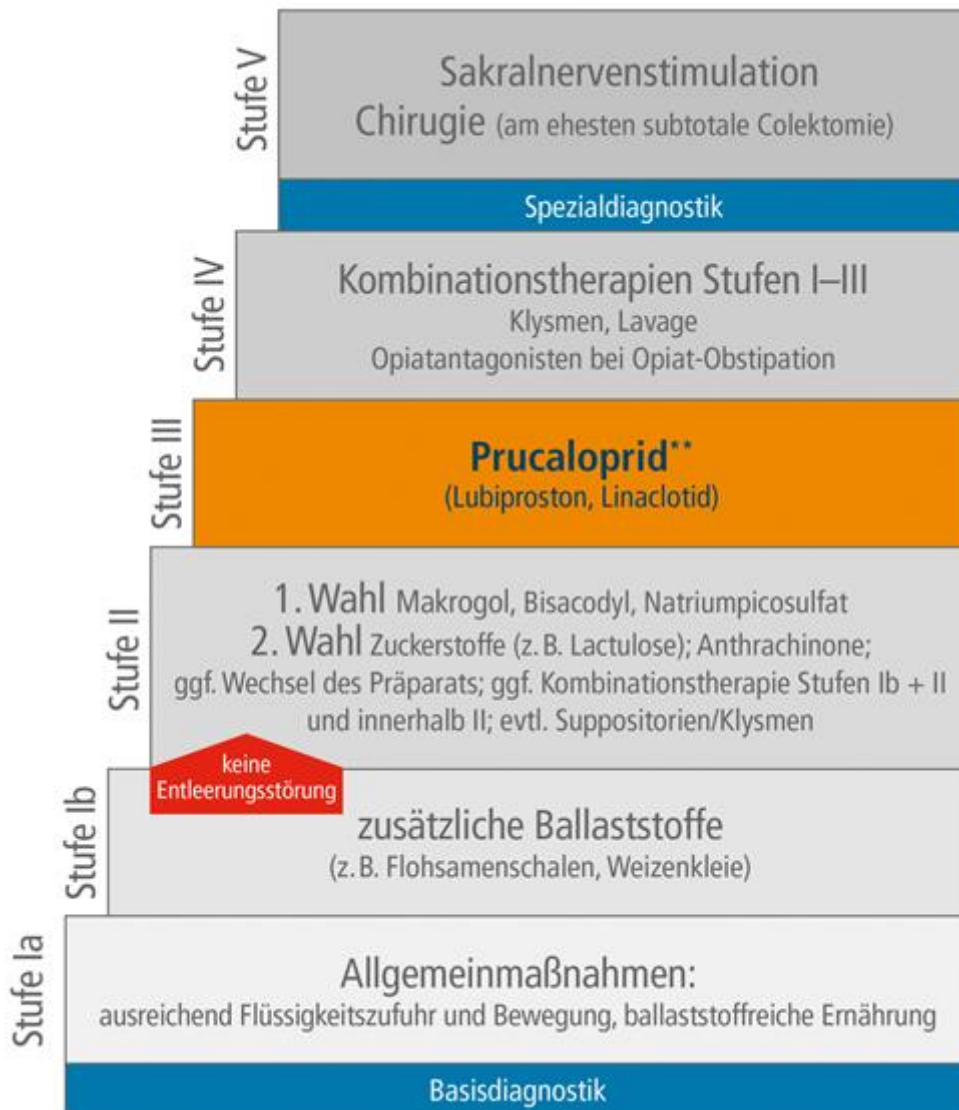
- Der **5-HT₄-Agonist Prucaloprid** soll Patienten, bei denen die bisherige konventionelle Therapie nicht ausreichend wirksam oder schlecht verträglich war, gegeben werden. Die Zulassung gilt zunächst nur für Frauen, eine aktuelle Männer-Studie soll die Datenlage verstärken.¹
- Ein Therapieversuch mit dem **Chlorid-Kanal-Aktivator Lubiproston** kann erfolgen, wenn sowohl eine konventionelle Therapie als auch Prucaloprid nicht wirksam war oder nicht vertragen wurde.¹ Lubiproston ist allerdings in Deutschland nicht verfügbar.
- **Periphere Opiat-Agonisten** (wie Methylnaltrexon, Alvimopan, Naloxon oral appliziert) können bei Opiat-induzierter Obstipation angewendet werden.¹
- Der **Guanylatzyklase-C-Agonist Linaclotid** kann bei Patienten eingesetzt werden, bei denen die bisherige konventionelle Therapie nicht ausreichend wirksam oder schlecht verträglich war.¹

- Sie können bei Patienten mit chronischer Obstipation, abhängig von der Effektivität und den Nebenwirkungen, die **Kombination von neuen medikamentösen Therapien mit konventionellen Mitteln** versuchen.¹

Therapie nach dem Stufenschema

Die Therapie der chronischen Obstipation sollte nach einem Stufenschema erfolgen. Diese sieht die Stufen I bis V vor. Nach der **Basisdiagnostik** beginnen Sie mit Allgemeinmaßnahmen (Ia) und zusätzlich **Ballaststoffen** (Ib). Je nachdem, ob der Verdacht auf eine Entleerungsstörung besteht, verordnen Sie:¹

- Wenn ja: **Suppositorien**. Bei strukturellen **Entleerungsstörungen** ist häufig eine chirurgische Intervention notwendig.
- Wenn nein: **konventionelle Laxanzien** und im weiteren Verlauf **neue medikamentöse Therapieansätze** wie Prucaloprid und Kombinationstherapien. Chirurgische Eingriffe sind eher in Ausnahmefällen erforderlich.



Quellen:

1. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM) und der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS): Chronische Obstipation: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 021/019 (Stand: 02/2013)

Wahr oder nicht wahr?

Die 7 häufigsten Mythen über die chronische Obstipation

Obstipation ist eine Befindlichkeitsstörung, die sich normalerweise mit einfachen Mitteln in den Griff bekommen lässt – oder etwa nicht? Um die chronische Verstopfung, ihre Ätiologie und Therapie ranken sich einige Mythen und Fehlannahmen. Erfahren Sie, was es wirklich auf sich hat mit Stuhlfrequenz, Hormonen und Ballaststoffen.

1. „Wer chronisch obstipiert ist, bewegt sich zu wenig“

Tatsächlich weisen große Kohortenstudien auf eine Korrelation zwischen Bewegungsmangel und chronischer Obstipation hin. Moderat aktive Menschen scheinen generell seltener obstipiert zu sein als inaktive. Jedoch profitieren chronisch verstopfte Patienten kaum von zusätzlichem Sport: Bisher ließ sich in keiner Studie ein therapeutischer Effekt von Bewegungsprogrammen auf die Darmmotilität nachweisen. Auch fehlen bisher Belege für einen direkten Kausalzusammenhang zwischen körperlicher Inaktivität und Obstipation.^{1,2}

2. „Mit ausreichend Ballaststoffen in der Ernährung lässt sich eine Obstipation verhindern“

Eine faserreiche Kost erhöht Stuhlvolumen und Stuhlfrequenz – zumindest bei gesunden Menschen. Die aktuelle S2k-Leitlinie Chronische Obstipation empfiehlt daher einen Therapieversuch mit „natürlichen“ und spaltbar löslichen Ballaststoffen. Die Autoren räumen jedoch ein, dass oft Nebenwirkungen wie Blähungen und Bauchkrämpfe auftreten.¹ Generell zeigen Ballaststoffe bei Obstipierten weniger Effekt als bei Gesunden. Zudem konnten Studien keinen Unterschied in der Ernährung von Obstipierten und Nicht-Obstipierten feststellen. Dass chronisch Verstopfte generell nicht ausreichend Ballaststoffe zu sich nehmen, ist also eine Fehlannahme.^{1,2}

3. „Wer obstipiert ist, kann nur selten auf die Toilette“

Als Leitsymptom der chronischen Obstipation gilt eine unbefriedigende Stuhlentleerung seit mindestens drei Monaten. Dabei ist eine Stuhlfrequenz von weniger als drei Stühlen pro Woche nur eines von sechs möglichen Kriterien der international anerkannten Rom-III-Klassifikation. Es gibt durchaus auch Patienten, die zwar tägliche Stuhlgänge haben, aber nur sehr mühevoll und unter starkem Pressen. Beziehen Sie also neben der Stuhlfrequenz auch immer weitere Angaben in die Anamnese ein: Subjektive Parameter wie das Gefühl einer unvollständigen Entleerung sind ebenso wichtig.^{1,3}

4. „Beim Trinken gilt: Mehr hilft mehr“

Eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr ist essenziell – auch für die Stuhlbeschaffenheit. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt für Erwachsene eine Trinkmenge von mindestens 1,5 Litern am Tag.⁴ Wenn Dehydration jedoch nicht das Problem ist, liegt die Antwort auch nicht in einer erhöhten Flüssigkeitszufuhr: Mehr als die empfohlenen 1,5 bis 2 Liter haben in der Regel auch keinen therapeutischen Effekt.¹

5. „Bei Frauen stehen meist hormonelle Ursachen im Vordergrund“

Chronische Obstipation ist ein Problem, das Frauen doppelt so häufig betrifft wie Männer.¹ Insbesondere während der Schwangerschaft erleben viele Frauen einen merklich verlangsamten intestinalen Transit, bedingt durch den erhöhten Progesteronspiegel.^{1,2} Abseits davon messen Experten den Geschlechtshormonen jedoch einen eher geringen Einfluss auf die Darmmotilität bei. Obstipierte und nicht obstipierte Frauen weisen keine signifikant unterschiedlichen Hormonspiegel auf.^{1,2}

6. „Chronische Verstopfung ist ein Problem der älteren Bevölkerung“

Tatsächlich steigt die Prävalenz der chronischen Obstipation mit dem Lebensalter. Ab 65 Jahren kumulieren sich zudem Risikofaktoren wie Immobilität, Dehydration und (Multi-)Medikation.¹ Chronisch Obstipierte gibt es allerdings in jedem Lebensalter: Bei den 30- bis 44-Jährigen liegt die Prävalenz bei 15 %, in der Altersklasse unter 29 sind es etwa 12 %.⁵

7. „Obstipation ist eine Befindlichkeitsstörung“

In der Gesellschaft werden Schwierigkeiten mit dem Stuhlgang meist komplett ausgeschwiegen. Für chronisch Verstopfte handelt es sich allerdings um ein Problem, das sich massiv auf die Lebensqualität auswirkt – zum Teil ebenso stark wie die Refluxkrankheit, Diabetes mellitus oder eine Depression.¹ Vermitteln Sie Ihrem Patienten umso mehr das Gefühl, dass Sie das Thema ernst nehmen und gemeinsam nach einer Lösung suchen.

Quellen:

1. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM) und der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS): Chronische Obstipation: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 021/019 (Stand: 02/2013)
2. Müller-Lissner SA et al.: Myths and Misconceptions About Chronic Constipation. Myths and Misconceptions About Chronic Constipation. Am J Gastroenterol. 2005; 100: 232–242.
3. Longstreth, GF et al.: Functional Bowel Disorders. Gastroenterol. 2006; 130(5): 1480-1491
4. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): Die ernährungsphysiologische Bedeutung von Wasser. DGEinfo 05/2010 - Beratungspraxis.
5. Suares NC, Ford AC: Prevalence of, and Risk Factors for, Chronic Idiopathic Constipation in the Community: Systematic Review and Meta-analysis. Am J Gastroenterol 2011; 106: 1582–1591.

Welche Medikamente beeinflussen die Darmmotilität?

Arzneimittel als Auslöser der sekundären Obstipation

Das Ursachenspektrum von Obstipationsbeschwerden ist breit gefächert. Entsprechend sollten Sie darauf achten, bei der Anamnese verschiedene mögliche Auslöser auszuschließen. Insbesondere Medikamente zur langfristigen Einnahme spielen eine Rolle – und das gilt nicht nur für Opiode. Welche Wirkstoffe als Auslöser einer sekundären Obstipation infrage kommen und wie Sie dem entgegenwirken können, erfahren Sie hier.

Diese potenziell obstipierenden Arzneimittel sollten Sie kennen

Grundsätzlich kommen Medikamente aus ganz **verschiedenen Wirkstoffklassen** als Auslöser einer chronischen Obstipation infrage. Einige davon zielen eigentlich auf das zentrale oder periphere Nervensystem, zum Beispiel bestimmte Antidepressiva und Anticholinergika. Dabei haben sie oft auch unerwünschte Wirkungen auf das enterale Nervensystem – Störungen der Darmmotilität sind die Folge.^{1,2} Sehr häufig ist zudem die **Opioid-induzierte Obstipation**, die bis zu 95 % der Opioid-Patienten betrifft; zum Teil werden Opiode in der Praxis daher routinemäßig mit Laxanzien kombiniert.³

Die aktuelle S2k-Leitlinie zur chronischen Obstipation führt **folgende Arzneimittelgruppen** als mögliche Auslöser auf:⁴

- Opiate
- Anticholinergika
- trizyklische Antidepressiva
- Neuroleptika
- Monoaminoxidase-Hemmer
- Antiepileptika
- Antihistaminika
- kalziumhaltige Antazida
- Antihypertensiva
- Spasmolytika
- Sympathomimetika
- Diuretika
- Colestyramin

Was bedeutet dies für Diagnostik und Therapie der Obstipation?

Bei chronisch obstipierten Patienten ist eine **genaue Medikamenten-Anamnese** daher entscheidend. Dies gilt insbesondere für Patienten im fortgeschrittenen Lebensalter, bei denen Multimorbidität und Polypharmazie Gang und Gäbe sind.⁵ Nähere Ausführungen hierzu finden Sie auch im Beitrag aus der vergangenen Woche, dem [Interview mit Prof. Wehling](#). Vergessen Sie auch nicht, nach einer Selbstmedikation mit OTC-Präparaten (z.B. Diuretika) zu fragen.

Zur **Prävention und Therapie** einer medikamentös induzierten Obstipation gibt es verschiedene Wege. Eine Hilfestellung kann beispielsweise die **PRISCUS-Liste** bieten. Dieser Katalog listet potenziell inadäquate Medikamente für ältere Menschen in Deutschland auf und liefert auch jeweils therapeutische Alternativen sowie Maßnahmen, falls das Arzneimittel trotzdem verwendet werden soll. Auch einige potenziell obstipationsfördernde Arzneimittel wie anticholinerg wirksame Antihistaminika und urologische Spasmolytika sind hier samt Therapiealternativen aufgeführt.⁶

Einen pauschalen Weg zur Vermeidung einer medikamentös induzierten Obstipation gibt es nicht. Hier sind **individualisierte Entscheidungen** wichtig. Als Experte rät Wehling dazu, obstipationsfördernde Medikamente zu identifizieren und durch besser geeignete zu ersetzen. Gegebenenfalls kommen osmotisch wirksame Laxanzien infrage. Auch unterstützende Maßnahmen wie ein optimiertes Ernährungs- und Bewegungsverhalten können Linderung schaffen.¹

Wichtiger Hinweis: Im Rahmen der Zulassungsstudien für Resolor® (Prucaloprid) wurden nur Patienten mit primärer chronischer Obstipation behandelt. Resolor® ist nicht explizit für die Behandlung von Patienten mit medikamentös induzierter Obstipation zugelassen.

Quellen:

1. Wehling M: Chronische Obstipation bei Älteren: Arzneimittel als Fluch und Segen. Verdauungskrankheiten 30, 221-8, 2012.
2. Andrews CN, Storr M: The pathophysiology of chronic constipation. Can J gastroenterol 2011;25(suppl B):16B-21B.
3. Freye E: Opiode in der Medizin. Springer, Heidelberg 2009

4. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten et al.: Chronische Obstipation: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 021/019 (Stand: 02/2013)
5. Kaufman DW et al.: Recent Patterns of Medication Use in the Ambulatory Adult Population of the United States. JAMA. 2002; 287(3): 337-344.
6. Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA: Potentially inappropriate medication in the elderly - PRISCUS list. Dtsch Arztebl Int 2010; 107: 543-5

27
Jan
2015

Tipps zur Betreuung älterer Patienten

Chronische Obstipation im Alter: So therapieren Sie richtig

Die Prävalenz der chronischen Obstipation ist bei Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter besonders hoch – und der Leidensdruck ebenso. Gleichzeitig gibt es bei der Therapieplanung einige Besonderheiten. In diesem Beitrag erfahren Sie, was bei der Obstipationstherapie bei älteren Patienten zu beachten ist und welche Rolle das Prokinetikum Resolor® spielen kann.

Therapie älterer Obstipierter – diese Faktoren sollten Sie berücksichtigen

Etwa die **Hälfte der über 65-Jährigen** hat mit dem Beschwerdekomples der chronischen Obstipation zu kämpfen, und entsprechend hoch ist der Anteil der versuchten Selbsttherapien mit Laxanzien.¹ Die pathophysiologischen Hintergründe können Sie in dem Beitrag [„Ursachen der chronischen Obstipation im Alter“](#) nachlesen.

Für die Therapieplanung ist auch bei älteren Patienten ein Vorgehen gemäß dem von den **Leitlinien** empfohlenen Stufenschema sinnvoll.² Bei den Allgemeinmaßnahmen empfiehlt sich dabei ein Fokus auf **alterstypische Auslöser wie Medikamente, Bewegungs- und Flüssigkeitsmangel**.¹ Möglicherweise lassen sich die Obstipationsbeschwerden bereits durch kleine Veränderungen wie eine erhöhte Trinkmenge lindern. In den meisten Fällen sind hierdurch jedoch keine Meilensteine zu erwarten: Eine Trinkmenge, die über das empfohlene Tagesmaß (1,5 bis 2 Liter) hinausgeht, verschafft in der Regel keine Besserung.² Zudem ist es für ältere Obstipierte mit Vorerkrankungen oft nur schwer möglich, sich mehr zu bewegen oder mögliche medikamentöse Auslöser abzusetzen.

Vorsicht bei der Einnahme von Laxativa

Der Einsatz von **Laxativa** ist aus diesem Grund bei älteren und geriatrischen Patienten weit verbreitet. Dies ist jedoch nicht ganz ungefährlich: Aufgrund geringer Trinkmengen, einer verringerten Konzentrationsfähigkeit der Niere und der häufigen Einnahme von diuretisch wirksamen Medikamenten haben viele ältere Menschen eine erhöhte Exsikkose-Neigung.³ Zudem ist ein Teil der chronisch obstipierten Patienten mit der Wirkweise von klassischen Laxanzien unzufrieden.⁴

Resolor®: Auch eine Therapieoption für ältere Patienten

Auch bei älteren Patienten, bei denen herkömmliche Laxativa keine zufriedenstellende Wirkung zeigen, kann daher der **5-HT₄-Rezeptoragonist Resolor®** (Wirkstoff: Prucaloprid) eine geeignete Lösung sein. Die Wirksamkeit und Verträglichkeit wurde in verschiedenen Studien exklusiv für ältere Patienten untersucht. Hierbei zeigte sich für einige Endpunkte eine Verbesserung durch die Anwendung von 1 mg Prucaloprid. In einer multizentrischen, randomisierten vierwöchigen Studie haben Müller-Lissner et al. 300 chronisch obstipierte Patienten ab 65 Jahre entweder mit Prucaloprid oder Placebo behandelt.

Unter 1 mg Resolor®⁵

- 39,5 % erleben durchschnittlich 3 vollständige, spontane Stuhlentleerungen pro Woche vs. 20 % unter Placebo (nicht signifikant).
- 59,2 % erfuhren in Woche 4 einen Anstieg um eine oder mehrere vollständige, spontane Stuhlentleerung(en) vs. 33,8 % unter Placebo (p < 0,05).
- 48,5 % der Patienten verbesserten sich um > 1 Punkt auf der PAC-QOL Zufriedenheitsskala vs. 25,8 % unter Placebo (p < 0,05).

Camilleri et al. überprüften zudem in einer 2009 veröffentlichten, doppelblinden und Placebokontrollierten Studie die **Sicherheit und Verträglichkeit** von Prucaloprid an 89 größtenteils kardiovaskulär vorbelasteten Pflegeheim-Bewohnern im Alter von über 65 Jahren. Dabei wurden unter anderem die Pharmakokinetik, Blut- und Urinwerte, Vitalzeichen und EKG-Werte geprüft. Die Ergebnisse sprachen dabei für die Sicherheit von Prucaloprid.⁶

Wichtig zu wissen: Altersabhängige Dosierung

Als Anfangsdosis für die Therapie mit Resolor® sind bei Patienten ab 65 Jahren **1 mg einmal täglich** empfohlen. Bei Bedarf kann die Dosierung im Therapieverlauf auf 2 mg angehoben werden. Die Tabletten sind in beiden Varianten erhältlich.⁷

Quellen:

1. Satish R., Jorge G.: Update on the management of constipation in the elderly: new treatment options. *Clin Interv Aging*. 2010; 5: 163–171.
2. Leitlinie
3. Schauder P., Ollenschläger E.: *Ernährungsmedizin. Prävention und Therapie*. Urban&Fischer, München 2006
4. Müller-Lissner S., Pehl C.: Laxanziengebrauch und Zufriedenheit chronisch obstipierter Frauen – eine Umfrage bei Patientinnen und Gastroenterologen in Deutschland. *Z Gastroenterol* 2012; 50(6): 573-577
5. Müller-Lissner S. et al.: A double-blind, placebo-controlled study of prucalopride in elderly patients with chronic constipation. *Neurogastroenterol Motil*. 2010 Sep;22(9): 991-8
6. Camilleri M. et al.: Safety assessment of prucalopride in elderly patients with constipation: a double-blind, placebo-controlled study. *Neurogastroenterol Motil* (2009) 21, 1256–e117
7. Fachinformation Resolor; Juni 2014