

Neueste Erkenntnisse und Therapiemöglichkeiten

Obstipation und Diarrhöe

Zum Fortbildungsabend für Pharma-Assistentinnen über «Obstipation und Diarrhöe – neueste Erkenntnisse und Therapiemöglichkeiten» hatte der Verband Stadtzürcher Apotheker eingeladen. Die Basler Internistin Dr. med. Annette Thommen wusste am 27. Januar 2003 im Kaufleuten-Saal in Zürich in die komplexe Materie ebenso kompetent wie packend einzuführen.



Dr. med. Annette Thommen

Was ist Obstipation?

15 Prozent der erwachsenen Bevölkerung leiden unter Obstipation – hartem Stuhl, seltenem und mühsamen Stuhlgang; Verstopfung tritt gehäuft bei Frauen auf und bei über 60-Jährigen. Eine Obstipation kann die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen; zu den Symptomen zählen Unterleibschmerzen, Blähungen, Meteorismus (aufgetriebener Leib) und Flatulenz (Winde). Es können auch Hämorrhoiden, Analfissuren, Divertikel (Ausstülpungen) und Ileus (Darmverschluss) auftreten.

Ursachen

Drei Formen der Obstipation werden heute unterschieden: (1) Slow-Transit- oder kologene Obstipation mit ver-

langsamter Dickdarmpassage, (2) Outlet- oder anorektale Obstipation mit Defäkationsstörung und (3) idiopathische Obstipation ohne pathophysiologischen Hintergrund.

In mehr als der Hälfte der Fälle von chronischer Obstipation liegt eine organische Störung vor, die wenig bis nichts mit dem Lifestyle zu tun hat. Neben einem Zuwenig an Ballaststoffen, an Flüssigkeitszufuhr und an Bewegung kann eine Obstipation verursacht werden durch:

- Stress (auch bei Operationen)
- Ignorieren der Stuhlansprüche
- Medikamente (Opiode, Analgetika, Antazida, Diuretika, Kardiaka, Antihypertensiva, Antidepressiva, Anticholinergika)
- Hormone (Schwangerschaft, Hypothyreose)
- neurologische Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus)

Therapie

Führt eine Änderung des Lifestyles – mehr Ballaststoffe und Nahrungsfasern, mehr Trinken, mehr Bewegung – zu keinem Erfolg, sind Laxantien angezeigt.

Füll- und Quellmittel: Flohsamen und -hüllen (Agiolax mite) sind reizarm und weisen ein ideales Verhältnis von löslichen und nichtlöslichen Ballaststoffen auf; als weniger empfehlenswert werden Leinsamen, Kleie und Zellulose beurteilt.

Motilitäts- und sekretionsbeeinflussende Substanzen: Unter den anthronglykosidhaltigen Phytotherapeutika ist Senna das Mittel der Wahl bei Slow Transit. Senna ist das älteste und am besten untersuchte Laxans, ist weder toxisch noch kanzerogen oder mutagen, und führt auch zu keiner Gewöhnung.

Gebräuchliche synthetische Wirkstoffe der Diphenol-Reihe sind Bisacodyl

und Natriumpicosulfat; die Gabe von Phenolphthalein ist obsolet.

Osmotische Laxantien: Gute Ergebnisse werden mit Makrogol (Polyethylenglykol) erzielt. Zucker und -alkohole können Gewöhnungseffekte zeigen. Von schwer resorbierbaren Salzen (Bittersalz, Glaubersalz) wird heute ebenso abgeraten wie von *Gleitmitteln* (z. B. Paraffinöl).

Zu den Laxantien-Nebenwirkungen zählen: Winde, Koliken, Gewöhnung, Ileus bei einigen Quellmitteln (Kleie), Durchfall bei hoher Dosis, Elektrolyt-Verlust, Melanosis coli (Senna), Laxantienabusus.

Ursache der Diarrhöe

Eine Diarrhöe – zu weicher, zu dünner und zu häufiger Stuhl – ist in der Regel harmlos; mitunter kann sie aber auch letal sein. Der mit einer Diarrhöe einhergehende Flüssigkeitsverlust kann zur Exsikkose (Austrocknung) führen. Gefährdet sind vor allem Kinder unter 4 Jahren und Betagte über 74 Jahren. Die Häufigkeit der Diarrhöe wird generell unterschätzt, und in manchen Fällen bleibt sie sogar unbemerkt.

Die Ursachen von Diarrhöen sind mannigfaltig:

- Infektionen (Bakterien, Viren, Pilze, Einzeller)
- Schädigung des Darms durch Alkohol, Medikamente, Schwermetalle, Bakterien-Toxine
- Entzündungen (Autoimmunkrankheit), Nahrungsmittel-Allergien

Bei einer *infektiösen* Diarrhöe kommen als Erreger in der Schweiz am häufigsten *Campylobacter* und *Salmonellen* vor, in den Tropen *Campylobacter*, *Shigellen* und das enterotoxische *E. coli*. Mit guter Hygiene kann – besonders auf Reisen – einer Diarrhöe wirksam vorgebeugt werden.

Antibiotika-assoziierte Diarrhöe (AAD)

Bei 37% der Bevölkerung ist ein AAD-Risiko vorhanden. Da bei 19% der ambulanten Behandlungen Antibiotika verabreicht werden, tritt eine AAD entsprechend häufig auf; sie kann sich sofort nach Antibiotika-Gabe manifestieren – aber auch erst nach 4–6 Wochen.

Eine AAD ist oft selbstlimitierend; es können jedoch auch schwerwiegende Symptome auftreten wie Darmschleimhaut-Ödem mit Erythem, hämorrhagische Kolitis mit Mukosadestruktion, pseudomembranöse Enterokolitis durch *Clostridium difficile*.

Therapie der Diarrhöe

An erster Stelle steht das Ersetzen der verlorengegangenen Flüssigkeit. Bewährt hat sich die löffelweise Gabe von speziellen Rehydratations-Lösungen.

Schwerere Diarrhöen müssen zusätzlich medikamentös behandelt werden mit: Antibiotika (bei Dysenterie), Mobilitätshemmern (z. B. Loperamid), *Saccharomyces boulardii*. Die Wirkung von *S. boulardii* ist gut belegt; der Hefepilz bindet pathogene Keime, hemmt deren Wachstum und neutralisiert Bakterientoxine; durch gleichzeitige Antibiotika-Gabe wird er nicht inaktiviert. Das Bio-Therapeutikum (Perenterol) wird von rund 70% der Schweizer Spitäler eingesetzt, auch präventiv. ■

Jürg Lendenmann

