

Chronische Verstopfung (Obstipation)

Normalerweise geht der Mensch dreimal pro Tag oder alle drei Tage auf die Toilette, um Stuhl zu entleeren. Von chronischer Obstipation spricht man, wenn über Monate der Stuhlgang vier oder mehr Tage ausbleibt. Häufig müssen die Betroffenen stark pressen, nicht selten haben sie das Gefühl der unvollständigen Stuhlentleerung (Defäkation).

Wie entsteht die chronische Obstipation

Verstopfung ist ein häufiges Problem, das meist durch Ballaststoff-arme Ernährung und bei ungenügender Flüssigkeitszufuhr zustande kommt. Nicht selten tritt die chronische Obstipation deshalb bei älteren Patienten auf. Durch die verlangsamte Darmpassage kommt es durch Wasserentzug im Dickdarm (Kolon) zur Verhärtung des Stuhlgangs. Andere Gründe für die chronische Obstipation sind:

- Neurologische Krankheiten: z.B. multiple Sklerose, Morbus Parkinson
- Hormonelle Störungen: z.B. Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)
- Psychiatrische Erkrankungen: z.B. Depression
- Nebenwirkung von Medikamenten: z.B. Psychopharmaka, Beruhigungsmittel, starke Schmerzmittel
- Fehlbildung des Nervengeflechts im Kolon (selten)

Eine Sonderform der chronischen Obstipation ist die **obstruktive Defäkationsstörung**, die ihren Ursprung im Bereich von After und Enddarm hat. Verschiedene krankhafte Veränderungen können einzeln oder in Kombination zu dieser Defäkationsstörung führen:

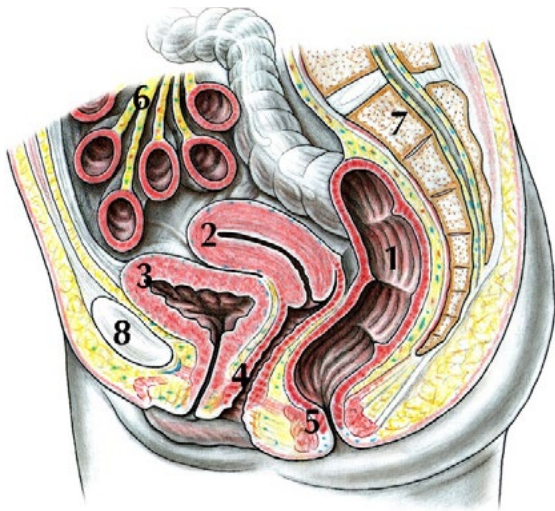
- Beckenbodensenkung bedingt durch Bindegewebeschwäche oder Verletzungen bei Geburten
- Intussuszeption (innerer Enddarm-Vorfall): Der Enddarm stülpt sich beim Pressen in sich selbst hinein und verlegt den Ausgang
- Rektozele: Die Vorderwand des Enddarms wölbt sich nach vorne in die Scheide
- Enterozele: Der Dünndarm drückt auf den Enddarm, bedingt durch eine tiefe Mündung des Bauchraumes (Douglas)
- Sigmoidozele: Der Dickdarm drückt auf den Enddarm
- Rektumprolaps (äusserer Enddarm-Vorfall): Der Enddarm hat seinen Halt im kleinen Becken vollständig verloren und tritt durch den After sichtbar aus

Andere mögliche Ursachen einer gestörten Stuhlentleerung sind:

- Gestörte anorektale Motorik, Fehlkoordination der Beckenbodenmuskulatur, Fehlfunktion des Schliessmuskelapparates
- Analfissur mit Überfunktion des inneren Schliessmuskels u.a.

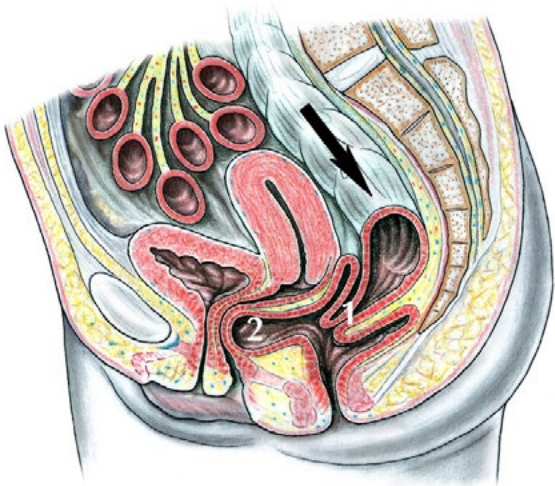
Das weibliche Becken teilt man anatomisch in drei Kompartimente ein. Das Hintere mit dem Rektum, das Mittlere mit der Vagina und das Vordere mit der Harnblase. Bei einer Beckenbodensenkung können alle drei Kompartimente betroffen sein, was die Therapie schwierig macht. Insbesondere werden

die drei Kompartimente durch Spezialisten verschiedener Disziplinen behandelt, durch den Viszeralchirurgen, den Gynäkologen und den Urologen. Entsprechend sollte die Behandlung wenn möglich interdisziplinär erfolgen.



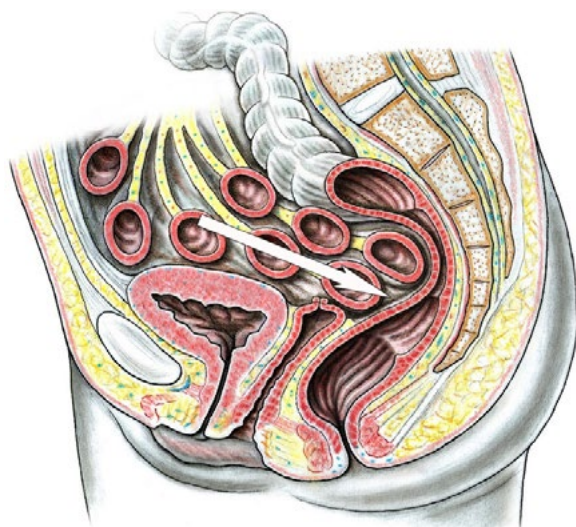
Normale Anatomie:

1. Enddarm (Rektum)
2. Gebärmutter (Uterus)
3. Harnblase
4. Scheide (Vagina)
5. Schliessmuskel
6. Dünndarmschlingen
7. Steissbein (Sakrum)
8. Schambein

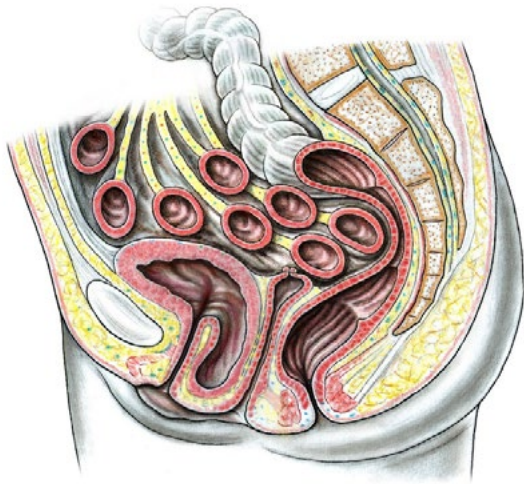


Pathologien:

Bei der obstructiven Defäkationsstörung kommt es beim Pressen zur Absenkung des Rektums und Einstülpung der Darmwand (Intussuszeption, 1) und einer Vorwölbung des Rektums in die Vagina (Rektozele, 2).



Eine besondere nicht häufig vorkommende Erscheinung der obstructiven Defäkationsstörung ist die **Enterozele**. Bei tiefmündendem Douglasraum kann der Dünndarm ins kleine Becken rutschen und beim Pressen den Enddarm zusätzlich komprimieren.



Nicht selten weisen die betroffenen Patientinnen auch eine Senkung der Harnblase auf, was man als **Zystozele** bezeichnet. Die Zystozele wird in der Regel nicht gleichzeitig mit dem Darm operiert, da nach Stabilisierung des hinteren und mittleren Kompartiments auch eine Verbesserung der Blasensymptome auftreten kann.

Der obstruktiven Defäkationsstörung liegt ursächlich ein überlanges, schlecht verankertes und durch Ausdünnung der Wandmuskulatur schwaches Rektum zugrunde. Die Entleerungsstörung kommt vor allem bei Frauen vor, die eine tiefe Mündung des unteren Bauchraumes (Douglas-Raum) aufweisen. Dadurch liegt das Rektum vorne und auch seitlich frei und ist dem Druck von anderen Bauchorganen (Dünn- und Dickdarm) ausgesetzt. Beim Pressen kommt es zur Verformung des Enddarms und zu weiteren oben beschriebenen Pathologien, welche die normale Stuhlentleerung behindern.

Wie stellt man die Diagnose

Typische Symptome können oft schon zur Diagnose der obstruktiven Defäkation führen:

- Schwierige, z.T. schmerzhafte Stuhlentleerung
- Druck im Becken
- Häufige Toilettengänge mit langen „Sitzungen“
- Gefühl der unvollständigen Entleerung
- Gefühl einer Blockierung vor dem After
- Manuelle Unterstützung der Entleerung
- „Pressen hilft gar nichts“

Die betroffenen Patienten können häufig nur nach Einnahme von Abführmitteln oder mit Einläufen den Stuhl entleeren. Nicht selten hilft auch Druck auf den Damm oder die Scheide, um die Stuhlentleerung zu fördern. Im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit hilft nur noch die manuelle Ausräumung des Enddarms.

Zu den Routineuntersuchungen bei der chronischen Obstipation gehören die Erhebung der Anamnese mit den typischen, oben beschriebenen Symptomen, die klinische Untersuchung, eine Rektum- und Koloskopie und eine Defäkographie (konventionell mit Kontrastmitteleinlauf oder mittels MRI), d.h. die dynamische Untersuchung des Defäkationsvorganges. Gelegentlich sind auch weiter reichende Abklärungen wie z.B. die Untersuchung der Schliessmuskelfunktion nötig.

Welches sind die Therapiemöglichkeiten

Die Behandlung der obstruktiven Defäkationsstörung ist primär immer konservativ. Oft sind Stuhlregulierende Massnahmen wie Ballaststoff-reiche Ernährung mit ausreichender Flüssigkeitszufuhr genügend. Hilfreich kann auch die Einnahme von Quellmitteln (z.B. Mucilar®) oder seltener von Abführmitteln sein. Den Patientinnen wird die Wichtigkeit der guten Analhygiene und der Veränderung der

Stuhlgewohnheiten aufgezeigt. Starkes Pressen und längere „Toilettensitzungen“ sollten vermieden werden.

Bei gestörter Koordination (anorektale Motorik) geben die Patienten an, sie würden keinen eindeutigen Stuhldrang spüren, oder sie verspürten einen ständigen Druck, ohne dass wirklich Stuhl entleert werden kann. Hier kann das sog. Biofeedback helfen, wo der Patient mit Hilfe eines Geräts, das die Anspannung des Schliessmuskels anzeigt, wieder lernen kann, den Schliessmuskel richtig zu gebrauchen und zu trainieren. Im Rahmen der anorektalen Physiotherapie gibt es weitere Übungen (z.B. Beckenbodentraining) mit denen der normale Defäkationsvorgang wieder erlernt und trainiert werden kann.

Die Rektozele kann in Kombination mit einer rektalen Intussuszeption und anderen anorektalen Problemen zu ausgeprägten Symptomen führen, welche die vornehmlich weiblichen Patienten in der Lebensqualität arg einschränken. In gewissen Fällen ist dann eine Operation zu diskutieren.

Was passiert ohne Therapie

Bedingt durch die ursächliche Bindegewebschwäche und die anatomischen Gegebenheiten kommt es mit zunehmendem Alter zur Verschlimmerung der Symptomatik. Eine grösser werdende führt mit der Zeit unbehandelt zum von aussen sichtbaren Rektumprolaps, was die Lebensqualität der Betroffenen vermehrt einschränkt.

Welches sind die operativen Möglichkeiten

Grundsätzlich bieten sich je nach Pathologie folgende Operationstechniken an, welche in einem separaten Kapitel genauer beschrieben sind.

1. **Vaginale Kolporrhaphie:** Von unten wird durch die Scheide die Wand zwischen Vagina und Rektum mit Nähten verstärkt. Bei alleiniger Rektozele mit ausgeprägten Symptomen ist dies eine mögliche Operation.
2. **STARR-Operation** (Stapled Transanal Rectal Resection): Mit einem speziellen Klammernahtgerät kann der sich einstülpende Anteil der Rektumwand durch den After hindurch entfernt werden. Es handelt sich dabei um eine minimal-invasive Technik, für die es keinen Hautschnitt braucht. Mit diesem Eingriff kann sowohl eine Intussuszeption wie auch eine Rektozele behandelt werden.
3. **Laparoskopische Rektopexie:** Auf laparoskopischem Wege wird das Rektum hochgezogen und gegenüber dem Steissbein fixiert. Dabei kann gleichzeitig ein überlanges Sigma (Dickdarmanteil) entfernt werden. Eine neuere Technik stellt die Rekto-Vagino-Sakropexie (engl. ventral rectopexy) dar, bei welcher nebst dem Enddarm auch die Scheide gestreckt und an das Steissbein befestigt werden. Diese Operation wird vor allem beim gleichzeitigen Vorhandensein von Intussuszeption, Rektozele und grosser Enterozele oder auch bei schwerer Beckenbodensenkung empfohlen.