

Alles blockiert!

Völlegefühl, Probleme beim Toilettengang und harter Stuhlgang sind typische Symptome der Obstipation. Viele Betroffene kommen zunächst in die Apotheke und suchen dort eine gute **Abführhilfe**.

Mit Verstopfung hatte fast jeder schon mal zu tun, zum Beispiel im Urlaub, nach der Einnahme bestimmter Medikamente oder in der Schwangerschaft. Etwa 15 Prozent der erwachsenen Frauen und fünf Prozent der Männer klagen über chronische Obstipation. Deshalb sind Laxanzien auch ein wichtiges Thema in Apotheken. Bei vielen Menschen herrscht dennoch Unwissenheit darüber, welche Stuhlfrequenz normal ist und welchen Nutzen Abführmittel haben. Immer noch werden Laxanzien zur Unterstützung der Gewichtsreduktion, zur „Entschlackung und Entgiftung“ eingesetzt, obwohl weder Wirkung noch Sinn dieser nicht festgelegten Indikationen nachgewiesen sind. Um den Mythen rund um das Thema Verstopfung und Abführmittel zu begegnen, sollten die Betroffenen im Rahmen der Selbstmedikation gemäß dem Leitfaden der Bundesapothekerkammer sorgfältig nach den Beschwerden, der Dauer und Schwere der Verdauungs-

probleme und sonstigen Begleitumständen befragt werden. Dann ist eine zielgerichtete Auswahl eines geeigneten Produktes durch PTA und Apotheker leicht möglich.

Definition Doch wann sprechen Mediziner von chronischer Verstopfung? Laut Definition der **Konsensuskonferenz (Rom III)** handelt es sich darum, wenn der Betroffene eine anhaltende, erschwerte, seltene (weniger als drei Mal pro Woche) oder unvollständige Entleerung beschreibt, jedoch nicht die Kriterien des Reizdarmsyndroms erfüllt sind. Obwohl etwa jeder zehnte Patient, der wegen Obstipation den Arzt aufsucht, über eine tägliche Stuhlentleerung berichtet, sind diese Betroffenen trotzdem mit ihrer Verdauungssituation nicht zufrieden, sodass ein gründliches Anamnesegespräch notwendig erscheint.

Wie entsteht Obstipation? Die akute Variante infolge einer Ernährungsumstellung im Urlaub ist in der

ROM-III-KRITERIEN*

Während mindestens drei der vorhergehenden sechs Monate, dauernd oder intermittierend. Mindestens zwei der folgenden Kriterien in mehr als 25 Prozent der Zeit:

- + Starkes Pressen beim Stuhlgang
- + Klumpiger oder harter Stuhl
- + Gefühl der unvollständigen Entleerung
- + Gefühl der anorektalen Obstruktion
- + Manuelle Manöver zur Erleichterung der Defäkation
- + Weniger als drei Entleerungen pro Woche
- + Kein weicher Stuhl ohne Laxanzien
- + Kein Reizdarmsyndrom

* (nach Longstreth et al.)



Regel vorübergehend und kurzfristig zu behandeln, während die chronische Obstipation mindestens zwei bis drei Monate innerhalb eines Jahres anhält und eine andauernde Therapie erfordert.

Chronische Darmträgheit hat viele Ursachen. Entsprechend werden die primäre und die sekundäre Obstipation unterschieden. Die primäre – auch **idiopathische oder funktionelle Obstipation** genannt, hat keine bekannten diagnostizierbaren Ursachen, die auf einer krankhaften Veränderung der Darmfunktion oder -anatomie beruhen. Die idiopathische Obstipation kann in Folge von Stress, Veränderung der Ernährung, willkürlich unterdrücktem Stuhlgang oder im Rahmen des Reizdarmsyndroms auftreten. Bei der sekundären Obstipation gibt es die **kologene** (im Dickdarm entstehend) und die **anorektale** (After und Mastdarm betreffend) Form. Bei Ersterer liegt die Ursache häufig in einer angeborenen oder erworbenen Schädigung der sensorischen und motorischen

Nervenbahnen im Magen-Darm-Bereich. Auch chronische Vorerkrankungen wie Morbus Parkinson oder Muskel- und Bindegewebserkrankungen können dafür verantwortlich sein. Diese „Slow-Transit-Obstipation“ beruht auf verzögerten Darmbewegungen und einer deshalb verlängerten Passagezeit. Da dem Darminhalt kontinuierlich Flüssigkeit entzogen wird, bildet sich ein harter Stuhl. Gastroenterologen können diese Form über Messung der Kolontransitzeit diagnostizieren. Die kologene Obstipation ist häufig auch die Folge der Einnahme bestimmter Medikamente (z. B. Antidepressiva, Morphine, Eisen etc.), hormoneller Veränderungen und psychischer Belastungen. Ursachen der anorektalen Obstipation sind Erkrankungen im Analbereich wie Fissuren, Rectozele, Annaprolaps oder Hämorrhiden. Aber auch funktionelle Störungen im Bereich des Beckenbodens können Auslöser sein. Die Betroffenen leiden dabei unter einer Störung des Defäkations-, also Entleerungsmechanismus.

Der Darmentleerung nachhelfen

Neuere Studien konnten zeigen, dass die gut gemeinten Ratschläge zu Änderungen der Ernährung und des Lebensstils keinen besonders großen Einfluss auf die Obstipation haben. Sicherlich ist es generell sinnvoll, auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr, ballaststoffreiche Kost und genug Bewegung zu achten. Doch vielfach reichen diese Maßnahmen nicht aus, um eine chronische Obstipation in den Griff zu bekommen. Die umfangreiche Palette der Laxanzien bietet eine große Auswahl, mit der man für jeden Patienten das geeignete Mittel finden kann, um den Stuhlgang wieder in Gang zu bekommen: **Quellmittel und Ballaststoffe** werden im Darm nur unvollständig abgebaut und haben aufgrund ihrer chemischen Struktur ein hohes Wasserbindungsvermögen. So quellen zum Beispiel Flohsamenschalen oder Leinsamen im Darmlumen auf, erweichen den Stuhl, erhöhen das Stuhlgewicht und verkürzen die Dauer der Darmpassage. Außer- ►

► dem wird im Enddarm über den Dehnungsreiz der Stuhlgangreflex ausgelöst. Diese Laxanzien gehören zu den milden Abführmitteln, die häufig bei Stuhlunregelmäßigkeiten, in der Schwangerschaft oder nach Operationen am Enddarm eingesetzt werden. Einige Patienten berichten nach der Einnahme über Völlegefühl und Flatulenz. Ursache dieser Nebenwirkungen ist, dass aus Kohlenhydraten bestehende Quellstoffe im Darm gespalten werden und sich dabei Gase bilden. Flohsamenschalen haben den Vorteil, dass sie kaum bakteriell gespalten werden und deshalb nur zu einer geringen Gasbildung führen. Die Wirkung von Quellstoffen setzt in der vorgeschriebenen Dosierung eingenommen nach etwa ein bis zwei Tagen ein. Für das akute Abführen sind sie nicht geeignet. Wichtig ist auf jeden Fall, reichlich dazu zu trinken.

Zu den **osmotisch wirkenden Laxanzien** zählen die schwer resorbierbaren Salze, wie Glaubersalz (Natriumsulfat) und Bittersalz (Magnesiumsulfat), die Zucker und Zuckeralkohole (z. B. Laktose, Lactitol, Laktulose, Mannitol und Sorbitol) sowie die Polyethylenglykole (Macrogol). Osmotisch wirkende Laxanzien werden während der Darmpassage nicht oder nur wenig resorbiert. Sie binden Wasser und reduzieren so die Rückresorption aus dem Darmlumen. Wie bei den Quellstoffen wird der Stuhl weicher und voluminöser. Glaubersalz und Bittersalz werden heute nicht mehr für eine regelmäßige Einnahme empfohlen, sind aber immer noch eine bevorzugte Wahl, wenn eine schnelle Darmentleerung zum Beispiel vor einem operativen Eingriff oder einer Fastenkur gewünscht ist. Die schwer resorbierbaren Zucker und Zuckeralkohole entfalten ebenfalls ihre osmotische Wirkung im Dickdarm. Nachteil der besonders bei alten Menschen immer noch oft empfohlenen Lactulose ist, dass sie im Dickdarm von Darmbakterien zu Milch- und Essigsäure vergoren wird und bei den Patienten zu Therapiebeginn Blähungen und Bauch-

schmerzen auslösen kann. Macrogole oder Polyethylenglykole mit einer Molekularmasse von 3000 bis 3700 binden mit ihren zahlreichen Ethergruppen ebenfalls Wasser, zählen deshalb auch zu den osmotisch wirkenden Laxanzien. Macrogole werden nicht durch Darmbakterien oder Enzyme abgebaut, sondern passieren

unverändert den Dickdarm. Deshalb treten die störenden Nebenwirkungen Flatulenz und Meteorismus unter der Einnahme nicht auf. Macrogole werden unverändert ausgeschieden und haben praktisch kein Interaktionspotential mit anderen Medikamenten. Sie sind besonders gut für ältere und pflegebedürftige Patienten geeignet.

Hydragoge Laxanzien hemmen die Wasser- und Elektrolytresorption und stimulieren die Flüssigkeitsretention im Darmlumen. Dieser Effekt beruht auf einer Änderung des Elektrolyttransportes in der Darmschleimhaut. Dabei nimmt das Volumen des Darminhalts zu und verstärkt den Defäkationsreiz. Zu den darmstimu-

lierenden Abführmitteln zählen die pflanzlichen Anthraglykoside, in Aloe, Senna oder Faulbaum, sowie die chemischen Wirkstoffe Bisacodyl und Natriumpicosulfat. Die Anthrachinondrogen haben heute wieder ihren festen Platz unter den Laxanzien. Systematische Untersuchungen wurden an den Inhaltsstoffen der Sennapflanze, den Sennosiden durchgeführt. Diese Prodrugs gelangen un-

verändert in den Dickdarm, wo sie von Darmbakterien zur eigentlichen Wirkform umgewandelt werden. Anthranoidhaltige Tees unterliegen der Apothekenpflicht und sollten kalt oder lauwarm zubereitet werden, damit die Glykoside nicht vorzeitig gespalten werden. Die zuverlässige Wirkung ist nach acht bis zehn Stun-

nach 15 bis 30 Minuten ein. Untersuchungen haben gezeigt, dass auch eine langfristige aber bestimmungsgemäße Einnahme über Jahre unproblematisch ist und keine Gewöhnung erzeugt.

Lokale Entleerungshilfen wirken schnell und kurzfristig, wenn die orale Therapie nicht wirksam oder

und Sorbitolklistiere sind ebenfalls geeignet, wenn der Kunde schnelle Hilfe wünscht. Bereits nach wenigen Minuten tritt die Wirkung ein.

Anderer Mechanismus Wirken die üblichen Laxanzien nicht ausreichend, gibt es mit **Prucaloprid** einem Prokinetikum ein wirksames Medikament zur Behandlung der chronischen Obstipation. Prucaloprid ist ein Serotonin(5-HT₄)-Rezeptoragonist mit starker prokinetischer Wirkung, und soll dadurch die Motilität des Darms steigern, sowie die Dickdarmentleerung verbessern. Prucaloprid stimuliert die Rezeptoren der Darmwandnerven und verstärkt so die Peristaltik. Studien konnten zeigen, dass die tägliche Einnahme von zwei Milligramm die Stuhlfrequenz erhöht und den Stuhl erweicht.

Fragen für die Beratung

- ▶ **Wer:** Ist das Abführmittel für Sie? Wer hat die Verdauungsprobleme?
- ▶ **Welche Beschwerden:** Wie äußern sich Ihre Beschwerden? – Ist der Stuhlgang sehr hart und seltener als drei Mal in der Woche? Haben Sie noch weitere Beschwerden, zum Beispiel Schmerzen oder Blutungen?
- ▶ **Wie lange:** Seit wann haben Sie schon Verdauungsprobleme?
- ▶ **Welche Ursachen/Maßnahmen:** Kennen Sie die Ursachen für Ihre Verdauungsprobleme? Wurden diese schon ärztlich abgeklärt? Nehmen Sie noch andere Medikamente ein? Was haben Sie bisher schon versucht?
- ▶ **Welche sonstigen Umstände sind zu berücksichtigen:** Gibt es etwas, was ich wissen sollte, damit ich Ihnen auch das richtige Mittel auswählen kann? – Zum Beispiel eine Vorerkrankung, Unverträglichkeiten, andere Dauermedikamente? ■

den zu erwarten. Also werden die Tees am besten abends vor dem Schlafengehen getrunken. Die synthetischen Stoffe Bisacodyl und Natriumpicosulfat werden im Dickdarm in die Wirkform, ein Diphenol, umgewandelt. Dieses stimuliert die Darmmotilität und zieht Wasser in das Darmlumen hinein. Die Wirkung der oralen Form tritt etwa nach acht bis zwölf Stunden, die der Zäpfchen

die rektale Entleerung erwünscht ist. Suppositorien mit CO₂-Bildung fördern den Defäkationsreiz bereits nach 15 bis 30 Minuten. Dem Vorbild der Natur nachempfunden hat die Kohlendioxidbildung einen aktivierenden Effekt auf die Peristaltik und kann bedenkenlos ohne Gewöhnung bei Säuglingen, Kindern, Schwangeren und Erwachsenen angewendet werden. Glycerinhaltige Zäpfchen

Dr. Katja Renner, Apothekerin