

Funktionell oder organisch?

Bei chronischer Obstipation immer auf Alarmsignale achten

Obstipation im Kindesalter ist einer der häufigsten Gründe, den Kinderarzt aufzusuchen. Dr. med. Franziska Righini berichtete beim FOMF WebUp, worauf es bei der Abklärung und der Behandlung dieser Kinder ankommt.

Das Spektrum möglicher Ursachen für eine chronische Obstipation ist breit. In den bei Weitem häufigsten Fällen handelt es sich um eine funktionelle Obstipation.

Eine chronische Obstipation kann aber auch auf organischen Fehlfunktionen beruhen. Dazu gehören beispielsweise anorektale Fehlbildungen, eine Störung des enterischen Nervensystems (M. Hirschsprung, Achalasie, Dysganglionosis), Spina bifida, Sacrumagenesie, inflammatorische Prozesse oder Stoffwechselprobleme.

Keine Obstipation steckt hinter der infantilen Dyschezie, einem Phänomen, das bei Säuglingen im Alter bis zu 9 Monaten vorkommen kann. Die ansonsten gesunden Kinder strengen sich beim Stuhlgang extrem an und schreien. Es liegt aber keine Obstipation vor, denn der Stuhl ist weich. Die Dyschezie im Säuglingsalter verschwindet in der Regel von selbst.

Immer gründlich abklären

«Die Verstopften verstopfen die Sprechstunde!», diesen Stossseufzer hat wahrscheinlich schon so mancher Praktiker ausgestossen. An einem gewissen Zeitaufwand für die Abklärung komme man aber nicht vorbei, zumal es sich lohne, gerade am Anfang Zeit zu investieren, sagte Dr. med. Franziska Righini, stellvertretende Leiterin der Abteilung für pädiatrische Gastroenterologie am Luzerner Kantonsspital: «Wenn man sich Zeit zu Beginn nimmt, dann gewinnt man Zeit in der Zukunft.» Auf zwei Punkte ist besonders zu achten:

- Red Flags immer abfragen – auch wenn man sich schon sicher zu sein glaubt, dass es eine funktionelle Obstipation ist.
- Immer eine sorgfältige klinische Untersuchung durchführen, dabei immer den Anus anschauen.

Zu den Red Flags in der Anamnese gehören ein Beginn der Obstipation im 1. Lebensmonat, ein verzögerter Meconiumabgang, Fälle von M. Hirschsprung in der Familie sowie eine vergrösserte Schilddrüse. Warnsymptome sind Gedeihstörungen, Fieber, Erbrechen, Blut im Stuhl (ohne Fissur oder Rhagade) sowie ein dünner Stuhlstrang (Bleistiftstuhl). Ein nicht normal wirkender Anus (Position, Fistel, Narben), das Fehlen von Kremaster- oder Analflex, lumbosakrale Haarbüschel, eine asymmetrische Glutealfalte, ein auffälliges Gangbild sowie anormale Muskelreflexe der Beine (zu schwach oder zu stark) zählen zu den Red Flags bei der klinischen Untersuchung.

Langfristig behandeln

Zu Beginn der Langzeittherapie sollte das Kind häufiger einbestellt werden. Prinzipiell soll möglichst immer mithilfe oraler Substanzen abgeführt werden. Zäpfchen und Einläufe sind zu vermeiden. Stuhlmassen im Rektum müssen zu Beginn der Behandlung allerdings zuerst beseitigt werden, wobei ein Einlauf als Notfallmassnahme zum Einsatz kommen kann. Wichtig ist, das orale Laxans während der Langzeittherapie hoch genug dosiert und langfristig zu geben. Man sollte es «so lange verabreichen und in so hohen Dosen, wie es das Kind braucht», empfahl die Referentin.

Für die Langzeittherapie kommen Lactulose (Duphalac®, Gatinar®, Rudolac®) oder Macrogol (G 3350: Macrogol-Mepha Junior, Movicol® Junior, Transipeg®, PEG 4000: Laxipeg®) infrage. Für Kinder bis zu 2 Jahren ist Lactulose die First-line-Option, für grössere Kinder müsste sie sehr hoch dosiert werden. Ab diesem Alter ist Macrogol das Laxans der ersten Wahl.

Manche Kinder wollen Macrogol wegen des Geschmacks nicht (mehr) trinken. Pflaumen- oder Feigensaft werden häufig als Alternativen genannt. Das Kind müsste davon aber sehr viel trinken, um eine ähnliche Wirkung zu erreichen, und die Säfte allein würden bei schwerwiegenden Obstipationsproblemen und langjährigem Verlauf definitiv nicht ausreichen, sagte Righini. Man könne es allerdings durchaus einmal mit Kombinationen versuchen, wobei man immer an die potenziell schädliche Wirkung der süssen Säfte für die Zähne der Kinder denken sollte.

Renate Bonifer

Dr. med. Franziska Righini: Obstipation und Darmmotilitätsstörung bei Kindern. FOMF WebUp Pädiatrie am 8. Februar 2022.

Definition der chronischen Obstipation im Kindesalter

Es müssen 2 oder mehr Kriterien mindestens 1-mal pro Woche erfüllt sein, und die Mindestdauer der Symptome muss 1 Monat betragen.

Säuglinge und Kleinkinder bis 4 Jahre

- 2 oder weniger Defäkationen pro Woche
- exzessive Stuhlretention
- schmerzhafter und/oder harter Stuhlgang
- grosse fäkale Masse im Rektum

Kinder > 4 Jahre und Jugendliche

- 2 oder weniger Defäkationen pro Woche
- mindestens 1 Episode mit Stuhlschmierern oder Inkontinenz pro Woche
- Retentionsmanöver
- schmerzhafter und/oder harter Stuhlgang
- grosse fäkale Masse im Rektum