

Chronische Verstopfung

Wann muss der obstipierte Patient unter's Messer?

Seit Monaten muss eine 36-jährige Patientin unangenehme und zeitaufwändige Einläufe über sich ergehen lassen. Sonst hat sie keinen Stuhlgang. Entscheidende Hilfe erhofft sie sich nun vom Chirurgen.

— In westlichen Ländern leiden ca. 15% der Allgemeinbevölkerung an chronischer Verstopfung. Laut der S2k-Leitlinie „Chronische Obstipation“ ist sie definiert als eine subjektiv unbefriedigende Stuhlentleerung, die seit mindestens drei Monaten besteht.

Zur Basisdiagnostik gehören eine umfassende Anamnese, die körperliche Untersuchung einschließlich der digital rektalen Untersuchung sowie die Erhebung des Stuhlprotokolls. Weiterhin können eine Labordiagnostik sowie spezielle gastroenterologische Untersuchungen notwendig werden.

Anhand der Diagnostik kann unterschieden werden zwischen der „slow-transit-constipation“, also einer verlängerter intestinalen Passagezeit, und der „Outlet-Obstruktion“, bei der es zu einer gestörten Entleerung des Rektums bei normaler Stuhlfrequenz kommt, erklärte Prof. Christoph Isbert, Chefarzt an der chirurgischen Klinik des evangelischen Amalie Sieveking-Krankenhauses in Hamburg. Darüber hinaus sollte differenzialdiagnostisch noch an ein Reizdarmsyndrom gedacht werden.

Therapie nach Stufenschema

Die Therapie der chronischen Obstipation erfolgt laut Leitlinie nach einem Stufenschema. Die erste Stufe beinhaltet Allgemeinmaßnahmen wie ausreichende Flüssigkeitszufuhr und Bewegung. Zu den weiteren Stufen gehören die medikamentöse Therapie, das Biofeed-

back und die anale Irrigation. Erst wenn diese konservativen Maßnahmen ausgeschöpft sind und der Patient weiterhin unter chronischer Obstipation leidet, kann eine chirurgische Therapie erwogen werden.



Bei Outlet-Obstruktionen kommen laut Isbert transanale Staplervverfahren oder die ventrale Rektopexie zum Einsatz. Zur Behandlung einer schweren und therapierefraktären Slow-transit-constipation kann eine Kolonresektion erwogen werden.

Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass der Therapieerfolg nicht zu 100% garantiert werden kann. Dies ist laut Isbert u. a. dadurch bedingt, dass es oft schwierig ist, von einer morphologischen Auffälligkeit, die man operativ entfernen kann, auf die Funktion zu schließen. So treten bei manchen Patienten trotz morphologischer Auffälligkeiten keine Beschwerden auf, andersherum können Patienten ohne

eine nachweisbare Veränderung stark beeinträchtigt sein.

Op.-Indikation in bestimmten Fällen nicht zu lange hinauszögern

Die Indikation zur Operation solle deswegen zwar einerseits sehr zurückhaltend gestellt werden, andererseits solle man in manchen Fällen die chirurgische Versorgung nicht allzu lange hinauszögern. Hier nannte Isbert das Beispiel einer 36-jährigen Patientin, die bereits seit Längerem anale Irrigationen durchführen musste. Diese Art der Therapie könne man einer jungen Patientin nicht lebenslang zumuten. „In solchen Fällen ist die Operation dann doch die bessere Variante“, betonte Isbert.

Dr. med. Constance Jakob

▪ 134. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 24. März 2017, München
S2k-Leitlinie Chronische Obstipation,
AWMF-Registriernummer: 021/019

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Die chronische Obstipation ist häufig und führt zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität.
2. Die Therapie der chronischen Obstipation erfolgt laut Leitlinie nach einem Stufenschema.
3. Die chirurgische Behandlung der chronischen Obstipation sollte äußerst zurückhaltend erfolgen. Alle konservativen Maßnahmen sollten davor ausgeschöpft sein.