Chronische Obstipation

Fortschritte in Diagnostik und Therapie

Viola Andresen, Paul Enck, Thomas Frieling, Michael Karaus, Hubert Mönnikes, Christian Pehl, Michael Schemann

im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.
in Zusammenarbeit mit Shire GmbH Deutschland und im Rahmen des ACT Projektes

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Chronische Obstipation

1. Definiton und Epidemiologie (Folie 3 - 14)
2. Pathophysiologie und Mechanismen (Folie 15 - 31)
3. Klinik und Diagnostik (Folie 32 - 60)
4. Therapie der Obstipation (Folie 61 - 110)

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Chronische Obstipation

Definition
und Epidemiologie

© 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V.
ACT Advances in Constipation Treatment
Shire

Was ist Obstipation?

„Klassische“ Einteilung anhand der Stuhlfrequenz:

Normaler Stuhlgang:

Stuhlentleerung mindestens jeden dritten Tag, maximal 3-mal pro Tag

Obstipation:

Stuhlentleerung seltener als jeden dritten Tag

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Fallbeispiel

- Patientin, 64 Jahre
- Anamnese: „Verstopfung“ seit vielen Jahren
- Zunehmende Beschwerden:
  - » sehr harter Stuhlgang („wie kleine Steine“)
  - » mühevolle, zeitaufwendige Stuhlentleerung („verbringt Stunden auf der Toilette“)
  - » danach meist Gefühl der unvollständigen Entleerung („da hängt immer noch etwas fest“)
  - » sehr starkes Pressen erforderlich

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Fallbeispiel

- Patientin, 64 Jahre
- Anamnese: „Verstopfung“ seit vielen Jahren
- Zunehmende Beschwerden:
  - » sehr harter Stuhlgang („wie kleine Steine“)
  - » mühevolle, zeitaufwendige Stuhlentleerung („verbringt Stunden auf der Toilette“)
  - » danach meist Gefühl der unvollständigen Entleerung („da hängt immer noch etwas fest“)
  - » sehr starkes Pressen erforderlich
- Stuhlfrequenz?
  - » **jeden Tag** einige kleine Klumpen

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Fallbeispiel

- Patientin, 64 Jahre
- Anamnese: „Verstopfung“ seit vielen Jahren
- Zunehmende Beschwerden:
  - » sehr harter Stuhlgang („wie kleine Steine“)
  - » mühevolle, zeitaufwendige Stuhlentleerung („verbringt Stunden auf der Toilette“)
  - » danach meist Gefühl der unvollständigen Entleerung („da hängt immer noch etwas fest“)
  - » sehr starkes Pressen erforderlich
- Stuhlfrequenz?
  - » **jeden Tag** einige kleine Klumpen

Stuhlfrequenz normal, aber:
Normaler Stuhlgang?

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Wie wird Obstipation definiert?

Ärzte definieren Obstipation oft anhand der **Häufigkeit der Stuhlentleerungen**[1],

Patienten hingegen meistens ausgehend von den **Symptomen**[2].

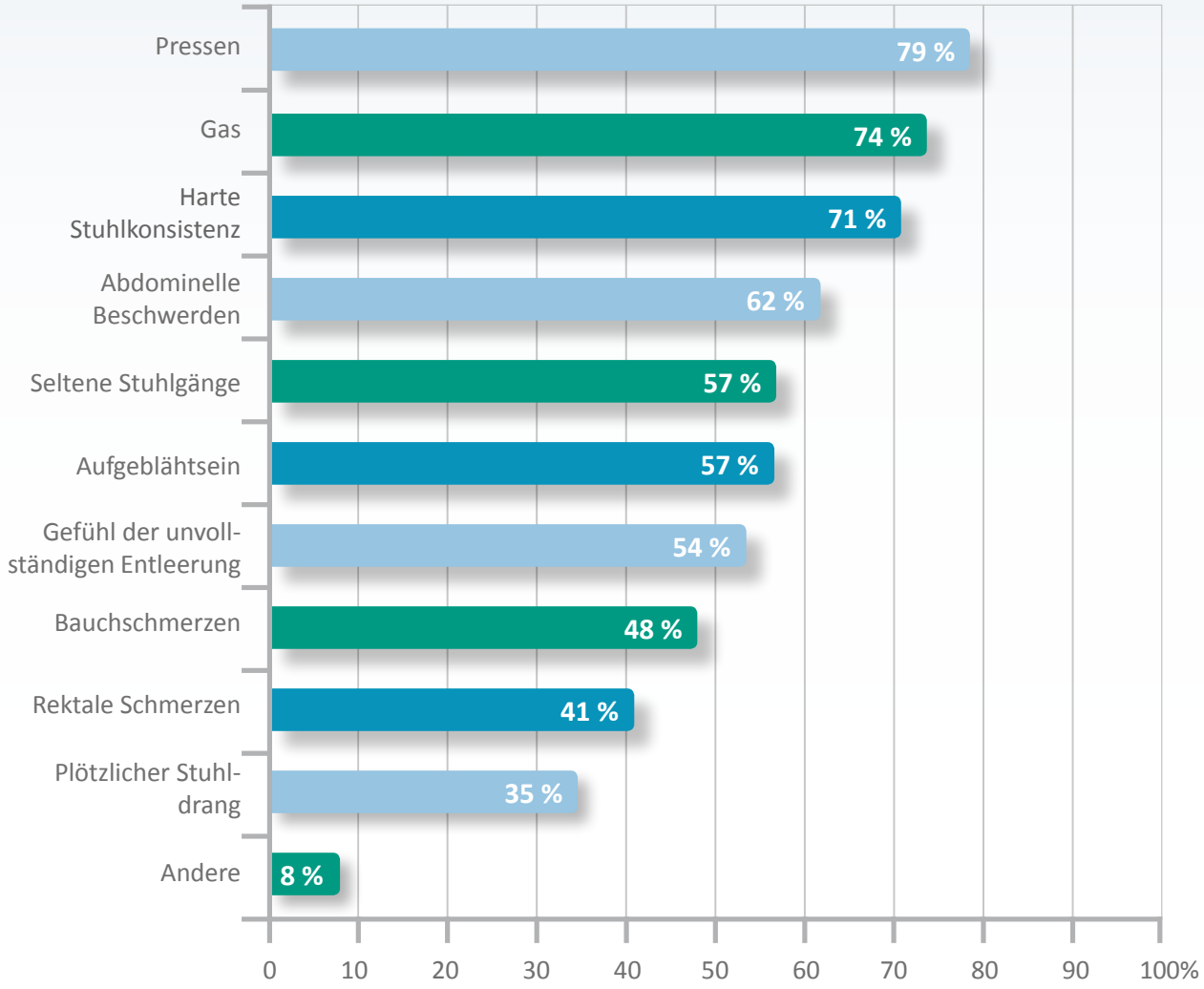
[1] *Herz et al., 1996*
[2] *Johanson & Kralstein, 2007*

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Multiple Symptome

Patienten berichten über eine breite Palette an Symptomen



Prozentsatz der Anworten von Befragten mit chronischer Obstipation* für jedes Symptom

** Befragte wurden nach Rom II Kriterien klassifiziert; Methodologie = web-basierte 45-Fragen-Umfrage; 557 geeignete Patienten: 243 Männer und 314 Frauen, ≥18 Jahre alt;*

Johanson & Kralstein, 2007

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Definition der chronische Obstipation nach Rom III

- Beginn der Symptome mind. 6 Monate vor Diagnosestellung
- ≥2 der nachfolgenden Symptome während der letzten 3 Monate:
  - » Stuhlgang mit Beschwerden
  - » Klumpige oder harte Stühle
  - » Gefühl einer unvollständigen Entleerung
  - » Gefühl anorektaler Obstruktion/Blockierung
  - » Manuelle Manöver notwendig

≥ 25 % der Defäkationen

- Selten weicher Stuhl ohne Anwendung von Laxantien

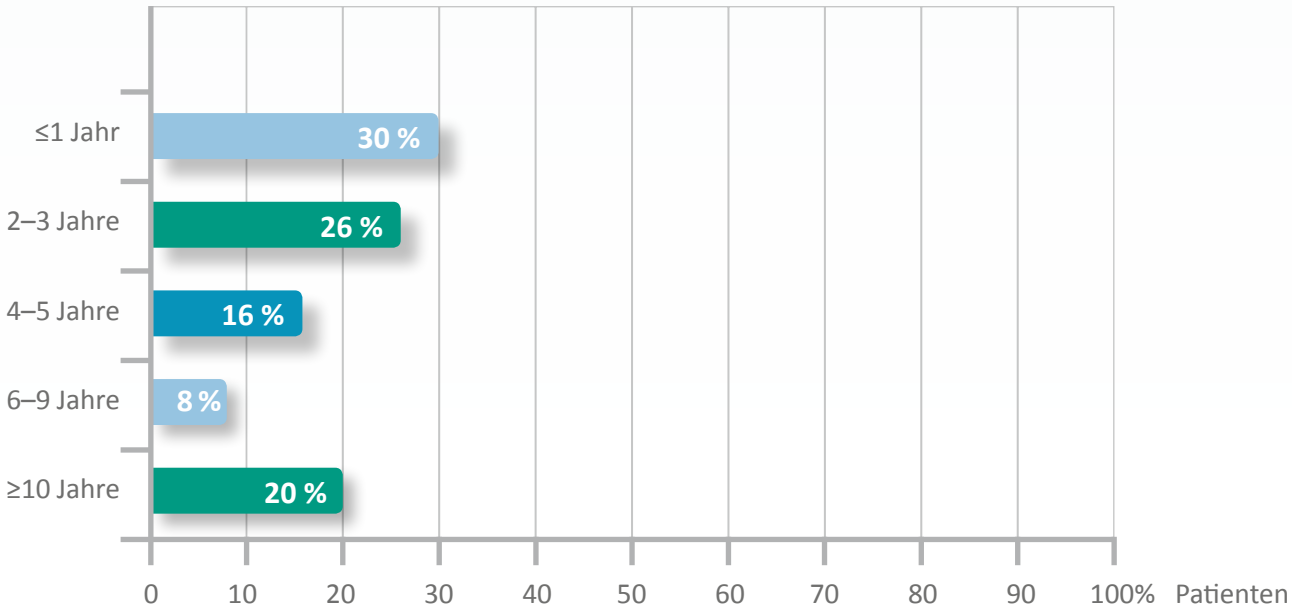
(Symptome für die Definition einer anderen funktionellen Darmerkrankung nicht ausreichend)

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Obstipation ist weit verbreitet und häufig chronisch

Anzahl von Jahren, in denen die Befragten unter Obstipation litten (n=557)



USA Internetbefragung:
n > 11.000 Prävalenz von ≥ 2 Obstipationssymptomen: **19 %**

Subgruppe (n=557) mit gezielter Befragung: **Obstipation überwiegend chronisch (im Mittel seit 4,2 Jahren)**

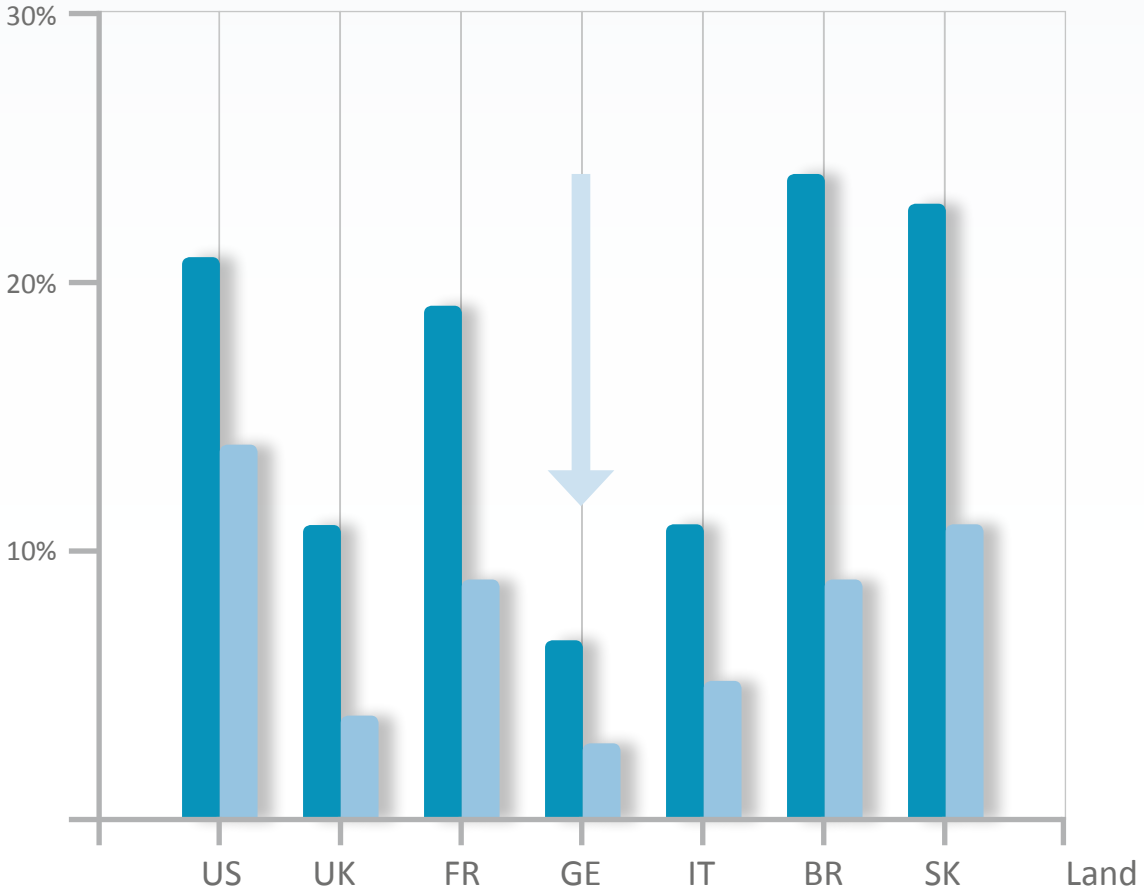
Johanson & Kralstein, 2007

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Autoren	Studie	Jahr	N	Technik	Kriterien	Prävalenz: FO + DYS
Drossmann 1993	US Household	1990	5.400	Question	Rome	3,6 % + 13,8 %
Stewart 1999	EPOC	1997	10.000	Interview	Rome I	4,6 % + 4,6 %
Thompson 2001	Canada Household	1996	1.000	Question	Rome II	14,9 % + 2,2 %
Sun 2011	US NHWS	2007	54.000	Question	Rome II	2,8 % n.b.

FO: Funktionelle Obstipation DYS: funktionelle Beckenboden-Dyssynergie n.b.: nicht berichtet



Die Prävalenzraten schwanken erheblich (3 - 18 %), vor allem in Abhängigkeit von der Definition.

Die einzigen für Deutschland bekannten Zahlen auf der Basis einer kleinen Stichprobe (n=2.000) sind mit weniger als 10 % niedrig im Vergleich zu anderen Ländern, aber vermutlich sehr realistisch.

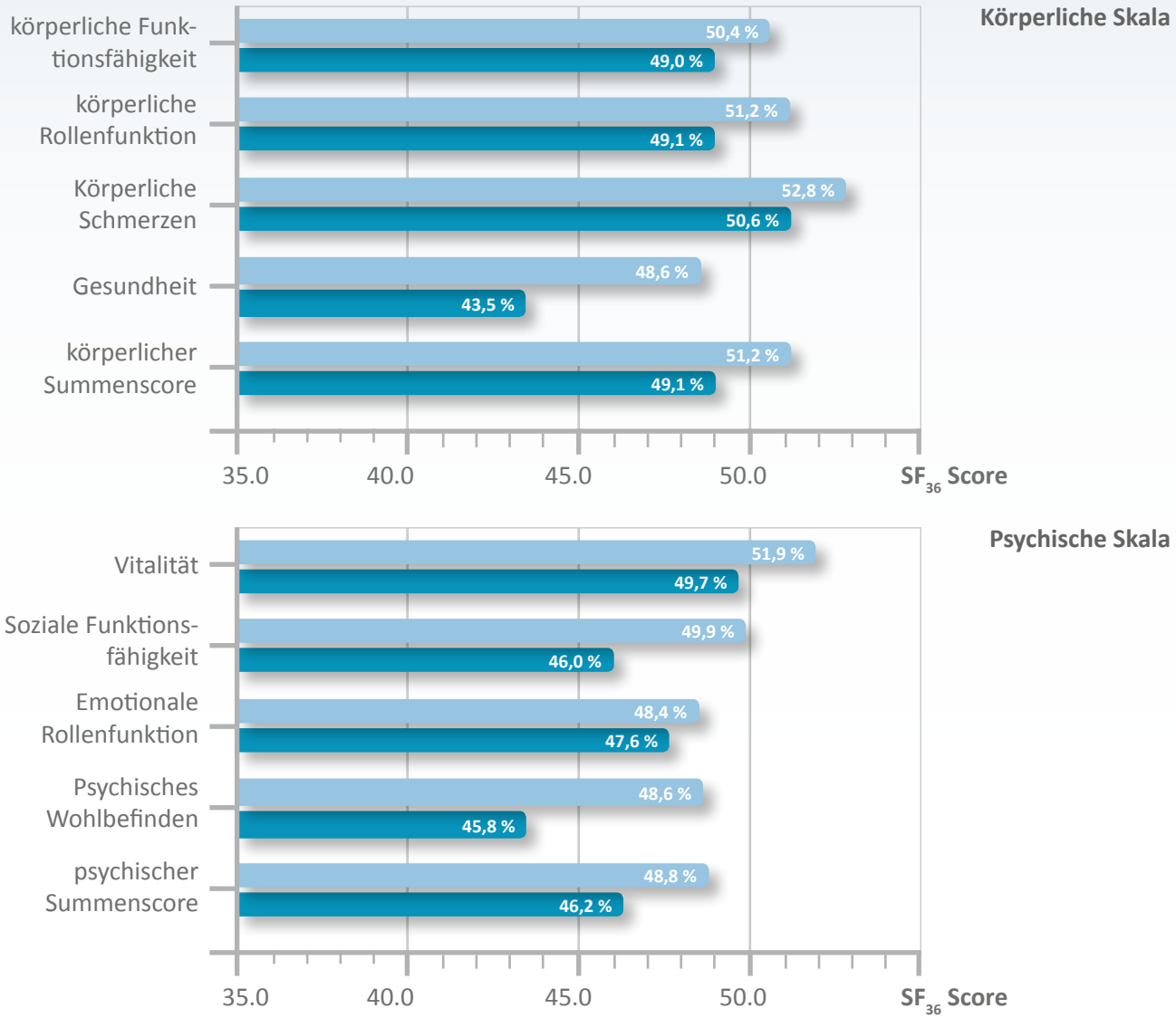
Frauen

Männer

Wald et al. 2008

© 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Chronische Obstipation stört die Lebensqualität



Die Lebensqualität (SF-36) von chronisch Obstipierten ist sowohl hinsichtlich der körperlichen Dimension (körperliche Skala, oben), als auch der psychischen Dimension (psychische Skala, unten) im Vergleich zu Kontrollpersonen in allen Bereichen signifikant verringert. In dieser internationalen Studie waren auch Patienten aus Deutschland eingeschlossen.

- obstipiert
- nicht obstipiert

Wald et al., 2005

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Zusammenfassung Teil 1

DEFINITION UND EPIDEMIOLOGIE

Obstipation

… ist ein häufiges Problem.

… verläuft oft chronisch.

… wird wesentlich definiert durch multiple Symptome.

… Stuhlkonsistenz ist oft ein besserer Mess-Parameter als die Stuhlfrequenz.

… kann die Lebensqualität signifikant beinträchtigen.

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Chronische Obstipation

Pathophysiologie und Mechanismen

© 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V.
ACT Advances in Constipation Treatment
Shire

Mechanismen der chronischen Obstipation: Unterschiedliche globale und anorektale Störungen können einzeln oder in beliebiger Kombination zu einer Obstipation führen

GLOBALE STÖRUNGEN

Verlangsamung des Kolontransits
- **primär** oder
- **sekundär** z.B. infolge von Medikamenten, Entleerungsstörung, Grunderkrankungen, etc.

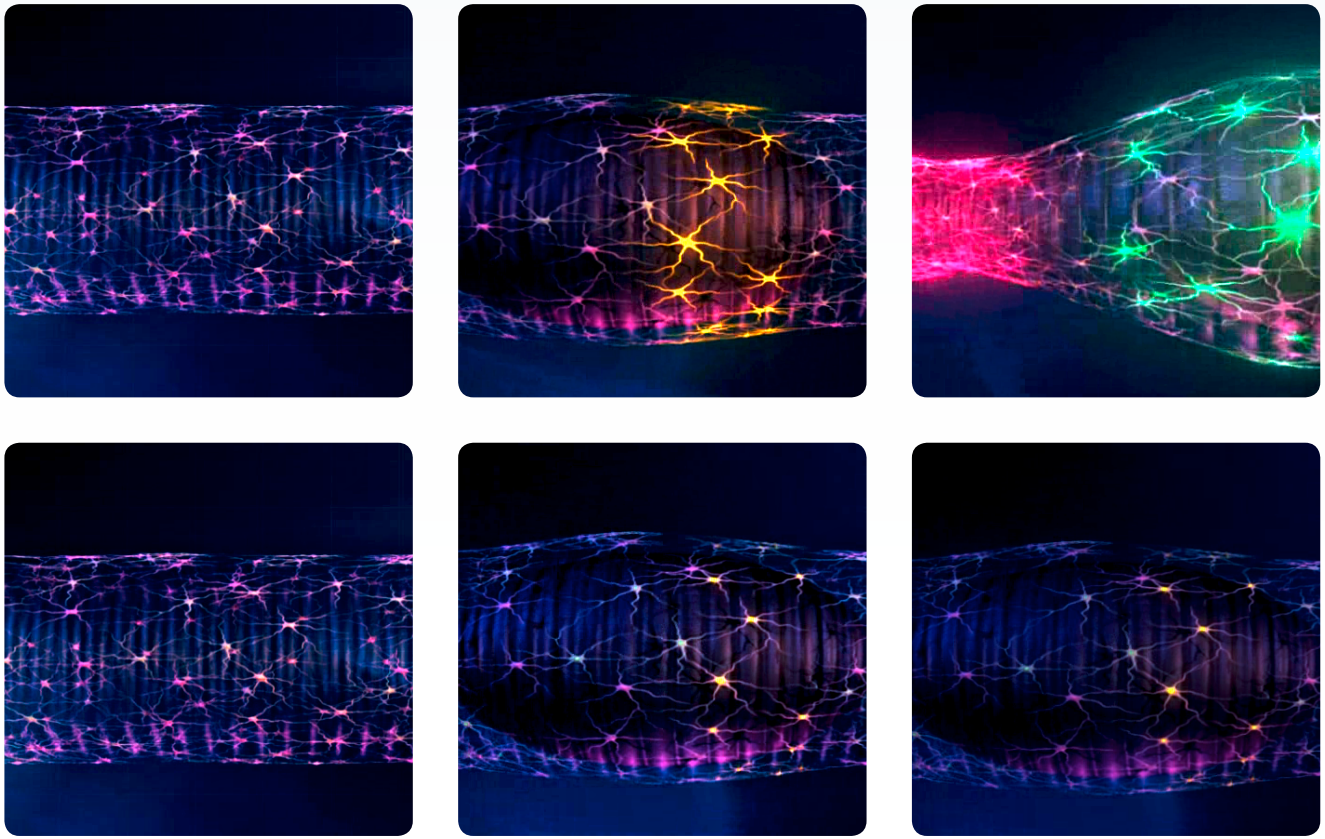
Chronische Obstipation

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Zentraler Mechanismus des GI-Transits: Der peristaltische Reflex

Pathophysiologie: Der peristaltische Reflex reguliert den Transport von Darminhalt.



1. Normaler Ablauf des peristaltischen Reflexes im enterischen Nervensystem; Transit durch Stimulation von **Mechnosensorischen** und Aktivierung **erregender und hemmender Motoneurone**

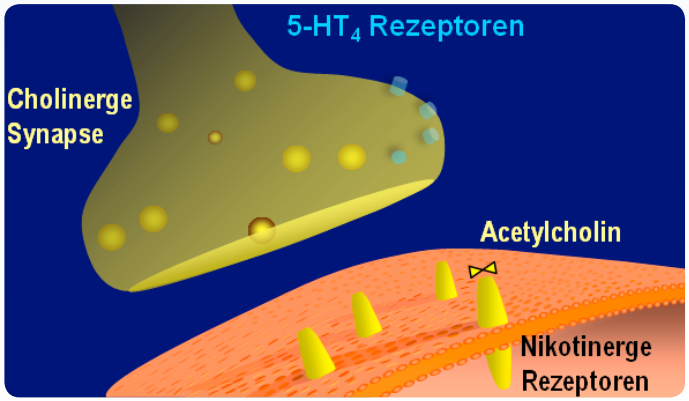
2. Störungen des neuromuskulären Apparates beeinträchtigen den peristaltischen Reflex

Langsamer Transit durch sensorische o. motorische Fehlfunktionen.

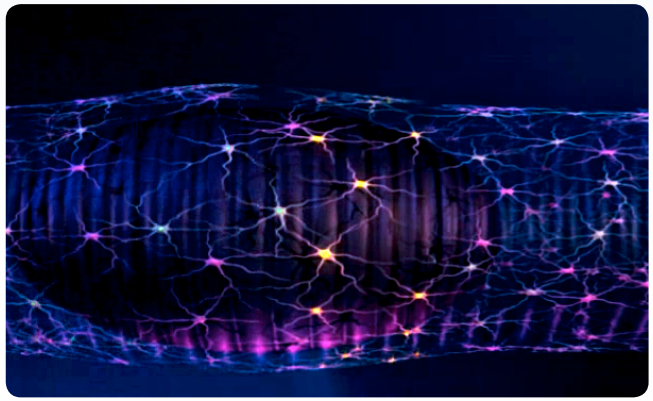
Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

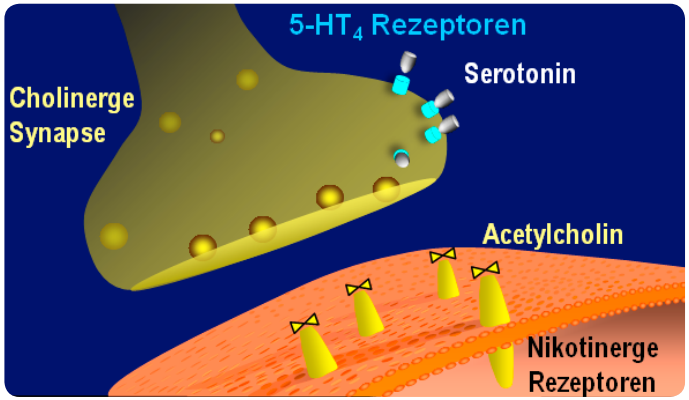
Zentraler Mechanismus des GI-Transits: Der peristaltische Reflex

Pathophysiologie: Funktionelle Bedeutung der 5-HT_4-induzierten synaptischen Potenzierung

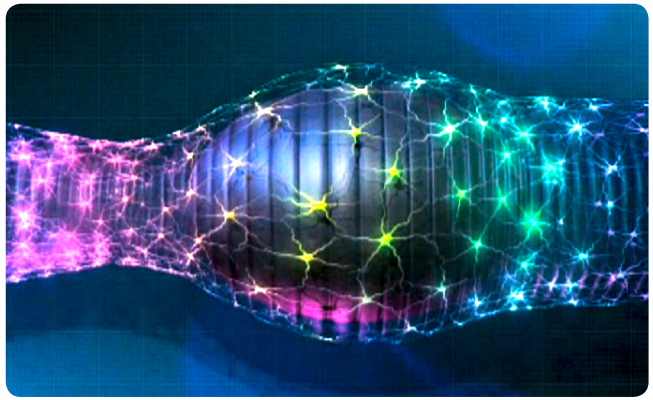


geringe Peristaltik



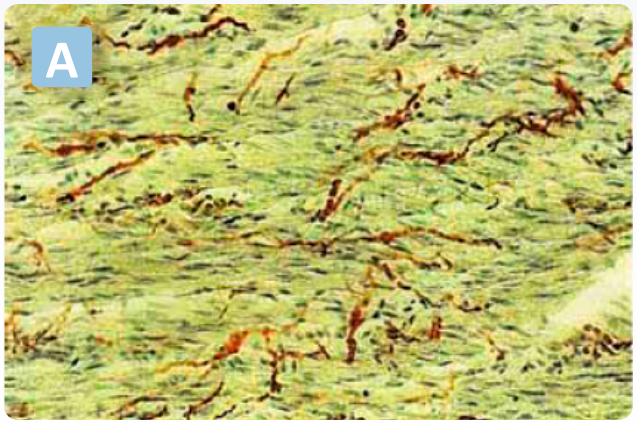


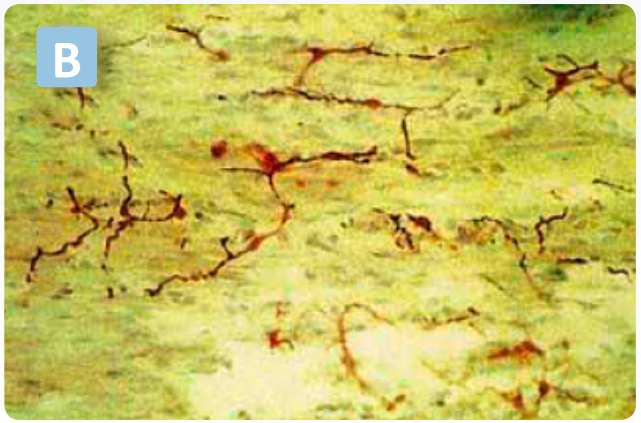
starke Peristaltik



Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Histopathologische Veränderungen bei slow transit constipation (STC)

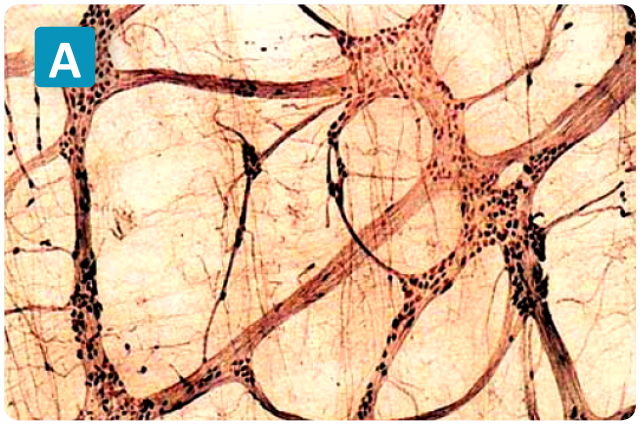


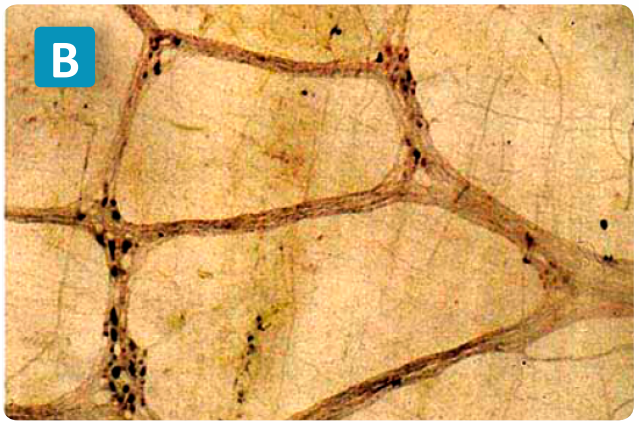


A Kontrolle

B Veränderte Morphologie der Cajal Zellen bei STC

Wedel et al., 2002





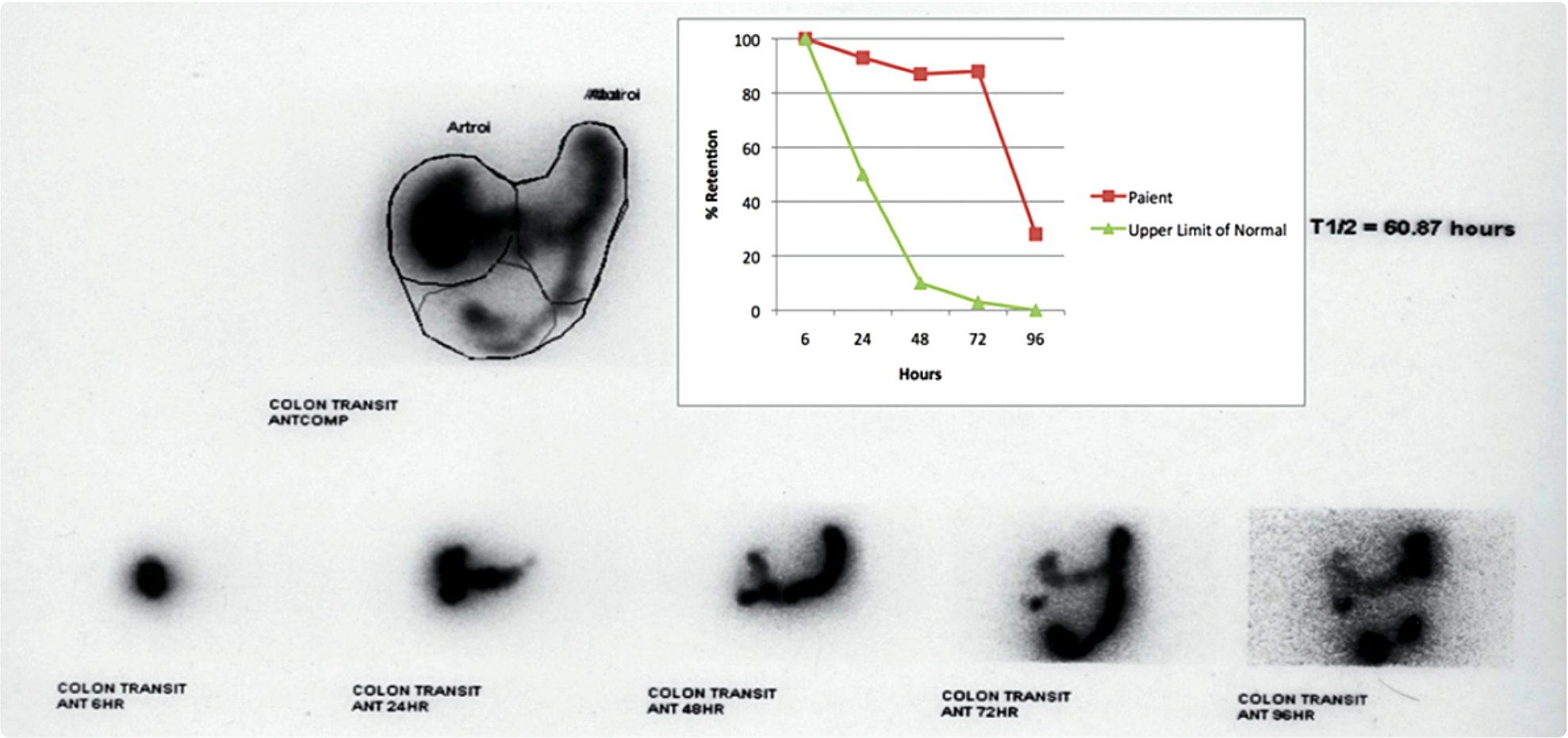
A Kontrolle

B Hypoganglionose im Plexus myentericus bei STC

Wedel et al., 2002

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Pathologisch verlangsamter Kolontransit



Dinning & Lorenzo, 2011

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V.
ACT Advances in Constipation Treatment
Shire

Mechanismen der chronischen Obstipation: Unterschiedliche globale und anorektale Störungen können einzeln oder in beliebiger Kombination zu einer Obstipation führen

GLOBALE STÖRUNGEN

Verlangsamung des Kolontransits
- **primär** oder
- **sekundär** z.B. infolge von Medikamenten, Entleerungsstörung, Grunderkrankungen, etc.

Harter Stuhl

Ursachen:
- Langsamer Transit und/oder
- Absorptions-Resorptionsstörung

Chronische Obstipation

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Mechanismen der chronischen Obstipation: Unterschiedliche globale und anorektale Störungen können einzeln oder in beliebiger Kombination zu einer Obstipation führen

GLOBALE STÖRUNGEN

Verlangsamung des Kolontransits
- **primär** oder
- **sekundär** z.B. infolge von Medikamenten, Entleerungsstörung, Grunderkrankungen, etc.

Harter Stuhl

Ursachen:
- Langsamer Transit und/oder
- Absorptions-Resorptionsstörung

Chronische Obstipation

Rektale Hyposensitivität

v.a. sensomotorische Dysfunktion des Rektums

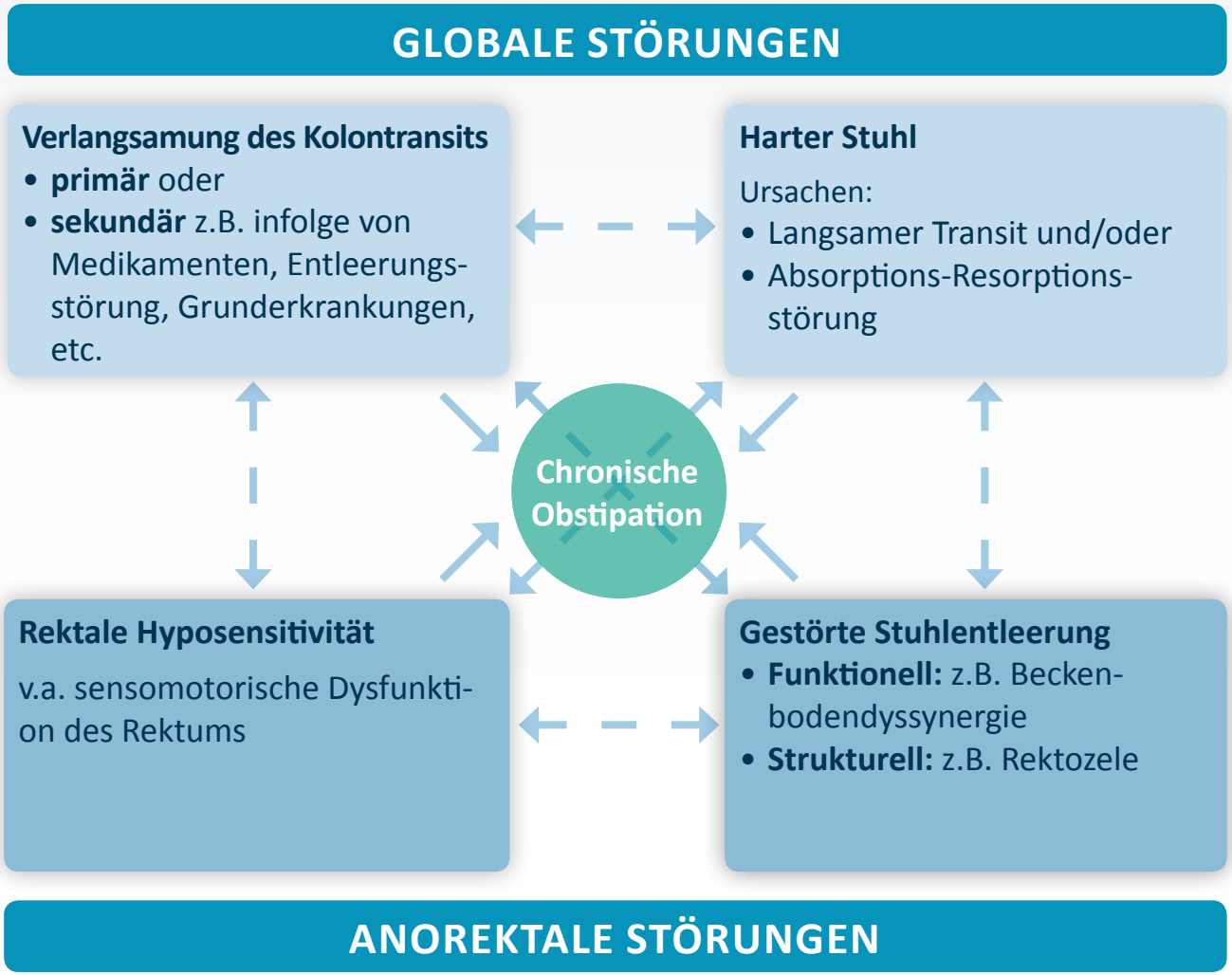
Gestörte Stuhlentleerung
- **Funktionell:** z.B. Beckenbodendyssynergie
- **Strukturell:** z.B. Rektozele

ANOREKTALE STÖRUNGEN

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Mechanismen der chronischen Obstipation: Unterschiedliche globale und anorektale Störungen können einzeln oder in beliebiger Kombination zu einer Obstipation führen



 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Mechanismen der chronischen Obstipation: Unterschiedliche globale und anorektale Störungen können einzeln oder in beliebiger Kombination zu einer Obstipation führen

GLOBALE STÖRUNGEN

Leitsymptom:

Seltene Stuhlentleerungen (z.B. <2/Woche)

Verlangsamung des Kolontransits

- **primär** oder
- **sekundär** z.B. infolge von Medikamenten, Entleerungsstörung, Grunderkrankungen, etc.

Harter Stuhl

Ursachen:

- Langsamer Transit und/oder
- Absorptions-Resorptionsstörung

Leitsymptome:

Harter Stuhlgang (durchaus auch mehrmals täglich), mühsame Stuhlentleerung (oft unvollständig), oft starkes Pressen erforderlich

Chronische Obstipation

Leitsymptom:

Fehlender Stuhldrang

Rektale Hyposensitivität

v.a. sensomotorische Dysfunktion des Rektums

Gestörte Stuhlentleerung

- **Funktionell:** z.B. Beckenbodendyssynergie
- **Strukturell:** z.B. Rektozele

Leitsymptom:

Mühsame Stuhlentleerung auch weichen Stuhlgangs (z.B. nach Einläufen)

ANOREKTALE STÖRUNGEN

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Formen der chronischen Obstipation

Funktionelle Obstipation/

Reizdarmsyndrom
mit Obstipation

Chronische Obstipation

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Formen der chronischen Obstipation

Funktionelle Obstipation/
Reizdarmsyndrom
mit Obstipation

Grunderkrankungen
(Hypothyreose, Neuropathie, Stenose, Tumor, ...)

Chronische Obstipation

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Formen der chronischen Obstipation

Funktionelle Obstipation/
Reizdarmsyndrom
mit Obstipation

Grunderkrankungen
(Hypothyreose, Neuropathie, Stenose, Tumor, ...)

Chronische Obstipation

Medikamente
(Opiate, Diuretika, Ca-Antagonisten, Antidepressiva und viele weitere...

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Formen der chronischen Obstipation

Funktionelle Obstipation/
Reizdarmsyndrom mit Obstipation

Grunderkrankungen
(Hypothyreose, Neuropathie, Stenose, Tumor, ...)

Chronische Obstipation

Medikamente
(Opiate, Diuretika, Ca-Antagonisten, Antidepressiva und viele weitere...

Entleerungsstörung

funktionell: Beckenboden-dyssynergie

strukturell: z.B. Rektozele

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Formen der chronischen Obstipation

Funktionelle Obstipation/
Reizdarmsyndrom mit Obstipation

Grunderkrankungen
(Hypothyreose, Neuropathie, Stenose, Tumor, ...)

Chronische Obstipation

Schwere Motilitätsstörungen
Inertes Colon, Morbus Hirschsprung

Medikamente
(Opiate, Diuretika, Ca-Antagonisten, Antidepressiva und viele weitere...

Entleerungsstörung
funktionell: Beckenbodendyssynergie
strukturell: z.B. Rektozele

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Formen der chronischen Obstipation

Grunderkrankungen
(Hypothyreose, Neuropathie, Stenose, Tumor, ...)

Medikamente
(Opiate, Diuretika, Ca-Antagonisten, Antidepressiva und viele weitere...

Funktionelle Obstipation/
Reizdarmsyndrom mit Obstipation

Über-schnei-dung

Chronische Obstipation

Schwere Motilitätsstörungen
Inertes Colon, Morbus Hirschsprung

Entleerungsstörung
funktionell: Beckenbodendyssynergie
strukturell: z.B. Rektozele

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Zusammenfassung Teil 2

PATHOPHYSIOLOGIE UND MECHANISMEN

Bei der Obstipation

… muss zwischen Entleerungs- und Passagestörung unterschieden werden.

… liegt der Passagestörung meist eine Störung des peristaltischen Reflexes zugrunde, die ihre Ursache in neuropathologischen Veränderungen haben kann.

… haben serotoninerge Substanzen eine besondere Bedeutung in der Pathogenese.

… kann das Symptom auch Folge einer Grunderkrankung oder Medikation sein.

… kann diese auch Teil eines Reizdarmsyndroms sein.

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Chronische Obstipation

Klinik und Diagnostik

© 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V.
ACT Advances in Constipation Treatment
Shire

Fallbeispiel

- Patientin, 64 Jahre
- Anamnese: „Verstopfung“ seit vielen Jahren
- Zunehmende Beschwerden:
  - » Sehr harter Stuhlgang („wie kleine Steine“)
  - » Mühevolle, zeitaufwendige Stuhlentleerung („verbringt Stunden auf der Toilette“)
  - » Danach meist Gefühl der unvollständigen Entleerung („da hängt immer noch etwas fest“)
  - » Sehr starkes Pressen erforderlich
- Stuhlfrequenz ?
  - » **Jeden Tag** einige kleine Klumpen

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Fallbeispiel

ALLGEMEINE ANAMNESE UND UNTERSUCHUNG

- Patientin, 64 Jahre, „Verstopfung“ seit vielen Jahren, langsame Verschlechterung, Appetit gut, Gewicht stabil (57 kg bei 168 cm)
- **Alarmsymptome:** kein Fieber, kein Blut im Stuhl, keine Allgemeinsymptome, kein Gewichtsverlust
- **Vorerkrankungen:** arterieller Hypertonus, seit Jahren gut eingestellt
- **Medikamente:** Amlodipin, Atenolol, Candesartan
- **Körperliche Untersuchung:** unauffällig
- **Labor-Untersuchungen:** TSH, BB, CRP normal
- **Vorsorge-Koloskopie:** bisher nicht durchgeführt

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Fallbeispiel

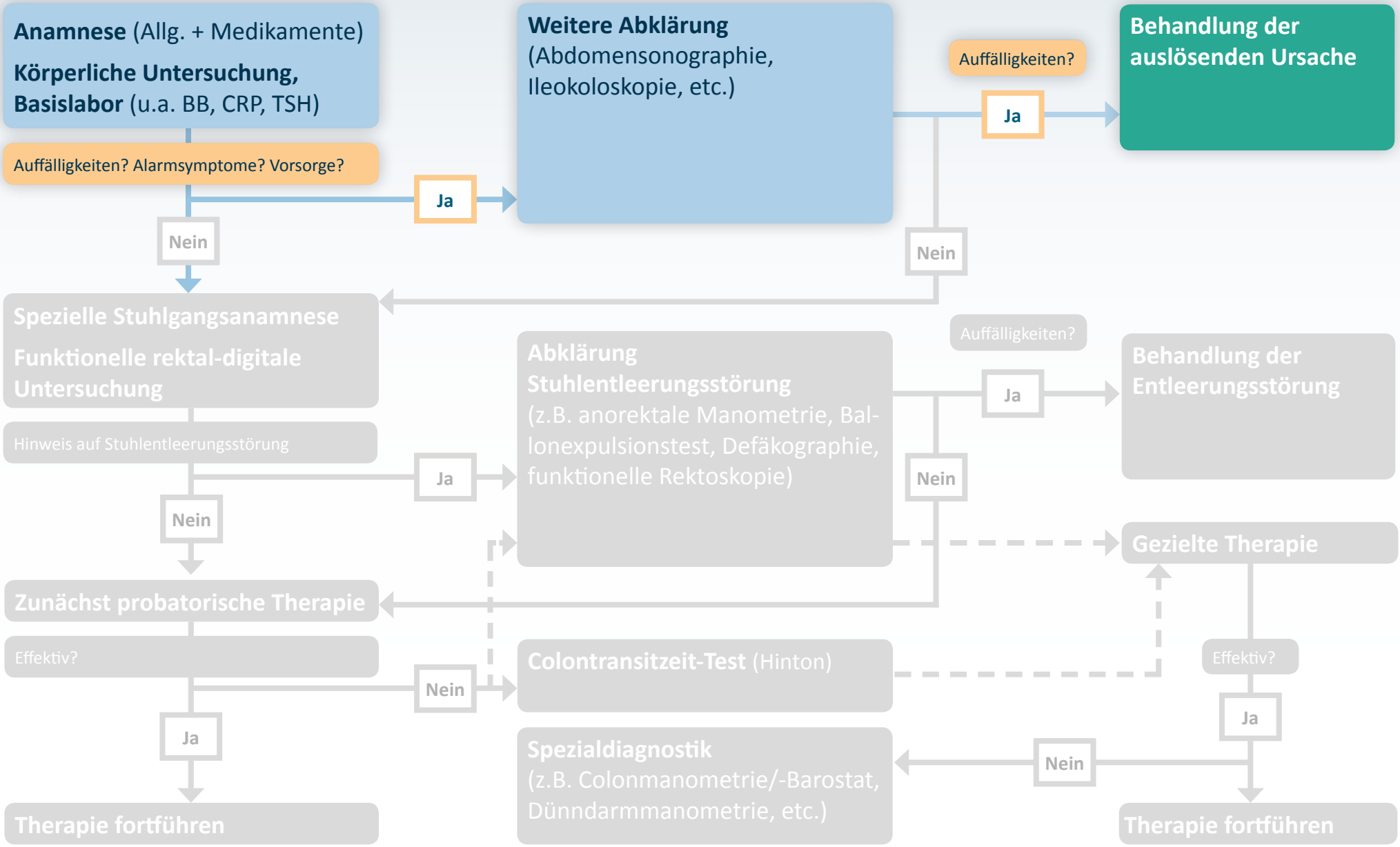
ALLGEMEINE ANAMNESE UND UNTERSUCHUNG

- Patientin, 64 Jahre, „Verstopfung“ seit vielen Jahren, langsame Verschlechterung, Appetit gut, Gewicht stabil (57 kg bei 168 cm)
- **Alarmsymptome:** kein Fieber, kein Blut im Stuhl, keine Allgemeinsymptome, kein Gewichtsverlust
- **Vorerkrankungen:** arterieller Hypertonus, seit Jahren gut eingestellt
- **Medikamente:** Amlodipin, Atenolol, Candesartan
- **Körperliche Untersuchung:** unauffällig
- **Labor-Untersuchungen:** TSH, BB, CRP normal
- **Vorsorge-Koloskopie:** bisher nicht durchgeführt

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Obstipation - Diagnostisches Vorgehen



 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Fallbeispiel

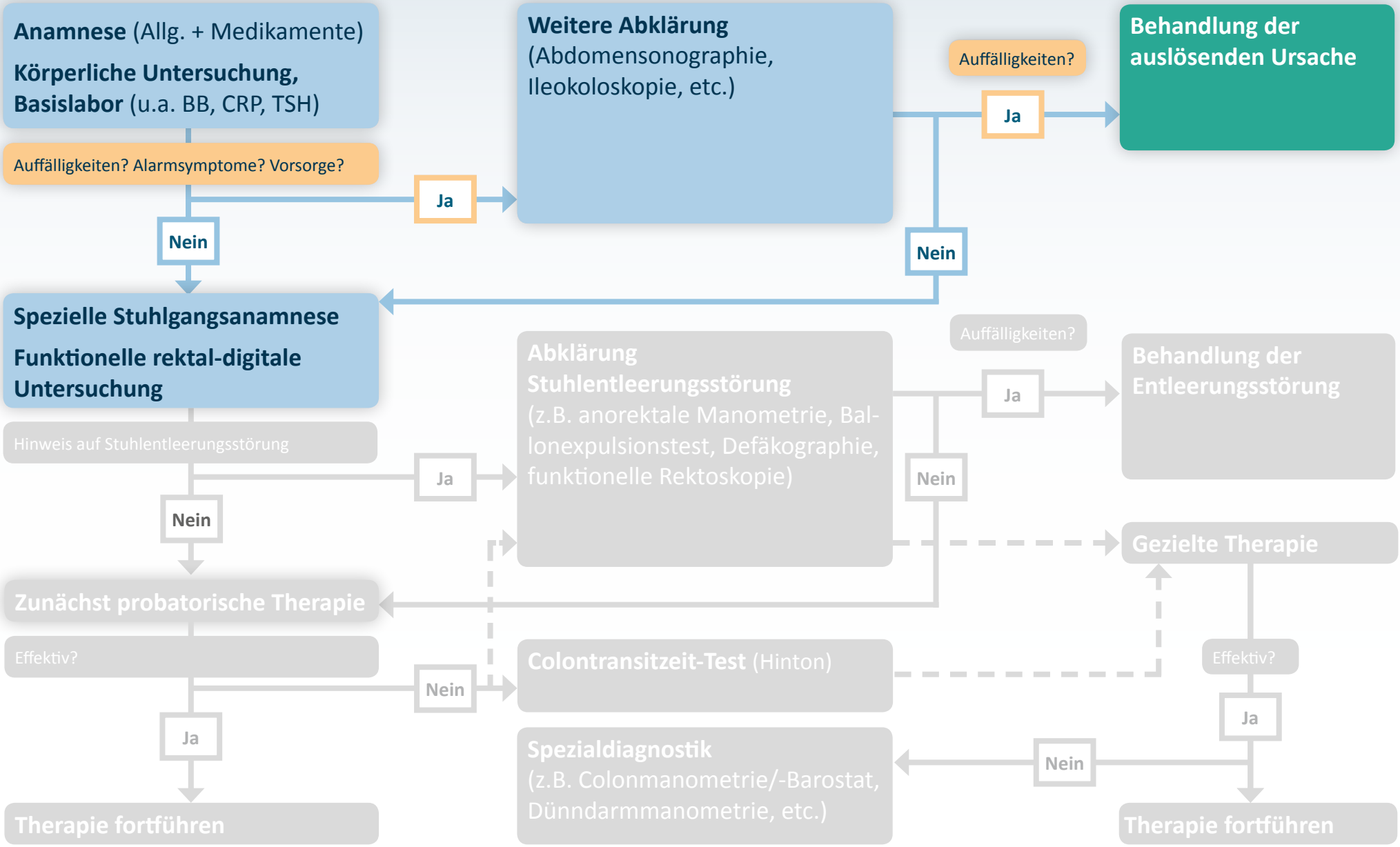
ALLGEMEINE ANAMNESE UND UNTERSUCHUNG

- **Medikamente:** Amlodipin, Atenolol, Candesartan
- Seit Jahren gute Blutdruckeinstellung unter dieser Medikation
- Obstipation bestand bereits lange vorher
  - » Zunächst keine Änderung der Medikation
- **Vorsorge-Koloskopie:**
  - » aktuell durchgeführt mit unauffälligem Befund

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Obstipation - Diagnostisches Vorgehen



 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Ausführliche Stuhlgangsanamnese

ZIEL: HINWEISE AUF OBSTIPATIONSFORM

- Stuhlprotokoll (z.B. auch Bristol Stool Form Scale)
  - … Stuhlfrequenz?
  - … Stuhlkonsistenz?
  - … Starkes Pressen?
  - … Schwere und/oder unvollständige Entleerung?
- Stuhlentleerungsschwierigkeit?
  - … z.B. manuelle Manöver zur Erleichterung der Stuhlentleerung?

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Spezielle Stuhlanamnese: Bristol Stool Form Scale

Typ	Beschreibung	
1	Getrennte Klumpen wie Nüsse (schwierig zu entleeren)	
2	Wurstform, aber klumpig	
3	Wurstform, aber mit Rissen und Spalten auf der Oberfläche	
4	Wurst- oder Schlangenform, weich und glatt	
5	Weiche Häufchen mit klaren Rändern (leicht zu entleeren)	
6	Flockige Stücke mit zerrissenen Rändern, breiiger Stuhl	
7	wässrige, keine festen Bestandteile, vollkommen flüssig	

Typ 1 und 2 (Obstipation), Typ 3 bis 5 (normaler Stuhl), Typ 6 und 7 (Diarrhoe)

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Fallbeispiel

SPEZIELLE STUHLGANGSANAMNESE

- sehr harter Stuhlgang („wie kleine Steine“), meist Bristol Score 1
- mühevolle, zeitaufwendige Stuhlentleerung („verbringt Stunden auf der Toilette“)
- danach meist Gefühl der unvollständigen Entleerung („da hängt immer noch etwas fest“)
- sehr starkes Pressen erforderlich

Stuhlfrequenz? **Jeden Tag** einmal einige kleine Klumpen

Manuelle Hilfsmittel? Nein

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Funktionelle rektal-digitale Untersuchung

- Keine Vorbereitung
- Kein vollständiges Ablegen der Beinkleidung
- Inspektion von Unterwäsche und Vorlagengebrauch
- Untersuchung in bequemer Linksseitenlage
- Inspektion: anale Hautläsionen, Feuchtigkeit, Stuhlreste

DIGITALE UNTERSUCHUNG:

- Stuhl in der Ampulle ?
- grobe Einschätzung des Sphinktertonus
- Sphinkterfunktion beim Kneifen und Pressen
- Beckenbodensenkung beim Pressen
- Rektozele

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Fallbeispiel

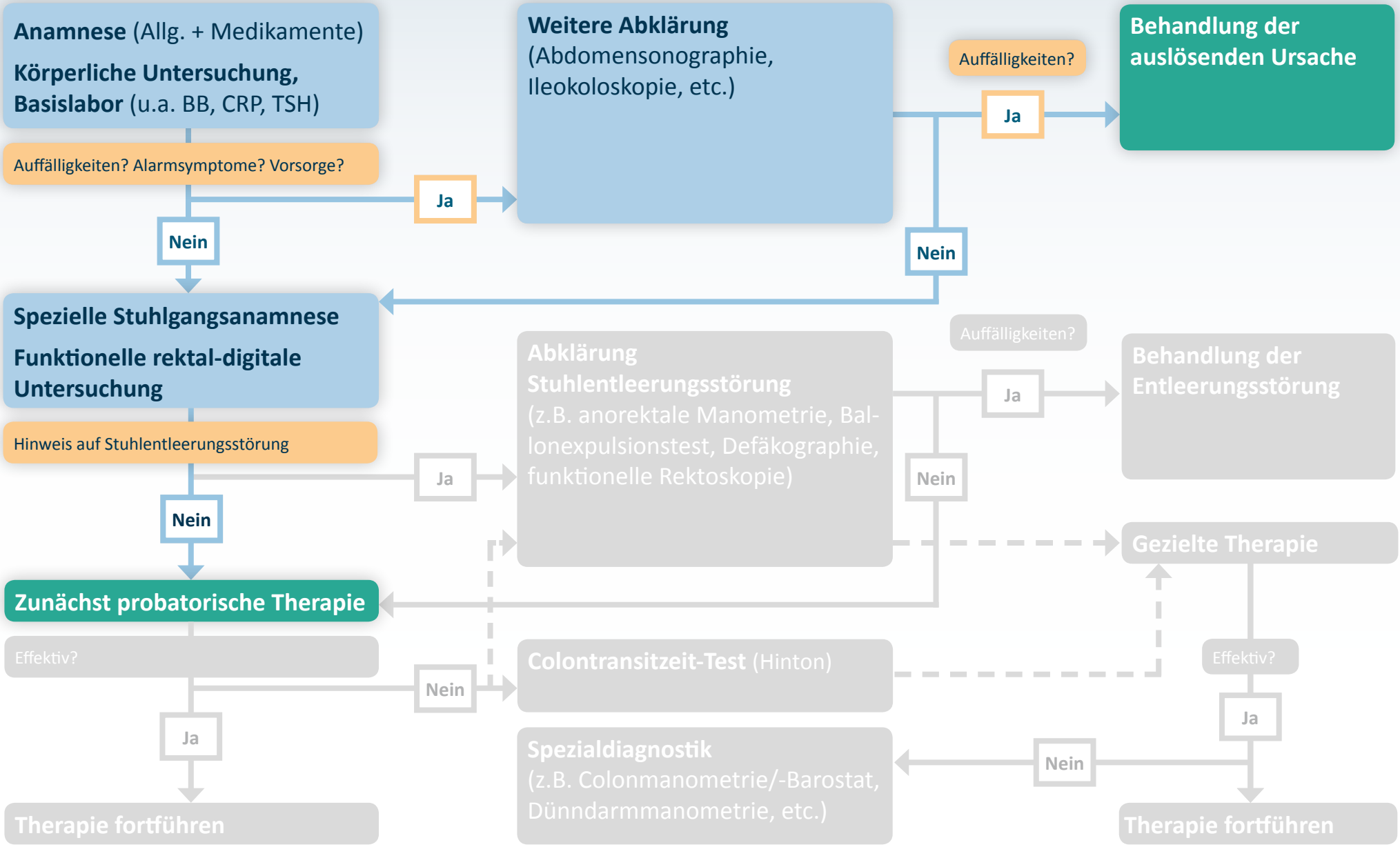
FUNKTIONELLE REKTAL-DIGITALE UNTERSUCHUNG

- Inspektion: unauffällig
- Ampulle: feste Stuhlreste
- Sphinctertonus
  - » In Ruhe fest
  - » Zunahme beim Kneifen
  - » Entspannung beim Pressen
- Beckenboden: allenfalls minimale Senkung beim Pressen

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Obstipation - Diagnostisches Vorgehen



 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Fallbeispiel

PROBATORISCHE THERAPIE

Bisherige Therapie:

- treibt Sport (Joggen, Schwimmen) und trinkt 2-3 Liter/Tag
- Ernährt sich ausgewogen mit viel Vollkorn, Gemüse, Obst
- nimmt bereits seit Jahren 2- bis 3-mal/Tag Flohsamenschalen
- hat mehrfach Lactulose probiert, wegen Blähungen wieder abgesetzt
- nimmt gelegentlich (ca. 1-mal/Woche) 10 Tropfen Natriumpicosulfat
  - » darunter zwar Stuhlentleerung, aber starke Bauchkrämpfe

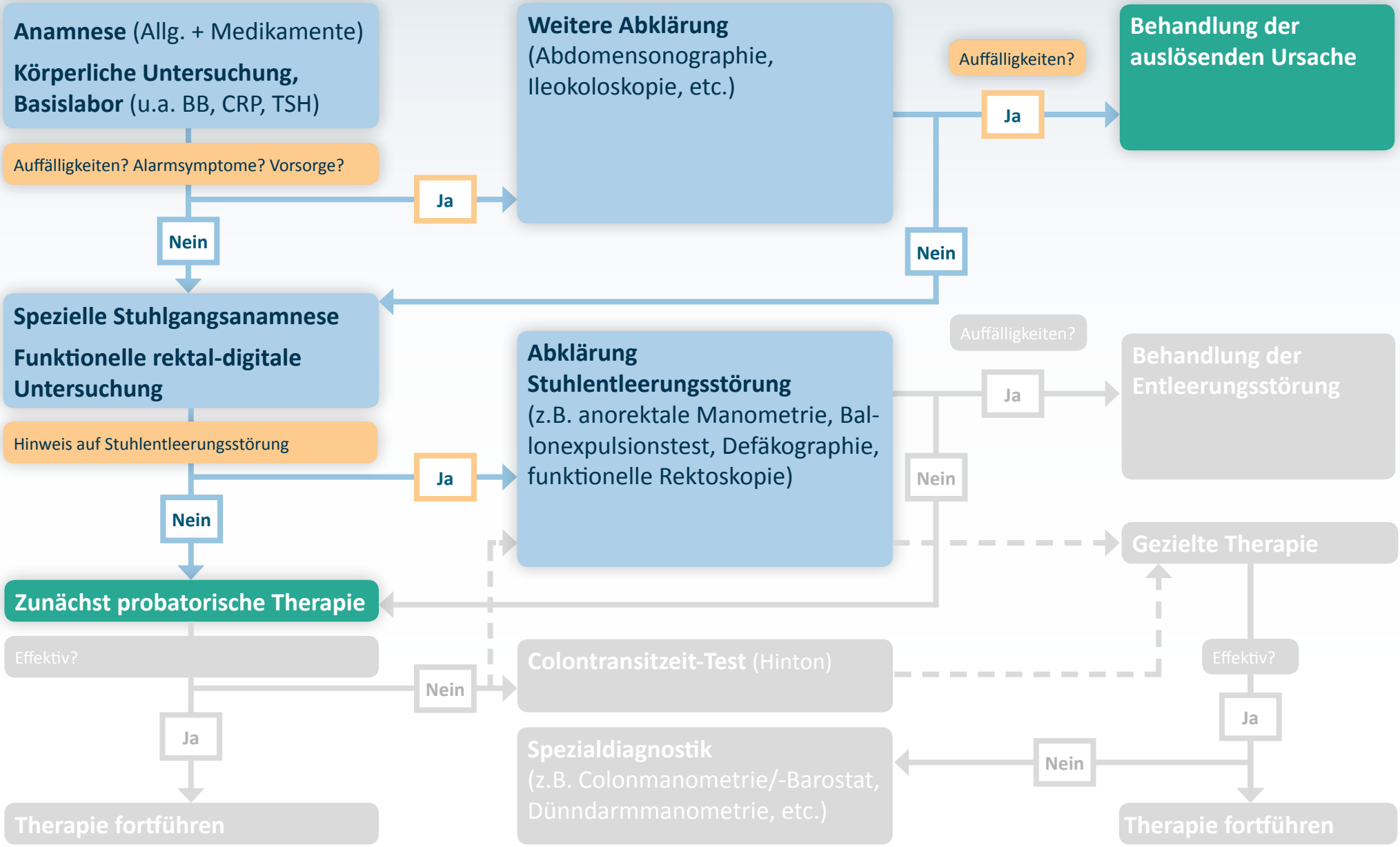
Aktuelle Therapieempfehlung:

- » täglich 2-3 Beutel PEG-Lösung

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Obstipation - Diagnostisches Vorgehen

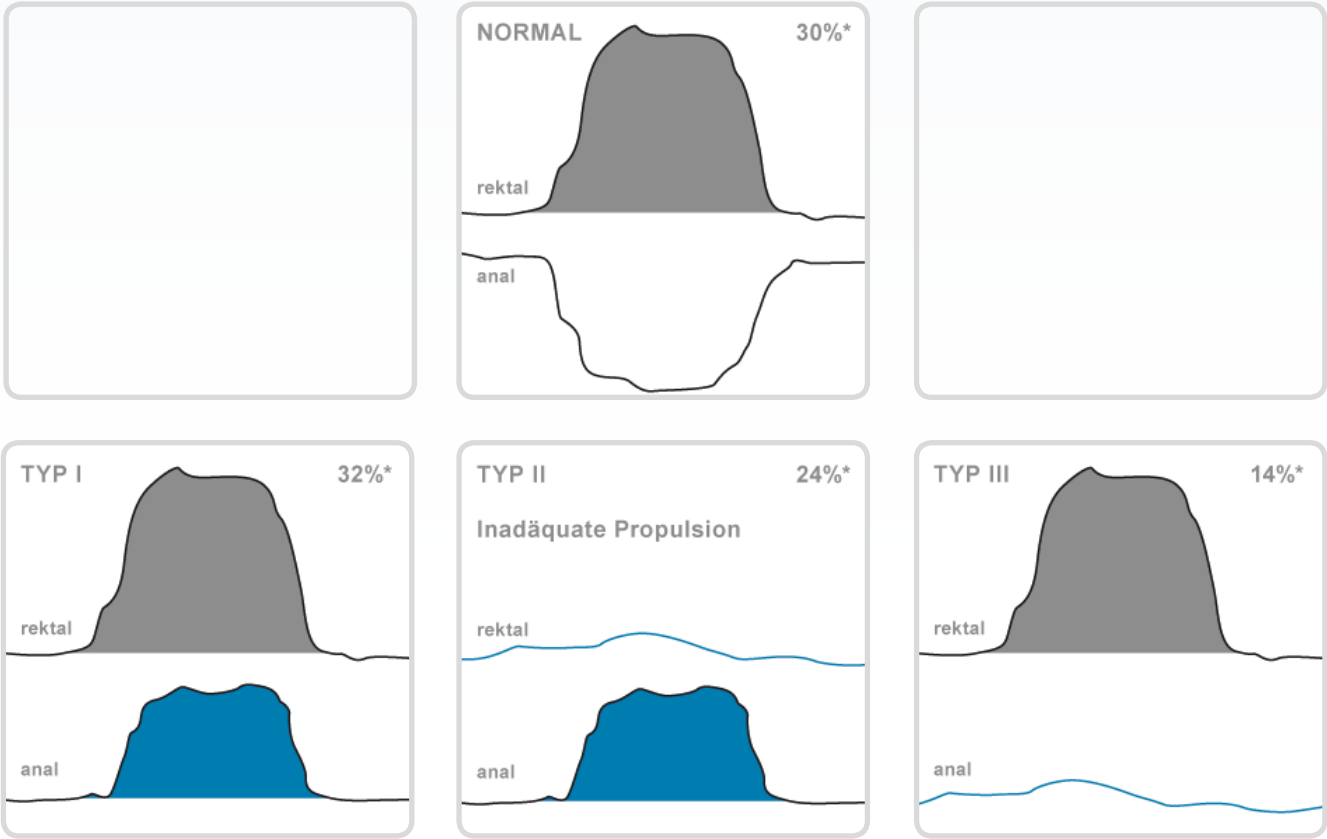


 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Abklärung Stuhlentleerungsstörung: Anorektale Manometrie

Pathophysiologie: Der peristaltische Reflex reguliert den Transport von Darminhalt.



Beckenbodendyssynergie
Typ I – III (Rom III)

Anorektale Funktionen

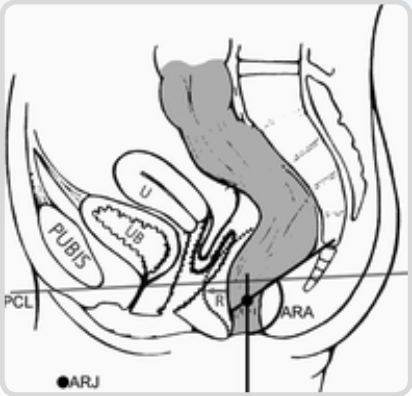
- Ruhedruck
- Rektoanaler Hemmungsreflex
- Hustenreflex
- Defäkation-Druckverlauf

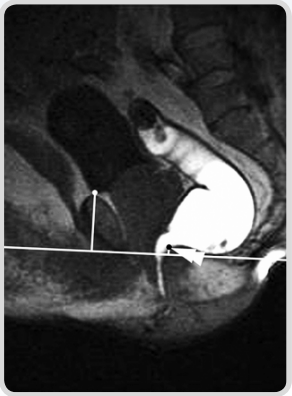
Rao et al., 2004

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

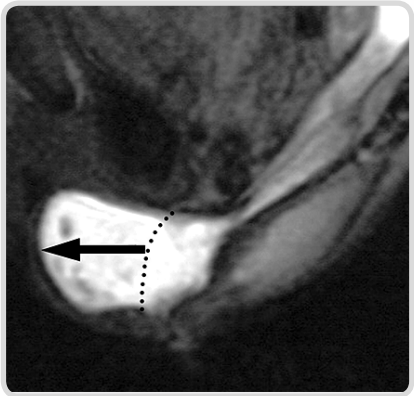
Abklärung Stuhlentleerungsstörung: Defäkographie



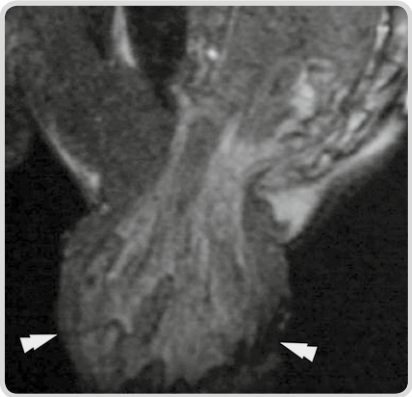


normal

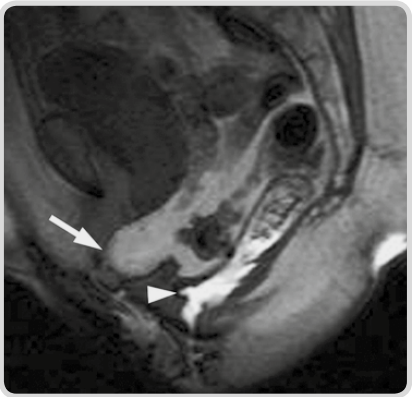
MR-Defäkografie: Ross et al., 2002



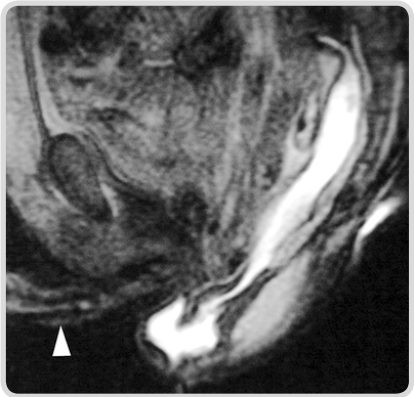
Rektozele



Rektumprolaps



Enterozele



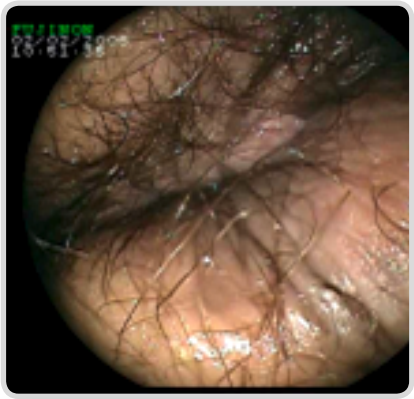
Intussuszeption

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Abklärung Stuhlentleerungsstörung: Funktionelle Rektoskopie

funktionelle Obstruktion

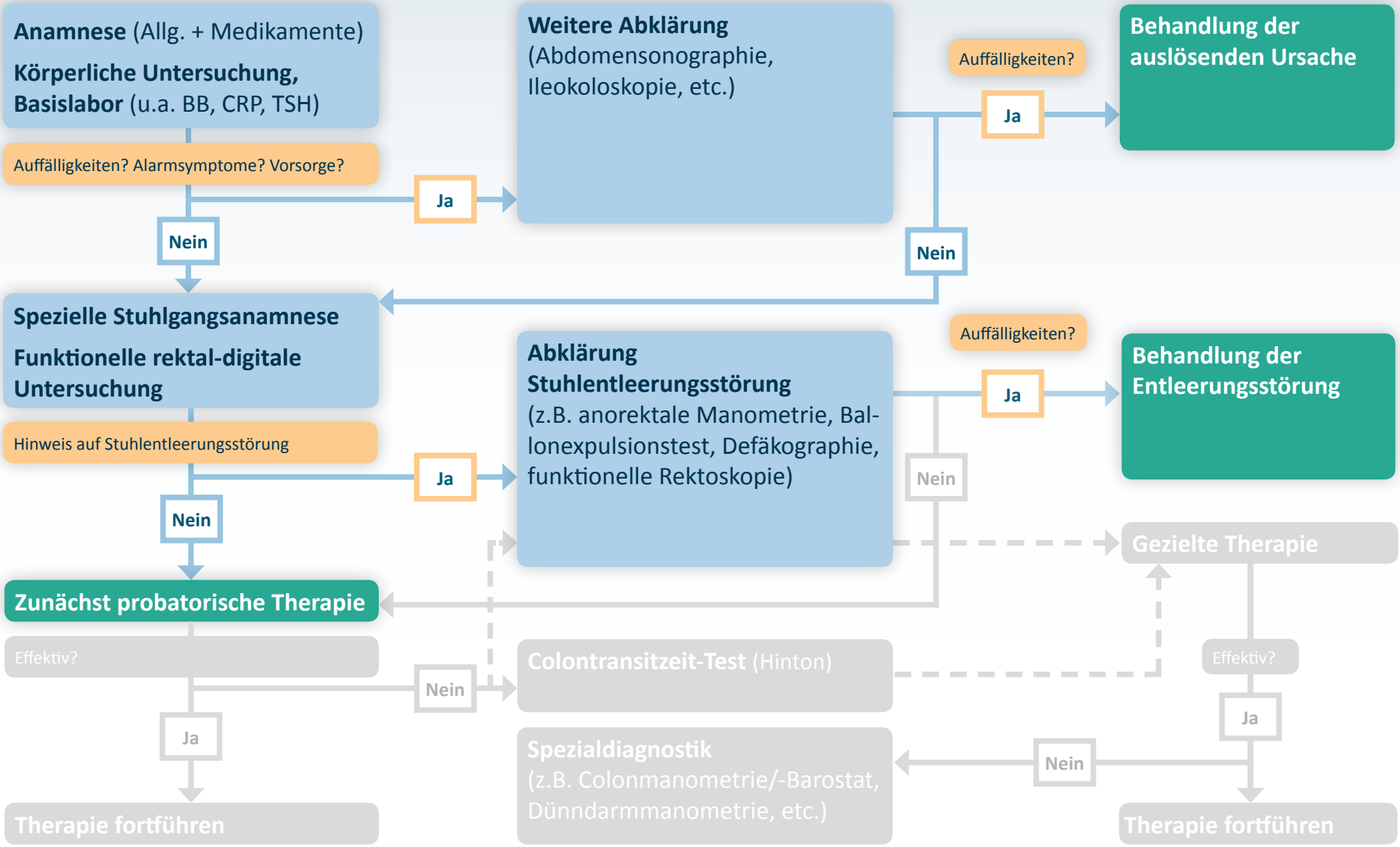


Rektumprolaps

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

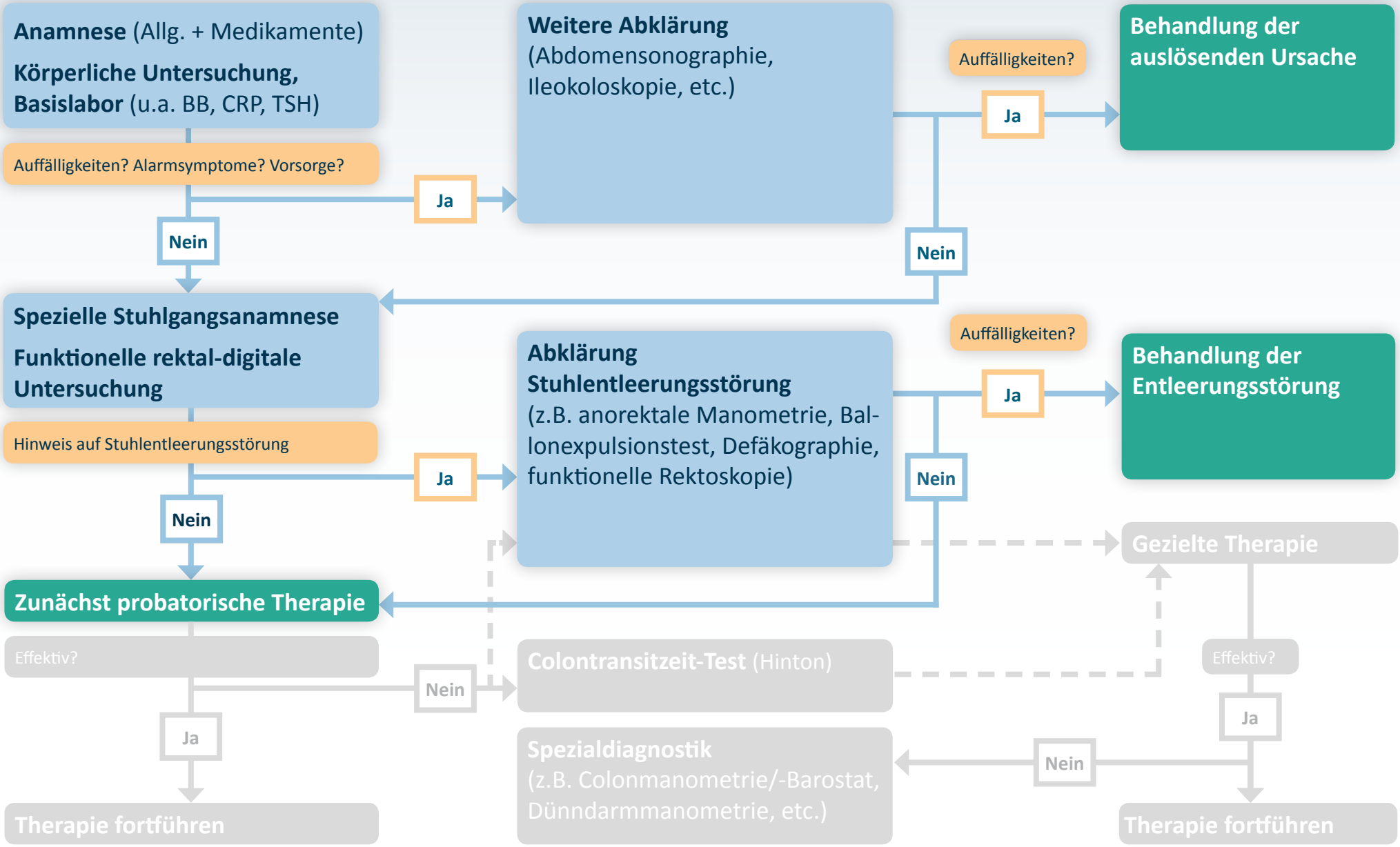
Obstipation - Diagnostisches Vorgehen



 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

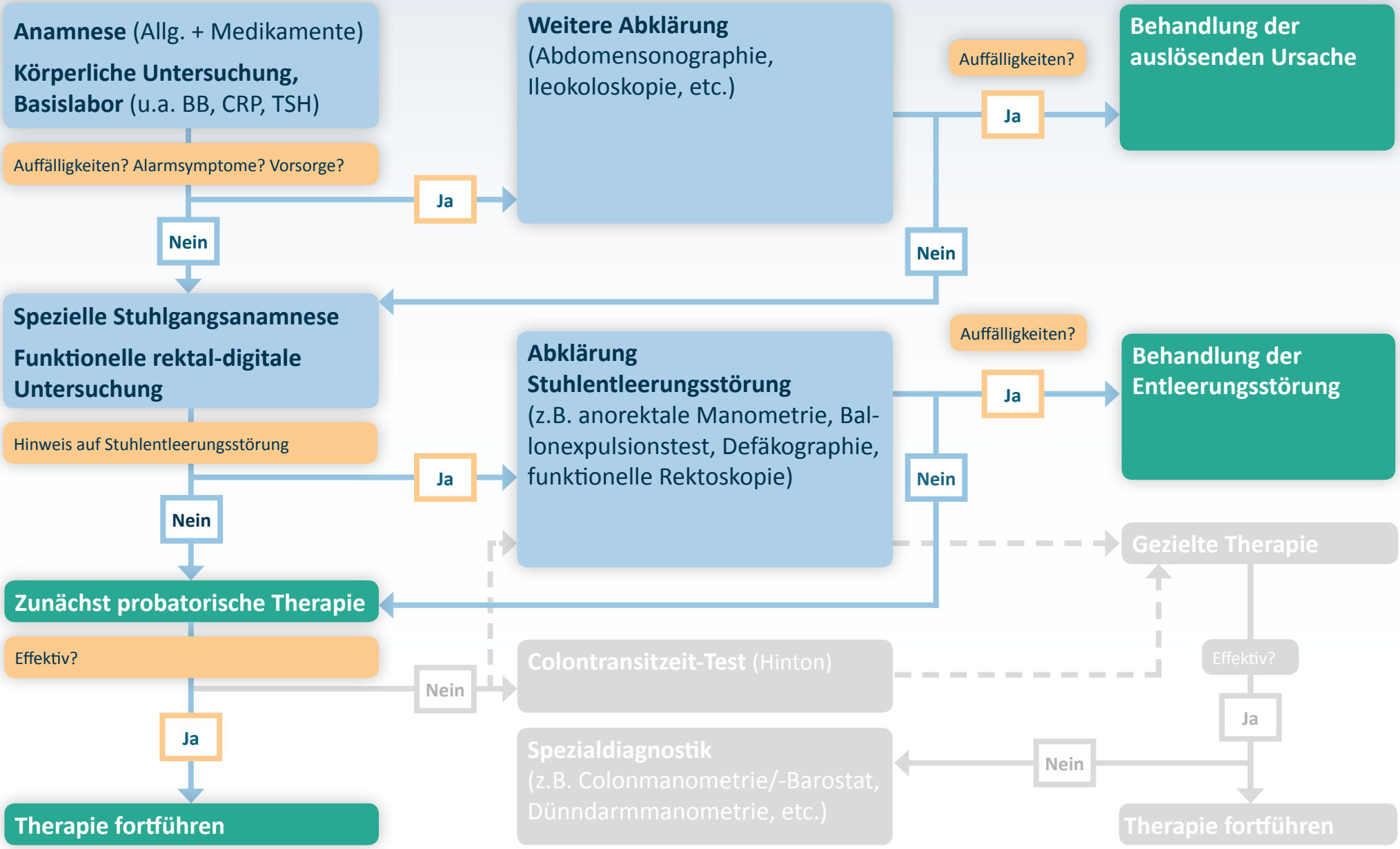
Obstipation - Diagnostisches Vorgehen



 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Obstipation - Diagnostisches Vorgehen



 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Fallbeispiel

PROBATORISCHE THERAPIE

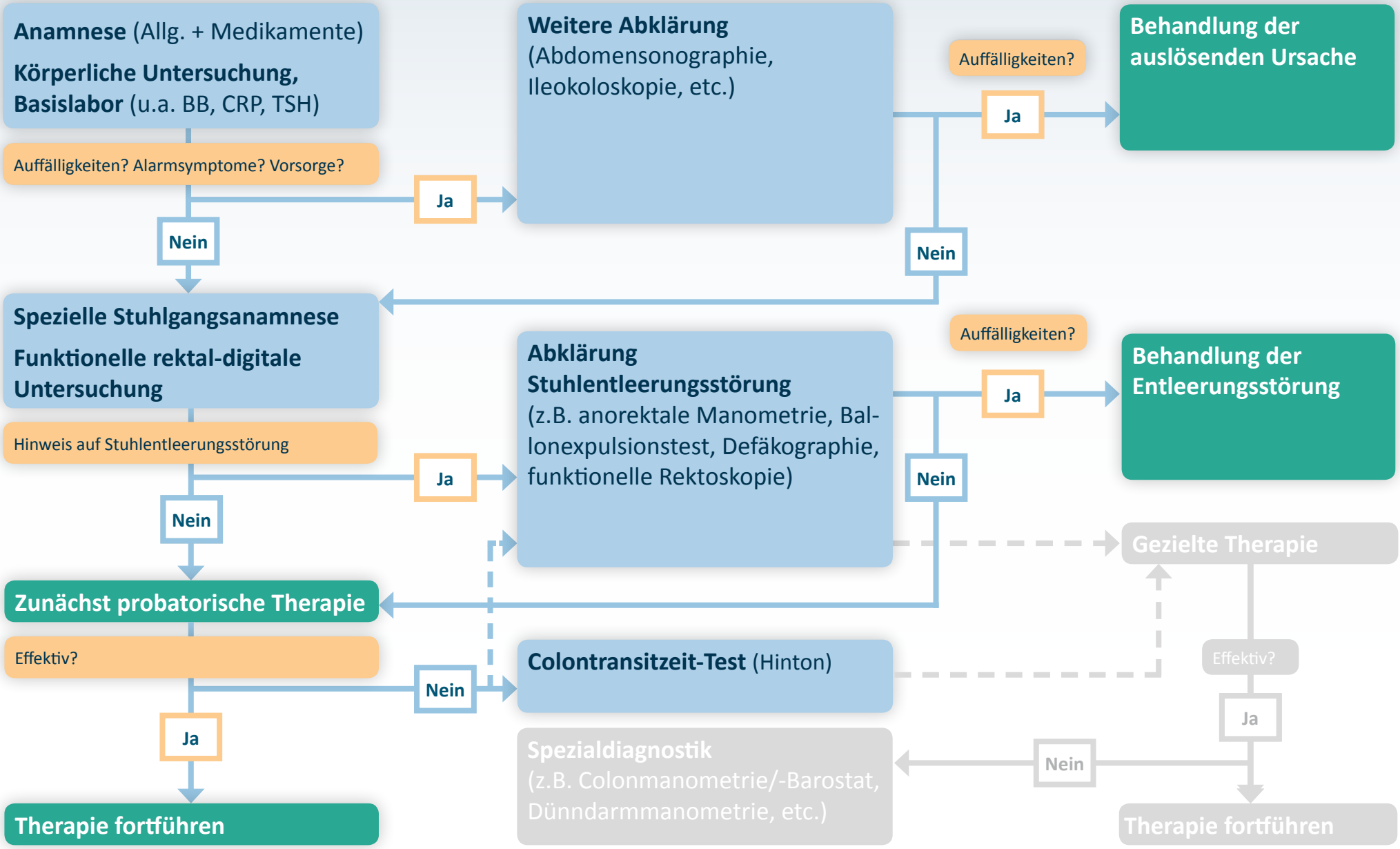
Aktuelle Therapieempfehlung:

- täglich 2-3 Beutel PEG-Lösung
- darunter nur geringe Besserung; daher weiterhin regelmäßige Einnahme von Natriumpicosulfat mit den bekannten Bauchkrämpfen

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

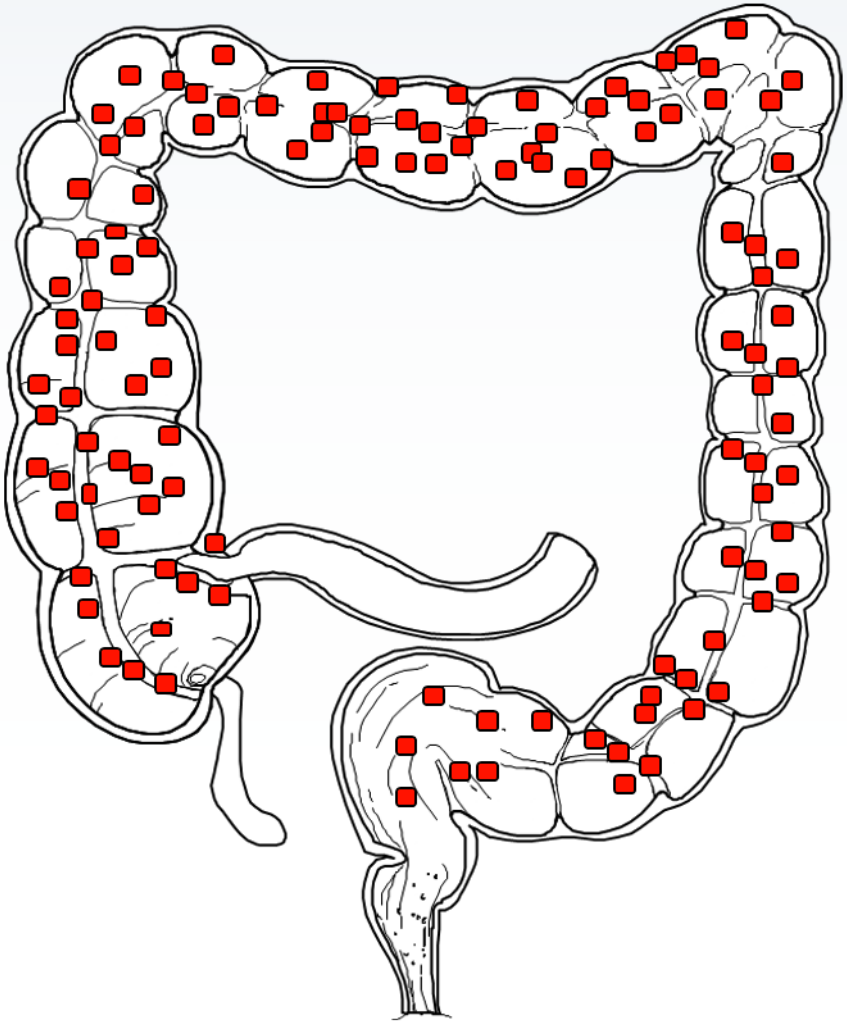
Obstipation - Diagnostisches Vorgehen



 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Messung der Colontransitzeit: Hinton-Test



120 röntgendichte Pellets über 6 Tage, Rö-Abdomen am 7. Tag
Normale KTZ: 22 – 50 h

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Klinik und Diagnostik

Transitstörung*

Entleerungsstörung

*Cave: eine chronische Entleerungsstörung kann auch eine sekundäre Transitstörung verursachen

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Fallbeispiel

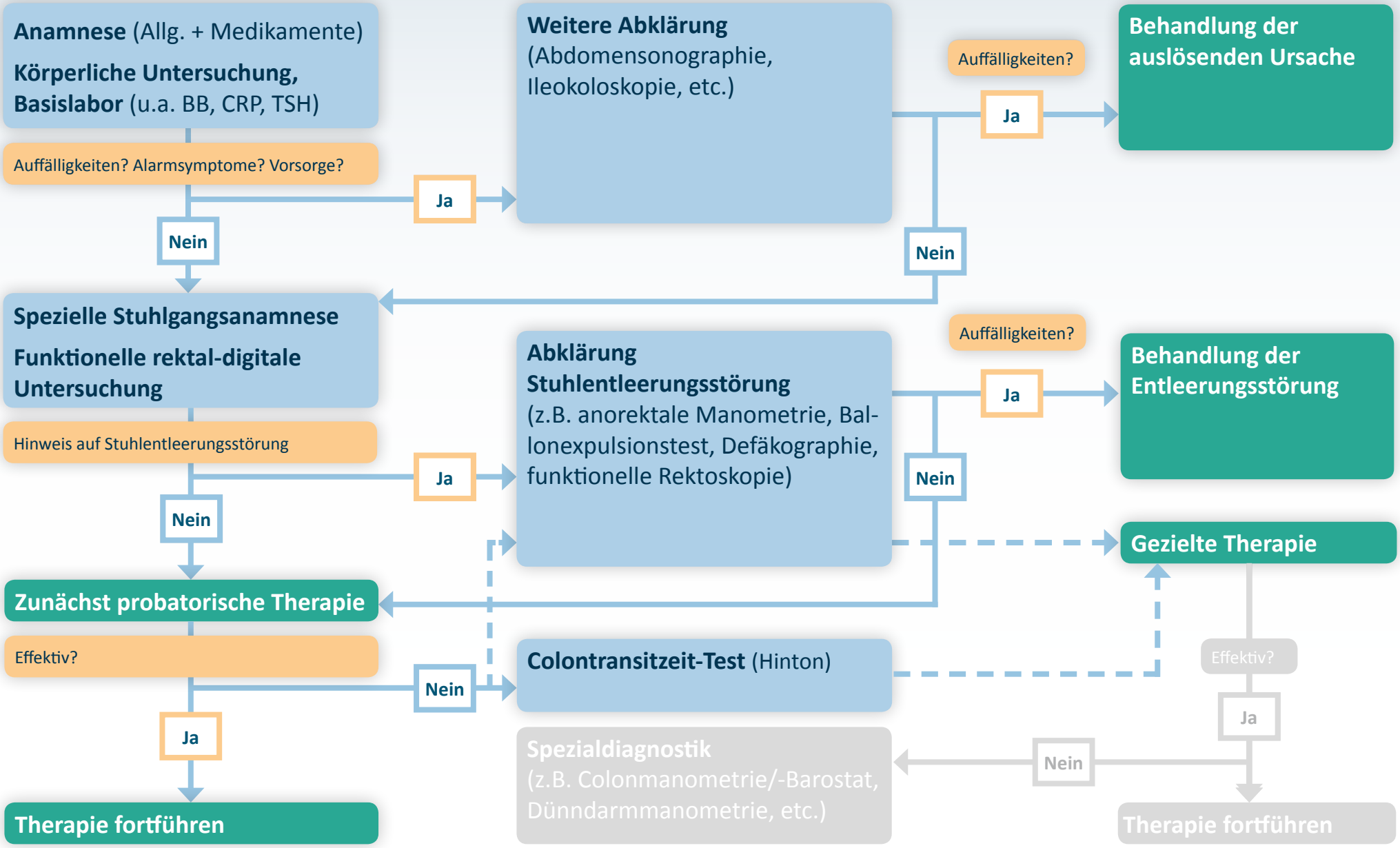
ERWEITERTE DIAGNOSTIK

- Grenzwertig langsame, noch normale Colontransitzeit
- Kleine (nicht relevante!) Rektozele

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

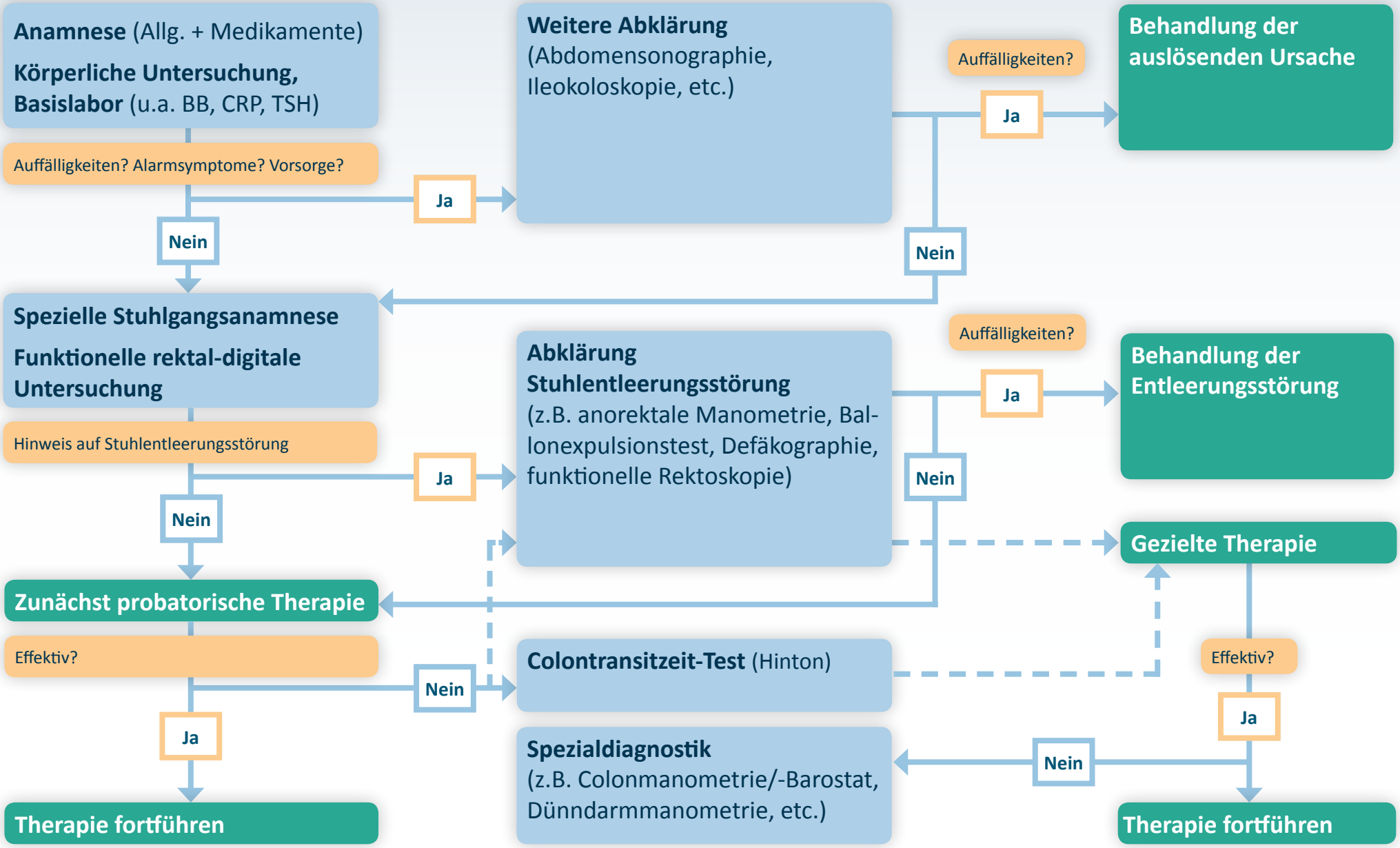
Obstipation - Diagnostisches Vorgehen



 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Obstipation - Diagnostisches Vorgehen



 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Zusammenfassung Teil 3

KLINIK UND DIAGNOSTIK

Die Diagnostik der chronische Obstipation

… wird durch einen komplexen Algorithmus diagnostisch abgeklärt.

… basiert immer auf anamnestischen und allgemeinen Maßnahmen.

… klärt das Vorhandensein von Alarmsymptomen.

… schließt zunächst die Entleerungsstörung bzw. behandelt sie.

… erlaubt die probatorische Therapie vor weiterführenden Funktionsuntersuchungen.

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Chronische Obstipation

Therapie

© 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V.
ACT Advances in Constipation Treatment
Shire

Stufentherapie bei Obstipation

Stufe V: Sakralnervenstimulation, Chirurgie

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe IV: Einläufe/Lavage/Periphere Opiatantagonisten
(bei opiatinduzierter Obstipation in der Palliativsituation)

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe III: Prokinetikum Prucaloprid

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe II - Laxantien

UND/ODER

INEFFEKTIV?

Stufe I - Allgemeine Maßnahmen: Ballaststoffe, Aktivität/Sport, Flüssigkeit, Toilettentraining

PRIMÄR

Diagnostik: Auslösende Ursache ausschließen/therapieren; Stuhlentleerungsstörung behandeln (Klysmen)

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Therapieoptionen bei Entleerungsstörung

FUNKTIONELL

- Toilettentraining
- **Biofeedback-Training**
- Defäkations-stimulierende Suppositorien (z.B. CO_2-Bildner)
- Mikro-Klysmen

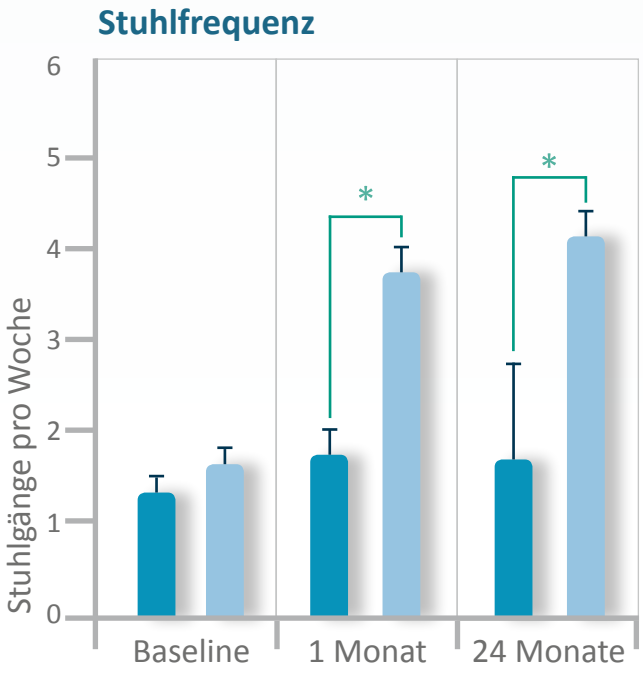
 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

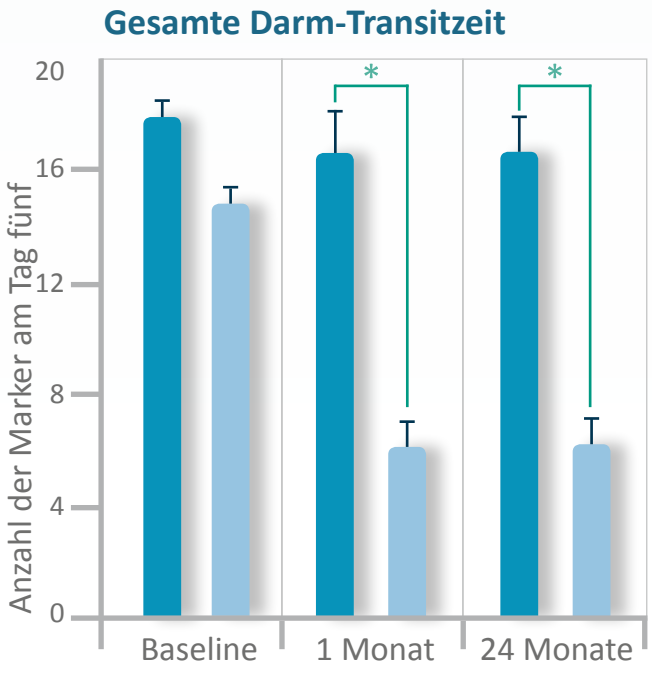
Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Biofeedback

EVIDENZ

- Es liegen Kurz- und Langzeitdaten zur Wirksamkeit von Biofeedback-Training bei Patienten mit chronischer Obstipation vor
  - » Der größte Effekt wird bei Patienten mit Beckenboden-Dyssynergie erzielt





Slow-Transit (n = 12)

Störung des Beckenbodens (n = 34)

** Für jedes Follow-up Intervall, P<0,001*

Chiarioni et al., 2005

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Therapieoptionen bei Entleerungsstörung

FUNKTIONELL:

- Toilettentraining
- Biofeedback-Training
- Defäkations-stimulierende Suppositorien (z.B. CO_2-Bildner)
- Mikro-Klysmen

STRUKTURELL:

- verschiedene chirurgische Verfahren möglich
- **aber:** OP-Indikation nur bei ausgeprägten Befunden und erst bei Versagen von stuhlregulierenden Maßnahmen

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Ergebnisse von Operationsverfahren der mechanischen Entleerungsstörung, einschließlich Reparatur von Rektozelen

- Unterschiedliche Erfolgsraten weisen darauf hin, dass die Patientenselektion einen Einfluss auf das Ergebnis hat.

Alle Verfahren und spezifische Techniken[1]	N	Follow-up (Monate)	Erfolgsrate (%)
‚Anheben' des Rektums			
• Sakrale Rektopexie	76	60	**78**
• Resektions-Rektopexie	74	48	**50**
• EXPRESS Verfahren	15	12	**88**
Versteifung des Rektovaginalseptums			
• Transanale und perineale Reparatur	317	12	**94**
• Rektozelen Reparatur	71	74	**50**
• Laparoskopisches Netz und perineale Reparatur	17	24	**83**
• Offenes abdominales Netz und perineale Reparatur	13	42	**90**
Entfernen von redundantem Rektalgewebe			
• STARR	90	12	**90**
• Manuelle und geklammerte Mukosektomie	40	36	**48**
• STARR	85	18	**65**

EXPRESS: EXternal Pelvic REctal SuSpension STARR: stapled transanal rectal resection [1] Knowles et al., 2009

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Stufentherapie bei Obstipation

Stufe V: Sakralnervenstimulation, Chirurgie

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe IV: Einläufe/Lavage/Periphere Opiatantagonisten
(bei opiatinduzierter Obstipation in der Palliativsituation)

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe III: Prokinetikum Prucaloprid

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe II - Laxantien

UND/ODER

INEFFEKTIV?

Stufe I - Allgemeine Maßnahmen: Ballaststoffe, Aktivität/Sport, Flüssigkeit, Toilettentraining

PRIMÄR

Diagnostik: Auslösende Ursache ausschließen/therapieren; Stuhlentleerungsstörung behandeln (Klysmen)

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Was hilft bei Chronischer Obstipation?

- Ballaststoffe
- Aktivität
- Flüssigkeit
- Toilettentraining

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Ballaststoffe und Stuhlgangsverhalten bei Obstipation

- Obstipierte nehmen nicht weniger Ballaststoffe zu sich als Nicht-Obstipierte
- Ballaststoffe vermehren das Stuhlvolumen und verkürzen die Transitzeit (beim Gesunden!)
- Die Wirkung der Ballaststoffe ist bei Gesunden größer als bei Obstipierten
- **Ballaststoffe können eine leichte Obstipation bessern**
- **Oft schlechte Verträglichkeit aufgrund vermehrter Blähungen**
- **Kaum Wirkung bei schwerer Obstipation (slow transit) oder bei Entleerungsstörung**

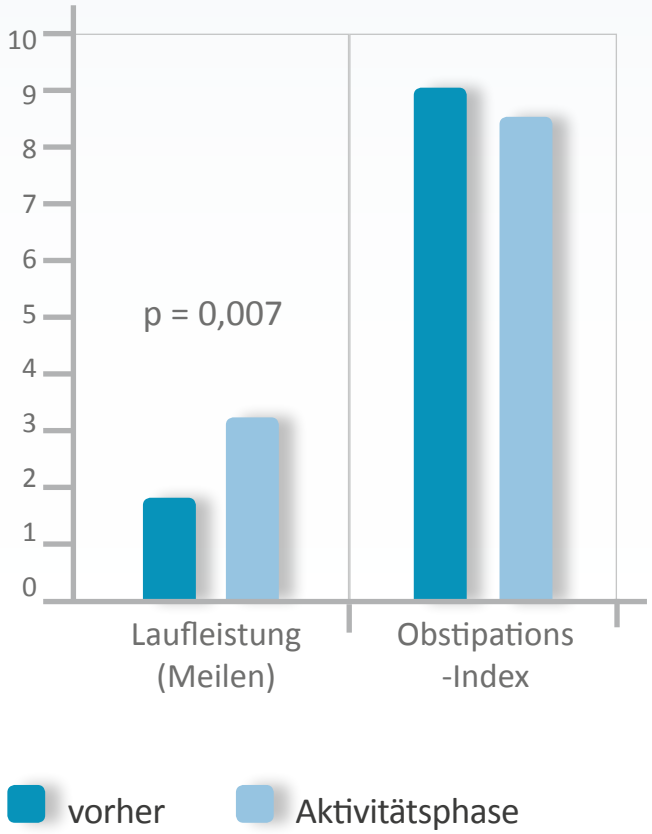
 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Wirkung von regelmäßiger körperlicher Aktivität auf die Kolon-Transitzeit und die Obstipation

POSITIVE EFFEKTE[1]

- n = 43
- 2 random. Obstipations-Gruppen
  - » **A:** Nur diätet. Empfehlungen über 12 Wochen, dann Training
  - » **B:** sofort Diät plus Training über 12 Wochen : 30 min. Walking und 11 min. Heimtraining
- In B Transitzeit kürzer und Obstipations-Kriterien verbessert
- in A ebenfalls in der 2. Phase mit Training
- jeweils $p<0,05$

KEIN EFFEKT[2]



[1] DeSchryver et al., 2005 [2] Meshkinpour et al., 1998

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Wirkung der Trinkmenge bei Obstipation

- **Normalisierung der Trinkmenge sinnvoll**

Anti et al., ***Water supplementation enhances the effect of high-fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation.*** *Hepatogastroenterology. 1998 May-Jun;45(21):727-32.*

Bae et al., ***Effect of fluid intake on the outcome of constipation in children: PEG 4000 versus lactulose****. Pediatr Int. 2010 Aug;52(4):594-7*

- **Steigerung der Trinkmenge über empfohlene Menge wohl ohne Effekt**

Chung et al., ***Effect of increased fluid intake on stool output in normal healthy volunteers.*** *J Clin Gastroenterol. 1999 Jan;28(1):29-32*

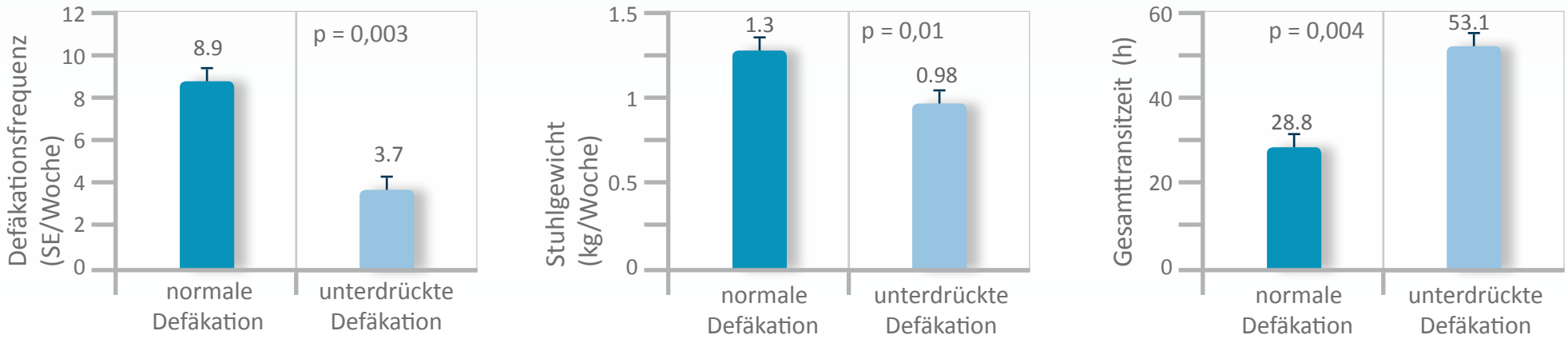
 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Einfluss der kontrollierten Defäkation auf den Stuhlgang

Hat das Unterdrücken der Defäkation Einfluss auf die Darmmotilität? **Möglich!**

EVIDENZ

- Effekt der bewussten Unterdrückung der Defäkation über eine Woche bei gesunden Männern (n=12):



- Das Defäkationsverhalten kann eine Änderungen der Darmfunktion herbeiführen, so wie man dies bei Patienten mit Obstipation sieht.

Klauser et al., 1990

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Fallbeispiel

LANGJÄHRIGE THERAPIE

- treibt Sport (Joggen, Schwimmen) und trinkt 2-3 Liter/Tag
- ernährt sich ausgewogen mit viel Vollkorn, Gemüse, Obst
- nimmt bereits seit Jahren 2- bis 3-mal/Tag Flohsamenschalen

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Stufentherapie bei Obstipation

Stufe V: Sakralnervenstimulation, Chirurgie

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe IV: Einläufe/Lavage/Periphere Opiatantagonisten
(bei opiatinduzierter Obstipation in der Palliativsituation)

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe III: Prokinetikum Prucaloprid

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe II - Laxantien

UND/ODER

INEFFEKTIV?

Stufe I - Allgemeine Maßnahmen: Ballaststoffe, Aktivität/Sport, Flüssigkeit, Toilettentraining

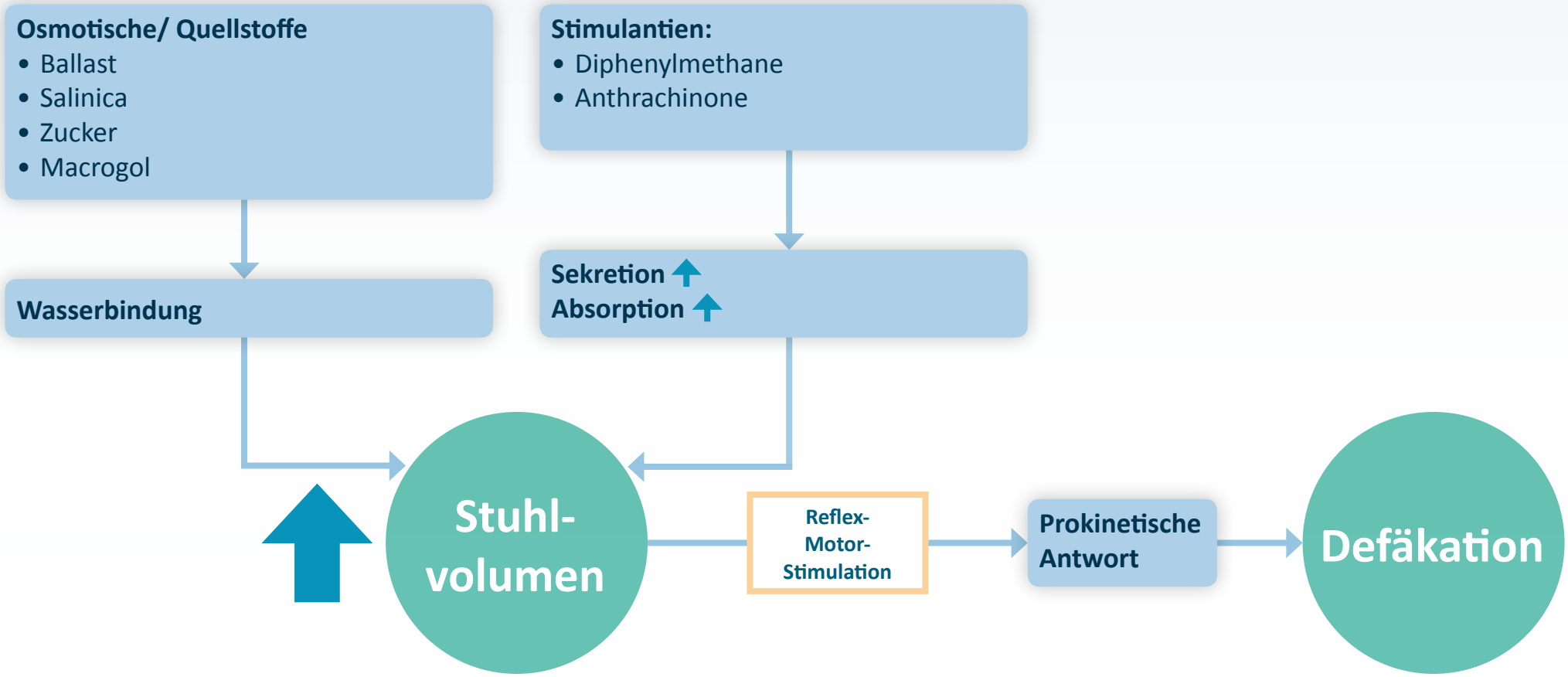
PRIMÄR

Diagnostik: Auslösende Ursache ausschließen/therapieren; Stuhlentleerungsstörung behandeln (Klysmen)

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Wirkmechanismus von Laxantien



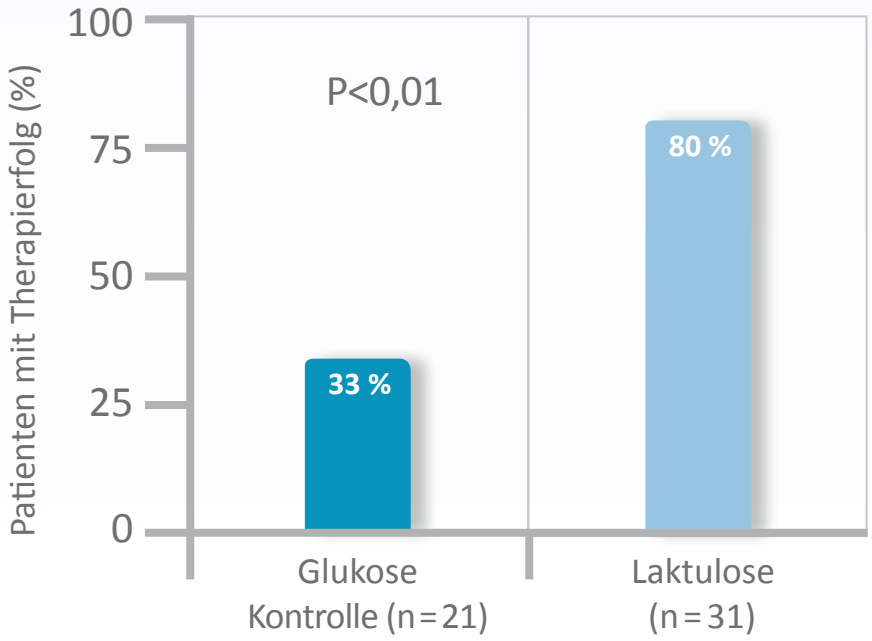
 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Osmotische Mittel: Laktulose

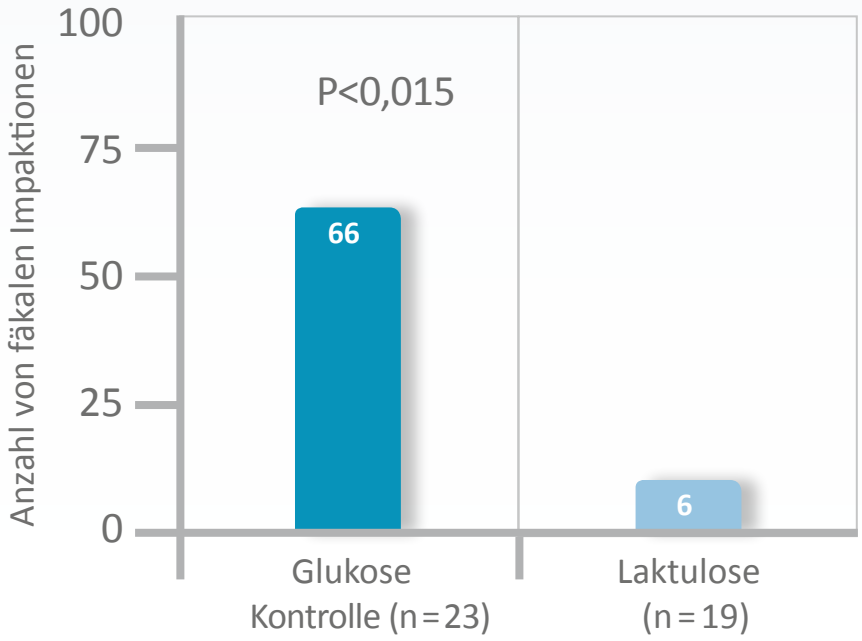
- Randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) belegen den Nutzen von Laktulose im Vergleich zu einer Glukose-Kontrolle bei Patienten mit chronischer Obstipation

Behandlungserfolg (≤ 1 zusätzliche Laxativa während der 3-wöchigen Behandlungsphase benötigt) mit Laktulose bei älteren Patienten mit chronischer Obstipation



Wesselius-De Casparis et al., 1968

Reduzierte fäkale Impaktion nach 2 Monaten Behandlung mit Laktulose bei älteren Patienten mit chronischer Obstipation



Sanders, 1978

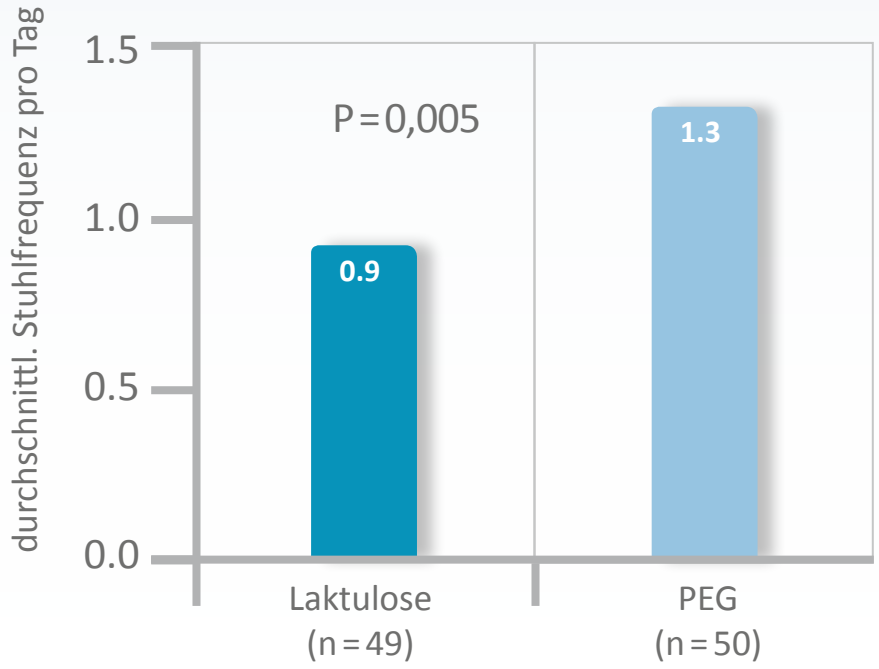
 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

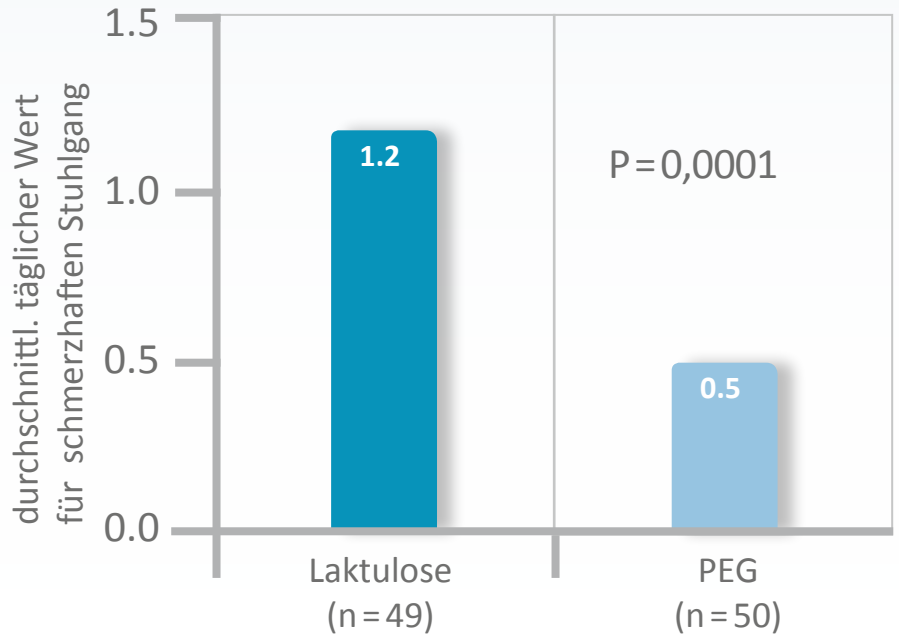
Osmotische Mittel: Polyethylenglykol (PEG)

- Eine Reihe von RCTs belegen den Nutzen von PEG bei der Behandlung von Patienten mit chronischer Obstipation

Höhere Stuhlfrequenzen mit PEG vs. Laktulose nach einem Monat



Weniger Pressen mit PEG vs. Laktulose nach einem Monat



- Daten einer Metaanalyse deuten darauf hin, dass PEG wirksamer als Laktulose ist (d.h. Stuhlfrequenz/Woche, Stuhlform und Bauchschmerzen)

Attar et al., 1999

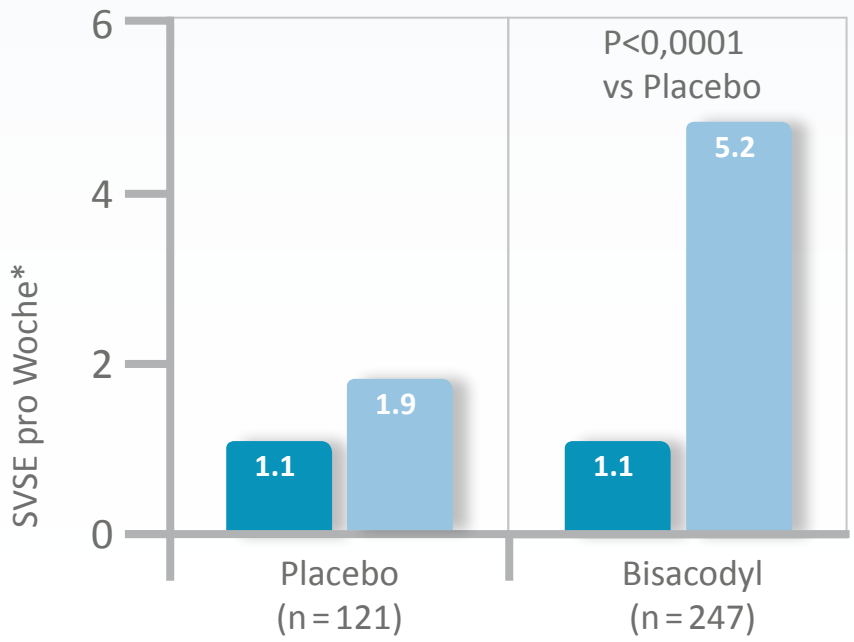
 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Stimulierende Laxantien

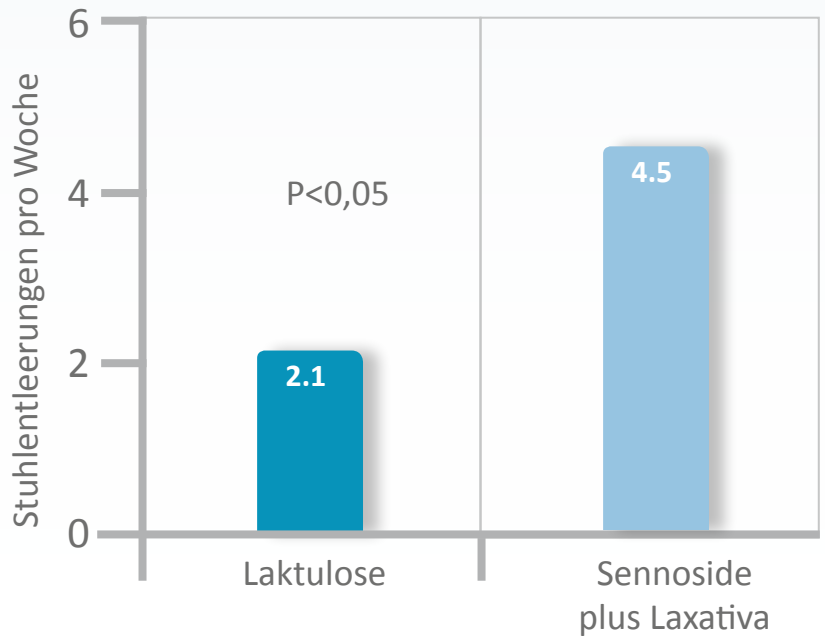
- Daten aus einigen wenigen RCTs belegen den Nutzen von stimulierenden Laxativa zur Behandlung der chronischen Obstipation

Häufigere Stuhlgänge mit Bisacodyl vs. Placebo bei Patienten mit chronischer Obstipation



Kamm et al., 2011

Häufigere Stuhlgänge mit Sennoside plus Quellstoffe vs. Laktulose bei älteren Patienten (n = 30)



Kinnunen et al., 1993

Basislinie nach vier Wochen

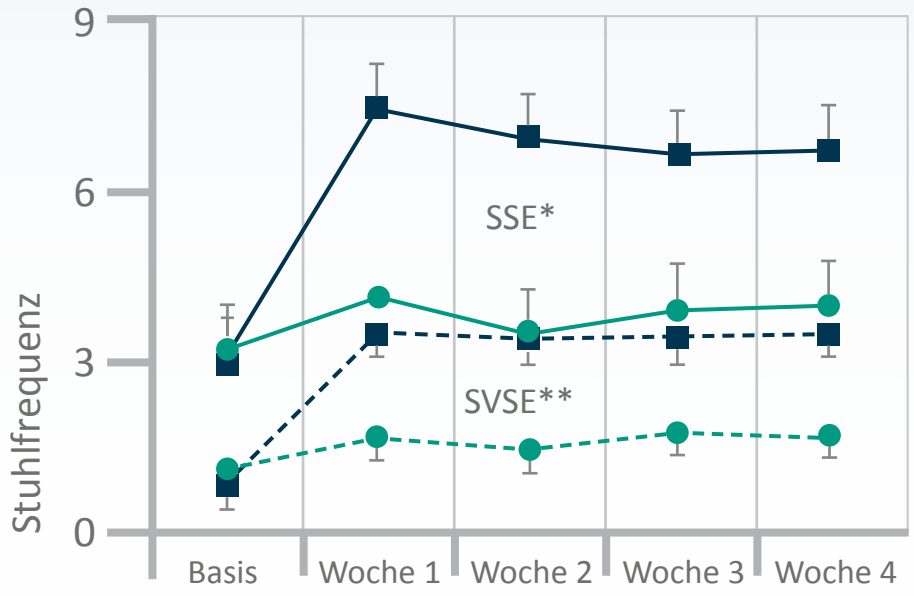
* SVSE – spontane vollständige Stuhlentleerung

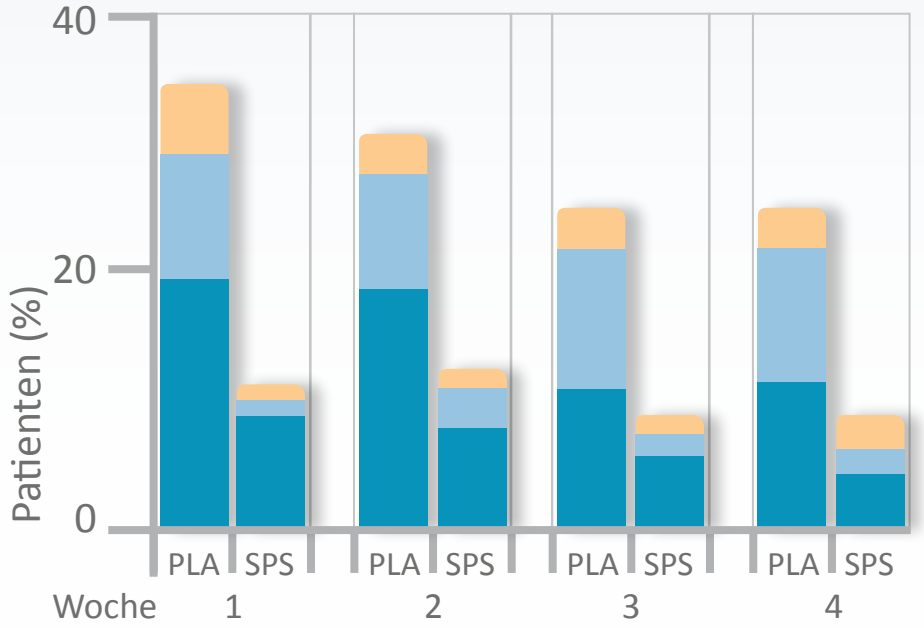
 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Wirkung von stimulierenden Laxantien: Natrium Picosulfat

- 202 Patienten mit chron. Obstipation, randomisiert für 4 Wochen
- Notfall (weniger als 3 Tage kein Stuhlgang): Bisacodyl-Supp





Placebo n = 71 | Na-Picosulfat n = 131 | * SSE – spontane Stuhlentleerung ** SVSE – spontane vollständige Stuhlentleerung

Notfall-Bisacodyl 1x | Notfall-Bisacodyl 2x | Notfall-Bisacodyl 3x

Müller-Lissner et al., 2010

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Mythen der Laxantien-Therapie

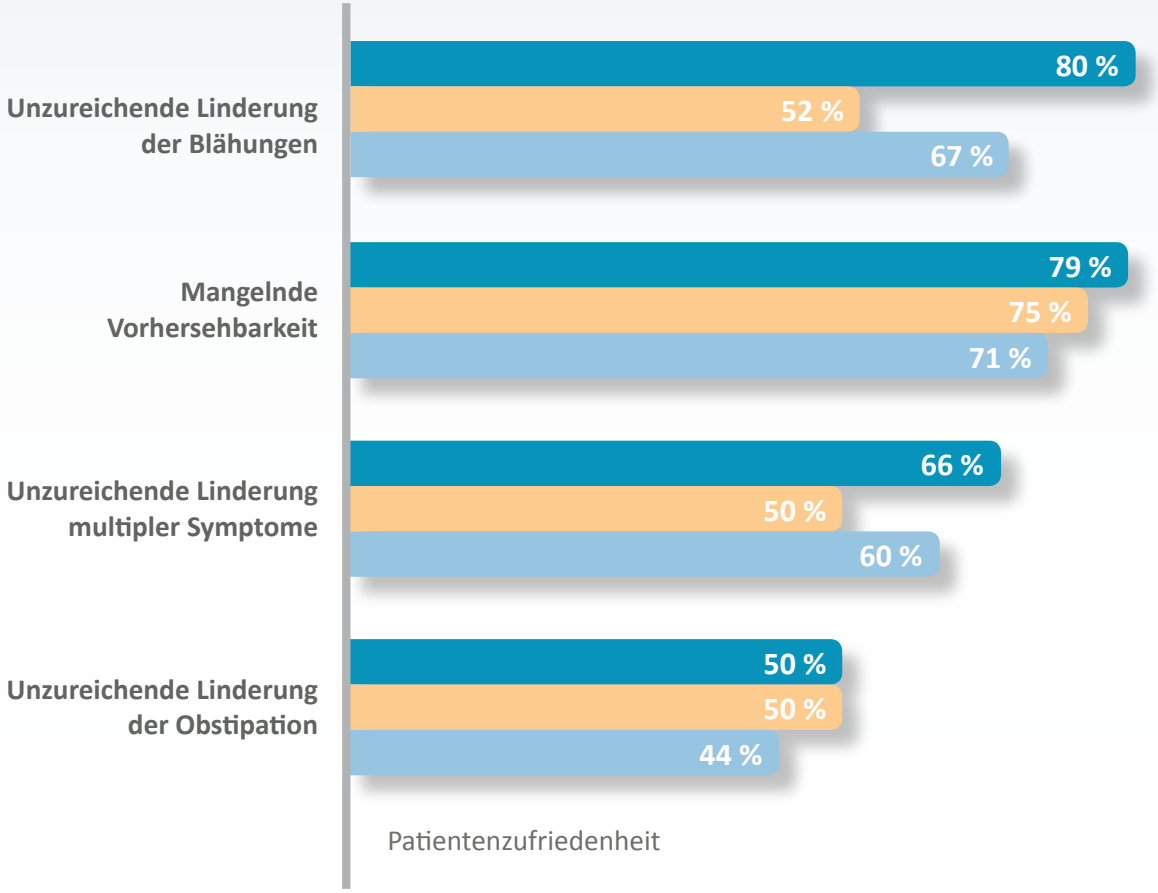
- Dauertherapie schädigt Nerven oder Muskulatur des Darms
  - » Keine Evidenz, Melanosis coli nicht krankhaft
- Dauertherapie erhöht Darmkrebsrisiko
  - » Keine Evidenz; allenfalls Risiko durch chronische Obstipation
- Dauertherapie führt zu Wasser- und Elektrolytverlusten
  - » Bei bedarfsadaptierter Obstipationsbehandlung unwahrscheinlich
- Dauertherapie führt zur Gewöhnung, Abhängigkeit, Sucht
  - » Dosissteigerung manchmal erforderlich, eventuell Ausdruck der verschlechterten Obstipation
  - » Abhängigkeit bei bedarfsadaptierter Obstipationsbehandlung unwahrscheinlich

→ Langzeitanwendung von Laxantien bei Obstipation ist möglich ...

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

... aber: 47 % der Patienten mit chronischer Obstipation sind mit der Ballaststoff-/Laxantien-Behandlung unzufrieden



- Ballaststoffe (n = 268)
- Verschreibungspflichtige Laxantien (n = 42)
- OTC Laxantien (n = 146)

Johanson & Kralstein, 2007

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Fallbeispiel

LANGJÄHRIGE THERAPIE:

- treibt Sport (Joggen, Schwimmen) und trinkt 2-3 Liter/Tag
- ernährt sich ausgewogen mit viel Vollkorn, Gemüse, Obst
- nimmt bereits seit Jahren 2- bis 3-mal/Tag Flohsamenschalen
- hat mehrfach Lactulose probiert, wegen Blähungen wieder abgesetzt
- nimmt gelegentlich (ca. 1-mal/Woche) 10 Tropfen Natriumpicosulfat
- darunter zwar Stuhlentleerung, aber starke Bauchkrämpfe

THERAPIEUMSTELLUNG:

- täglich 2-3 Beutel PEG-Lösung
- darunter nur geringe Besserung; daher weiterhin regelmäßige Einnahme von Natriumpicosulfat mit den bekannten Bauchkrämpfen

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Stufentherapie bei Obstipation

Stufe V: Sakralnervenstimulation, Chirurgie

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe IV: Einläufe/Lavage/Periphere Opiatantagonisten
(bei opiatinduzierter Obstipation in der Palliativsituation)

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe III: Prokinetikum Prucaloprid

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe II - Laxantien

UND/ODER

INEFFEKTIV?

Stufe I - Allgemeine Maßnahmen: Ballaststoffe, Aktivität/Sport, Flüssigkeit, Toilettentraining

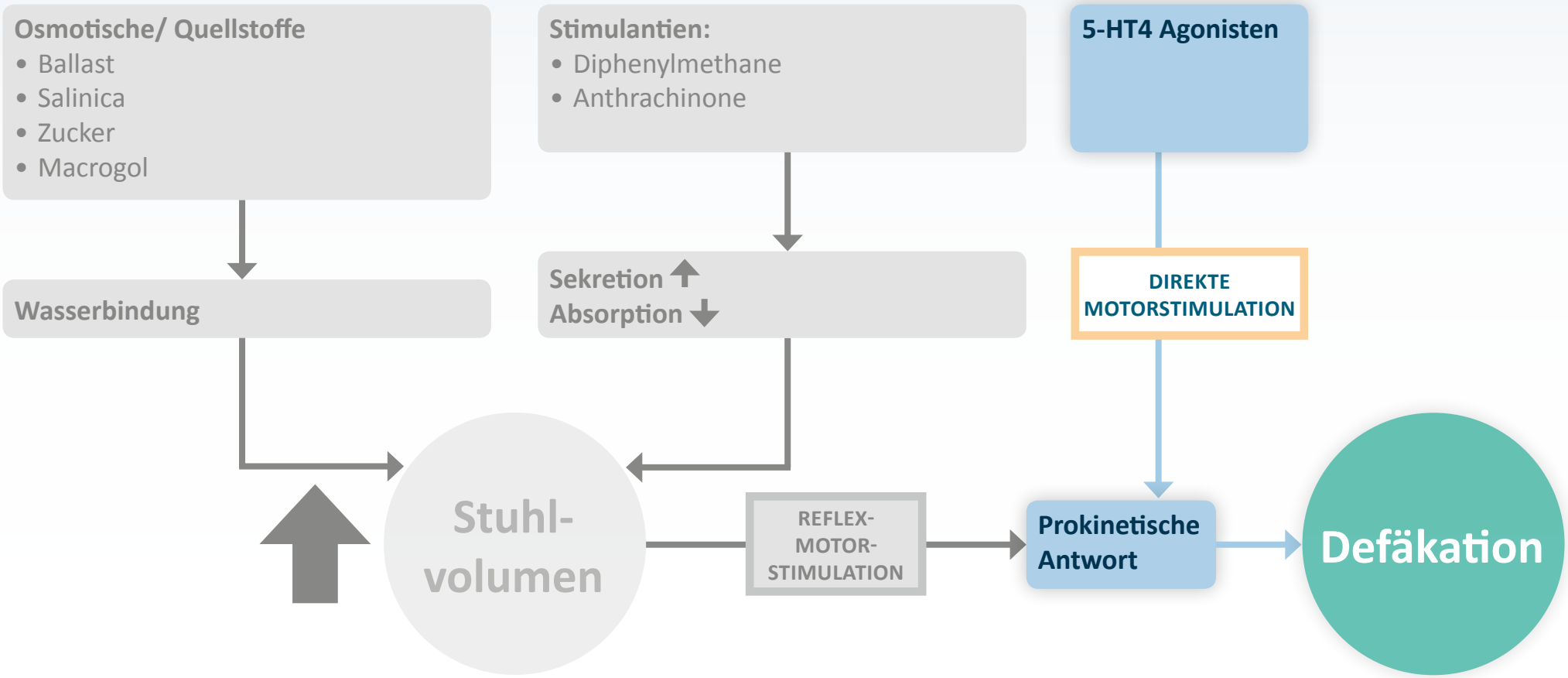
PRIMÄR

Diagnostik: Auslösende Ursache ausschließen/therapieren; Stuhlentleerungsstörung behandeln (Klysmen)

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

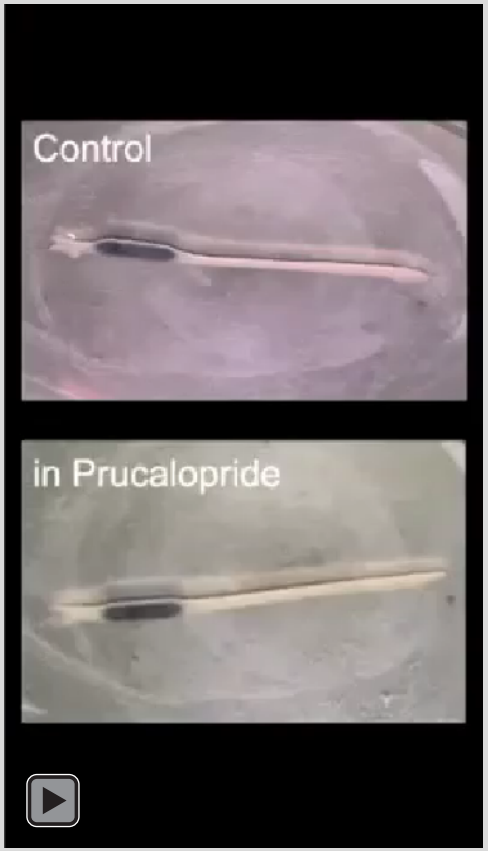
Wirkmechanismus von Prokinetika



© 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

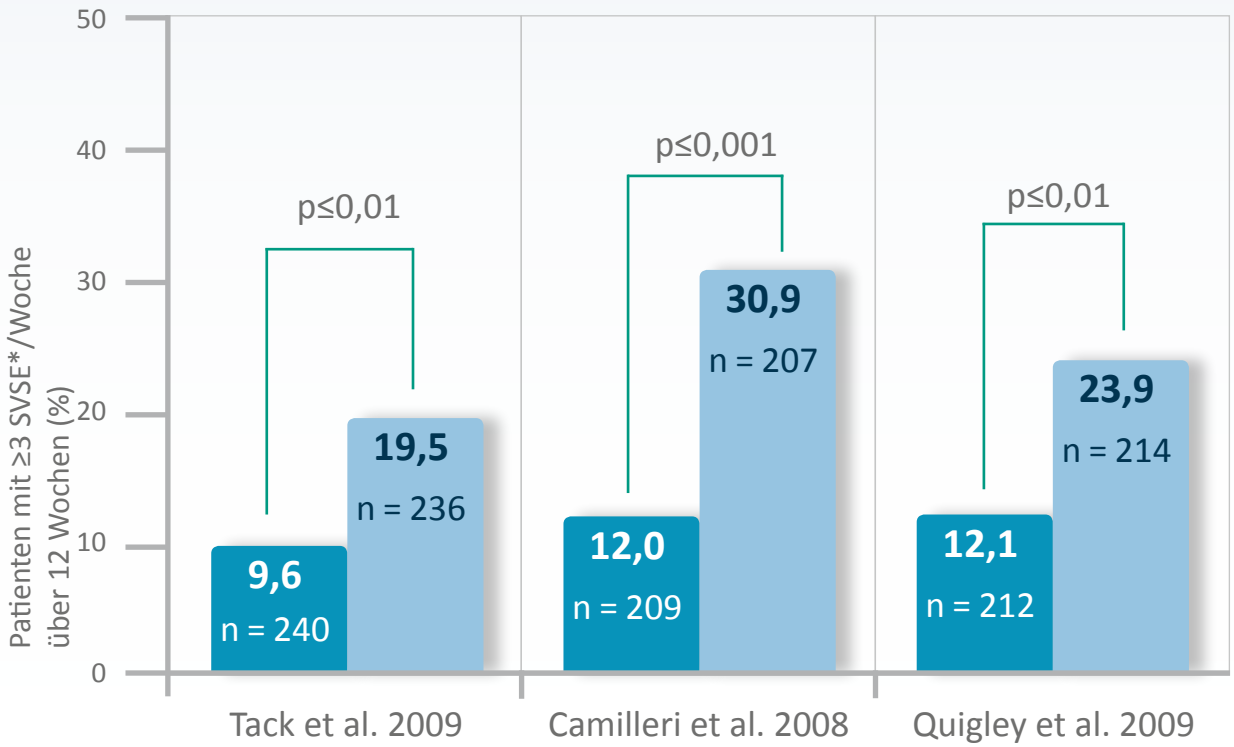
Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Aktivierung der 5-HT4-Rezeptoren beschleunigt den Transport von Darminhalt



© Lehrstuhl für Humanbiologie, M. Schemann

Signifikant mehr Patienten, die mit Prucaloprid behandelt wurden erzielten eine Normalisierung der Stuhlgänge (im Mittel ≥3 SVSE/Woche über 12 Wochen) vs. Placebo in drei Phase III Studien



Placebo

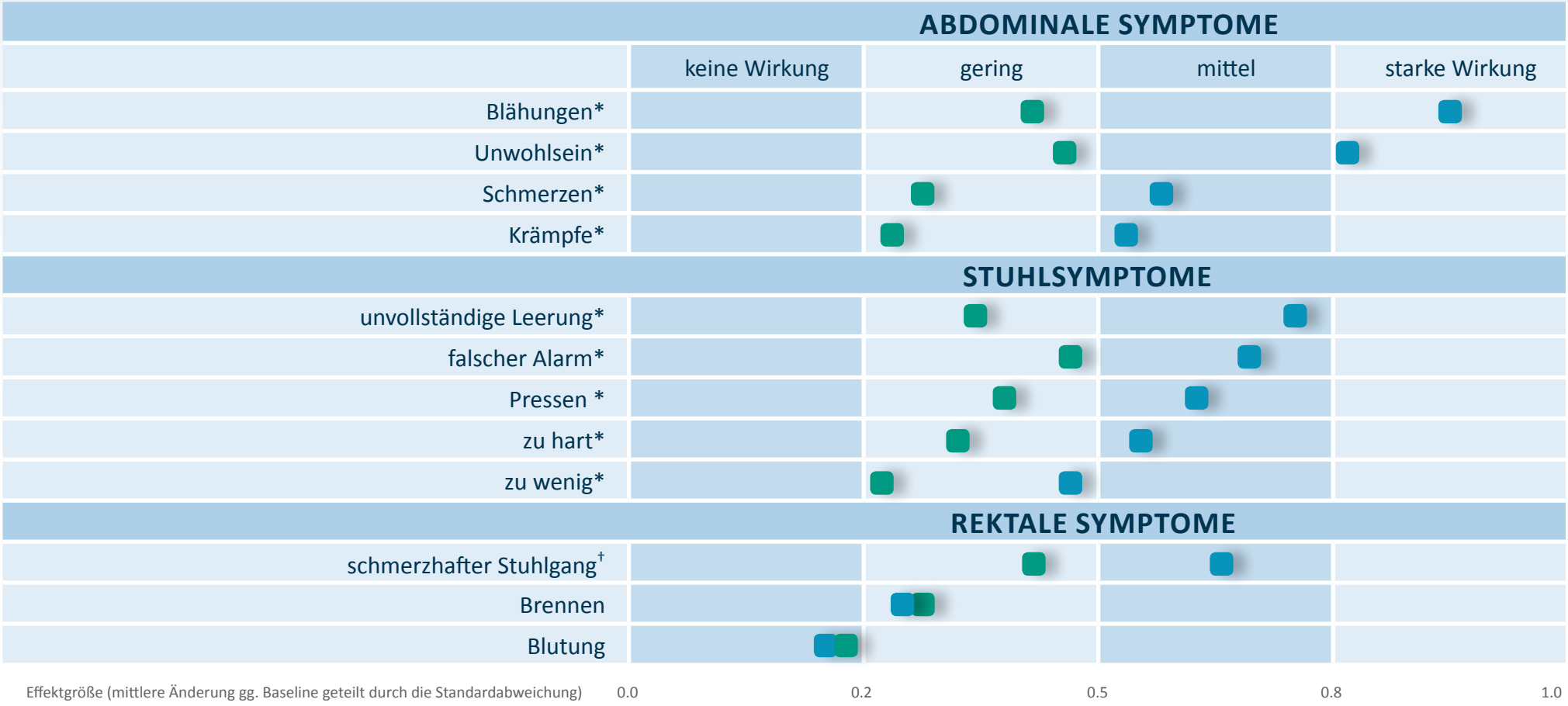
Prucaloprid 2 mg

** SVSE = spontane vollständige Stuhlentleerung*

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Prucaloprid lindert eine Vielzahl an Symptomen, die mit der chronischen Obstipation einhergehen



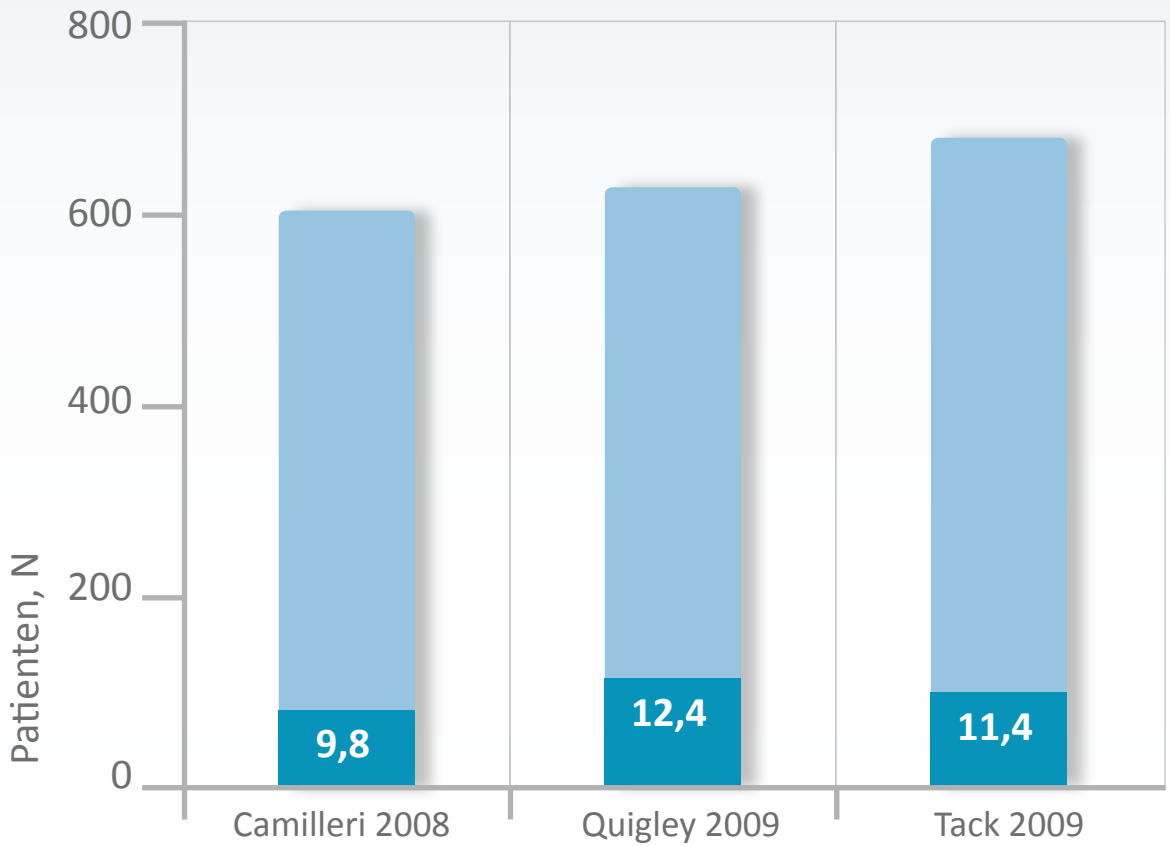
Placebo Prucaloprid 2 mg * p<0,001; †p = 0,002

Kerstens et al., 2010

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Prucaloprid-Studien: Anteil an therapierefraktären Patienten



Wirkung bisheriger Laxantien

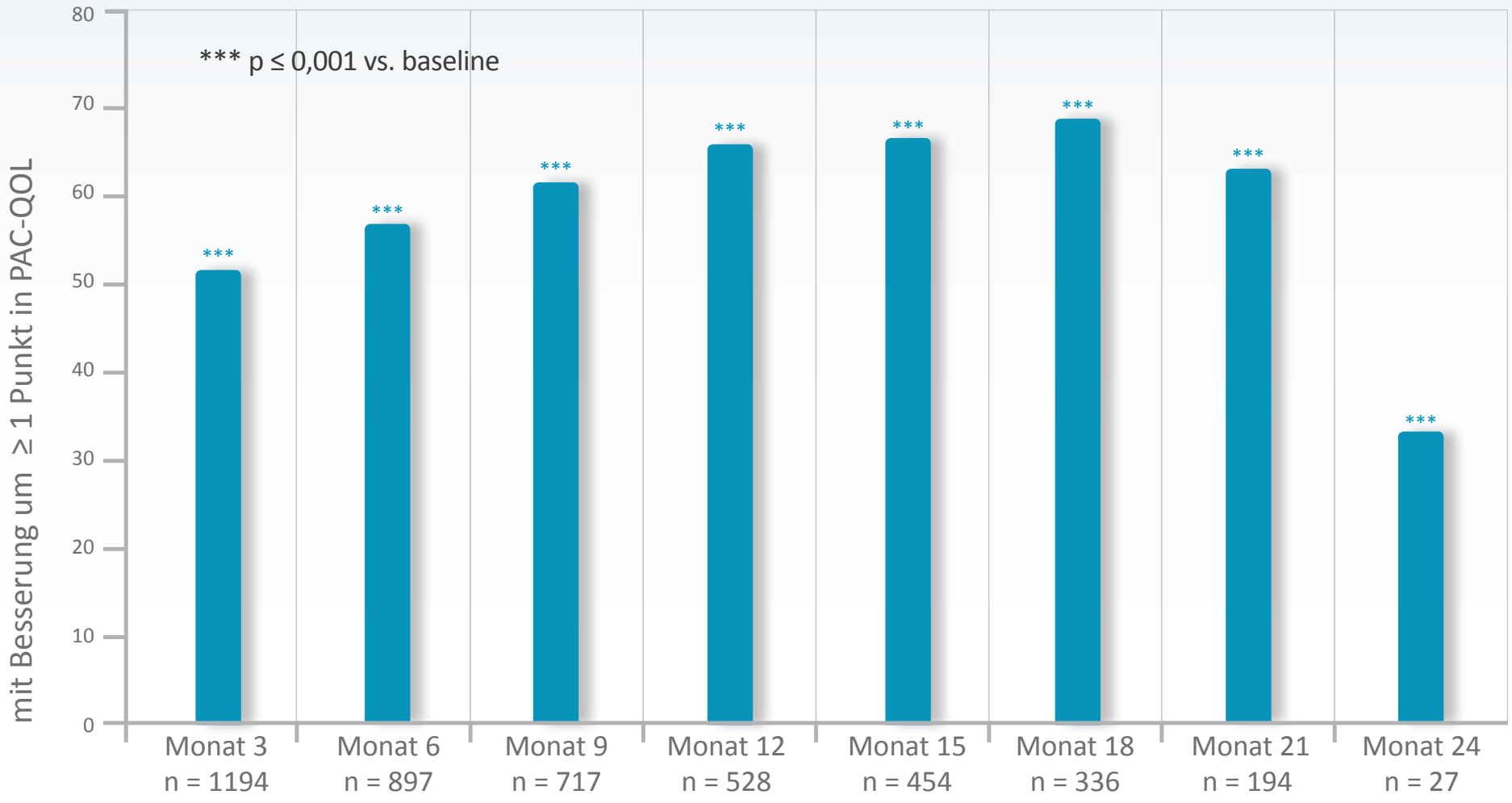
- inadäquat
- adäquat

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Wirksamkeit bei Dauerbehandlung

Daten von 1.775 Patienten aus 7 RCTs

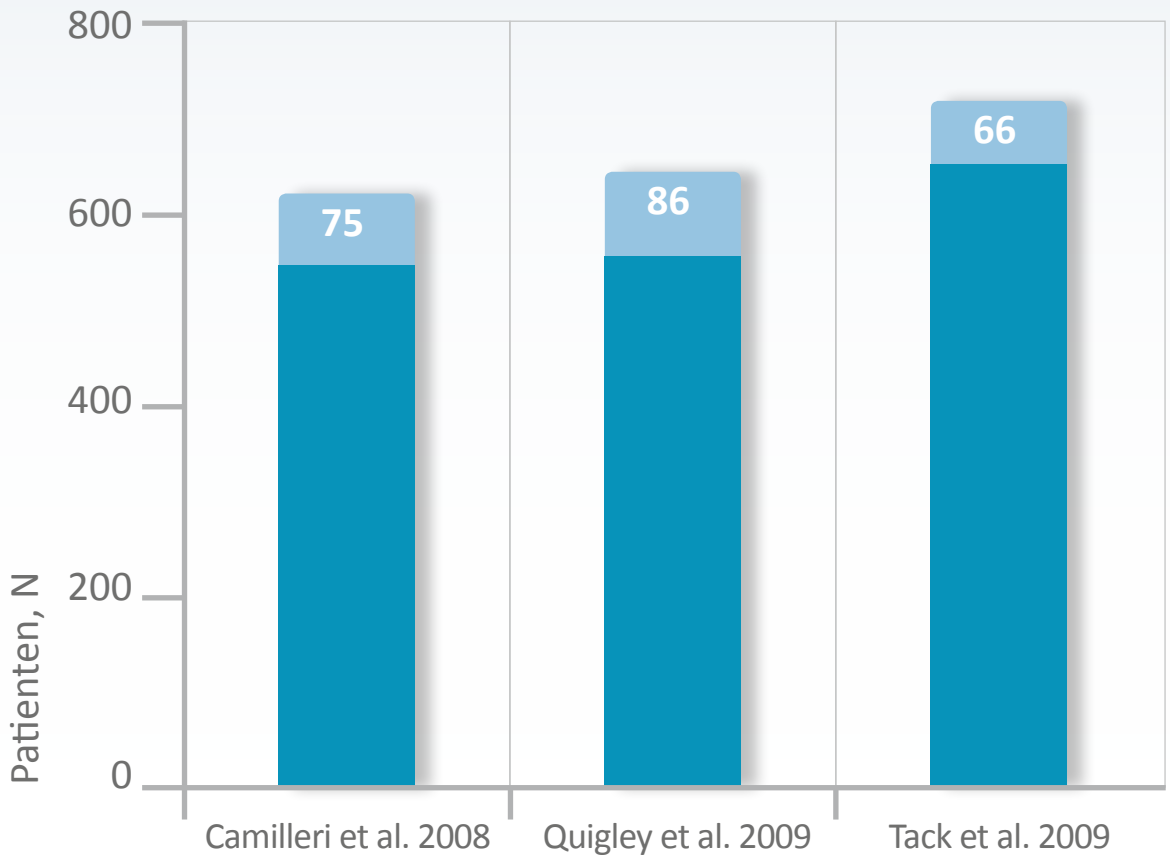


Camilleri et al., 2009

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Geschlechtsverteilung in Zulassungsstudien

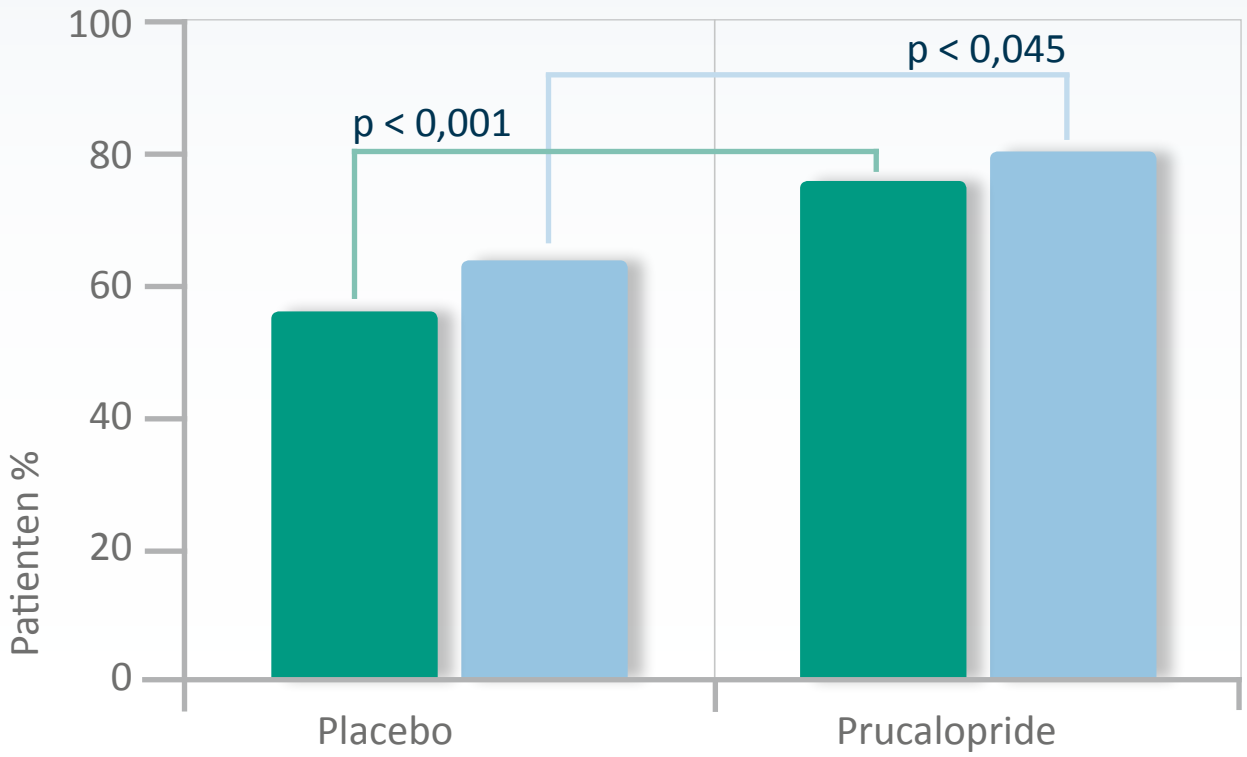


Männer
Frauen

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Prucaloprid 2 mg vs Placebo: Frauen vs Männer



≥ 3 SSE/Woche über 12 Wochen

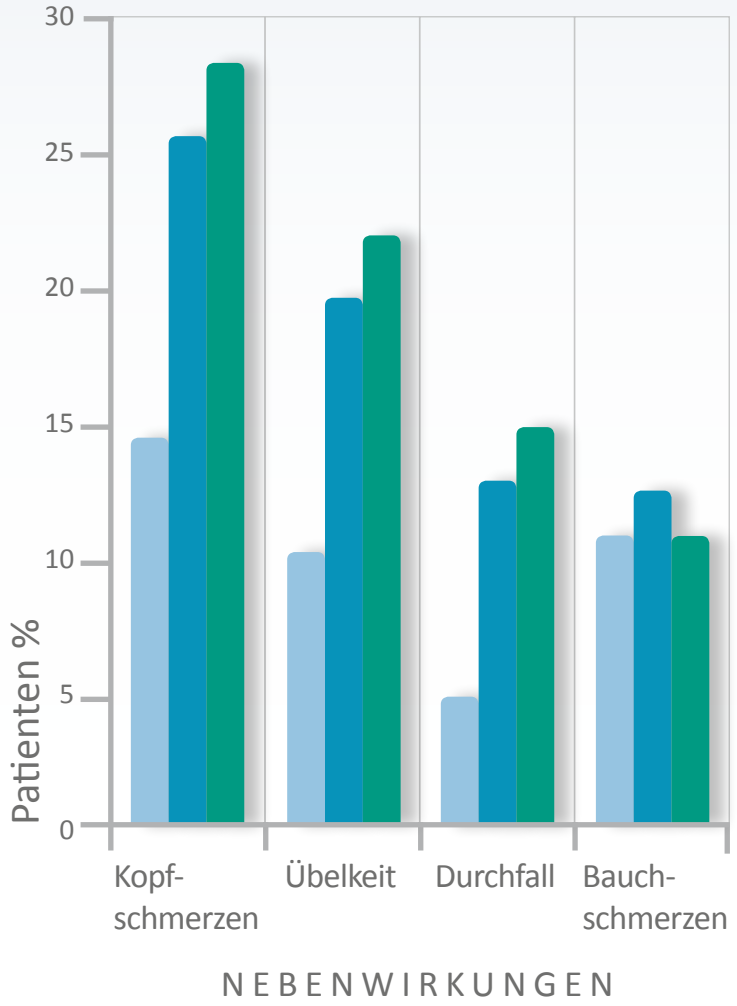
- Frauen
- Männer

Tack et al., 2009

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Nebenwirkungen



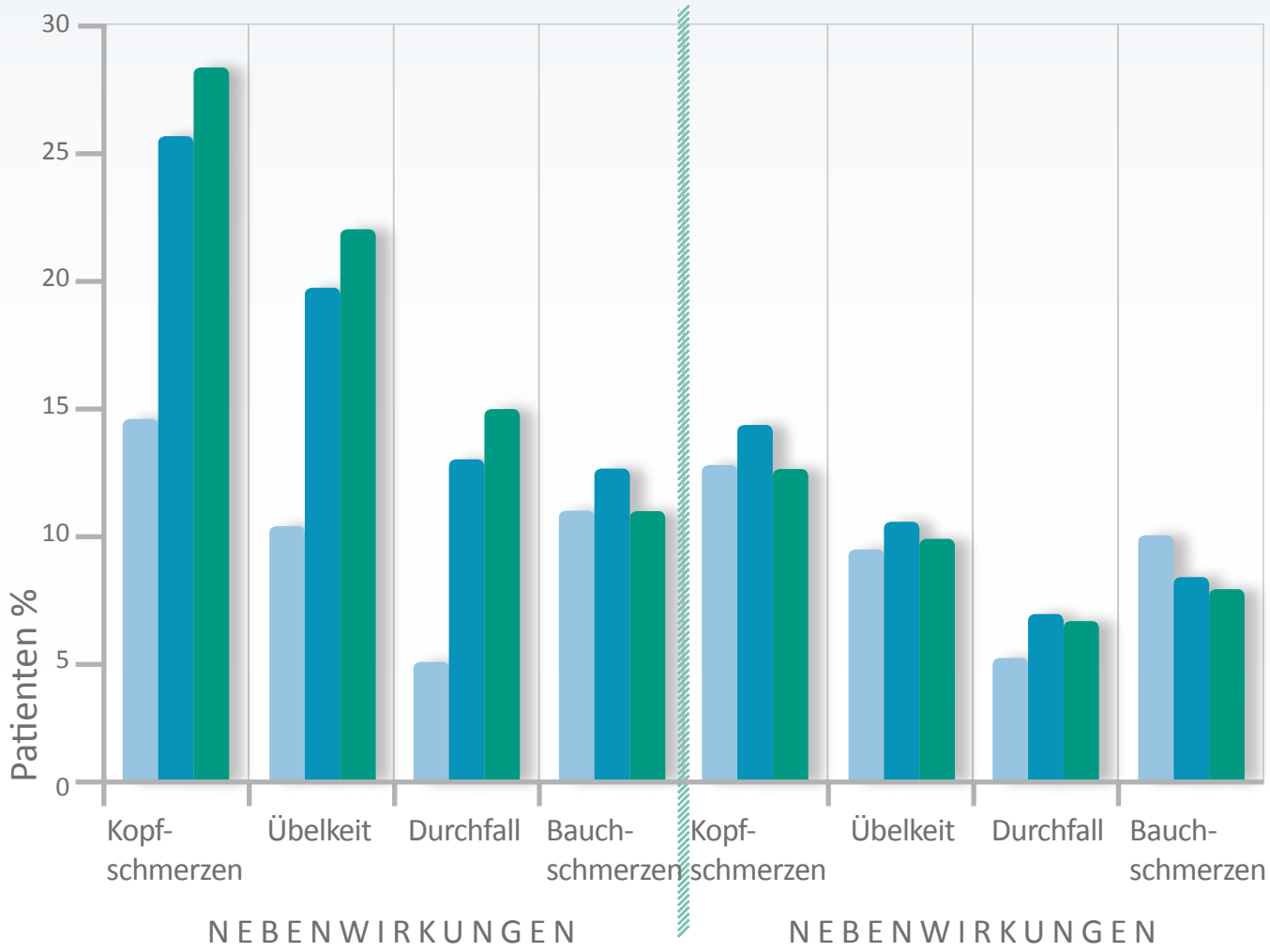
Placebo (n = 661)
Prucalopride 2 mg (n = 659)
Prucalopride 4 mg (n = 657

Tack et al., 2008

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Nebenwirkungen



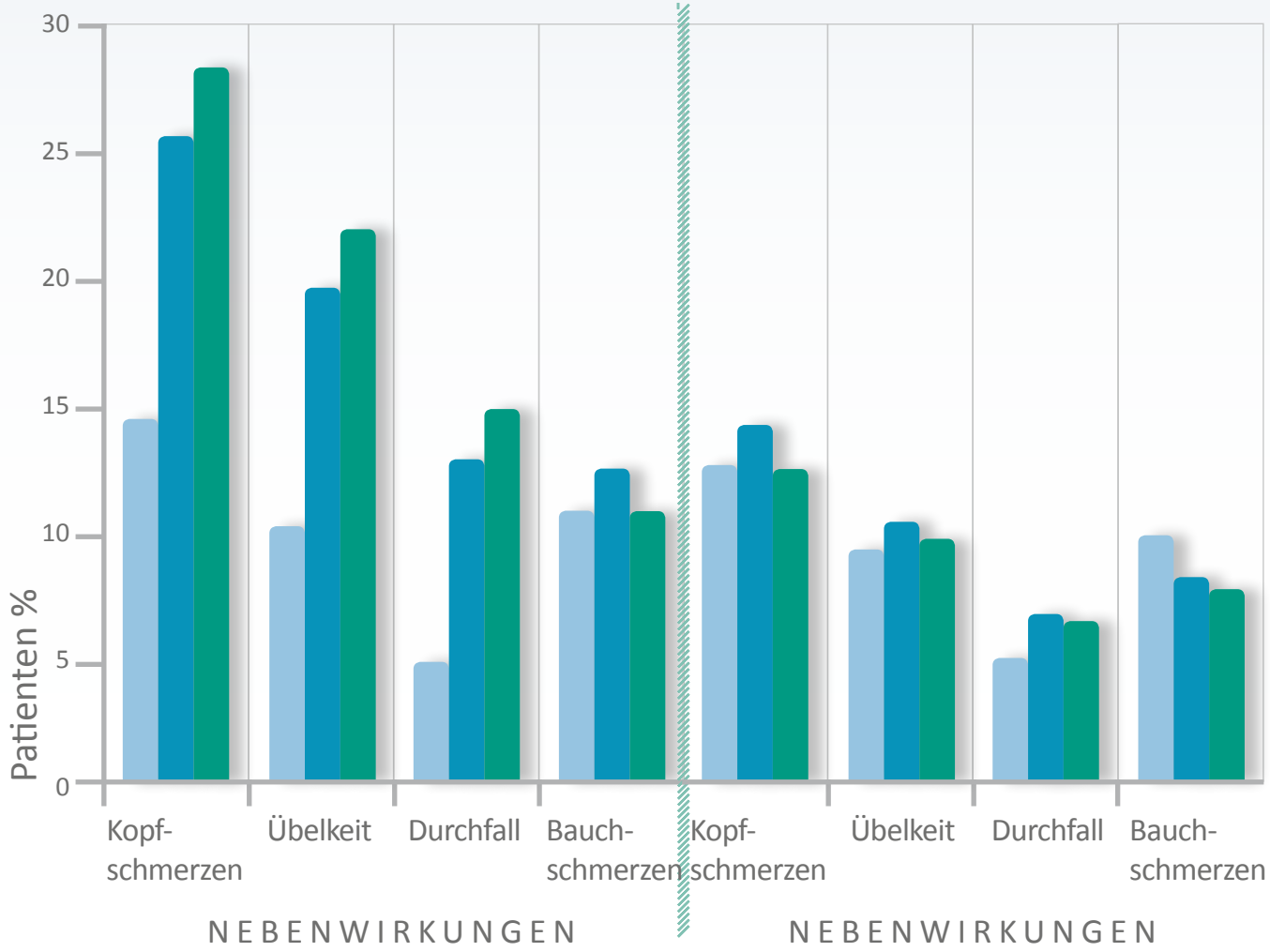
Placebo (n = 661)
Prucalopride 2 mg (n = 659)
Prucalopride 4 mg (n = 657

Tack et al., 2008

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Nebenwirkungen



- Placebo (n = 661)
- Prucalopride 2 mg (n = 659)
- Prucalopride 4 mg (n = 657)

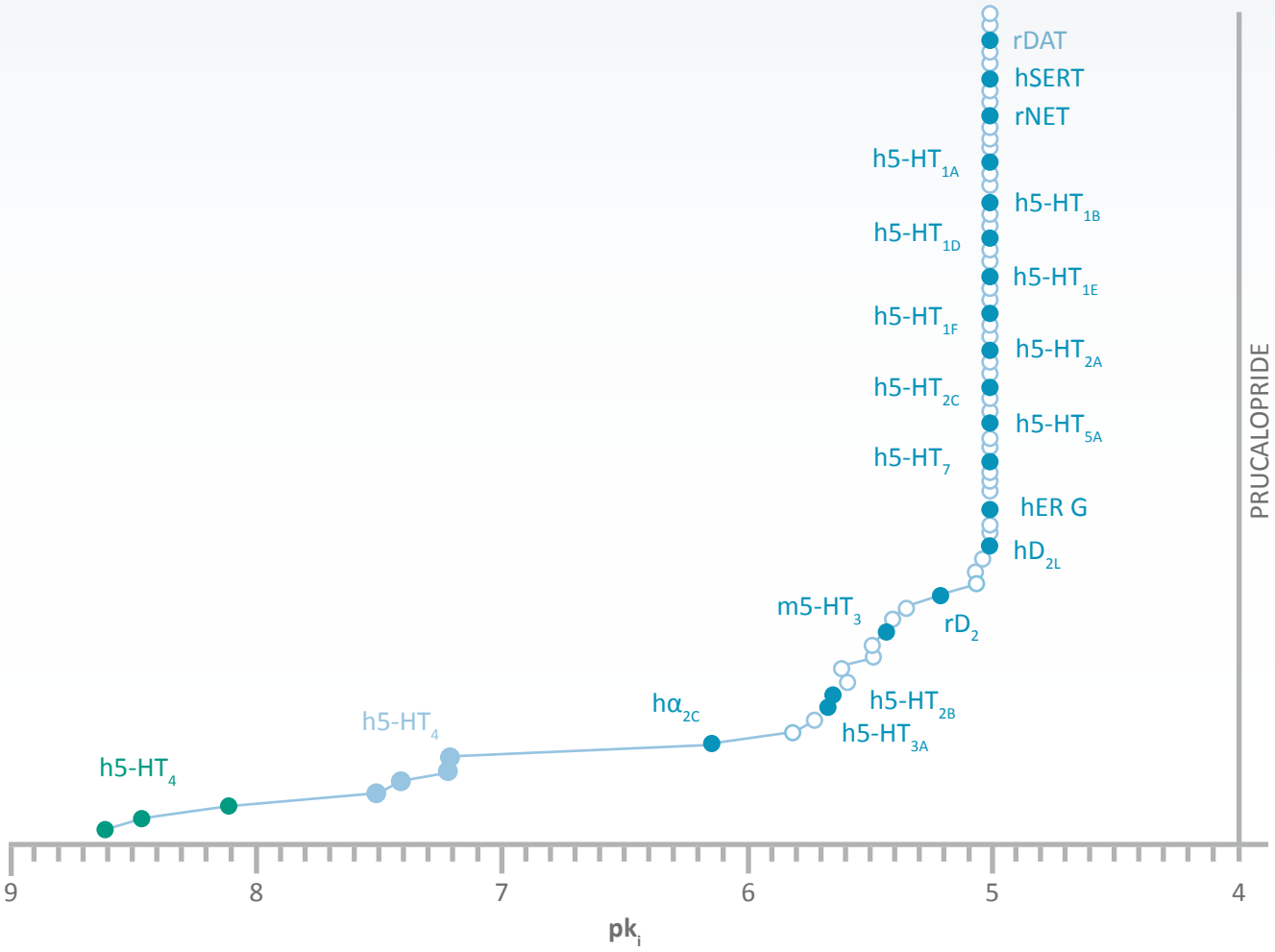
Wichtig: Der Verlauf der Nebenwirkungen sollte dem Patienten vor Therapiebeginn erklärt werden!

Tack et al., 2008

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Kein Hinweis auf QTc-Verlängerung



Präklinisch – in vitro:

- >150-fach höhere Affinität für 5-HT4 als für andere Rezeptoren

Klinisch:

- Eine Studie, die die Wirkung von Prucaloprid auf das QT-Intervall bei therapeutischer (2 mg) und supra-therapeutischer (10 mg) Dosierung untersuchte, ergab keine signifikanten Unterschiede vs. Placebo*.
- Sie bestätigt die Ergebnisse von zwei Placebo-kontrollierten QT-Studien.
- Doppelblinde Studien zeigten eine niedrige Inzidenz QT-bezogener unerwünschter Ereignisse sowie ventrikuläre Arrhythmien vergleichbar mit Placebo.

*Basierend auf QT-Messungen und Ausreißeranalyse

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Fallbeispiel

LANGJÄHRIGE THERAPIE:

- treibt Sport (Joggen, Schwimmen) und trinkt 2-3 Liter/Tag
- Ernährt sich ausgewogen mit viel Vollkorn, Gemüse, Obst
- nimmt bereits seit Jahren 2- bis 3-mal/Tag Flohsamenschalen
- hat mehrfach Lactulose probiert, wegen Blähungen wieder abgesetzt
- nimmt gelegentlich (ca. 1-mal pro Woche) 10 Tropfen Natriumpicosulfat
  - » darunter zwar Stuhlentleerung, aber starke Bauchkrämpfe

THERAPIEUMSTELLUNG:

- Täglich 2-3 Beutel PEG-Lösung
  - » Darunter nur geringe Besserung; daher weiterhin regelmäßige Einnahme von Natriumpicosulfat mit den bekannten Bauchkrämpfen

THERAPIEUMSTELLUNG:

- Prucaloprid 2 mg pro Tag, darunter
  - » 1-mal täglich vollständige Stuhlentleerung ohne starkes Pressen
  - » die ersten 1 bis 2 Tage Bauchkrämpfe, danach gute Verträglichkeit

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Stufentherapie bei Obstipation

PRIMÄR

Diagnostik: Auslösende Ursache ausschließen/therapieren; Stuhlentleerungsstörung behandeln (Klysmen)

UND/ODER

INEFFEKTIV?

Stufe I - Allgemeine Maßnahmen: Ballaststoffe, Aktivität/Sport, Flüssigkeit, Toilettentraining

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe II - Laxantien

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe III: Prokinetikum Prucaloprid

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe IV: Einläufe/Lavage/Periphere Opiatantagonisten
(bei opiatinduzierter Obstipation in der Palliativsituation)

UND/ODER

Stufe V: Sakralnervenstimulation, Chirurgie

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Transanale Irrigation

TECHNIK

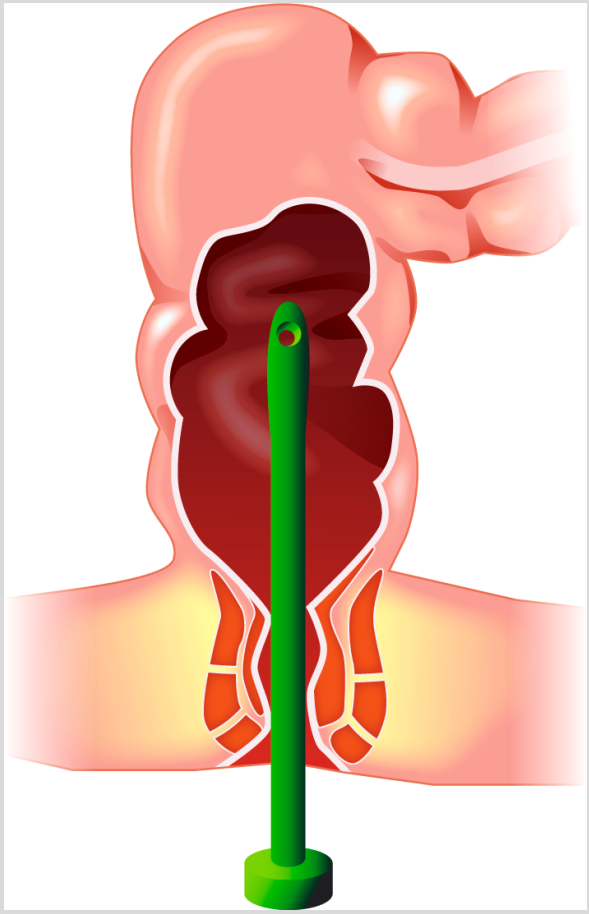
- Einführen von Flüssigkeit (z.B. lauwarmem Wasser) in das Kolon über den Anus, um die Fäzes aus dem Darm zu entleeren

INDIKATION

- Patienten mit Obstipation (und/oder fäkaler Inkontinenz), die durch neurogen bedingte Darmfunktionsstörungen durch eine Rückenmarksverletzung hervorgerufen werden

KONTRAINDIKATION

- Akutes, aktives Reizdarmsyndrom und bei obstruierender rektaler Dickdarmmasse



 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Transanale Irrigation

EVIDENZ

- Daten aus klinischen Studien belegen die Wirksamkeit von transanaler Irrigation bei rückenmarksverletzten Patienten mit Obstipation
- verbesserte Symptomatik und Lebensqualität vs. konservativer Behandlung

POTENTIELLE NEBENWIRKUNGEN

- Das geschätzte Risko für eine Darmperforation bei Patienten, die mit transanaler Irrigation behandelt werden, liegt bei ≤0,002 % (1 von ~ 50.000 Irrigationen)

Ergebnisse von transanaler Irrigation bei Patienten (n = 79) mit idiopathischer chronischer Obstipation nach einer mittleren Follow-up-Zeit von 21 Monaten

Idiopathische Obstipation*	Erfolg, n (%)
Slow Transit (n = 43)	14 (32,6)
Obstruierte Defäkation, aber normaler Transit (n=30)	13 (43,3)
Unbestimmt (n = 6)	0 (0)

*Nach den Rom-Kriterien

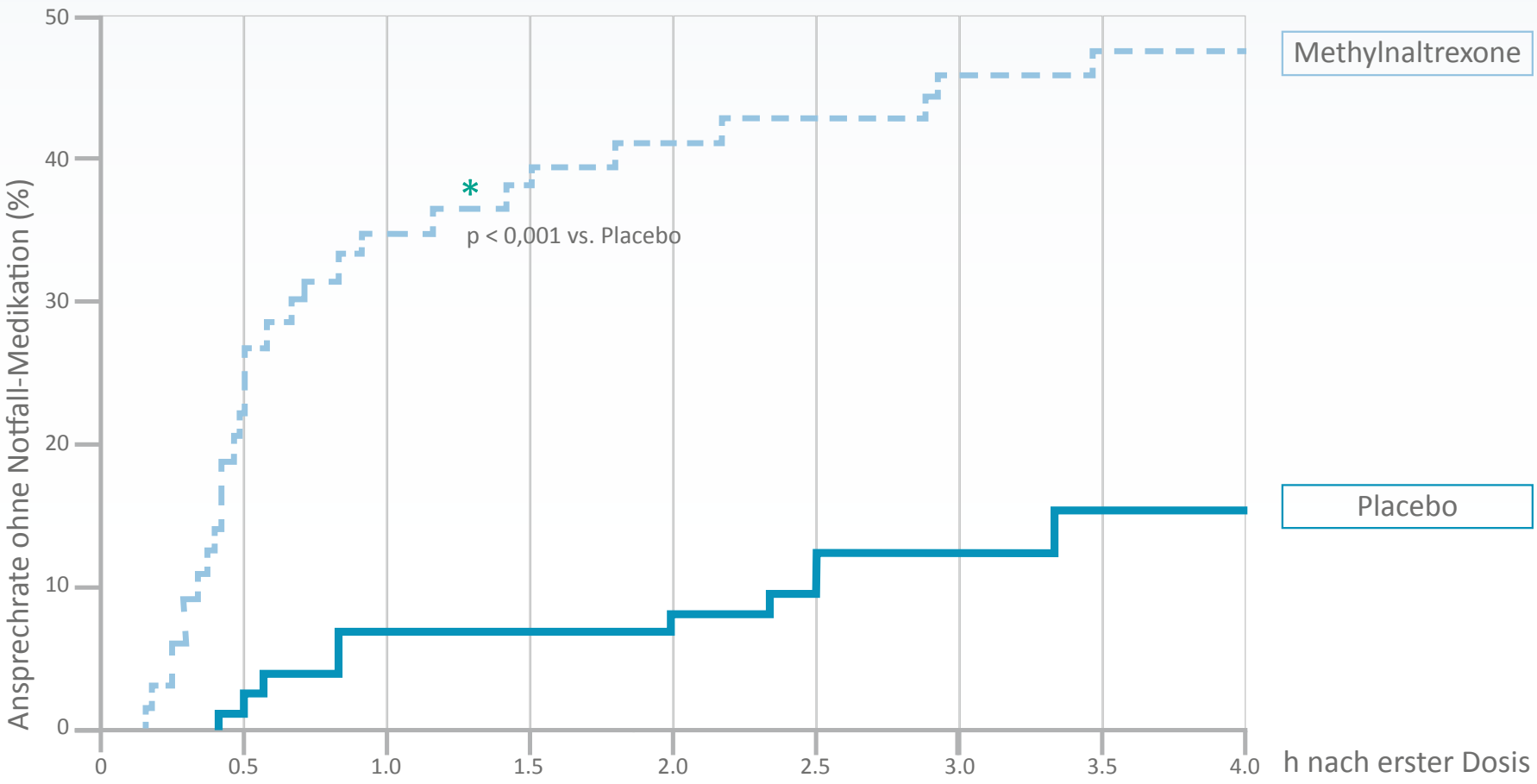
Christensen et al., 2009

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Methylnaltrexon (peripherer µ-Opioid-Antagonist)

- bei schwerer opiatinduzierter Obstipation: Ansprechrate in den ersten 4 h



 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Stufentherapie bei Obstipation

PRIMÄR

Diagnostik: Auslösende Ursache ausschließen/therapieren; Stuhlentleerungsstörung behandeln (Klysmen)

UND/ODER

INEFFEKTIV?

Stufe I - Allgemeine Maßnahmen: Ballaststoffe, Aktivität/Sport, Flüssigkeit, Toilettentraining

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe II - Laxantien

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe III: Prokinetikum Prucaloprid

UND/ODER

REFRAKTÄR?

Stufe IV: Einläufe/Lavage/Periphere Opiatantagonisten
(bei opiatinduzierter Obstipation in der Palliativsituation)

UND/ODER

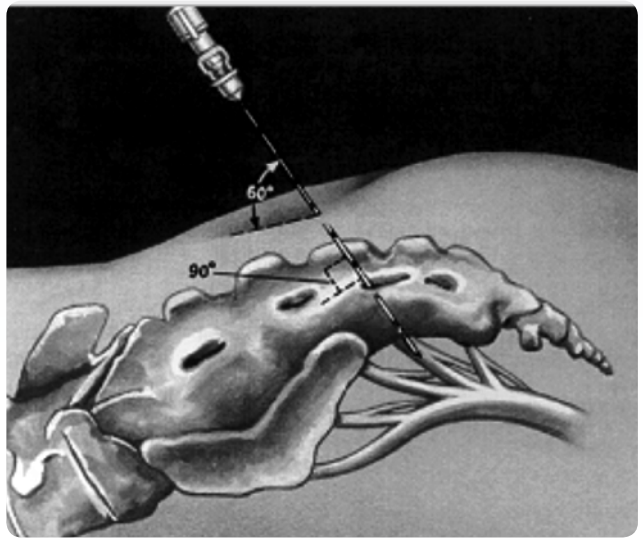
Stufe V: Sakralnervenstimulation, Chirurgie

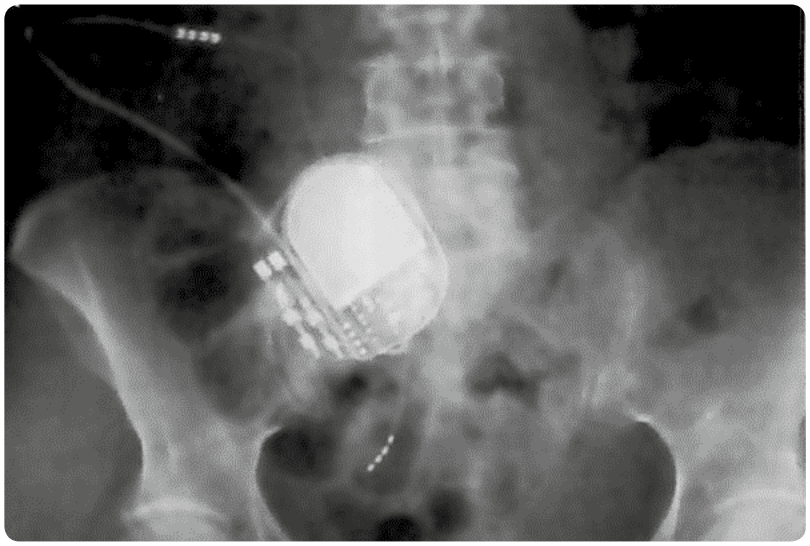
 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

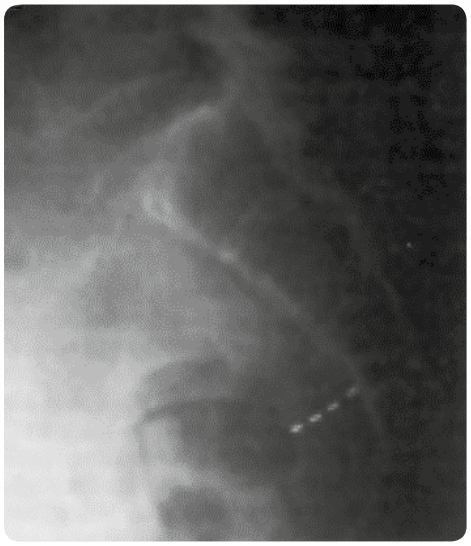
Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Sakralnervenstimulation bei chronischer Obstipation

- etabliert in der Therapie der Stuhlinkontinenz
- Fallberichte deuten auf Besserung einer Obstipation
- Multicenter-Fallsammlung bei therapierefraktärer Obstipation (inklusive Pat. mit Rektumentleerungsstörung)



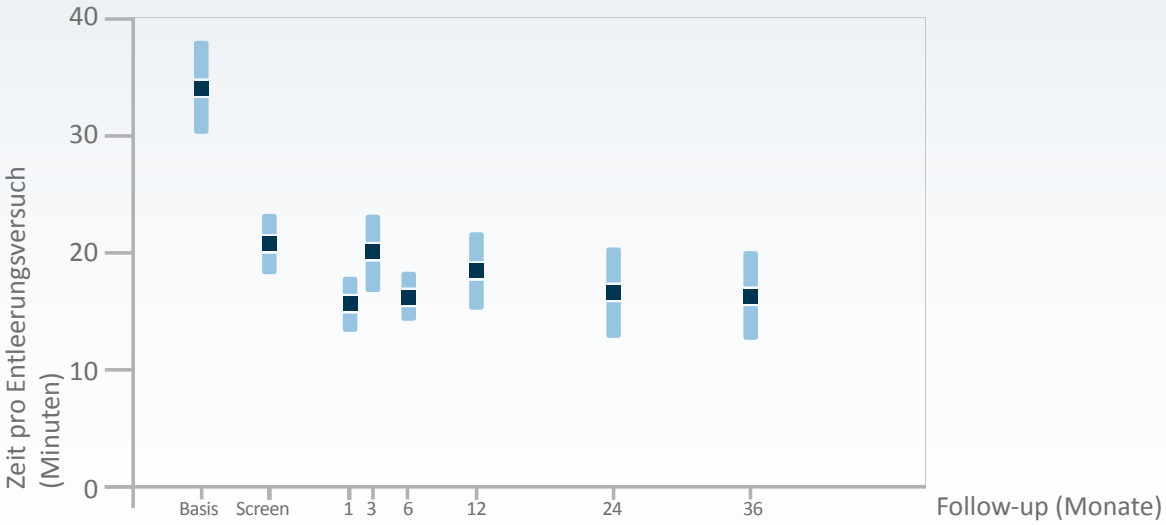


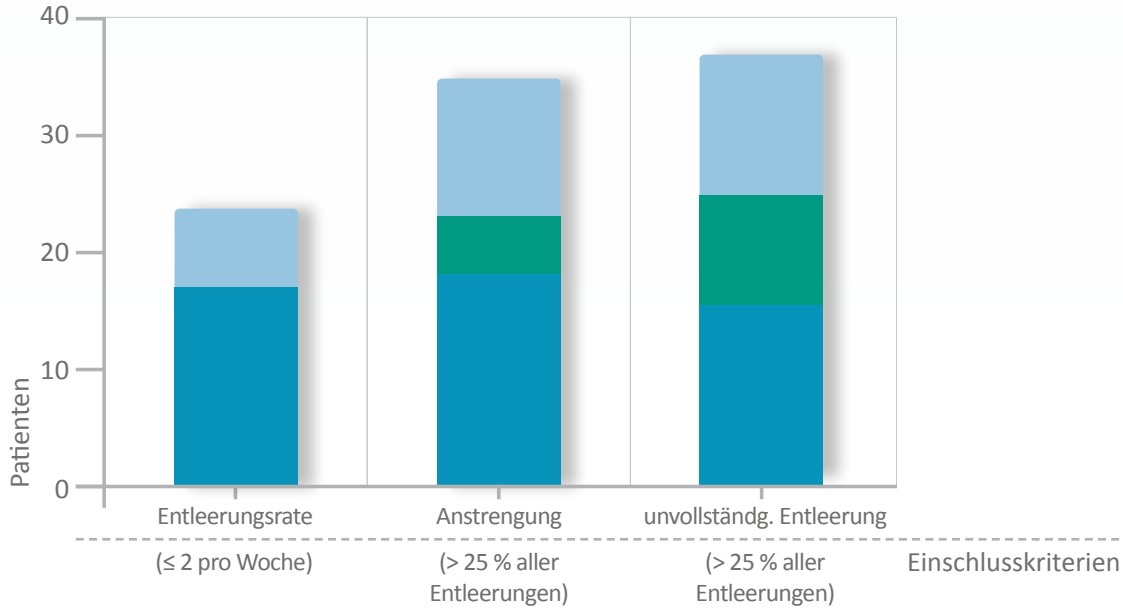


 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Sakralnervenstimulation bei chronischer Obstipation





62 Patienten getestet
45 Patienten implantiert

Kamm et al., 2010

- mehr als 50 % Reduzierung der Symptome beim letzten Follow-up/ Entleerungsrate >3 pro Woche beim letzten Follow-up
- 25 - 50 % Reduzierung der Symptome beim letzten Follow-up
- Weniger als 25 % Reduzierung der Symptome beim letzten Follow-up/ Entleerungsrate 2 oder weniger pro Woche beim letzten Follow-up

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Kolektomie

META-ANALYSE

- 32 Studien evaluiert (n>10 Patienten)
- Langzeit-Erfolg:
  - » Median 60 % (40 – 100 %)
- Effektivität subtotale Colektomie (ileorektale Anastomose) > segmentale Resektionen
- hohe Morbidität
- kein Effekt auf Schmerz oder Blähungen

Knowles et al., 1999

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Weitere medikamentöse Therapieoptionen

© 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Therapie durch Probiotika

TECHNIK

- Probiotika sind lebende Mikroorganismen, die den Darm besiedeln und einen positiven Einfluss auf den Wirt ausüben

ZIEL

- Änderung der Zusammensetzung der intestinalen Mikroflora, um die Motilität zu verstärken

EVIDENZ

- Es gibt Daten aus drei RCTs mit Erwachsenen und Kindern mit chronischer Obstipation
- Verbesserung der chronischen Obstipationssymptome und Stuhlfrequenz ab Woche zwei nach Verabreichung von Lactobacillus casei Shirota, L. casei rhamnosus oder L. reuteri

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Therapie durch Sekretagoga

WIRKMECHANISMUS:

Induktion von Wasser und Chlorid-Sekretion in das intestinale Lumen.

- Reduktion der Stuhlkonsistenz
- Erhöhung des Stuhlvolumens
- Verbesserung des Stuhltransits
- Linderung von Obstipationssymptomen

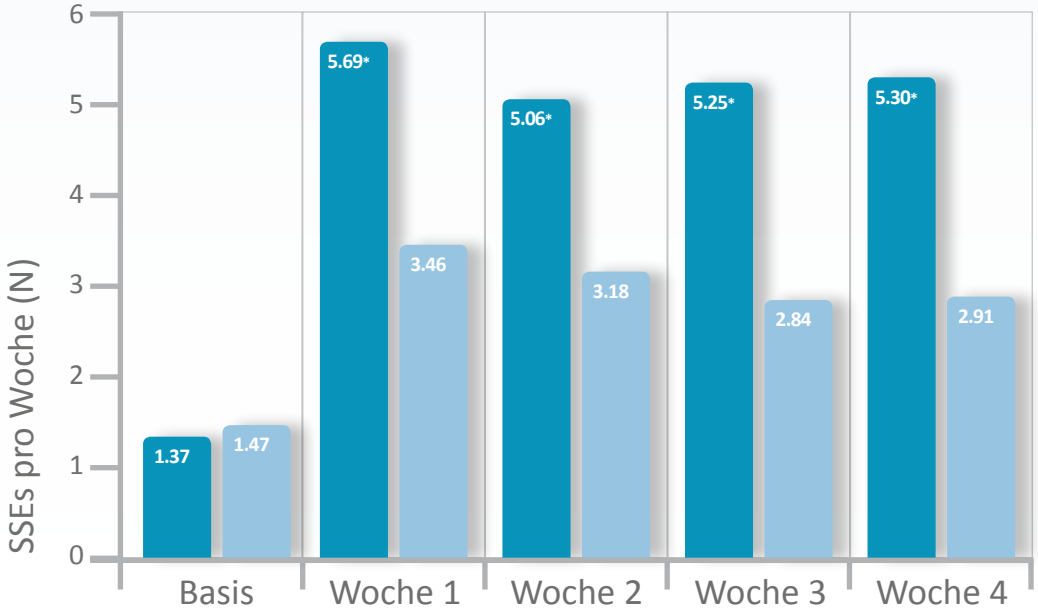
SUBSTANZEN:

- Lubiproston (stimuliert die Chlorid-Sekretion)
- Linaclotid (RDS-Obstipation)
  - » wohl auch mit zusätzlichen Effekten auf die Darmsensorik
  - » nur lokale Wirkung am Darm; keine Resorption

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Lubiproston bei chronischer Obstipation



242 Patienten, randomisiert für 4 Wochen
2-mal tgl. 24 µg Lubiproston vs. Placebo

- Nausea bei 1/3 der Patienten
- v.a. systemische Prostaglandin-Wirkung
- Zulassung: 2006 in den USA, 2009 in der Schweiz
- Zulassungsantrag für Europa zurückgezogen

Lubiprostone 24 mcg b.i.d.

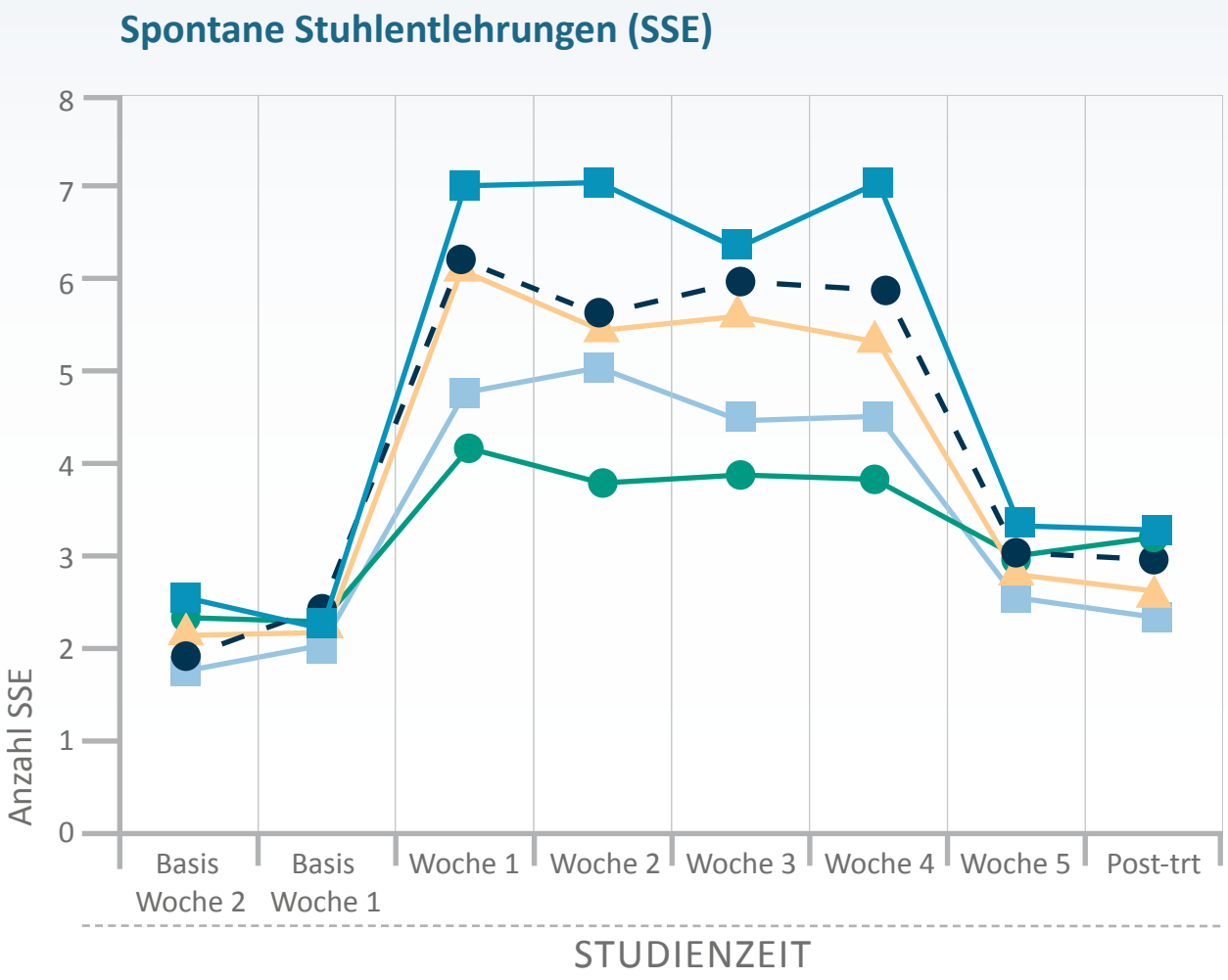
Placebo

Johanson et al., 2008

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Linaclotide bei chronischer Obstipation



310 Patienten, randomisiert für 4 Wochen
1-mal tgl. 75, 150, 300or 600 µg Linaclotid versus Placebo

- Placebo
- 75 mcg Lin
- 150 mcg Lin
- 300 mcg Lin
- 600 mcg Lin

Lembo et al., 2010

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Zusammenfassung Teil 4

THERAPIE DER OBSTIPATION

In der Therapie der chronischen Obstipation

… gilt ein Stufenschema von Allgemeinmaßnahmen zu chirurgischen Therapien.

… werden Entleerungsstörungen durch Biofeedback und Klistiere therapiert.

… ist eine Laxantientherapie möglich, aber oft nicht gut verträglich oder effektiv.

… können Ballaststoffe eine leichte Obstipation bessern.

… ist das Prokinetikum Prucaloprid eine erweiterte Therapieoption.

… sind weitere medikamentöse Therapien in der Entwicklung.

 © 2012 Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität e.V.

Deutsche Gesellschaft für Neurogastroenterologie Motilität e.V. | ACT Advances in Constipation Treatment | Shire

Neues aus den Leitlinien

1. Chronische Obstipation (in Vorbereitung)
2. Reizdarmsyndrom
3. Colitis ulcerosa

Neue S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Wichtige Inhalte im Überblick

- Neue Definition
- Viele neue Erkenntnisse zur Pathophysiologie
  - » Trend: RDS als organische Erkrankung
- Diagnostik: Positive Diagnosestellung und Forderung einer sicheren Ausschlussdiagnostik
- Therapie: 2-3 Säulen
  - » Allgemeinmaßnahmen/Ernährung
  - » Symptomorientierte medikamentöse Therapie
  - » Psychotherapie in ausgewählten Fällen

Reizdarmsyndrom

Diagnostik

Diagnostik bei V. a. Reizdarmsyndrom

Beschwerden führen (nachvollziehbar) zum Arzt

Anamnese + KU

Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

Diagnostik bei V. a. Reizdarmsyndrom

Beschwerden führen (nachvollziehbar) zum Arzt

Anamnese + KU

***Alte Definition: Schmerzen gekoppelt an Stuhlgangsveränderungen**

Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

Die neue Definition des Reizdarms

CHRONISCHE (>3 M.) DARM-SYMPTOME, **EINZELN** ODER **KOMBINIERT**

RELEVANTE EINSCHRÄNKUNG DER LEBENSQUALITÄT

OHNE NACHWEISBARE **ANDERE URSACHE FÜR DIE BESCHWERDEN**

Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

Die neue Definition des Reizdarms

CHRONISCHE (>3 M.) DARM-SYMPTOME, **EINZELN** ODER **KOMBINIERT**

RELEVANTE EINSCHRÄNKUNG DER LEBENSQUALITÄT

OHNE NACHWEISBARE **ANDERE URSACHE FÜR DIE BESCHWERDEN**

SCHMERZEN

OBSTIPATION

BLÄHUNGEN

DIARRHOE

Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

Die neue Definition des Reizdarms

CHRONISCHE (>3 M.) DARM-SYMPTOME, **EINZELN** ODER **KOMBINIERT**

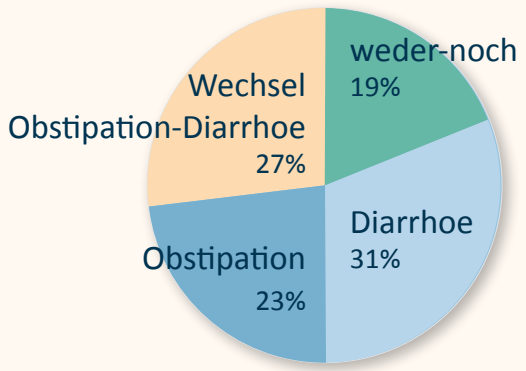
RELEVANTE EINSCHRÄNKUNG DER LEBENSQUALITÄT

OHNE NACHWEISBARE **ANDERE URSACHE FÜR DIE BESCHWERDEN**

SCHMERZEN

BLÄHUNGEN

STUHLVERÄNDERUNGEN



OBSTIPATION

DIARRHOE

Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

Diagnose-Sicherung ist die wichtigste Basis für das RDS-Management

DIAGNOSESICHERUNG & AUSSCHLUSS EINER ANDEREN URSACHE

ÄRZTLICHE FÜHRUNG: AUFKLÄRUNG, KONZEPT

SCHMERZEN

BLÄHUNGEN

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE NACH LEITSYMPTOMEN

OBSTIPATION

DIARRHOE

Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

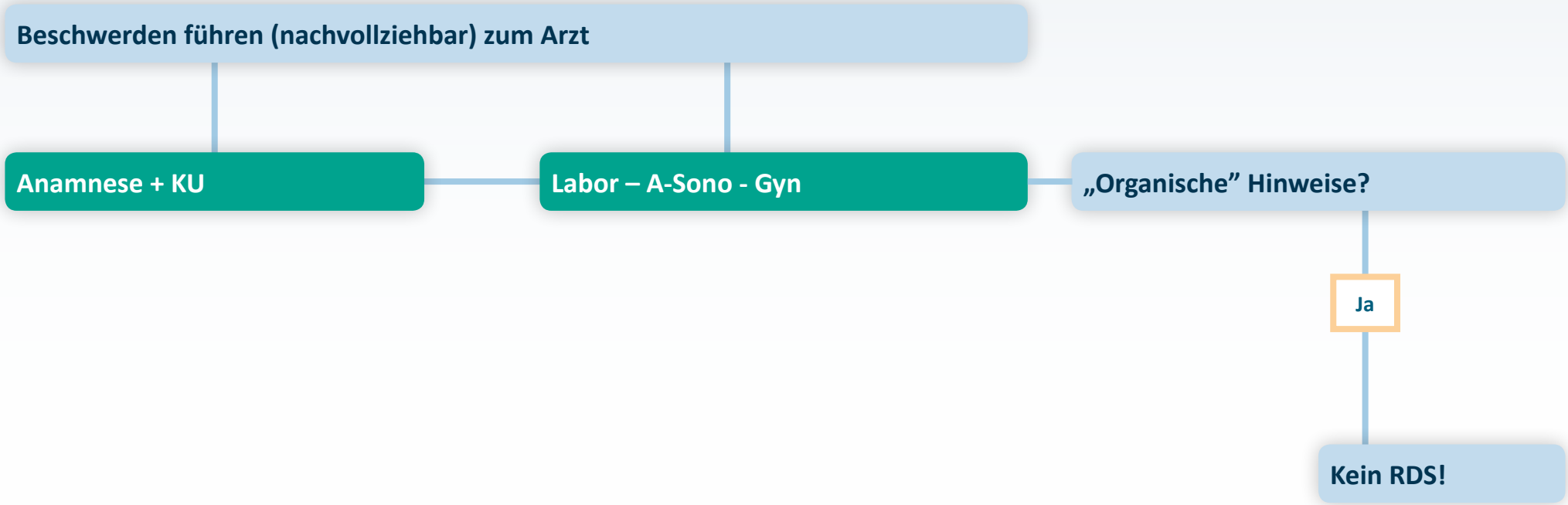
Diagnostik bei V. a. Reizdarmsyndrom

Beschwerden führen (nachvollziehbar) zum Arzt

Anamnese + KU

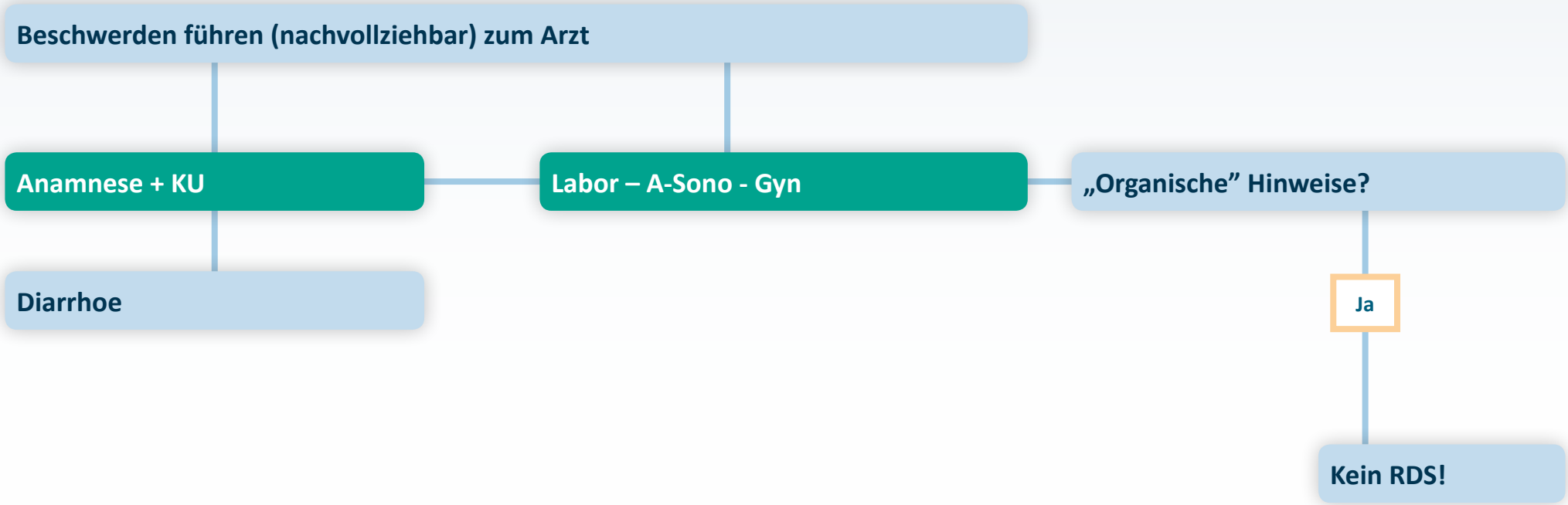
Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

Diagnostik bei V. a. Reizdarmsyndrom



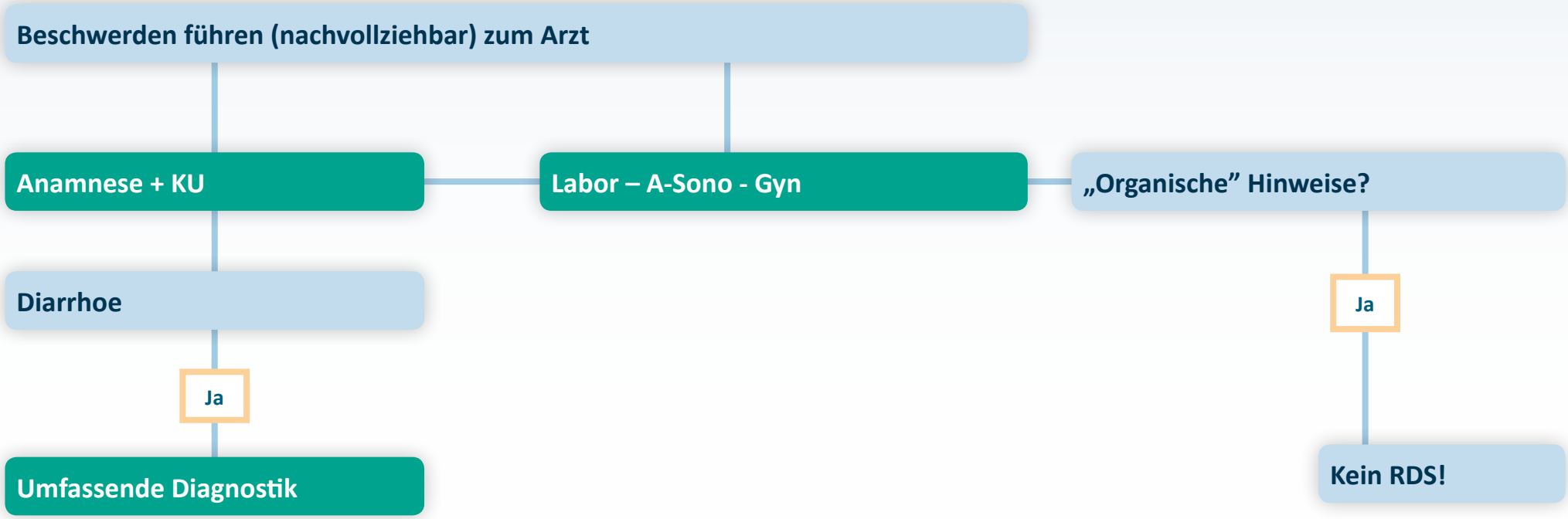
Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

Diagnostik bei V. a. Reizdarmsyndrom



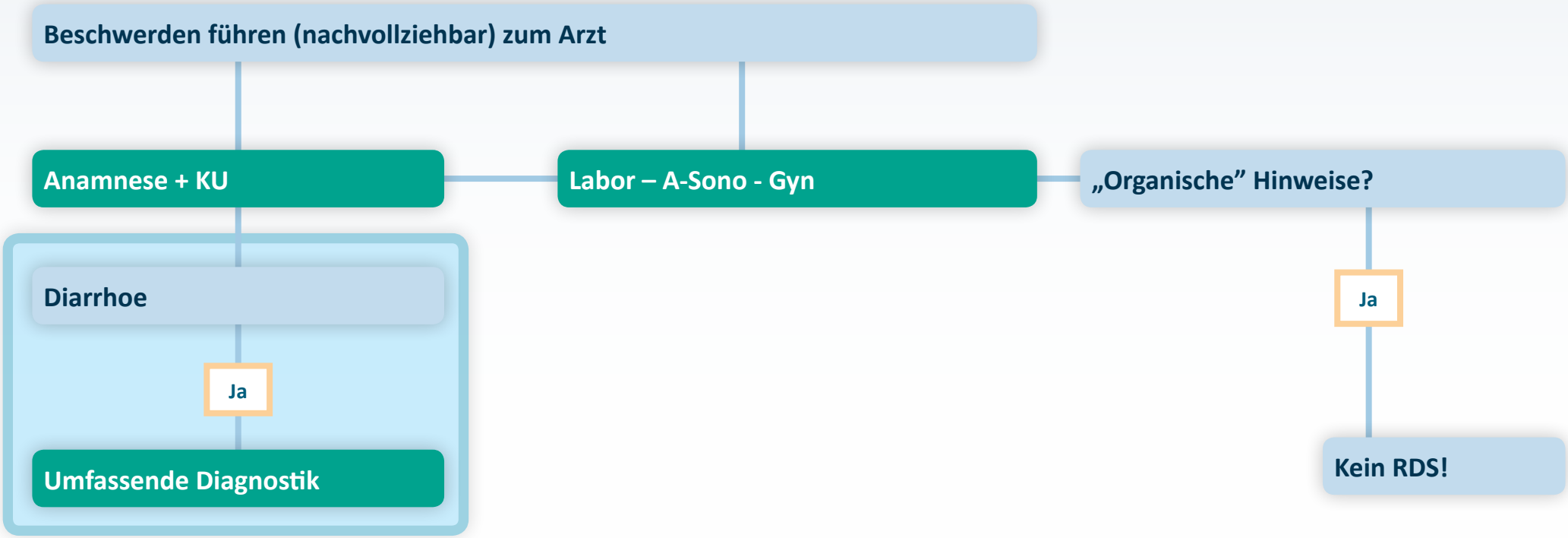
Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

Diagnostik bei V. a. Reizdarmsyndrom



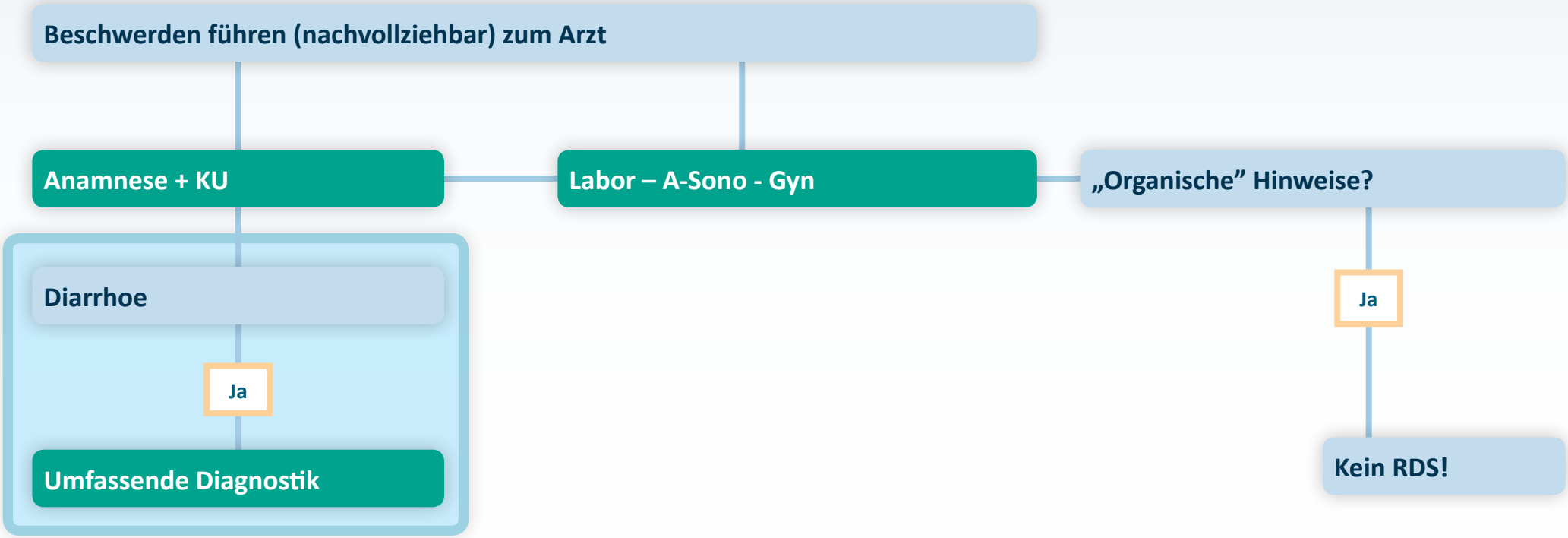
Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

Diagnostik bei V. a. Reizdarmsyndrom



Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

Diagnostik bei V. a. Reizdarmsyndrom

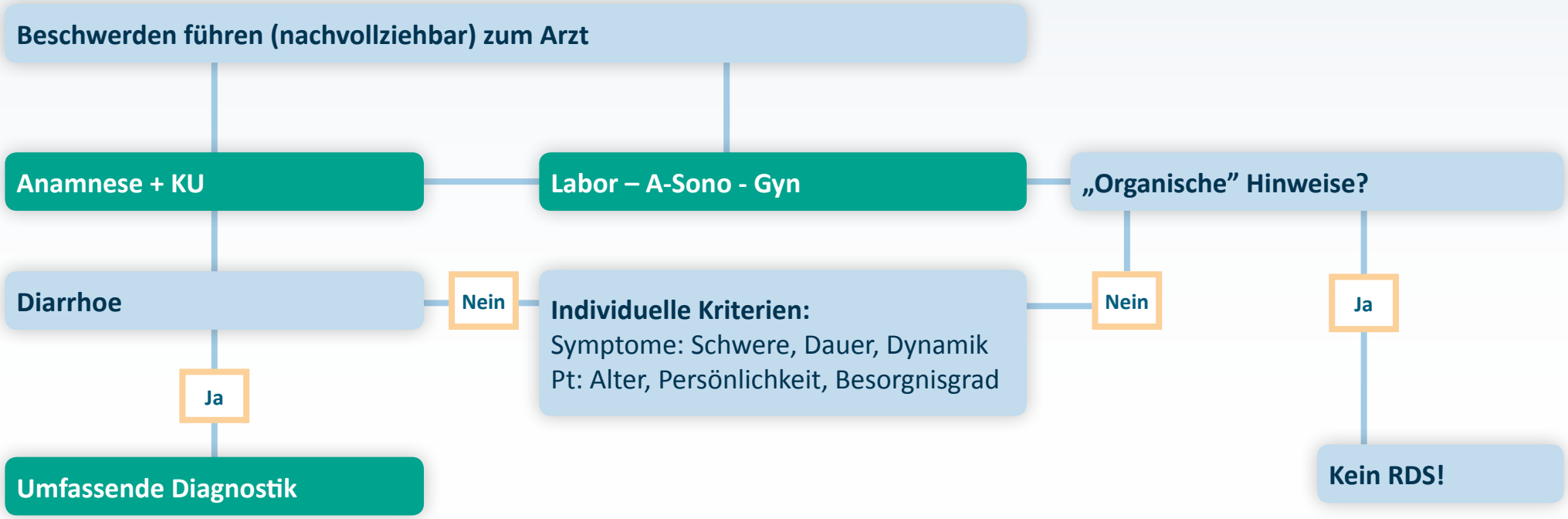


***In >90 % kein RDS, sondern kausal behandelbare Störung**

** Fernandez-Banares et al., 2007*

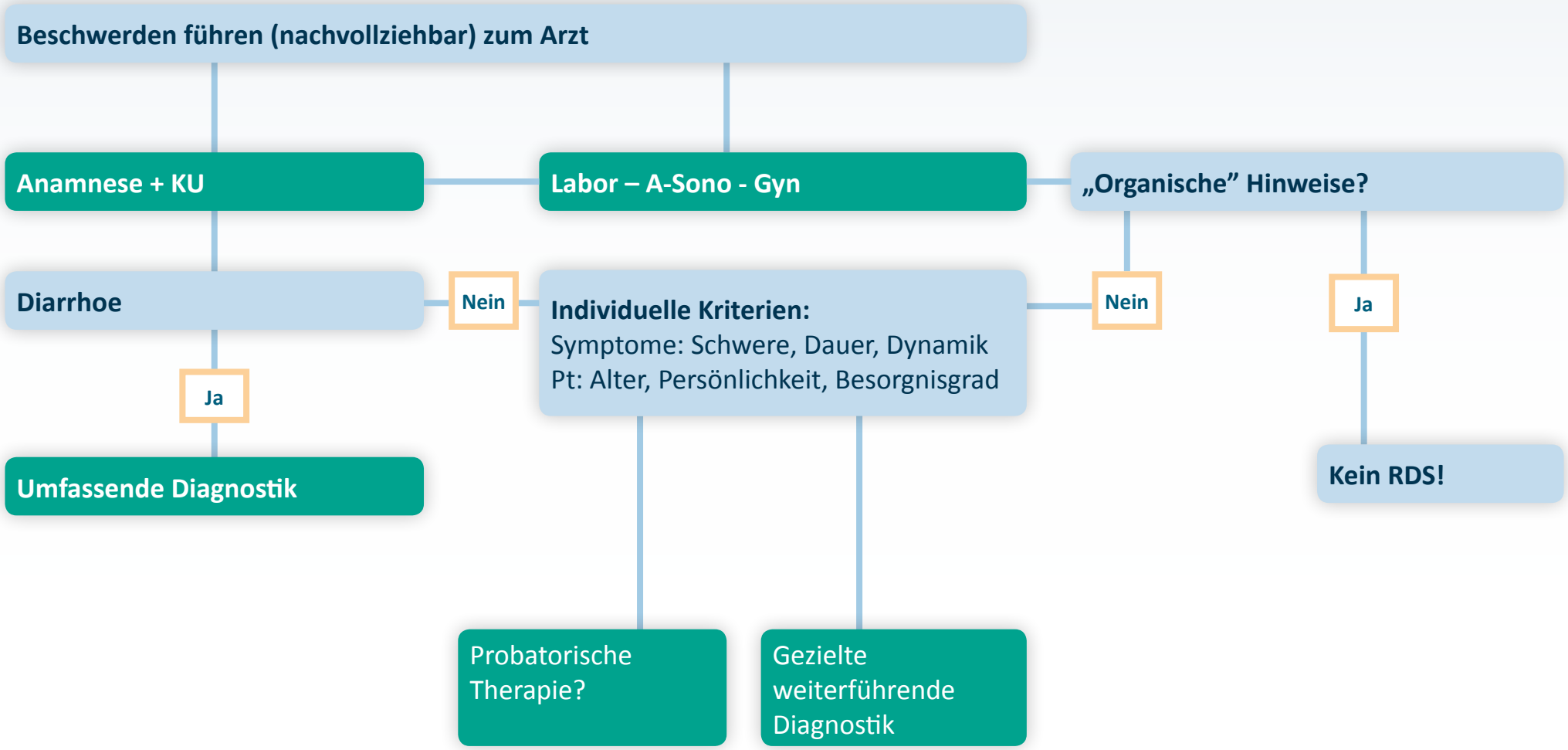
Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

Diagnostik bei V. a. Reizdarmsyndrom



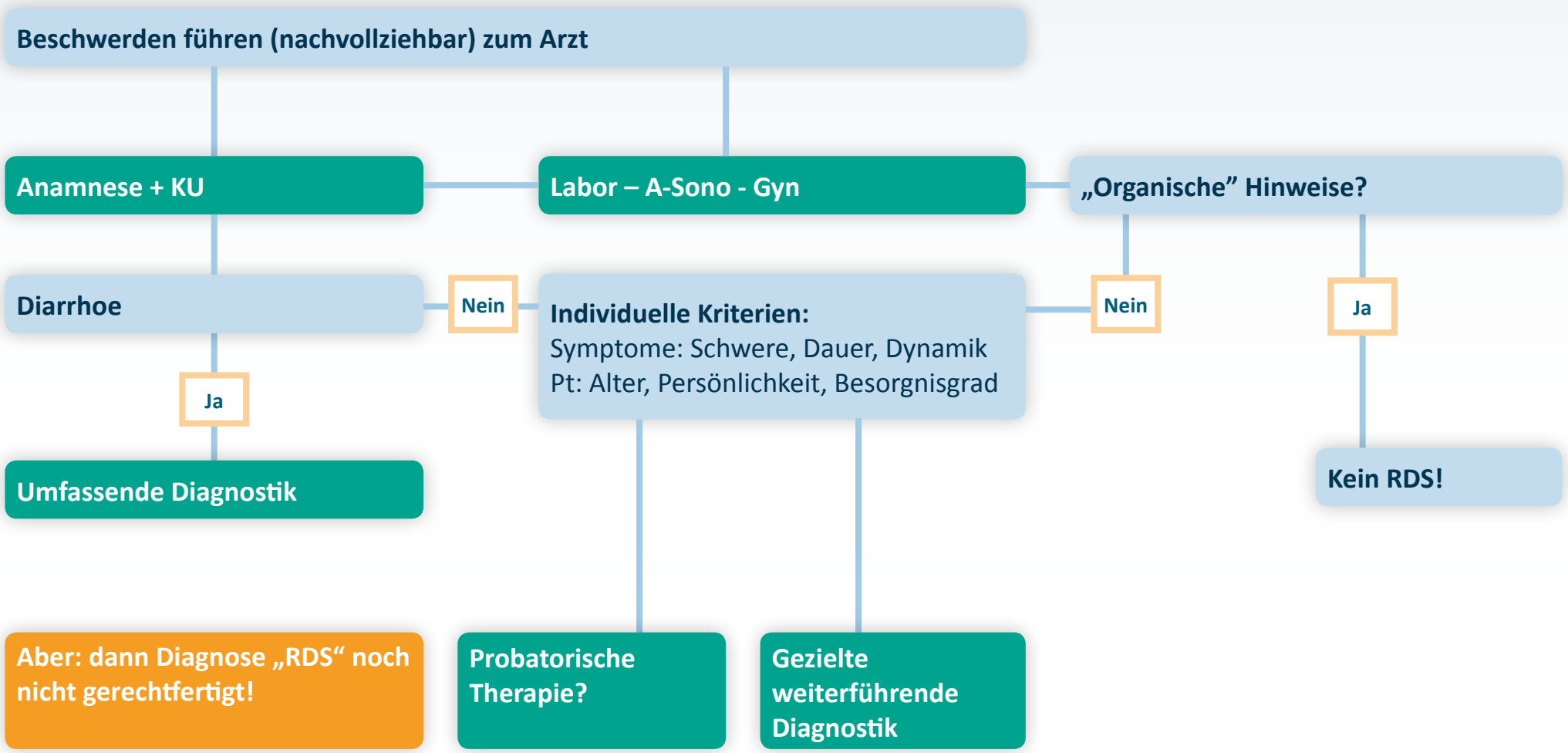
Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

Diagnostik bei V. a. Reizdarmsyndrom



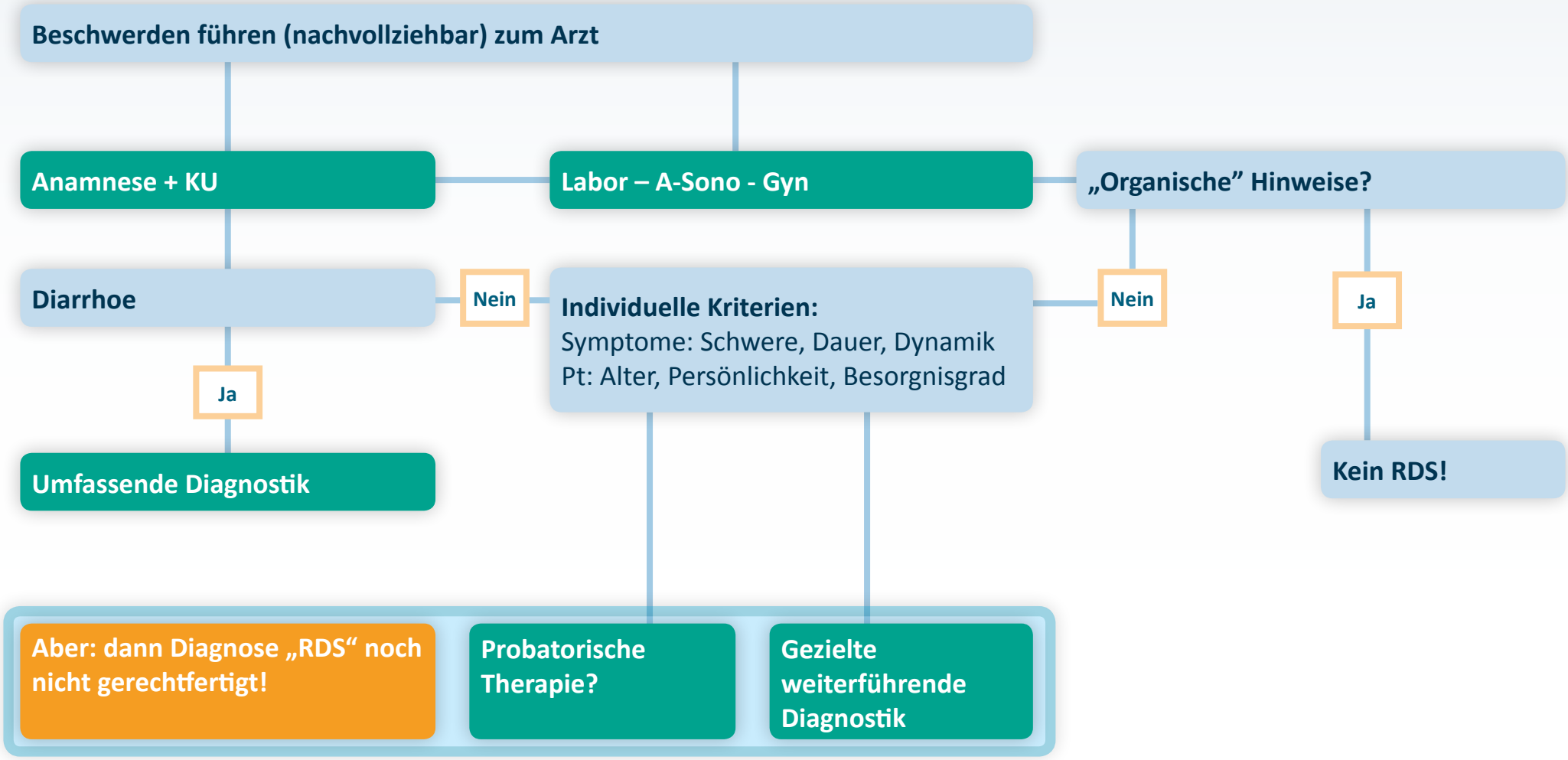
Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

Diagnostik bei V. a. Reizdarmsyndrom



Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

Diagnostik bei V. a. Reizdarmsyndrom



Deutsche S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom, 2011

Diagnosesicherung des RDS erfordert eine Ileocoloskopie

Statement 3-1-11:

Um die Diagnose eines RDS zu sichern, sollte beim Erwachsenen eine Ileokoloskopie zur Ausschlußdiagnostik durchgeführt werden.

[Evidenzgrad D, Empfehlungsstärke ↑, Konsens]

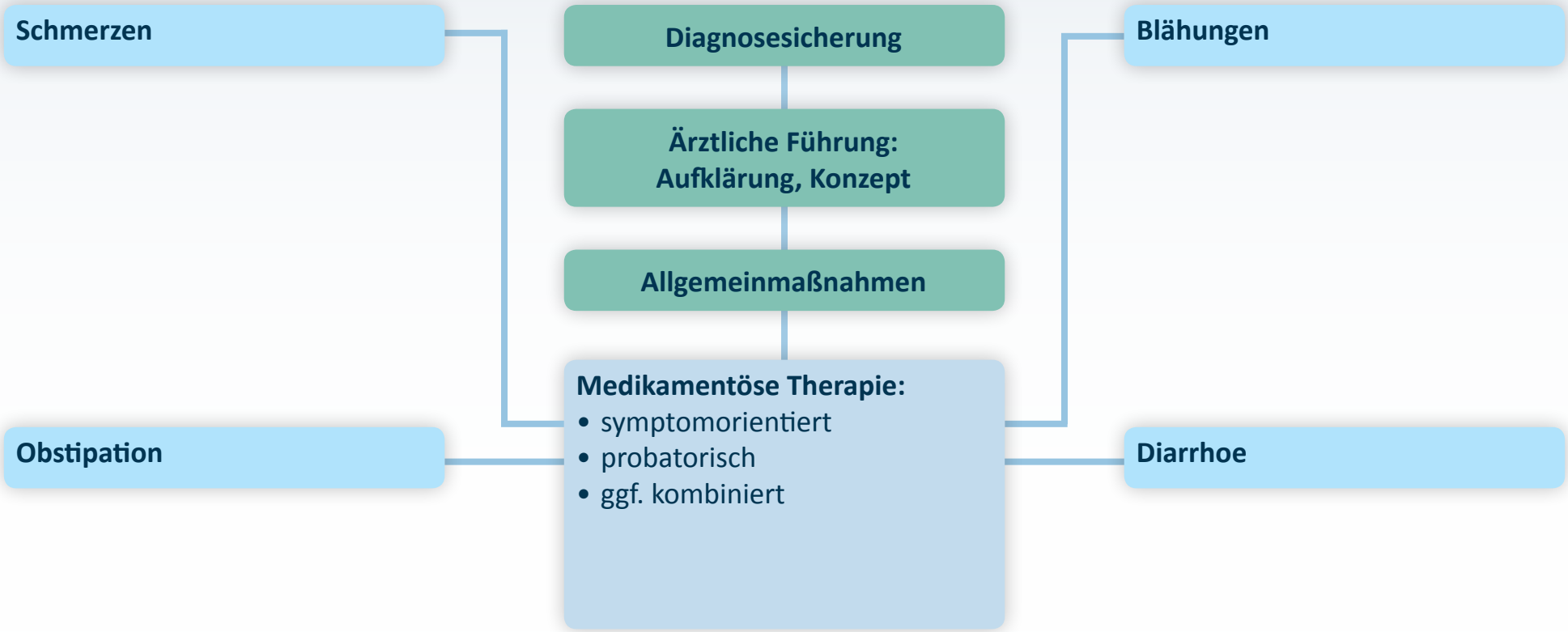
Diagnosestellung des Reizdarmsyndroms: Relevante Differentialdiagnosen

- Tumoren (bei Frauen: speziell auch Ovarial-Ca!)
- CED
- Zöliakie
- Lactose-/Fructosemalabsorption
- Bakterielle Fehlbesiedelung (SIBO)
- Divertikelkrankheit
- Intestinale Ischämie
- Intestinale Motilitätsstörungen (Pseudoobstruktion)
- Idiopathischer Gallensäurenverlust
- Medikamenten-NW
- etc.

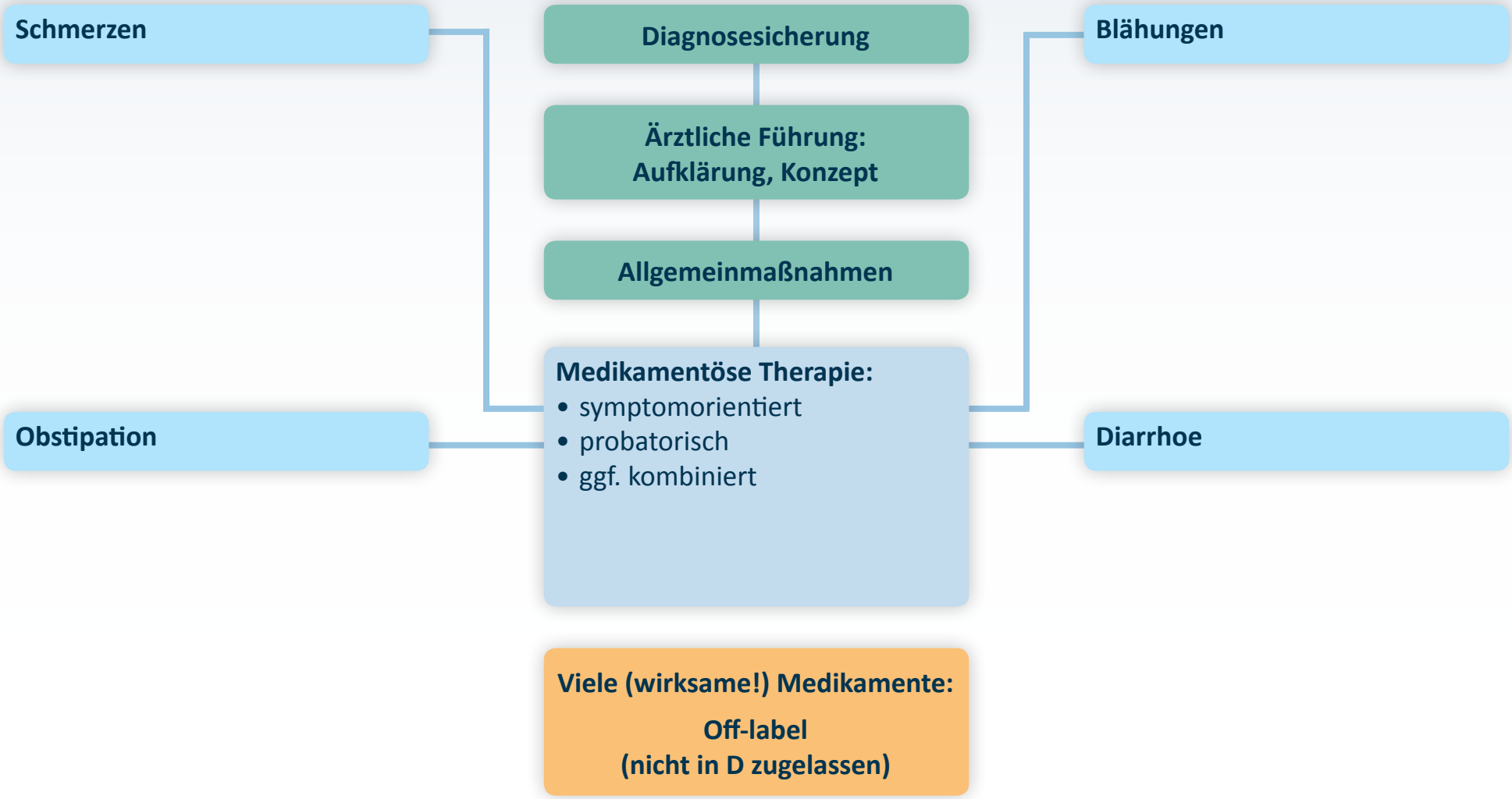
Reizdarmsyndrom

Management

Reizdarmsyndrom: Management



Reizdarmsyndrom: Management



Reizdarmsyndrom: Management

Schmerzen

- Spasmolytika
- Probiotika
- Phytotherapeutika
- lösl. Ballaststoffe (?)
- Antidepressiva
- ggf. 5-HT3-RA

Obstipation

Diagnosesicherung

Ärztliche Führung:
Aufklärung, Konzept

Allgemeinmaßnahmen

Medikamentöse Therapie:

- symptomorientiert
- probatorisch
- ggf. kombiniert

Blähungen

Diarrhoe

Viele (wirksame!) Medikamente:

Off-label
(nicht in D zugelassen)

Reizdarmsyndrom: Management

Diagnosesicherung

Ärztliche Führung: Aufklärung, Konzept

Allgemeinmaßnahmen

Medikamentöse Therapie:
- symptomorientiert
- probatorisch
- ggf. kombiniert

Schmerzen
- Spasmolytika
- Probiotika
- Phytotherapeutika
- lösl. Ballaststoffe (?)
- Antidepressiva
- ggf. 5-HT3-RA

Blähungen

Obstipation
- PEG-E'lyt-Lsg
- andere Laxanzien
- Ballaststoffe
- Prucaloprid
- Probiotika Phyto-therapeutika
- ggf. SSRI

(Einzelfälle: Lubiproston)

Diarrhoe

Viele (wirksame!) Medikamente:

Off-label
(nicht in D zugelassen)

Reizdarmsyndrom: Management

Diagnosesicherung

Ärztliche Führung: Aufklärung, Konzept

Allgemeinmaßnahmen

Medikamentöse Therapie:
- symptomorientiert
- probatorisch
- ggf. kombiniert

Schmerzen
- Spasmolytika
- Probiotika
- Phytotherapeutika
- lösl. Ballaststoffe (?)
- Antidepressiva
- ggf. 5-HT3-RA

Blähungen
- Probiotika
- Topische Antibiotika
- Simethicon
- Ernährung
- Bewegung

Obstipation
- PEG-E'lyt-Lsg
- andere Laxanzien
- Ballaststoffe
- Prucaloprid
- Probiotika Phyto-therapeutika
- ggf. SSRI

(Einzelfälle: Lubiproston)

Diarrhoe

Viele (wirksame!) Medikamente:

Off-label
(nicht in D zugelassen)

Reizdarmsyndrom: Management

Diagnosesicherung

Ärztliche Führung: Aufklärung, Konzept

Allgemeinmaßnahmen

Medikamentöse Therapie:
- symptomorientiert
- probatorisch
- ggf. kombiniert

Schmerzen
- Spasmolytika
- Probiotika
- Phytotherapeutika
- lösl. Ballaststoffe (?)
- Antidepressiva
- ggf. 5-HT3-RA

Blähungen
- Probiotika
- Topische Antibiotika
- Simethicon
- Ernährung
- Bewegung

Obstipation
- PEG-E'lyt-Lsg
- andere Laxanzien
- Ballaststoffe
- Prucaloprid
- Probiotika Phyto-therapeutika
- ggf. SSRI

(Einzelfälle: Lubiproston)

Diarrhoe
- Loperamid
- Colestyramin
- Probiotika
- Ballaststoffe
- Phytotherapeutika
- Spasmolytika
- ggf. 5HT3-RA
- Trizykl. Antidepressiva
- ggf. top. Antibiotika

Viele (wirksame!) Medikamente:

Off-label
(nicht in D zugelassen)

Neu! S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom

Alle weiteren Informationen in der neuen Leitlinie.

Frei verügbar unter **www.dgvs.de** in **Leitlinien**.

Colitis Ulcerosa - was gibt‘s Neues?

Aktualisierte Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Colitis ulcerosa 2011 – Ergebnisse einer Evidenzbasierten Konsensuskonferenz

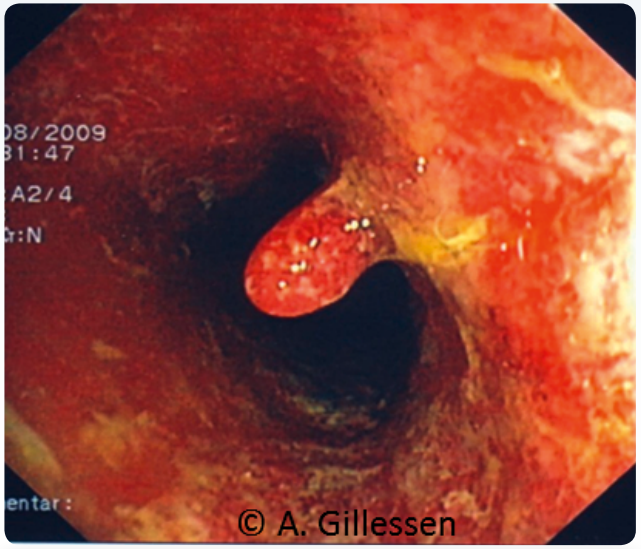
AWMF-Registriernummer: 021/009

Updated German Guideline on Diagnosis and Treatment of Ulcerative Colitis, 2011

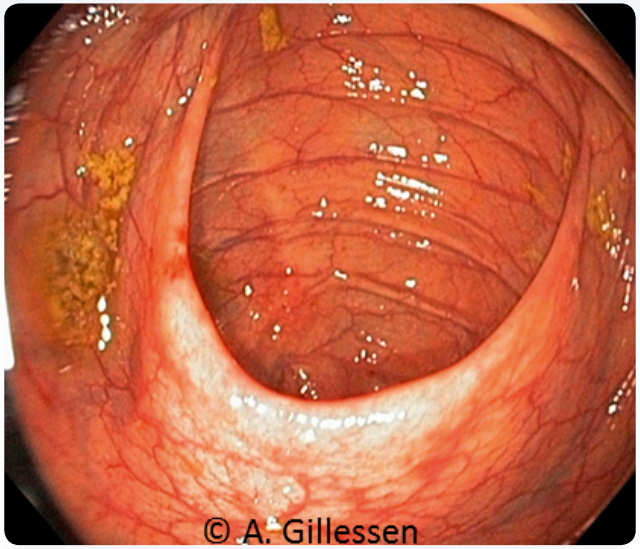
Authors

A. Dignass[1], J. C. Preiß[2], D. E. Aust[3], F. Autschbach[4], A. Ballauff[5], G. Barretton[3], B. Bokemeyer[6], S. Fichtner-Feigl[7], S. Hagel[8], K. R. Herrlinger[9], G. Jantschek[10], A. Kroesen[11], W. Kruis[12], T. Kucharzik[13], J. Langhorst[14], M. Reinshagen[15], G. Rogler[16], D. Schleiermacher[17], C. Schmidt[8], S. Schreiber[18], H. Schulze[1], E. Stange[9], M. Zeitz[2], J. C. Hoffmann[17], A. Stallmach[8]

5-ASA als Basistherapie



Schwere Colitis ulcerosa mit Pseudopolyp



Derselbe Patient in Remission

- Lebenslange Therapie zur Remissionserhaltung und als Karzinom prophylaxe
- 5-ASA (im Schub >3g nur 1-mal tgl) auch zusätzlich zu Immunsuppressiva
- Remission klinisch und endoskopisch ohne Entzündung

Anti-TNF-α-Therapie

- 2001-2006 in USA: 130 TBC-Meldungen
- Vor und bei Verdacht unter Therapie mit Infliximab/Adalimumab
- Rö-Thorax und ggf. IGRA-Test
  = Interferon-Gamma Release Assay
  (T-SPOT.TB®,QuantiFERONTB®)
- Vor Therapie: HB-S-AG, Anti-HB-C-AK und Anti HCV-AK
  ggf. impfen !

Ist das Risiko zur Reaktivierung einer Tuberkulose bei verschiedenen TNF-α-Antagonisten unterschiedlich? Was ist das geeignete Screening-Verfahren? Z Gastroenterol 2010

Therapietreue?

- 5-ASA-Präparate nehmen 75,8 % der <11 Jahre Erkrankten und 65 % mit ≥ 11 Jahren CU.
- „Nahrungsergänzungsmittel“ zusätzlich bei 40 % der Frauen und 28 % der Männer

Scherer, M.; Hardt, J.; Blozik, E.; Preiß, J. C.; Bokemeyer, B.; Hüppe, A.; Raspe, H., 2011
Lakatos, 2009