

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

SSION DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE
ABRAHAMIAN H
Chronische Obstipation im Kindesalter

*Journal für Ernährungsmedizin 2001; 3 (4) (Ausgabe für
Österreich), 17-19*

Homepage:

**[www.kup.at/
ernaehrungsmedizin](http://www.kup.at/ernaehrungsmedizin)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Mit Nachrichten der



**INTERDISZIPLINÄRES ORGAN FÜR PRÄVENTION UND
THERAPIE VON KRANKHEITEN DURCH ERNÄHRUNG**

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



CHRONISCHE OBSTIPATION IM KINDESALTER

KURZ &
INFORMATIV

DEFINITION

Unter einer chronischen Obstipation versteht man eine Stuhlretention infolge unvollständiger Stuhlentleerung. Sie liegt bei einer Beschwerdedauer von mehr als drei Monaten vor, wobei bei der Beurteilung nicht nur die Stuhlfrequenz, sondern vor allem die klinische Symptomatik entscheidend ist. Zu bedenken ist, daß die normale Variationsbreite der Stuhlfrequenz breit ist: beim voll gestillten Säugling von mehrfach täglich bis 1x in 14 Tagen, beim nicht gestillten Säugling und beim älteren Kind Stuhl täglich bis 3x pro Woche. Die klinische Symptomatik ist gekennzeichnet von:

- Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen, Inappetenz und Abgeschlagenheit;
- Defäkationsschmerzen, Blut- und Schleimabgang, unwillkürlicher Stuhlabgang, Analprolaps;
- Gedeihstörung.

Definition: Stuhlretention infolge unvollständiger Stuhlentleerung

- **Dauer über 3 Monate**
- **Entsprechende klinische Symptomatik (Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen, Inappetenz und Abgeschlagenheit; Defäkationsschmerzen, Blut- und Schleimabgang, unwillkürlicher Stuhlabgang, Analprolaps; Gedeihstörung)**

URSACHEN

Ätiologisch-pathogenetische Ursachen einer chronischen Obstipation im Kindesalter können sein: angeborene systemische oder kolorektale Erkrankun-

* J. Deutsch, U. Goriup, H. Haas, N. Haiden, B. Pietschnig, A. Pollak, I. Rock, W. Sperl, K. Widhalm, K. Zwiauer (Vorsitzender)

kungen oder funktionelle/psychische Störungen, die zur Stuhleindickung und u. U. zu Schmerzen beim Stuhlgang führen können. Letztere sind wesentlich häufiger Ursache des Problems und führen oft zu beträchtlichem Leidensdruck des Betroffenen und seiner Familie.

1. Angeborene systemische oder kolorektale Erkrankungen

- Hypothyreose
- Chronischer Flüssigkeitsverlust und Elektrolytimbalancen (renal, medikamentös bedingt)
- Morbus Hirschsprung, Hypoganglionose, neuronale intestinale Dysplasie
- Fehllinderung bei Rückenmarksläsionen
- Anorektale Fehlbildungen.

2. Funktionelle und/oder psychische Störungen, die zu Stuhleindickung mit oder ohne Defäkationsschmerzen führen:

- Anale und perianale Läsionen: z. B. Analfissuren oder perianale Entzündungen
- Alimentär bedingte Störungen: Nahrungsumstellung im Säuglingsalter; zu wenig Flüssigkeit, zu wenig Ballaststoffe, zu viel Saccharose
- Situative Störfaktoren und psychische Belastungen: Irritation beim Sauberwerden, Änderungen im gewohnten Tagesablauf oder der gewohnten Umgebung (z. B. Kindergarten, Einschulung, Reisen, Umzug), familiäre Spannungen und andere psychosoziale Konflikte

Funktionelle/psychogene Ätiologie

- **Anale Läsionen (z. B. Rhagaden, Ekzeme)**
- **Falsche Ernährungsgewohnheiten**
- **Dehydrationszustände**
- **Inaktivität (z. B. spastische Tetraplegie)**
- **Situative Störfaktoren**
- **Psychische Belastungen („Hilfeschrei des Kindes“)**

SCHMERZ-RETENTION-SCHMERZ-ZYKLUS

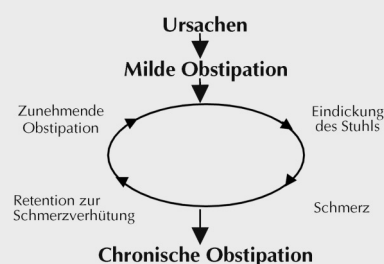
Zentraler Faktor der funktionell/psychisch bedingten chronischen Obstipation ist der Schmerz-Retention-Schmerz-Zyklus. Defäkationsschmerzen wollen vermieden werden, das Hinauszögern und Vermeiden des Stuhlgangs führt zu weiterer Stuhleindickung, die bei der nächsten Defäkation wiederum (u. U. noch stärkere) Schmerzen und Läsionen hervorrufen und das pathologische Verhaltensmuster perpetuieren.

Angriffspunkt der Therapie der funktionell/psychisch bedingten chronischen Obstipation ist daher das Durchbrechen dieses Schmerz-Retention-Schmerz-Zyklus.

Ursachen:

- **Organische Störungen**
 - Idiopathisches Megakolon
 - Intestinale Obstruktion
 - Hypothyreose
- **Funktionell/psychogen**
 - Stuhleindickung mit/ohne Defäkationsschmerzen
 - Situative und psychische Belastungen

Schmerz-Retention-Schmerz-Zyklus



THERAPIE DER FUNKTIONELL/ PSYCHISCH BEDINGTEN OBSTIPATION

Therapieziel ist die vollständige und regelmäßige Stuhlentleerung. Kriterien dafür sind ein normaler Stuhl täglich oder zumindest jeden 2. Tag, kein unwillkürlicher Stuhlabgang und Schmerzfreiheit.

- Ausführliche Gespräche mit dem Betroffenen und seinen Eltern und eingehende Aufklärung über die Pathogenese, Physiologie des Stuhlverhaltens und die Ursachen des Stuhlschmierens sind von großer Wichtigkeit. Die Wahrung der persönlichen Sphäre des Kindes, der Abbau von Schuldzuweisungen und die Einführung in das Therapiekonzept bilden die Grundlage der Therapie. Die Patienten werden in weiterer Folge zum regelmäßigen Toilettengang (nach der Mahlzeit unter Ausnutzung des „gastrokolischen Reflexes“) angehalten. Unterstützend können körperliche Bewegung und Sport eingesetzt werden.
- Eine initiale Darmentleerung mit salinischen oder Glycerinsuppositorien, Mikroklistiere oder salinische Klysmen (Clysmol®, Relaxyl Klystier®; 60 ml/10 kg, Höchstdosis 125 ml) bis zur vollständigen Darmentleerung sind in der Frühphase der Therapie oft nötig. Bei Defäkationsschmerzen, insbesondere bei Fissuren und perianalen Entzündungen, sollten anfangs Externa mit Lokalanästhetikum aufgetragen werden, um Schmerzen beim Stuhlabsetzen zu vermeiden.
- Bei leichten Fällen (mit kurzem Verlauf und ohne klinisch ausgeprägte Stuhlretention) reicht häufig nach der initialen Darmentleerung die Ernährungsumstellung aus.
- Bei schweren Fällen muß zusätzlich zur Ernährungsumstellung und nach initialer Darmentleerung Laktulose (z. B. Laevolac® Lactulose-Konzen-

trat 3x 1/2 bis 3x 1 Eßlöffel durch 14 Tage) oder – bei ausbleibendem Erfolg – Paraffinum subliquidum gegeben werden, wobei sich die Dosis am Therapieziel orientiert. Unter Umständen müssen bei zwischenzeitlich erneut auftretendem Stuhlverhalten von länger als zwei Tagen wiederum die Maßnahmen zur initialen Darmentleerung eingesetzt werden. Auch eine akut auftretende Obstipation sollte konsequent und früh auf diese Weise behandelt werden, um den Schmerz-Retention-Schmerz-Zyklus der chronischen Obstipation zu verhüten.

Funktionell/psychogen bedingte Obstipation – Therapie

- **Arzt-Patient-Eltern-Gespräch**
- **Regelmäßiges und vollständiges Entleeren des Dickdarmes**
- **Behandlung des lokalen- und des Defäkationsschmerzes**
- **Weichhalten des Stuhles**
- **Besondere Ernährung**

BESONDERE ERNÄHRUNGSTHERAPIE

Der Ernährungstherapie kommt bei der Behandlung der chronischen Obstipation ein besonderer Stellenwert zu. Die Ernährung soll altersentsprechend und gemischt sein und mehrere Besonderheiten aufweisen:

1. Sogenanntes kaltes erstes Frühstück: Jeden Morgen erhält das Kind vor dem Frühstück als erstes Getränk einen kalten, frischgepreßten Obstsaft (Orangen-, Apfel-, Traubensaft). Dadurch wird der „gastrokolische Reflex“ ausgelöst, d. h., die anregende Wirkung des Saftes auf den Magen löst Peristaltik im Kolon aus. Kaltes Wasser und/oder saure Milch können denselben Effekt haben. Am besten bewährt

haben sich aber frischgepreßte Säfte, die kalt sind (4–6 °C). Es gilt, das individuell praktikable und bestwirksame Getränk herauszufinden.

2. Schokolade, Kakao, raffinierte Kohlenhydrate (z. B. Coca-Cola, Fanta, Dicksäfte; Naschwerk, Zuckerln etc.) sollen nach Möglichkeit vermieden werden, da sie obstipierend wirken.
3. Reichlich darmperistaltikfördernde Nahrungsmittel sollen häufig im Speiseplan vorkommen: Schwarzbrot (kein Weißbrot); frischgepreßte Obstsaften, Sauer- und Buttermilch, Joghurt; rohes und gekochtes Gemüse und Obst, besonders Äpfel, Trauben, Kiwi, Sauerkraut.
4. Wichtig ist eine ausreichende, altersentsprechende Zufuhr von Flüssigkeit, die den Umgebungsbedingungen angepaßt ist (Sommer, Hitze etc.).
5. Leinsamen und Weizenkleie werden bei Kindern nicht empfohlen, da sie bei nicht ausreichender Flüssigkeitszufuhr die Obstipation sogar unterhalten können.

Wichtig für Patienten und Eltern ist der Hinweis, daß sich eine Obstipationsbehandlung über mindestens drei bis sechs Monate und, falls erforderlich, auch länger erstreckt. Regelmäßige, anfangs kurzfristige (14tägige), später längerfristige (alle vier Wochen) Kontrolluntersuchungen und wiederholte Beratungen sind für einen langfristigen Erfolg notwendig.

Falls psychische Faktoren eine dominierende Rolle spielen, sind u. U. auch psychotherapeutische Begleitmaßnahmen erforderlich.

Der frühzeitigen und konsequenten Behandlung der akuten und chronischen Obstipation kommt eine entscheidende Rolle bei der Prävention von Spätfolgen/-schäden im Erwachsenenalter, wie z. B. Divertikulose, Divertikulitis und Laxantienabusus, zu. Die Prognose der chronischen Obstipation im Kindesalter ist bei konsequenter Therapie, straffer Führung und Beratung des Patienten gut. ►

► Besondere Ernährungstherapie

1. Prämisse

- Prinzipiell soll die Ernährung altersentsprechend und gemischt sein
- Darüber hinaus muß auf Besonderheiten geachtet werden
- Sogenanntes kaltes erstes Frühstück
 - Frisch gepreßte (Obst-)Säfte
 - Ausnutzung des „gastrokolischen Reflexes“

2. Meiden von: Schokolade, Kakao, raffinierten Kohlenhydraten (z. B. Coca-Cola, Fanta, Dicksäfte, Naschwerk, Zuckerln etc.)

3. Reichlich darmperistaltikfördernde Nahrungsmittel: Vollkornbrot (kein Weißbrot)

Frischgepreßte Obstsäfte
Sauer- und Buttermilch, Joghurt
Rohes und gekochtes Gemüse und Obst, besonders Äpfel, Trauben, Kiwi, Sauerkraut

4. Auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr ist zu achten: Altersentsprechend, unter Berücksichtigung der Außentemperatur (Hitze)

5. Leinsamen oder Weizenkleie wird nicht empfohlen