

Obstipation bei der Multiplen Sklerose

Wolfgang H. Jost, Fachbereich Neurologie, Deutsche Klinik für Diagnostik, Wiesbaden

Patienten mit einer Multiplen Sklerose beklagen häufig eine Verstopfung (Obstipation). Bezüglich der Formen und Häufigkeit bestehen immer noch Unklarheit und erhebliche Meinungsunterschiede. Auch bezüglich der optimalen Therapie gibt es noch keine einheitliche Lehrmeinung.

Anatomie, Pathologie

Der N. vagus, der zehnte Hirnnerv, versorgt den Gastrointestinaltrakt von der Speiseröhre bis zur linken Flexur des Dickdarms (Kolons). Der absteigende Dickdarm und der Enddarm werden von Nervenzellen des Sakralmarks versorgt. Hierbei ist vor allem die parasympathische Innervation wichtig, die sympathische Innervation des Darms ist von geringerer Bedeutung. Dementsprechend können bei unterschiedlichen MS-Herden auch verschiedene Formen einer Obstipation resultieren. Bei der Rückbildung eines Herdes können sich die Symptome verändern und gegebenenfalls der Befund auch wieder normalisieren.

Formen der Obstipation

Verzögerter Transit (Slow transit Obstipation)

Die Darmwand enthält viele Nervenzellen (etwa so viele wie das Rückenmark), die eine regelmäßige und den Erfordernissen angepasste Motilität des Darms garantieren. Daneben unterliegt der Darm einer autonomen Innervation, bei deren Ausfall oder Minderaktivität die Darmpassage verlangsamt ist. Dementsprechend wird der Darminhalt langsamer transportiert und der Stuhl stärker eingedickt. Bei länger bestehender Obstipation können auch die Nervenzellen in der Darmwand durch

Überdehnung geschädigt werden und dadurch die Darmmotilität vermindert sein. Auch dies führt zur so genannten slow transit Obstipation.

Outlet-Obstipation

Neben dem verzögerten Transit kann man bei Patienten mit einer MS auch eine Entleerungsstörung des Enddarms, eine so genannte outlet-Obstipation finden. Mögliche Ursachen dieser outlet-Obstipation sind eine Spastik des Beckenbodens oder ein gestörter Defäkationsreflex. Bei einer outlet-Obstipation ist natürlich immer auch an proktologische Erkrankungen zu denken.

Diagnostik

Wie meist, so steht auch bei der Obstipation die Anamnese und der klinische Befund bei der Diagnostik im Vordergrund. Dazu gehört auch die digitale Untersuchung des Analkanals. Selbstverständlich müssen auslösende Ursachen, insbesondere Medikamente erfragt werden.

Als sehr hilfreiche Methode darf die Gabe röntgendichter Marker angesehen werden. Sie erlauben nicht nur eine qualitative und quantitative Aussage, sondern darüber hinaus eine Differenzierung der oben genannten Formen. Eine Verteilung der Marker im Dickdarm spricht für eine Transitverzögerung, eine Anhäufung im Enddarm für eine outlet-Obstipation (Abb.).

Tritt bei den Patienten eine Obstipation relativ akut auf, muss natürlich eine komplette gastro-enterologische Untersuchung erfolgen. Durch eine Darmspiegelung und eine Röntgen-Kontrast-Untersuchung müssen Tumore und Entzündungen ausgeschlossen werden.

Ergibt sich bei Patienten der Verdacht auf eine outlet-Obstipation, empfehlen sich weiterführende diagnostische Maßnahmen wie Defäkographie (Röntgenuntersuchung während der Stuhlentleerung), anorektale Manometrie (Druckmessung),

Elektromyographie und der Ballon-Expulsions-Test. Keine der genannten Methoden erlaubt eine sichere Diagnose. Hier sei ergänzend erwähnt, dass mit dem EMG eine Spastik der Schließmuskeln nachgewiesen werden kann.

Therapie

Bevor eine aufwändige und kostenintensive Therapie begonnen wird, sollten die Patienten natürlich diätetische Maßnahmen, wie beispielsweise adäquate Flüssigkeitszufuhr und ballaststoffreiche Ernährung sowie ausreichende Bewegung durchführen, gegebenenfalls unterstützt durch Physiotherapie.

Bedauerlicherweise sind diese Maßnahmen häufig unzureichend und die Patienten bedürfen einer medikamentösen Therapie. Die erste Stufe wäre der Einsatz von Laktulose oder Flosamen. Als Mittel der Wahl bei klinisch relevanter slow transit Obstipation sind osmotische Laxantien, insbesondere die Polyethylen-Glykole anzusehen. Die klinische Erfahrung sowie die bisherigen Untersuchungen zeichnen insbesondere Macrogol als wirkungsvoll zur Behandlung eines verzögerten Transits aus.

Liegt hingegen eine outlet-Obstipation vor, empfehlen sich spezifische proktologische Maßnahmen. Bei einer Spastik des Beckenbodens kann die Injektion von Botulinumtoxin in den Analsphinkter hilfreich sein. Als relevante unerwünschte Wirkung ist eine mögliche anale Inkontinenz anzusehen. In vielen Fällen kann durch eine optimierte Therapie der Spastik auch die Obstipation verbessert werden.

Operative Maßnahmen, wie eine Kolonresektion bei der slow transit-Obstipation oder eine Sphinkterotomie bei der outlet-Obstipation sollte nur in Ausnahmefällen erfolgen.

Anale Inkontinenz

In diesem Text wird die Verstopfung und nicht die Stuhlinkontinenz abgehandelt. Es muss jedoch auf die Möglichkeit einer Inkontinenz im Rahmen einer schweren Verstopfung

hingewiesen werden. Ist nämlich die Obstipation sehr ausgeprägt, kann es zu einer bakteriellen Verflüssigung des Stuhls kommen und der flüssige Stuhl kann nicht mehr eingehalten werden. Hier muss die Obstipation behandelt werden und darf nicht versehentlich eine Durchfallerkrankung vermutet werden.

Abb.1: Anhäufung der Pellets im Enddarm. Patient mit outlet-Obstipation

Der Patient erhält über 6 Tage, jeweils morgens um 10 Uhr eine Gelatine-Kapsel die mit 10 kleinen, röntgendichten Bariumwürfeln gefüllt ist. Am 7 Tag wird eine Röntgen-Abdomenübersicht angefertigt und die Pellets ausgezählt. Die Transitzeit in Tagen errechnet sich, in dem man die Anzahl der Pellets durch 10 dividiert, die Transitzeit in Stunden, in dem man die Anzahl mit 2,4 multipliziert. Eine Transitzeit über 3 Tage darf als pathologisch angesehen werden.

