



Verstopfung und Stuhlinkontinenz

Begriffsbestimmung

Als Verstopfung (**Obstipation**) bezeichnet man folgende Probleme mit der Stuhlentleerung:

- 2 oder weniger Stuhlgänge pro Woche (mit Ausnahme von vollgestillten Säuglingen)
- Übermäßiges Zurückhalten von Stuhl
- Schmerzhaft oder harte Stuhlgänge
- Große Stuhlmassen im Enddarm (Rektum)
- Mindestens 1 Episode pro Woche mit Stuhlinkontinenz, Stuhlschmierern (bei Kindern, die bereits sauber sind)

Als **Stuhlinkontinenz** (Stuhlschmierern oder Einkoten größerer Mengen) wird eine Darmentleerung an einem dafür nicht vorgesehenen Ort bei einem Kind jenseits eines Entwicklungsalters von 5 Jahren bezeichnet. In den allermeisten Fällen wird eine Stuhlinkontinenz bei sonst gesunden Kindern durch eine Verstopfung ausgelöst.

Gängiges Missverständnis bei der Definition von Verstopfung:

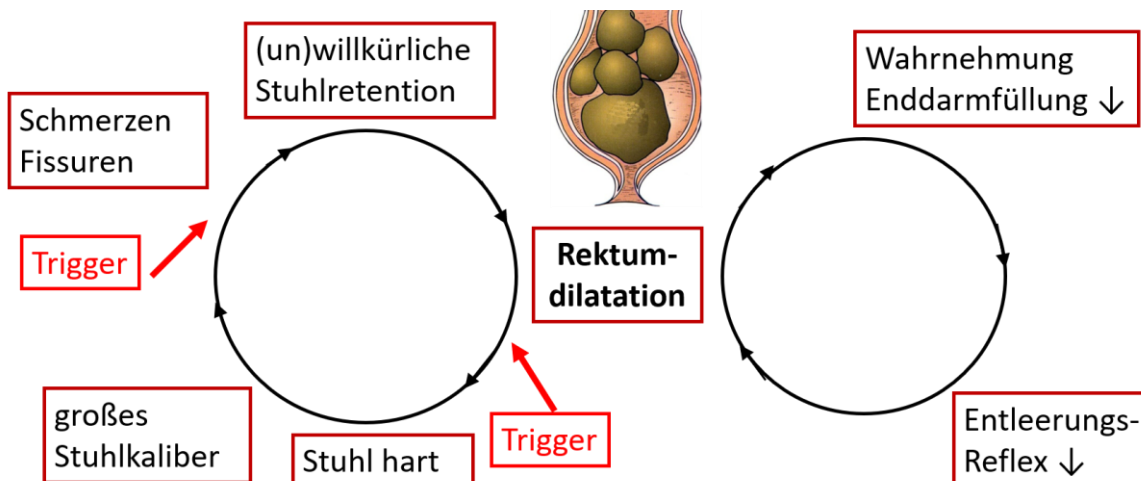
! Auch ein Kind, das regelmäßig kleine Stuhlportionen entleert, kann eine Verstopfung haben, wenn die ausgeschiedene Stuhlmenge kleiner als die Stuhlproduktion des Darms ist.

Ursachen für Verstopfung

In einer gründlichen Abklärung können organische Genesen weitestgehend ausgeschlossen werden. Nur sehr selten ist eine invasive Diagnostik nötig. Wenn keine organische Genese zu Grunde liegt, spricht man von **funktioneller Obstipation**.

Wie entsteht eine funktionelle Obstipation?

Es kommt durch verschiedene Auslöser („Trigger“) zu einem Teufelskreislauf, der sich selbst unterhält:



Mögliche „Einstiegspunkte“ (Trigger) in den Teufelskreis können sein:

- a) Akute Verstopfung (z.B. im Rahmen einer fieberhaften Erkrankung, auf einer Reise, etc)
- b) Schmerzen / unangenehme Erlebnisse am After besonders bei Kindern im Alter von 1-4 Jahren, wenn die Kontrolle über die Schließmuskeln erlernt wird.
- c) Irritationen und Zwänge in der Lebensphase, in der die Kontrolle über die Schließmuskeln erworben wird (dies kann auch durch Fiebermessen oder Zäpfchen unter Zwang oder dem Nicht-zu-Verfügung-stehen von für dem Kind angenehmen Darmentleerungsorten wie fremde Umgebung oder sog. „Windelentzug“ passieren)
- d) Einrisse (Fissuren) im Schließmuskelsbereich
- e) Entzündungen (z.B. Streptokokkeninfektionen) des Enddarms und Schließmuskels.

All diesen negativen Erfahrungen gemein ist, dass die Kinder dann instinktiv den Stuhlgang zurückhalten. Der Stuhl verbleibt dann länger als normal im Enddarm (Rektum) – hier wird dem Stuhl dann mit der Zeit mehr und mehr Wasser entzogen: er dickt ein und wird großkalibrig. Dies führt wiederum zu unangenehmen Erfahrungen bei der nächsten Defäkation. Diese negativen Erfahrungen müssen nicht immer als starke Schmerzen im Sinne von Weinen oder Schreien geäußert werden und können daher auch in der Wahrnehmung der Erwachsenen „fehlen“. Oft werden jedoch „Haltemanöver“ wie Beine überkreuzen, Überstrecken, rumzappeln, etc beobachtet als Ausdruck des aktiven Zurückhaltens.

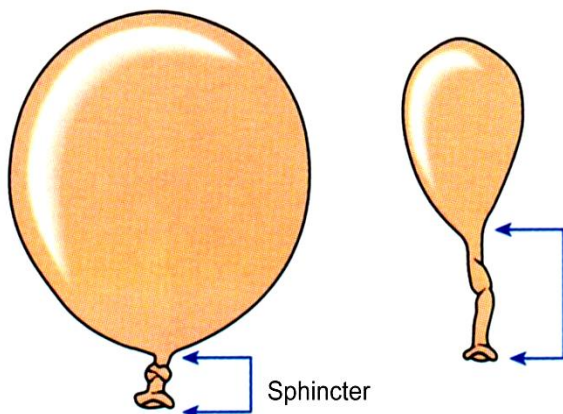
Unabhängig von der auslösenden Ursache setzt sich eine einmal entstandene Verstopfung weiter fort – auch wenn der Auslöser längst beseitigt ist!

Ein zweiter Teufelskreis kann entstehen, wenn das Problem über eine längere Zeit besteht (chronifiziert): Durch die dauerhafte Dehnung des Enddarmes wird die Wahrnehmung für die Enddarmfüllung erheblich reduziert oder sie fehlt sogar ganz – das Kind kann dann nicht mehr merken, dass es eigentlich an der Zeit wäre, den Darm zu entleeren. Darüber hinaus ist die „Entleerungs-Mechanik“ durch die Dehnung des Enddarmes gestört – so wird es für die Kinder noch schwieriger, überhaupt Stuhlgang abzusetzen. Ist es einmal so weit gekommen, gelingt es den Kindern von alleine nicht, diese Teufelskreise zu unterbrechen. Sie benötigen unsere Hilfe (s. Therapie).

Stuhlinkontinenz (Stuhlschmierer, Einkoten) im Rahmen einer Verstopfung

Bei langdauernder Verstopfung kann es durch die Kotballen zu einer Aufweitung des Enddarms, schließlich auch zu einer Verkürzung des Schließmuskels (Sphinkter) kommen. Dies äußert sich zunächst als **Stuhlschmierer** (kleine Mengen, „Bremsspur“), später bei dem weitergehenden Verlust der Kontrolle über den Schließmuskel auch als **Einkoten** größerer Mengen.

Manchmal kommt es auch zu einem Wechsel von hartem und flüssigem Stuhl – dies passiert, wenn Stuhl, der teilweise durch Fäulnis zersetzt und flüssig wurde, unkontrolliert an den festen Stuhlballen vorbei nach außen entweicht (dieser Stuhl riecht oft extrem unangenehm und ist sehr klebrig) – das bezeichnet man als **Überlaufstuhl**.



Schließmuskel-Verkürzung



Überlaufstuhl

Behandlung der Verstopfung (und Stuhlinkontinenz)

Die Behandlung besteht aus 4 Grundsäulen:

1. **Vermeidung weiterer negativer Erfahrungen am Anus**
2. **Desimpaktion**
3. **Stuhlerweichung mittels Macrogol über eine längere Zeit!**
4. **Verhaltenstraining (für Kinder ab ca 4 Jahren)**

Desimpaktion:

Dies bezeichnet die Entleerung der angestauten Stuhlmassen. Ohne diese Entleerung werden weitere Maßnahmen alleine oft nicht ausreichend sein, wenn das Problem bereits längere Zeit besteht.

In der Regel kann z.B. durch hochdosierte Gabe von Macrogol-Gaben (z.B. 1,5 g/kg/d über 3-4 Tage) eine Entleerung ohne unangenehme Gefühle am Anus erreicht werden.

In KEINEM FALL sollte bei Kindern mit einer chron. Verstopfungsproblematik unter Zwang und gegen den Willen des Kindes ein Klistier gegeben werden! Vermeiden Sie unbedingt Manipulationen mit Finger oder Fieberthermometer! Sie können über Verletzungen des Schließmuskels die Verstopfung verstärken.

Stuhlerweichung:

Macrogol (Polyethylenglycol, PEG) ist ein Stoff, der im Darm Wasser bindet. Über diesen Weg verhindert das Mittel in der richtigen Dosis ein Eindicken des Stuhls und erneuten Schmerzen durch festen Stuhlgang. Macrogol führt auch längerfristig zu keinem Gewöhnungseffekt und ist auch in der langfristigen Anwendung unschädlich und sicher (Übelkeit oder Ausschläge sind möglich – dann bitte Rücksprache).

Die individuelle Dosis richtet sich nach dem Effekt - die richtige Dosis ist dann gefunden, wenn der Stuhlgang cremig weich ist. Oft werden hierfür 0,5 bis 0,8 g/kgKG Macrogol pro Tag benötigt. Wir werden eine geeignete Anfangs-Dosis mit Ihnen besprechen.

Wichtig ist es, die Therapie und das Training ausreichend lange und konsequent genug durchzuführen, bis Ihr Kind sich an eine normale, schmerzfreie Darmentleerung gewöhnt hat und die Weite des Enddarmes sich wieder normalisiert haben.

Wir werden den richtigen Zeitpunkt für eine – vorsichtige und allmähliche! – Reduktion mit Ihnen besprechen. Eine frühzeitige Reduktion birgt die Gefahr, dass man wieder „ganz am Anfang“ steht.

Faustregel für die Dauer der Therapie:

So lange wie die Verstopfung zuvor bestand - oft 12 oder mehr Monate!!

Das Auftreten von **Stuhlschmierern** ist in aller Regel ein Zeichen einer Ansammlung von Stuhl im Enddarm – dann darf die Medikamentendosis **nicht** vermindert werden!

Verhaltenstraining

Toilettentraining (für Kinder jenseits des 3. Lebensjahres):

- 2 × tägl. nach einer Mahlzeit (Frühstück, Mittagessen, Abendessen) für 5-10 min auf dem Töpfchen/der Toilette sitzen
- Positive Gestaltung (Vorlesen, Belohnung, Lob für Erfolg. Evtl. Kalender führen lassen).
- Verwendung eines Toilettenhockers (so dass die Füße fest auf dem Hocker stehen und die Knie über der Hüfte sind)
- Bitte beachten Sie untenstehende Hinweise zur Sauberkeitserziehung / Windeltoilette.

Bewegung und Sport

Lassen Sie Ihr Kind sich so viel es geht bewegen, toben und spielen. Bewegung regt auch den Darm an - im Gegensatz zum Aufenthalt vor dem Fernseher, Computer oder der Spielekonsole.

Therapie bei Schleimhaut-Einrissen und Entzündungen im Enddarmbereich

Anale Schleimhaut-Einrisse (Fissuren) und Entzündungen im Schließmuskelsbereich (peranales Ekzem) können starke Trigger für den Teufelskreis der funktionellen Obstipation sein. Umgekehrt führt harter Stuhl häufig zu Einrissen am After. Neben der Stuhlerweichung (s.o) können diese Probleme wie folgt angegangen werden:

- ✓ Sitzbäder mit Gerbstoffpräparaten (z. B. Tannosynth®, Schwarztee) mindestens 1 × pro Tag und nach jedem Stuhlgang.
- ✓ Salbenbehandlung, z. B. mit Zink-Salben
- ✓ Bei bakteriell bedingtem Ekzem (Streptokokken der Gruppe A): antibiotische Behandlung

Ernährung und Erziehung

Ernährung: bei einer schwergradigen Obstipation reicht eine Änderung der Ernährung alleine nicht aus, um das Problem zu beheben! Sie stellt aber langfristig eine unterstützende Maßnahme dar!

1. Ballaststoffreiche Kost:

- Viel Obst, speziell Pflaumen, Birnen, Äpfel, Melone, Aprikose, Feige lockern den Stuhl. Wenn möglich, Obst nicht schälen. Auch Dörrobst ist günstig.
- Viel Gemüse (nicht nur gekochte), reichlich Salate, Rohkost.
- Viele Vollkornprodukte (Vollkornbrot, Müsli). Kein Toastbrot, keine weißen Brötchen.
- Keine Schokolade, wenig Süßigkeiten.

2. Milch- und Milchprodukte stark reduzieren:

- Kuhmilch enthält viele Kalorien, aber keine Ballaststoffe. Sie führt auch zu einer Verlangsamung des Darmtransportes
- Es sollten maximal das Äquivalent von 200 ml Kuhmilch pro Tag zu sich genommen werden

In manchen Fällen führt auch eine **Kuhmilchallergie** zur Verstopfung (vor allem bei Kindern zwischen 1 und 4 Jahren), weswegen wir in Verdachtsfällen einen Versuch mit einer 3-4 wöchigen komplett kuhmilcheiweißfreien Diät empfehlen.

3. Ausreichende Trinkmenge:

- Ihr Kind sollte reichlich kalorienfreie Getränke zu sich nehmen (Mineralwasser, Tee, verdünnte Obstsaft/Schorle). Eine Faustregel lautet:

Körpergewicht	Flüssigkeitsbedarf/Tag
Bis 10 kg	100 ml pro kgKG
11- 20 kg	1000 ml + 50 ml/kg für jedes kg über 10 kgKG
Ab 21 kg	1500 ml + 20 ml/kg für jedes kg über 10 kgKG

Bsp: Ein Kind mit 25 kgKG sollte demnach $1500 \text{ ml} + 5 \cdot 20 \text{ ml} = 1500 \text{ ml} + 100 \text{ ml} = 1600 \text{ ml/d}$ zu sich nehmen.

Diese Angaben sind Näherungswerte und können je nach Bedarf (Bewegung, Schwitzen, etc) auch darüber oder leicht drunter liegen.

Eine starke Steigerung über den normalen Bedarf hinaus, wird (bei normaler Bewegung / ohne viel Schwitzen / Hitze) nur zu mehr Urinproduktion führen und nicht zu weicherem Stuhlgang!

Erziehung:

Positive Verstärkung

Wie belastend die Situation für Sie als Familie auch sein mag – bitte unterstützen Sie Ihr Kind positiv bei dem Prozess. Mit Strenge und Bestrafung erreicht man nichts, sondern das Problem wird meist noch verstärkt. Positive Verstärkung, wenn Dinge gut laufen, werden motivierend wirken für die Zukunft. Es gibt zahlreiche gut etablierte Methoden (Thronchenkalender, Sticker kleben, etc) zur Motivationsförderung. Bitte fragen Sie die Kinder nicht ständig, ob sie auf die Toilette müssen (sie können es nicht merken), sondern verabreden Sie lieber feste Regeln, an die sich das Kind zu halten hat (zB. das Toilettentraining).

Sauberkeitserziehung

Wenn Ihr Kind für die Defäkation eine Windel möchte, gewähren sie sie solange wertfrei, wie es vom Kind gewünscht wird. Lassen Sie sich nicht verunsichern, falls Kommentar aus der Umgebung Ihnen suggerieren, dass Ihr Kind es nie lernen wird, wenn man jetzt ihm noch eine Windel belässt – das Gegenteil ist der Fall. Die Kinder brauchen Sicherheit, dass beim Darmentleerungsprozess nichts Schlimmes passiert und das braucht auch unter Stuhlerweichung zunächst etwas Zeit. Erst dann wird Ihr Kind einen Entwicklungsschritt wie den der Windelentwöhnung gehen können.

Ganz wichtig bei der Sauberkeitserziehung: Bezüglich der Kontrolle der Darmentleerung bei Kindern zwischen 3 und 6 Jahren gilt: Die Kinder geben das Tempo vor. „Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht...“

Bitte keine Zwänge ausüben, keine negativen Kommentare (auch nicht von Dritten) im Beisein des Kindes!

Unterstützung bei Belastungen

Es gibt Studien, die besagen, dass die Lebensqualität von Familien mit Kindern, die unter einer Stuhlinkontinenz leiden, so schlecht ist wie die von Familien mit Kindern, die an Krebs erkrankt sind! Wenn Sie sich chronisch gestresst, überfordert oder hilflos wegen der Problematik fühlen: Zögern sie nicht sich Unterstützung zu holen. Dies kann Entlastung im Alltag aus dem familiären Umfeld sein, ein Austausch mit anderen Betroffenen oder psychologische Unterstützung. Letzteres kann auch für diejenigen Kinder hilfreich sein, die wegen z.B. einer Stuhlinkontinenz gemobbt werden. Bei manchen Verhaltensproblemen ist zusätzlich eine psychologische Begleitung oder Therapie notwendig. Wenn Sie sich über die psychische Situation Ihres Kindes Sorgen machen, sprechen Sie uns oder Ihren Kinderarzt bitte an.

Kontrollen und Warnzeichen

Anfangs sind regelmäßige Kontrollen notwendig, um den Erfolg der Behandlung zu überprüfen und die weitere Therapie zu besprechen. Häufig ist eine Anpassung der Behandlung an die individuellen Bedürfnisse jedes einzelnen Kindes notwendig. Langfristig wird dann versucht werden, die medikamentöse Therapie zu reduzieren und auszuschleichen.

Sollte sich trotz intensiven Trainings keinerlei Fortschritt erzielen lassen, ist ggfs eine weiterführende, auch invasive Diagnostik sinnvoll – bitte melden Sie sich, wenn sich trotz aller Therapie „gar nichts tut“:

- ✓ wenn die Therapie nach 2 Wochen nicht zu regelmäßiger Stuhlentleerung (möglichst täglich, maximal alle drei Tage) führt.
- ✓ wenn die Therapie zu regelmäßigem Durchfall führt oder die Inkontinenz sich verschlechtert.
- ✓ wenn Ihr Kind extreme, anhaltende Schmerzen hat (dann ist eine ärztliche Untersuchung nötig).

Weitergehende Informationen

Betroffenen-Verband Knopf im Bauch

- deutschlandweit tätiger Verband mit vielen Erklärungen und Unterstützungsmöglichkeiten
- www.knopf-im-bauch.com

Erklärvideos:

- Zum Thema Stuhlschmierer: auf der Homepage der Fachgesellschaft GPGE findet sich ein instruktives Lernvideo („The poo in you“ - ist hier übersetzt auf deutsch) – es lohnt sich, dies ab einem Alter von 5-6 Jahren mit seinen Kindern anzusehen, falls sie von Stuhlinkontinenz betroffen sind: <https://www.gpge.eu/aufklrungsvideos>
(s. auch QR-Code – Hinweis: Link auf externe Seite – es wird keine Haftung übernommen)



- Ein durchaus sehenswertes, witziges Video zum Thema Toilettenhocker eines US-amerikanischen Herstellers findet sich im Internet (z.B. auf Youtube): „This unicorn changed the way I poop“. Dieses Video ist auf englisch – aber die Bilder sprechen für sich.