

## Verstopfung und Stuhlinkontinenz bei Kindern- Ursachen und Behandlung

### Begriffsbestimmung

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

- Schmerzhaftes Stuhlentleeren (ggf. mit Angst vor der Entleerung)
- Unvermögen, trotz Stuhldrang Stuhl zu entleeren
- Unvollständige Stuhlentleerung (zu kleine Portionen; führt zu Stau im Enddarm)
- Seltene Stuhlentleerungen: 4 oder mehr Tage ohne Stuhlentleerung kann als Verstopfung angesehen werden, obwohl dies nicht bei allen Kindern zu Schmerzen führt.

**Ausnahme:** Gestillte Säuglinge jenseits des 2. Lebensmonats entleeren oft nur alle 7 Tage (bis maximal 14 Tage) einen (weichen!) Stuhl.

Als **Stuhlinkontinenz** (Stuhlschmierer, Enkoprese) bezeichnet man eine Darmentleerung an einem dafür nicht vorgesehenen Ort bei einem Kind jenseits eines Entwicklungsalters von 5 Jahren. Da in den meisten Fällen eine Stuhlinkontinenz bei sonst gesunden Kindern durch eine Verstopfung ausgelöst wird, wird hier zunächst vor allem auf das Problem der Verstopfung eingegangen.

### Gängige Missverständnisse bei der Definition von Verstopfung:

! Harter Stuhl oder Stuhl von großem Kaliber kann einen *Normalbefund* darstellen, wenn sie nicht von Bauchschmerzen, Schmerzen am Darmausgang oder Inkontinenz begleitet sind.

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

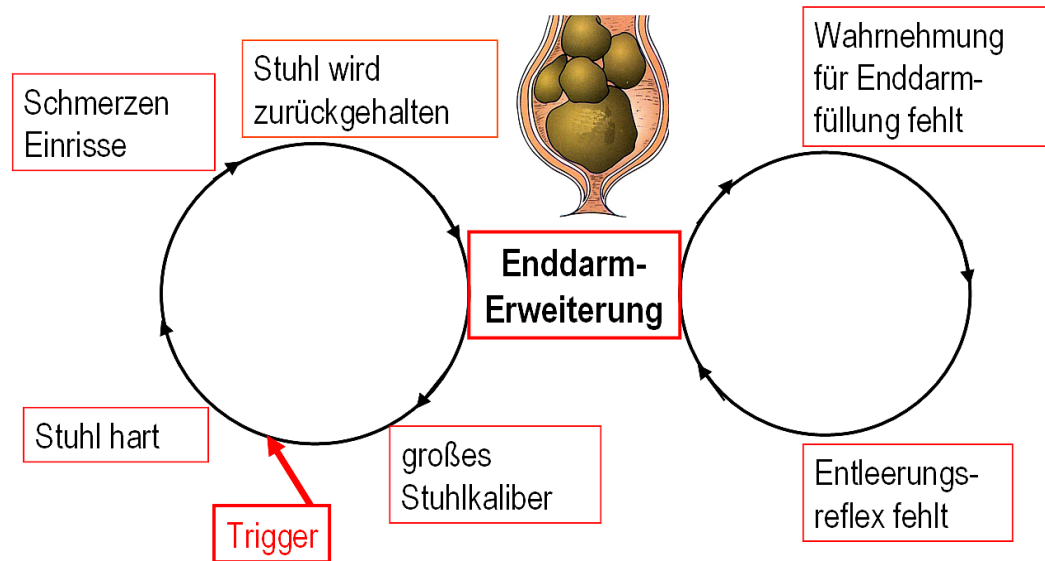
### Häufige Ursachen (Auslöser) für Verstopfung

- Schmerzhaftes oder unangenehme Erlebnisse in Zusammenhang mit der Darmentleerung und dem After (auch Fiebermessen, Zäpfchen etc), besonders bei Kindern im Alter von 1-4 Jahren, wenn die Kontrolle über die Schließmuskel erlernt wird. Die Kinder halten dann instinktiv den Stuhlgang zurück.
- Irritationen und Zwänge in der Lebensphase, in der die Kontrolle über die Schließmuskel erworben wird.
- Entzündungen und Einrisse (Fissuren) im Schließmuskelbereich; Streptokokkeninfektionen des Enddarms und Schließmuskels.
- Ungenügender Ballaststoffgehalt der Nahrung. Geringe Flüssigkeitszufuhr, Hitze, Reisen, wenig Bewegung.
- Hoher Anteil an Milch oder Milchprodukten in der Nahrung (Milch versorgt die Kinder mit vielen Kalorien, enthält aber keine Ballaststoffe)
- Umgebungsfaktoren (Zeitdruck, Kindergarten, Schule, Reisen)
- Kuhmilchproteinallergien bei Kleinkindern

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

## Elterninformationsblatt Verstopfung und Stuhlinkontinenz

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Links der Weser - Kontinenzzentrum



**Meist gelingt es den Kindern nicht alleine, die Teufelskreise zu unterbrechen. Sie benötigen unsere Hilfe. Mit Strenge und Bestrafung erreicht man nichts.**

Sehr selten sind auch **organische Ursachen** für eine sehr hartnäckige Verstopfung verantwortlich (z.B. M. Hirschsprung = Unfähigkeit des Schließmuskels, sich zu öffnen; bedingt durch eine Störung der Nervenversorgung des Enddarms). In Verdachtsfällen oder bei Therapieversagen empfehlen wir weitergehende Untersuchungen (z.B. Probenentnahme, Druckmessung im Enddarm) zum Ausschluss derartiger Erkrankungen.

Daneben muss an Kuhmilchallergien, Streptokokkeninfektionen, Störungen der Nervenbahnen im Rückenmark und Stoffwechselerkrankungen bei manchen Kindern als Ursachen gedacht werden.

**Ganz wichtig bei der Sauberkeitserziehung:** Bezüglich der Kontrolle der Darmentleerung bei Kindern zwischen 3 und 6 Jahren gilt: **Die Kinder geben das Tempo vor.** Keine Zwänge ausüben, keine negativen Kommentare (auch nicht von den Großeltern!) im Beisein des Kindes!

## Behandlung der Verstopfung

### Medikamentöse Behandlung:

In der Anfangsphase (die über Monate dauern kann!) ist fast immer eine konsequente medikamentöse Therapie notwendig, bis sich die Erweiterung des Enddarmes zurückgebildet hat. Abführmittel, die anregend auf die Darmmuskulatur wirken (z.B. Sennesblätterextrakte), verwenden wir in der Regel nicht. Im Gegensatz dazu haben die unten angeführten stuhlaufweichenden Mittel auch längerfristig keinen Gewöhnungseffekt und sind auch in der dauerhaften Anwendung unschädlich und sicher. Sie sind auf jeden Fall sehr viel weniger riskant als eine nicht ausreichend behandelte Verstopfung!!

Wenn sich die zugrundeliegende Störung (Erweiterung des Enddarms, Zurückhalten des Stuhls, Schmerzen bei der Entleerung, Unterdrücken des Entleerungsreizes) gebessert hat, können diese Medikamente ausgeschlichen werden, ohne dass die Verstopfung wieder beginnt.

- **Zu Beginn Entleerung angestauter Stuhlmassen.**

## Elterninformationsblatt Verstopfung und Stuhlinkontinenz

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Links der Weser - Kontinenzzentrum

- Durch hochdosierte Gabe von Macrogol (Kinderlax®, Laxbene®, Movicol Junior®, z. B. 1,5 g/kg/d über 3-4 Tage)  
(dies hat keine unangenehmen Gefühle am Anus zur Folge, führt meist zu Durchfall).
- Je ein Klysma (auf Sorbitbasis, z.B. Yal®) an 1-2 aufeinanderfolgenden Tagen (halbe Menge bei Kindern unter 5 Jahren bzw. 30 ml/10 kg).

**Beachte:** Klistiere und Zäpfchen sollten nur als Notbehelf zu Behebung akuter, mehrtägiger Verstopfung eingesetzt werden. In der Klinik wenden wir sie nur bei gleichzeitiger Gabe von Beruhigungsmitteln (die zu einer Erinnerungslücke führen) an, um ein psychisches Trauma zu vermeiden. Vermeiden Sie unbedingt Manipulationen mit Finger oder Fieberthermometer! Sie können über Verletzungen des Schließmuskels die Verstopfung verstärken.

• **Standardpräparat für die Stuhlaufweichung ist Polyethylenglykol = Macrogol** (Präparate Kinderlax®, Laxbene®, Movicol Junior®) bei den Kindern. Dieses Präparat bindet Wasser im Darm (ausreichende Trinkmenge wichtig!), hat den Vorteil einer weitgehenden Geschmacksfreiheit, vermindert Schmerzen beim Stuhlgang und führt nicht zu Blähungen, nicht zu Abhängigkeit. Der Stoff wird praktisch nicht von der Darmschleimhaut aufgenommen. Richtdosis: 0,8g/kg und Tag – eine Anpassung an das jeweilige Kind ist aber notwendig. Es gibt Präparate mit und ohne Geschmack, mit und ohne Salze. Die aromafreien Varianten können in Fruchtsäften verabreicht werden. Wenn ein Kind ein Präparat nicht mehr nehmen mag, kann man zu einem anderen wechseln.

• Als Stuhlweichmacher **Lactulose**, ein nicht verdaubarer Zucker, mit dem Milchzucker verwandt, (Bifiteral®). Säuglinge 5-15 ml; Kleinkinder 10-20 ml, Schulkinder 30-90 ml in 1-2 Dosen/Tag. Alternative: Lactitol (Importal®) als Pulver mit weniger Eigengeschmack, kann in Speisen gemischt werden. Lactulose ist auch in der Dauertherapie unschädlich – hat einen positiven Einfluss auf die Darmflora! Die Wirkung ist von einer ausreichenden Trinkmenge abhängig! Hauptnebenwirkung können Blähungen und Bauchschmerzen sein, die bei Besserung der Verstopfung aber meist verschwinden. Die Linderung von Schmerzen beim Stuhlgang ist geringer als bei Macrogol.

☛ **Die richtige Dosis der stuhlaufweichenden Therapie ist gefunden, wenn es in der Regel täglich zu schmerzlosen Entleerungen normaler Mengen weichen- breiigen Stuhls kommt.**

### Ernährung

Die Umstellung der Ernährung auf eine **ballaststoffreiche Kost** stellt langfristig eine wichtige Maßnahme dar! Wir empfehlen:

- Viel Obst, speziell Pflaumen, Birnen, Äpfel, Melone, Aprikose, Feige lockern den Stuhl. Wenn möglich, Obst nicht schälen. Auch Dörrobst ist günstig.
- Ihr Kind sollte reichlich kalorienfreie Getränke zu sich nehmen (Mineralwasser, Tee, verdünnte Obstsäfte). Morgens 1 Glas Saft(-Schorle) auf nüchternen Magen zur Anregung der Darmtätigkeit.
- Viel Gemüse (nicht nur gekochte), reichlich Salate, Rohkost.
- Viele Vollkornprodukte (Vollkornbrot, Müsli).
- Milch- und Milchprodukte ggf. reduzieren! (viele Kalorien, keine Ballaststoffe): Maximal 1 Glas Milch pro Tag.

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

## **Elterninformationsblatt Verstopfung und Stuhlinkontinenz**

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Links der Weser - Kontinenzzentrum

- Keine Schokolade, wenig Süßigkeiten.

**Beachten Sie bitte:** Bei einer schwergradigen Obstipation reicht eine Änderung der Ernährung nicht aus, um das Problem zu beheben. Hier steht die rasch begonnene, konsequente und langfristige medikamentöse Therapie im Vordergrund. Die Ernährung spielt aber im Langzeitverlauf eine wichtige Rolle zur Vorbeugung von Rückfällen

### **Verhaltenstraining (für Kinder jenseits des 3. Lebensjahres)**

- Je nach Entwicklungsstand und Machbarkeit 1-3 × tägl. 15-30 Minuten nach einer Mahlzeit (Frühstück, Mittagessen, Abendessen) für 10 min auf dem Töpfchen/der Toilette sitzen, mit Kurzzeitwecker, Bilderbuch, Fußbänkchen. Bei „Fortgeschrittenen“ kann man auch über die richtige „Technik“ der Entleerung sprechen, insbesondere das Entspannen des Schließmuskels.
- Zunächst Belohnung, Lob für die Durchführung der Sitzungen, auch wenn anfangs oft noch kein Stuhl entleert wird. Später auch Hervorheben des „Erfolgs“. Evtl. Kalender führen lassen.
- Schauen Sie gemeinsam mit Ihrem Kind das Video „The poo in You“ an (Website [www.gpge.de](http://www.gpge.de))

**Beachten Sie bitte:** Bei einer schwergradigen Obstipation, bei der die Kinder Angst vor der Darmentleerung haben, führt ein Zwang zum Toilettengang oft zu einer vermehrten Abwehr und bringt damit nicht voran. Vor allem bei häufigen Misserfolgen kann diese Maßnahme die Problematik verschlechtern. Eine begleitende medikamentöse Therapie ist meist erforderlich!

- Wenn Ihr Kind für den Stuhlgang noch eine Windel verlangt, sonst aber trocken ist, können Sie diese ruhig anziehen („Windelklo“). Hier handelt es sich bei manchen Kindern um eine Zwischenphase, die meist von selber vergeht. Wenn die Kinder das akzeptieren, kann man sie auch mit Windel auf die Toilette setzen.

### **Biofeedbacktraining**

Bei vielen Kindern kann eine unbewusste Anspannung der Beckenbodenmuskulatur zu einer unvollständigen oder erschwerten Stuhlentleerung führen. Eine Behandlung kann ab dem Alter von 6 Jahren mit der Methode des Biofeedbacktrainings erfolgen, bei dem die Anspannung und Entspannung mithilfe eines Computers den Kindern sichtbar gemacht wird.

### **Bauchmassage zur Anregung der Darmtätigkeit**

Das kann hilfreich sein, vor allem bei Bauchschmerz und bei kleinen Kindern, auch wegen der Zuwendung, die Sie geben. Eine sanfte Massage mit etwas Babyöl, Ausstreichen des Dickdarms im Uhrzeigersinn können hilfreich sein. Ggf. sollten Sie sich dies durch eine(n) Physiotherapeutin/en oder eine Kinderkrankenschwester zeigen lassen.

### **Bewegung und Sport**

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

***Wichtig ist es, die medikamentöse 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 hat.***

***Faustregel für die Dauer der Therapie:  
So lange wie die Verstopfung schon besteht, meist 6-12 Monate!!***

## Elterninformationsblatt Verstopfung und Stuhlinkontinenz

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Links der Weser - Kontinenzzentrum

☛ Die Therapiemaßnahmen sollten langsam über Wochen ausgeschlichen, nie abrupt abgesetzt werden. Auf eine ausgewogene Ernährung sollte sich die gesamte Familie **auf Dauer** umstellen. Bei erneuter Verschlechterung frühzeitig mit Stuhlweichmachern reagieren, um nicht wieder von vorne beginnen zu müssen.

☛ Der Erfolg der Behandlung muss anfangs engmaschig, später in größeren Abständen kontrolliert werden (ärztliche Kontrollen mit Prüfung der Weite des Enddarms).

☛ Das Auftreten von Stuhlschmierern ist in aller Regel ein Zeichen einer Ansammlung von Stuhl im Enddarm (nur durch Ultraschall erkennbar) – dann darf die Medikamentendosis **nicht** vermindert werden! Bitte Rücksprache mit den ÄrztInnen! → siehe Abschnitt unten.

### Sonderprobleme in Zusammenhang mit Verstopfung

#### Einrisse des Schließmuskels, Entzündungen im Enddarmbereich

Einrisse (Fissuren) und Entzündungen im Schließmuskelsbereich führen über die schmerzhafteste Stuhlentleerung regelmäßig zu einer hartnäckigen Verstopfung. Umgekehrt führt harter Stuhl häufig zu Einrissen am After. Die Behandlung ist deswegen mehrgleisig:

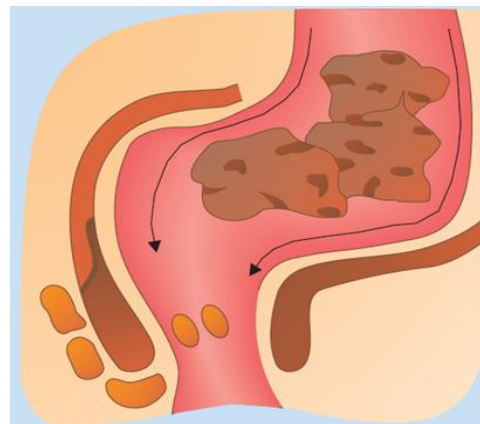
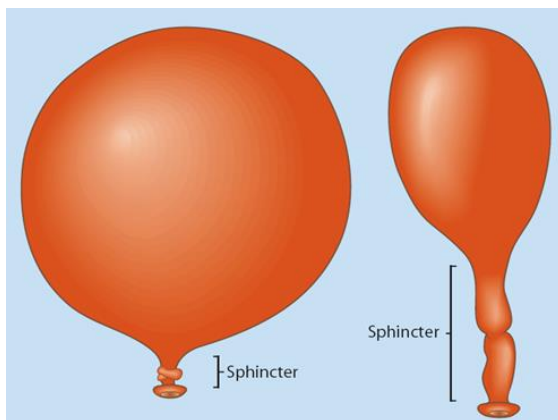
1. Entscheidend ist die **Behandlung der Verstopfung**, meist mit Makrogol.

2. **Behandlung der Hautveränderungen:**

- Sitzbäder mit Gerbstoffpräparaten (z. B. Tannosynth®, Schwarztee) mindestens 1 × pro Tag und nach jedem Stuhlgang.
- Salbenbehandlung, z. B. mit Panthenol-Salben
- Bei bakteriell bedingtem Ekzem (Streptokokken der Gruppe A) antibiotische Behandlung in Tabletten- oder Saftform (Cefaclor).

#### Stuhlinkontinenz (Einkoten, Stuhlschmierern)

Bei langdauernder Verstopfung kann es durch die Kotballen zu einer Aufweitung des Enddarms, schließlich auch zu einer Verkürzung des Schließmuskels (Sphincter) kommen (Abbildung unten). Stuhl, der teilweise durch Fäulnis zersetzt und flüssig wurde, kann unkontrolliert an den festen Stuhlballen vorbei nach außen entweichen (Abbildung). Kindern mit langdauernder Verstopfung geht häufig auch das Gefühl für die Enddarmfüllung verloren.



Hier steht die medikamentöse Therapie an erster Stelle, unterstützt durch Ernährung, verhaltenstherapeutische Maßnahmen (regelmäßige



## Elterninformationsblatt Verstopfung und Stuhlinkontinenz

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Links der Weser - Kontinenzzentrum

Toilettensitzungen,...). Wichtig ist besonders die anfängliche komplette Entleerung des Enddarms mit Klysmen. Zusätzlich ist bei manchen Patienten ein Biofeedbacktraining sinnvoll.

☛ Regelmäßige Darmentleerung auf der Toilette verhindert das Stuhlschmieren. Schmieren kann nur bei Stuhlfüllung des Enddarms vorkommen.

☛ Das Wiederauftreten von Stuhlschmieren zeigt meist eine erneute Ansammlung von Stuhl im Enddarm an. Die Therapie muss dann intensiviert werden; die Medikamente dürfen **nicht** reduziert 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 bitte an. Bitte melden Sie sich auch, wenn Sie selbst sich mit der Bewältigung der Probleme überfordert fühlen.
- In schwierigen Fällen kann auch eine 2 wöchige Therapie auf der Station mit Training, Schulung, Physiotherapie und psychologischer Begleitung hilfreich sein.

### Für die Kinder sollten folgende Regeln gelten:

"Ich entleere meinen Darm"

- zur rechten Zeit (wenn eine Toilette in der Nähe ist, wenn ausreichend Zeit zur Verfügung steht).
- am rechten Ort (auf der Toilette, auf dem Töpfchen).
- Ich entleere ihn vollständig".



Bitte melden Sie sich (bei Ihrer Kinderärztin / Ihrem Kinderarzt oder bei uns),

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

Bitte kommen Sie sich auch nach dem verabredeten Zeitraum zur **Kontrolle**, um die weitere Therapie zu besprechen. Häufig ist eine Anpassung der Behandlung an die individuellen Bedürfnisse jedes einzelnen Kindes notwendig. Bei fehlendem Erfolg muss die Diagnostik ggf erweitert werden. Kontrollen der Weite des Enddarms sind erforderlich. Langfristig wird dann versucht werden, die medikamentöse Therapie zu reduzieren und auszuschleichen.

### Anmerkungen: