

Störungen der Darmtätigkeit

Aus der Vielzahl unterschiedlicher Störungen möchte ich zur chronischen Verstopfung (Obstipation) Stellung nehmen. Sie betrifft viele Menschen und sehr viele MS-Patienten.

Obstipation beschreibt den subjektiven Eindruck, den Darminhalt nicht in „angemessener“ Häufigkeit und Menge oder unter Beschwerden ausscheiden zu können.

Die funktionelle Obstipation wird definiert durch:

- heftiges Pressen
- harter Stuhlgang
- Gefühle der imkompletten Entleerung
- Gefühl der analen Blockierung
- manuelle Manöver, um eine Stuhlentleerung zu ermöglichen
- weniger als 3 Stuhlgänge pro Woche

Mindestens 2 der obigen Kriterien müssen bei > einem Viertel der Stuhlgänge während mindestens 3 Monaten innerhalb des letzten Jahres aufgetreten sein.

Nach dieser Definition leiden ca. 15% der Frauen und 5% der Männer in der Normalbevölkerung unter einer Obstipation. Die Häufigkeit nimmt mit steigendem Alter zu.

Allgemeine therapeutische Maßnahmen

Diese schließen Verhaltensregeln zur Änderung der Lebensführung ein.

Wichtig ist die Aufklärung darüber, dass eine tägliche Stuhlentleerung keinesfalls als „Normalität“ gilt. Für eine angemessene Entgiftungsfunktion, speziell auch bei MS-Patienten, sollten aber zwei Stuhlentleerungen pro Woche nicht unterschritten werden.

Darüber hinaus können folgende Ratschläge hilfreich sein:

- regelmäßiger Toilettengang (bevorzugt nach dem Frühstück)
- auf nüchternen Magen ein Glas Wasser trinken
- für ausreichende Flüssigkeitszufuhr sorgen (> 1,5 l / Tag)
- faserreiche Kost (mindestens 25-30 g)

- Vermeidung obstipierender Nahrungsmittel (z.B. Schokolade, Kakao, schwarzer Tee)
- körperliche Aktivität (mindestens 15-20 Minuten)

Viele Betroffene machen ihre persönlichen Erfahrungen mit unterschiedlichen „Hausmitteln“, z.B. Sauerkroutsaft, Ananassaft o. ä..

Medikamentöse Therapie

Unter dem Begriff Abführmittel bzw. Laxantien werden Stoffgruppen zusammengefasst, die zu einer Verkürzung der Verweildauer des Stuhls im Dick- bzw. Enddarm führen. Nach den Wirkprinzipien unterscheidet man

1. Bindung von Wasser = osmotische Laxantien: Laktulose (z.B. Bifiteral), Alkohole (z.B. Glycerol oder Sorbitol rektal), Salze (z.B. Glauber- oder Bittersalz), Polyethylenglykol (z.B. Movicol)
2. Hemmung der Wasser- und Elektrolyt-resorption aus dem Darm = hydragoge Laxantien: Diphenolderivate wie Bisocodyl (z.B. Dulcolax) oder Natriumpicosulfat (z.B. Laxoberal),
3. Steigerung der Dickdarmmotorik = Motilitätssteigende Laxantien: Tegaserod (z.B. Zelmac), Rizinusöl
4. Steigerung des Defäkationsreizes: Natriumhydrogenphosphat (z.B. Lecicarbon), Sorbitol-Klistiere (z.B. Microklist) Sog. Probiotika wie z.B. Yakult oder Mutaflor bzw. Quellmittel aus indischem Flohsamen oder auch Gleitstoffe wie Paraffinöl können wirksame Hilfe leisten. Bei der nicht medikamentösen Therapie kommen Biofeedback-Training, Elektrostimulation, Botulinumtoxin oder operative Verfahren zur Anwendung.

Herausgeber:

Seviton Naturprodukte GmbH,
Bahnhofstr. 33, 67591 Hohen-Sülzen
in Zusammenarbeit mit dem
MS-Therapiezentrum,
Bahnhofstr. 39, 67591 Hohen-Sülzen,
Tel.: 06243/6083 oder 6084, Fax: 06243/6034,
e-mail: info@ms-therapiezentrum.de,
Internet: <http://www.ms-therapiezentrum.de>.
Redaktion: Dr. med. Olaf Hebener.
ISSN 1437-2495, Ausgabe XIII/2009

Die in Med-Impuls veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder irgendein anderes Verfahren – reproduziert oder gespeichert werden.

Med-Impuls

Ausgabe 13

Liebe Leserin, lieber Leser,

In der neuen Ausgabe des Med-Impuls möchte ich zu Funktionsstörungen der Harnblase und des Enddarms Stellung nehmen, die für viele Menschen und sehr viele meiner MS-Patienten gravierende Beeinträchtigungen der Lebensqualität nach sich ziehen.

Ich hoffe, dass die Lektüre Ihr Interesse findet und wünsche Ihnen ein frohes Weihnachtsfest und glückliches 2010.

Ihr Dr. med. Olaf Hebener

Aufbau und Funktion der Harnblase

Die Harnblase ist ein muskuläres Hohlorgan, das den Urin speichert. Ein dreidimensionales Netzwerk glatter Muskelzellen in der Harnblasenwand bildet den Detrusor-Muskel. Die Kontrolle der Entleerung der Harnblase erfolgt über einen inneren und einen äußeren Schließmuskel. Während der innere Sphinkter ausschließlich von der glatten Muskulatur des Blasenhalsses und der hinteren Harnröhre gebildet wird, besteht der äußere Sphinkter überwiegend aus quergestreifter Skelettmuskulatur und unterliegt damit auch einer willkürlichen Kontrolle.

Die Füllungskapazität der Blase unterliegt großen individuellen Schwankungen und beträgt beim Erwachsenen 400-600 ml.

Als maximale Blasenkapazität bezeichnet man das Füllungsvolumen, bei dem ein starker Harndrang verspürt wird. Die gesunde Blase ist in der Lage, sich allmählich auszudehnen ohne dass

der Innendruck merklich zunimmt. Ist die Blase gefüllt, registrieren sog. Dehnungsrezeptoren in der Blasenwand die erhöhte Spannung, melden dies ans Rückenmark, das wiederum Impulse zum Blasenmuskel sendet und diesen anspannt. Unser Bewusstsein hemmt die spontane Entleerung. Die Miktion beginnt, wenn wir willentlich diese vom Hirn ausgehende Hemmung unterbrechen. Nunmehr erschlaffen Beckenboden und äußerer Schließmuskel und der Blasenboden senkt sich ab, während die Anspannung des Blasenmuskels den Druck ansteigen lässt und gleichzeitig den Blasenhalss öffnet. Eine Unterbrechung des Harnstrahls kann willkürlich erfolgen durch Anspannung des äußeren Schließmuskels bzw. dieser schließt sich selbständig, wenn die Blase entleert wurde.

Bei der Steuerung kann das Zusammenwirken von Gehirn und Hirnstamm sowie die reflektorischen Prozesse, die vom Rückenmark koordiniert werden, an verschiedenen Stellen gestört sein. Die unmittelbare Steuerung der Blase erfolgt über vegetative Nervenfasern aus dem untersten Abschnitt des Rückenmarks (Sakralsegment 2,3 und 4). Die Steuerung des Harnröhrenwiderstandes erfolgt aus Rückenmarksabschnitten der Brust- und Lendenwirbelsäule.

Die zentrale Steuerungseinheit befindet sich im Hirnstamm und wirkt auf die zugeordneten Rückenmarksabschnitte stimulierend oder hemmend ein. Eine bewußtseinsgesteuerte Kontrolle des Hirnstamms geht vom Großhirn aus. Die willkürliche Beherrschbarkeit entwickelt sich erst im Laufe der ersten Lebensjahre. Die dadurch erworbene Fähigkeit zur Verzögerung und willkürlichen Auslösung der Blasenentleerung wird als Kontinenz bezeichnet.

Das Alter hat auch eine Veränderung der Blasenfunktion zur Folge. Die Blaskapazität nimmt im Alter ab, auch Gesunde empfinden dadurch einen beschleunigten Harndrang und urinieren öfters. Bei einigen geht auch das Gefühl für die Blasenfüllung verloren und sie fühlen plötzlich, dass die Blase voll ist. Harninkontinenz beschreibt die Unfähigkeit, den Urin in der Blase zu halten.

Neurogene Blasenstörung

Eine normale Blasenfunktion ist an 3 Anforderungen gebunden:

- Empfinden der Blasenfüllung – Harndrang
- die Fähigkeit, die Blasenkontraktion hinauszuzögern
- die Fähigkeit des willentlichen Miktionsstarts und der vollständigen Blasenentleerung

Eine neurogene Blasenstörung ist also ein Symptom einer neurologischen Erkrankung (angeboren oder erworben).

Erworbene Ursachen sind:

- Verletzungen des Rückenmarks oder der Harnblasennervation (z.B. Radikaloperationen im kleinen Becken)
- Entzündungen (z.B. Kinderlähmung)
- Tumoren
- Degenerative Schäden (z.B. Multiple Sklerose, Parkinsonkrankheit, Diabetes)

Gibt es keine Hinweise auf mechanische Abflusshindernisse (z.B. durch gutartige Tumoren oder Harnröhrenverengungen) muß immer die Möglichkeit des neurogenen Harnverhaltens berücksichtigt und diagnostisch abgeklärt werden. Besondere Formen der neurogenen Blasenstörung sind:

Urgeinkontinenz – beschreibt einen so starken Harndrang, der eine nicht unterdrückbare Blasenentleerung nach sich zieht

Stressinkontinenz – beschreibt eine Blasenschwäche durch einen zu schwachen Schließmuskel bei erhöhtem Bauchdruck (z.B. beim Lachen oder Niesen)

Überlaufinkontinenz – entsteht, wenn der Urin durch ein Hindernis hinter der Blase nicht rechtzeitig abfließen kann und die Blase letztlich „überläuft“ (häufiger bei Prostata-Vergrößerung, seltener neurogen z.B. durch Diabetes oder

Alkoholmissbrauch)

Auf der Basis klinischer Symptome sowie apparatetechnischer Untersuchungen klassifiziert man 4 Formen der neurogenen Blasenstörung:

Überaktivität des Blasenmuskels (Detrusorhyperaktivität):

Schädigung des Rückenmarks oberhalb der Sakralsegmente S2-4 mit häufigem und nächtlichem Urinieren bis zur Urgeinkontinenz (Häufigkeit beim Parkinson 27-70%, MS 50-90% und Demenz 10-90%)

gestörte Abstimmung zwischen Blasen- und Schließmuskel (Detrusor-Sphinkter Dyssynergie):

Schädigung in unterschiedlichen Ebenen mit häufig unterbrochenem Harnstrahl und „Startschwierigkeiten“ mit Restharnbildung (Häufigkeit klassisch bei kompletter Querschnittslähmung aber auch bei MS bei 6-30%)

schwacher Blasenmuskel (hypokontraktiler Detrusor):

Schädigung des Rückenmarks unterhalb S2-4 mit schwachem Harnstrahl, Restharngefühl und wiederkehrenden Harnwegsinfekten (Häufigkeit bei peripherer Nervenschädigung z.B. durch Diabetes oder Alkohol 20-40%, Bandscheibenvorfall 6-18%, MS < 20%, nach Operationen 10-60%)

schwacher Schließmuskel (hypoaktiver Sphinkter):

Schädigung des Rückenmarks unterhalb S2-4 mit Urinverlust bei Anstieg des Bauchinnendrucks

Bei der Multiplen Sklerose entstehen häufig Mischformen der oben genannten Störungen. Bei älteren Menschen müssen nichtneurogene Blasenstörungen abgegrenzt werden. Bei Männern führen häufig Vergrößerungen der Vorsteherdrüse oder Harnröhrenverengungen zu Auffälligkeiten der Blasenentleerung. Bei Frauen sind häufiger Bindegewebschwäche oder auch überbewegliche Harnröhren Gründe für eine Inkontinenz.

Diagnostik

Die Grundlage ist die detaillierte Befragung der Patienten durch den Arzt. Es sollte über mindestens 2 Tage Tagebuch über die Trinkmenge sowie die Menge ausgeschiedenen Urins geführt werden.

Eine neurologische und urologische, ggf. auch gynäkologische Untersuchung komplettieren die klinische Diagnostik. Die Untersuchung des Urins auch hinsichtlich einer bakteriellen Besiedlung bzw. deren Ansprechens auf Antibiotika sowie die Restharnbestimmung (per Ultraschall oder Einmalkatheterismus) sind unabdingbar.

Der apparatetechnische Aufwand hängt vom konkreten Einzelfall ab und kann die Harnstrahlmessung (Uroflow), die Blasenpiegelung (Urethrozystoskopie), die sog. Blasendruckmessung (Urodynamik), elektrophysiologische Messung, die Aufzeichnung der Muskelströme des Beckenbodens (EMG), Nierenultraschall, die Nierenausscheidung (Kreatinin oder Harnstoff) sowie radiologische Messverfahren umfassen.

Therapie

Die primären Ziele der Behandlung sind

- Verbesserung der Lebensqualität
- Verbesserung der Kontinenz
- Schutz von Harnleitern und Nieren gegen rückstaubedingte Schädigungen sowie, sofern möglich,
- Wiederherstellung der Funktion der Blase

Für die einzelnen Formen der neurogenen Blasenstörungen sind nach wissenschaftlich gesicherten Kriterien folgende Therapiemöglichkeiten vorhanden:

1. Überaktivität des Blasenmuskels: Blasentraining, anticholinerge Wirkstoffe (z.B. Oxybutinin, Tolterodin, Trosipiumchlorid); Botulinumtoxin-Infiltration des Detrusors
2. gestörte Abstimmung zwischen Blasen- und Schließmuskel: Einmalkatheterismus; anticholinerge Wirkstoffe; Botulinumtoxin-Infiltration; Elektrostimulation;
3. schwacher Blasenmuskel: Einmalkatheterismus, suprapubischer Katheter; cholinerge Wirkstoffe (Betanechol, Distigminbromid); „Alphablocker“ (z.B. Alfuzosin, Tamsulosin); Elektrostimulation
4. schwacher Schließmuskel: Beckenbodentraining; Biofeedbacktraining; Duloxetine;

Für die Formen 1, 2 und 4 kommen auch chirurgische Maßnahmen in Betracht.

Gegen den nächtlichen Harndrang sind anticholinerge Wirkstoffe und Desmopressin, ein hormoneller Stoff der in der Niere Wasser aus dem Urin entzieht und ihn konzentriert, einsetzbar.

Bei der Botulinumtoxin-Injektion handelt es sich um ein neues Therapieprinzip, das die Lücke zwischen der medikamentösen und der operativen Therapie schließt.

Das bakterielle Gift „lähmt“ die Muskulatur und wird unter lokaler- oder Vollnarkose durch Blasenpiegelung in den Blasenmuskel injiziert. Die Wirkung hält durchschnittlich 8-9 Monate an. Etwa 85% der Behandelten zeigen eine Zunahme der Blaskapazität. Patienten, die diese Behandlung erhalten, müssen eine Selbstkatherisierung durchführen können um sie, falls notwendig, auch anzuwenden.

Tipps für den Alltag

Blasentraining : Während der Füllungsphase kommt es im „Normalfall“ zu einem ersten Harndrang ab ungefähr 150 ml Blasenfüllung, der dann zurückgeht und erst kurz vor Erreichen der maximalen Blaskapazität wieder zunimmt. Versucht man den Harndrang hinauszuzögern kann sich die Kontinenz deutlich verbessern.

Harnwegsinfekte: Viele Erreger, die im Harntrakt Entzündungen verursachen reagieren auf den pH-Wert. Eine Harnansäuerung kann effektiv bei der Sanierung von wiederkehrenden Harnwegsinfekten helfen z.B. mit L-Methionin oder Preiselbeersaft oder- Kapseln, Vitamin C ist weniger wirksam.

„Naturapotheke“:

Kürbissamen (nach Möglichkeit Trockenextrakt) Brennessel (Extrakt aus Blüten oder dem Wurzelstock) Sägepalmlfrüchte Primär werden diese pflanzlichen Stoffe bei der Behandlung der Vorsteherdrüsenvergrößerung eingesetzt. Aus umfangreicher Erfahrung der Anwendung bei MS-Patienten beiderlei Geschlechts kann ich eine erstaunlich häufigere Linderung auch bei neurogenen Blasenstörungen bestätigen.