



Ursachen von Verstopfung und Stuhlinkontinenz bei Kindern

Begriffsbestimmung

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

- Schmerzhafte Stuhlentleerung (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 er nicht von Bauchschmerzen, Schmerzen am Darmausgang oder Inkontinenz begleitet ist.
- 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

- Schmerzhafte 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 den Schließmuskel erlernt wird. Die Kinder halten dann instinktiv den Stuhlgang zurück.
- Irritationen und Zwänge in der Lebensphase, in der die Kontrolle über den Schließmuskel erworben wird
- Entzündungen und Einrisse (Fissuren) im After-/ Schließmuskelbereich oder Streptokokkeninfektionen des Enddarms und Schließmuskels (Rötung um den After)
- Ungenügender Ballaststoffgehalt der Nahrung; geringe Flüssigkeitszufuhr
- Hoher Anteil an Milchprodukten in der Nahrung (Milch versorgt die Kinder mit vielen Kalorien, enthält aber keine Ballaststoffe)
- Kuhmilcheiweißallergien bei Kleinkindern
- Hitze
- Wenig Bewegung
- Umgebungsfaktoren (Zeitdruck, Kindergarten, Schule, Reisen)

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

Version 1	Erstellt am / von: 11.04.2019 / Maximilian Rentsch	Geprüft am / durch: 11.04.2019 / Sven Heinrich	Freigegeben am / durch: 11.04.2019 / Sven Heinrich
Seite 1			



**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 2 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 von Verstopfung und Stuhlinkontinenz bei Kindern

Zu Beginn erfolgt die Entleerung angestauter Stuhlmassen (Einlauf/hochdosierte medikamentöse Therapie über wenige Tage).

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, d.h. langsam reduziert werden, ohne dass die Verstopfung erneut beginnt.

Version 1	Erstellt am / von: 11.04.2019 / Maximilian Rentsch	Geprüft am / durch: 11.04.2019 / Sven Heinrich	Freigegeben am / durch: 11.04.2019 / Sven Heinrich
Seite 2			



- 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 und führt meist zu Durchfall.)
- Je ein Klysma (auf Phosphatbasis) 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 zur Behebung akuter, mehrtägiger Verstopfung eingesetzt werden.

- Standardpräparat für die Stuhlaufweichung ist Polyethylenglykol = Macrogol (Präparate Kinderlax®, Laxbene®, Movicol Junior®) bei den Kindern. Dieses Präparat bindet Wasser im Darm (ausreichende Trinkmenge wichtig!). Es hat den Vorteil einer weitgehenden Geschmacksfreiheit, vermindert Schmerzen beim Stuhlgang und führt nicht zu Blähungen oder Abhängigkeit. Der Stoff wird praktisch nicht von der Darmschleimhaut aufgenommen. Richtdosis: 0,8 g/kg und Tag – eine Anpassung an das jeweilige Kind ist aber notwendig. Es gibt Präparate mit und ohne Geschmack, mit und ohne Salzen. 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 wird Lactulose (Bifiteral®), ein nicht verdaubarer Zucker, mit dem Milchzucker verwandt, verwendet.
(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
Dies kann in Speisen gemischt werden. Lactulose ist auch in der Dauertherapie unschädlich, da es einen positiven Einfluss auf die Darmflora hat. 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, Aprikosen, Feigen, was den Stuhl lockert
Wenn möglich, das 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 gekocht), 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.

- (wenig 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.

Toilettentraining (für Kinder jenseits des 3. Lebensjahres)

- Je nach Entwicklungsstand und Machbarkeit 1-3 x 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, insbesondere das Entspannen des Schließmuskels sprechen.

Version 1	Erstellt am / von:	Geprüft am / durch:	Freigegeben am / durch:
Seite 3	11.04.2019 / Maximilian Rentsch	11.04.2019 / Sven Heinrich	11.04.2019 / Sven Heinrich



- 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 (z.B. mit Stickern)
- Schauen Sie gemeinsam mit Ihrem Kind das Video „The poo in You“ an (Website 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 Ihr Kind 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 vor allem bei Bauchschmerz und bei kleinen Kindern, auch wegen der Zuwendung, die Sie geben hilfreich sein. Eine sanfte Massage mit etwas Babyöl, Ausstreichen des Dickdarms im Uhrzeigersinn kann hilfreich sein. Ggf. sollten Sie sich dies durch eine(n) Physiotherapeutin/en oder eine Kinderkrankenschwester zeigen lassen.

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.

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!!

- Die Therapiemaßnahmen sollten langsam über Wochen reduziert, nie abrupt abgesetzt werden. Auf eine ausgewogene Ernährung sollte sich die gesamte Familie auf Dauer umstellen. Bei erneuter Verschlechterung sollte frühzeitig mit Stuhlweichmachern reagiert werden, 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 Ärzten/innen! → siehe Abschnitt unten

Version 1	Erstellt am / von: 11.04.2019 / Maximilian Rentsch	Geprüft am / durch: 11.04.2019 / Sven Heinrich	Freigegeben am / durch: 11.04.2019 / Sven Heinrich
Seite 4			



Behandlung von Verstopfung und Stuhlinkontinenz bei Kindern

Einrisse des Schließmuskels, Entzündungen im Enddarmbereich

Einrisse (Fissuren) und Entzündungen im Schließmuskelsbereich führen über die schmerzhafte 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, Kamillentee) mindestens 1 x pro Tag und nach jedem Stuhlgang
 - Salbenbehandlung, z. B. mit Panthenol-Salben, Zink
 - Bei bakteriell bedingtem Ekzem (Streptokokken der Gruppe A) antibiotische Behandlung in Tabletten- oder Saftform (Cefaclor)

Stuhlinkontinenz (Einkoten, Stuhlschmierer)

Bei langdauernder Verstopfung kann es durch die Kotballen zu einer Aufweitung des Enddarms und 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 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 Stuhlschmierer. Schmierer kann nur bei Stuhlfüllung des Enddarms vorkommen.
- Das Wiederauftreten von Stuhlschmierer 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 sich selbst mit der Bewältigung der Probleme überfordert fühlen.
- In schwierigen Fällen kann auch eine mehrtägige Therapie auf der Station mit Training, Schulung, Physiotherapie und psychologischer Begleitung hilfreich sein.

Version 1	Erstellt am / von: 11.04.2019 / Maximilian Rentsch	Geprüft am / durch: 11.04.2019 / Sven Heinrich	Freigegeben am / durch: 11.04.2019 / Sven Heinrich
Seite 5			



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).
- 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 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:

Version 1	Erstellt am / von: 11.04.2019 / Maximilian Rentsch	Geprüft am / durch: 11.04.2019 / Sven Heinrich	Freigegeben am / durch: 11.04.2019 / Sven Heinrich
Seite 6			