

Obstipation und Überlaufenkopresis – ein Fall für den Psychiater?

K. Abdelkhalek^{1,2}, A. Teichmann¹

¹ KRH Klinikum Neustadt am Rübenberge, Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Neustadt am Rübenberge, Niedersachsen, Deutschland
² AUF DER BULT Kinder- und Jugendkrankenhaus, Pädiatrische Gastroenterologie, Hannover, Niedersachsen, Deutschland

WWW.KRH.DE

AUS VERANTWORTUNG GEMEINSAM FÜR GUTE MEDIZIN.

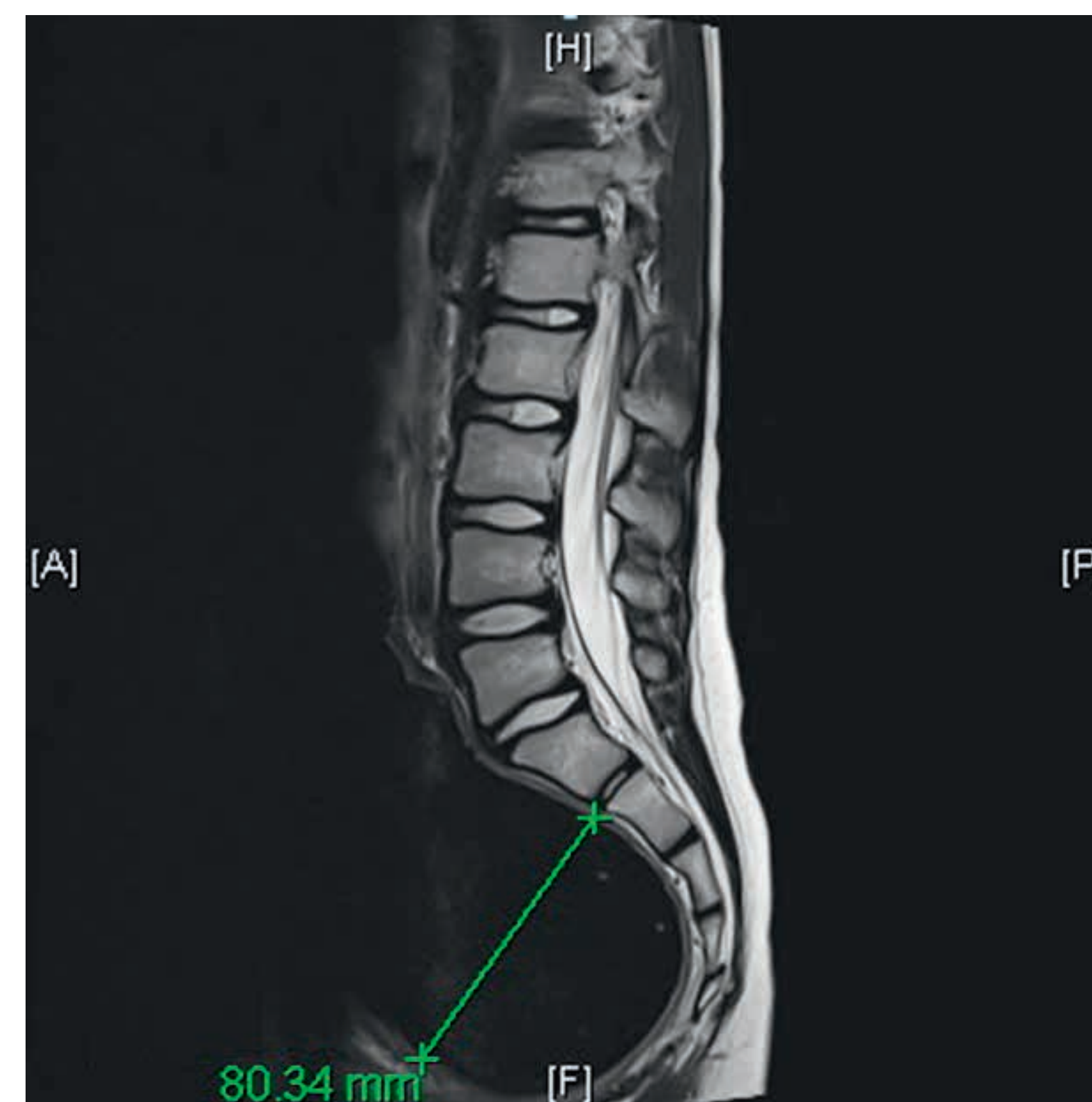
Einleitung

Eine Obstipation mit Überlaufenkopresis ist ein häufiges Problem in der Pädiatrie und bedarf oft keiner speziellen kindergastroenterologischen Abklärung. Vielmehr ist eine konsequente stuhlregulierende Therapie, üblicherweise mit Macrogol, sowie eine ausführliche Aufklärung der Patienten und der Eltern über die zu Grunde liegenden Mechanismen der habituellen Obstipation erforderlich. Gleichzeitig besteht die Herausforderung in der Identifizierung der wenigen Patienten, deren Symptomatik Ausdruck einer organischen Erkrankung ist. Die soziale Stigmatisierung ist bei chronischer Enkopresis oft massiv und kann mit psychiatrischen Komorbiditäten einhergehen. Wir berichten von einem Fall, der uns aus einer benachbarten Kinder- und Jugendpsychiatrie zugewiesen wurde.

Fallbericht

Eine 10-jährige Patientin wurde uns aus der benachbarten Kinder- und Jugendpsychiatrie zur weiteren Diagnostik vorgestellt, nachdem sie dort bereits seit drei Wochen wegen Enkopresis betreut wurde. Anamnestisch bestand bei der Patientin seit ca. sieben Jahren ein meist mehrmals tägliches Einkoten mit dünnem Stuhl ohne Hinweise auf eine organische Ursache einer Obstipation. Ein Auslöseereignis war nicht zu eruieren. Es sei nur initial eine Therapie mit Movicol® erfolgt, wodurch sich aber der Allgemeinzustand der Patientin verschlechtert habe und die Behandlung selbständig von der Familie? beendet wurde. Dosierungen und Dauer der Behandlung blieben unklar. Andere stuhlregulierende Maßnahmen seien nicht durchgeführt worden. Bauchschmerzen hätten nicht bestanden, weswegen eine Obstipation als Ursache des Einkotens verworfen wurde.

Sowohl klinisch als auch laborchemisch imponierte die Patientin als gesund. Einzig tastbare Skybala beidseits im Unterbauch waren auffällig. Die Patientin äußerte klar, dass sie sich hilflos in Bezug auf die Symptomatik fühle und sich schäme. Schon im Aufnahmegespräch erläuterten wir der Familie, dass eine habituelle Obstipation als Ursache der Beschwerden wahrscheinlich sei. Abdomensonographisch und im durchgeführten MRT zeigte sich ein massiv aufgeweitetes Rektum auf mehr als 8 cm im Durchmesser. Spinal kein Hinweis auf eine Dysraphie. Es erfolgte der Ausschluß einer Zöliakie, einer Hypothyreose und



a: MRT-Darstellung der kaudalen Wirbelsäule im Sagittalschnitt mit Erfassung des massiv erweiterten Rektums.

von Elektrolytverschiebungen. Auf Wunsch der Familie wurde zusätzlich ein Morbus Hirschsprung mittels Rektumbiopsie ausgeschlossen. Nach intensiven Gesprächen mit der Familie brachte die Demonstration des „The Poo in You“-Videos erstmalig eine Akzeptanz unserer Arbeitshypothese der habituellen Obstipation. Da die Familie sich bezüglich einer erneuten Macrogoltherapie sehr besorgt zeigte, erfolgte die Therapieeinleitung im stationären Setting. Das Macrogol wurde von der Patientin problemlos vertragen und eine Enkopresis trat in der Folge weder in der Klinik, noch nach Entlassung auf. Eine weitere Betreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie war nicht erforderlich.

Diskussion

Der dargestellte Fall zeigt, dass bei inkonsequenter Betreuung von betroffenen Patienten eine habituelle Obstipation einen sehr langwierigen und für die Patienten seelisch belastenden Verlauf nehmen kann. Auch bei fehlenden Bauchschmerzen ist eine massive Obstipation als Ursache einer Enkopresis möglich und darf nicht unbehandelt bleiben. Eine engmaschige Kontrolle des Therapieerfolgs ist notwendig. Das Nutzen von erläuternden Medien kann aus unserer Sicht das Verständnis sowie in der Folge die Therapieadhärenz verbessern. Eine kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung ist nur bei psychiatrischen Komorbiditäten indiziert und ist kein kausaler Therapieansatz bei Obstipation.

Literatur

- van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C (2006) Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 101:2401–2409
- van der Wal MF, Benninga MA, Hirasing RA (2005) The prevalence of encopresis in a multicultural population. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 40:345–348
- Kuizenga-Wessel S, Di Lorenzo C, Nicholson LM, Butter EM, Ratliff-Schaub KL, Benninga MA et al (2016) Screening for autism identifies behavioral disorders in children functional defecation disorders. *Eur J Pediatr* 175:1371–1378
- Von Gontard A, Niemczyk J, Weber M, Equit M (2014) Specific behavioral comorbidity in a large sample of children with functional incontinence: report of 1001 cases. *Neurourol Urodyn* 34:763–810

- Bongers ME, Tabbers MM, Benninga MA (2007) Functional nonretentive fecal incontinence in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 44:5–13
- Koppen IJ, Lammers LA, Benninga MA, Tabbers MM (2015) Management of Functional Constipation in Children: Therapy in Practice. *Paediatr Drugs* 17(5):349–360.
- Tabbers MM, Di Lorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, Staiano A, Vandenplas Y, Benninga MA (2014) Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 58(2): 258–274.