

Symptommanagement: Darmstörungen

5. Oktober 2020

Podcast anhören unter: https://youtu.be/zhFdBHn__fs

GG deFiebre von der SRNA empfängt Dr. Margaret Jones zum heutigen Podcast der Serie „ABCs der NMOSD“ mit dem Titel: „Symptommanagement: Darmstörungen“. Zu Beginn des Podcasts gibt Dr. Jones einen kurzen Überblick über die möglichen Auswirkungen der NMOSD auf die Darmfunktion und über die verschiedenen Probleme, die bei NMOSD-Patienten auftreten können. Sie geht anschließend die Behandlungsoptionen durch und erklärt, wie ein Behandlungsplan vereinbart wird. Dr. Jones spricht über Digitismus, Verstopfung und die Auswirkungen des Alters auf die Darmfunktion.

Einführung: [00:00:00] Das „ABC der NMOSD“ ist ein zehnteiliger Podcast mit Informationen über Erkrankungen aus dem Formenkreis der NMO (NMOSD), seltene wiederkehrende Autoimmunerkrankungen, die vorwiegend Entzündungen der Sehnerven und des Rückenmarks verursachen. Die Podcastserie „ABC der NMOSD“ wird von der SRNA – Siegel Rare Neuroimmune Association ausgestrahlt.

GG deFiebre: [00:00:59] Guten Tag allerseits und willkommen zu unserer Podcastserie „ABC der NMOSD“. Der heutige Podcast trägt den Titel „Management von Darmstörungen bei NMOSD“. Ich bin GG deFiebre von der Siegel Rare Neuroimmune Association.

[00:01:41] Unser Gast im heutigen Podcast ist Dr. Margaret Jones. Dr. Margaret Jones ist Assistenzprofessorin für Physikalische und Rehabilitative Medizin und hat sich auf die Behandlung von Patienten mit Rückenmarksläsionen und Rückenmarkserkrankungen spezialisiert. Sie hat ihre Facharztausbildung an der University of Washington abgeschlossen und war in ihrem letztem Jahr dort Funktionsoberärztin, um dann ihren Forschungsstudiengang am Kessler Institute, New Jersey Medical School anzutreten. Anschließend kehrte sie nach Seattle zurück, um sich um Patienten mit Rückenmarksverletzungen am Harborview Medical Center, dem einzigen Traumazentrum im pazifischen Nordwesten der USA zu kümmern.

[00:02:13] Durch die Arbeit mit Medizinstudenten, Assistenzärzten in Ausbildung und ihren Kollegen im Lauf ihrer akademischen Tätigkeit hat sie ihre Fähigkeiten und Interessen in der medizinischen Ausbildung und Neurorehabilitation erweitert und ist heute staatlich geprüfte Fachärztin für Rückenmarks- und Hirnschädigungen, die einzige Ärztin im Staat Tennessee mit diesen beiden Qualifikationen. Anschließend ist Dr. Jones zu ihren südlichen Wurzeln nach Vanderbilt zurückgekehrt, um dort am Aufbau der relativ neuen Abteilung für Physikalische und Rehabilitative Medizin mitzuwirken. Sie ist klinische Ausbilderin der Assistenzärzte und Medizinstudenten an der stationären Klinik in Vanderbilt Stallworth. Sie führt auch ambulante Behandlungen von Patienten mit Rückenmarksläsionen und -erkrankungen durch sowie für andere Patienten mit Schlaganfall, Hirnläsionen, Zerebralparese und zahlreichen andere Diagnosen, die Neurorehabilitation erfordern, einschließlich Botox und anderen Arten des Managements von Spastizität.

[00:02:58] Dr. Jones ist durch ihre Vorlesungen weiterhin in der Assistenzarztausbildung aktiv und engagiert sich für eine stärkere Berücksichtigung von Schmerzmanagement und -rehabilitation in der Ausbildung. Wenn sie nicht arbeitet, wandert und zeltet sie gerne am Strand oder in den Bergen.

[00:03:18] Könnten Sie uns als Anfang etwas über die möglichen Auswirkungen einer NMOSD auf die Darmtätigkeit erzählen?

Dr. Margaret Jones: [00:03:27] Aber gern, das ist eine gute und wichtige Frage für Patienten mit NMO und ähnlichen Erkrankungen. Meistens sehen wir Inkontinenz oder Probleme mit der Darmkontrolle, oder aber relative Verstopfung mit den zahlreichen Nebenwirkungen, die sich daraus ergeben.

[00:03:48] Ich finde, diese Komplikation ist eine der größten Herausforderungen bei dieser Erkrankung, weil sie sich so stark auf das tägliche Leben, auf das soziale Leben, auf Essen und Trinken und all diese Dinge auswirkt. Das ist also eine der Herausforderungen, vor die uns Darmbeschwerden in diesen Zusammenhang stellen.

GG deFiebre: [00:04:11] Wunderbar, vielen Dank. Können Sie uns erklären, warum sich NMOSD auf die Darmtätigkeit auswirkt?

Dr. Margaret Jones: [00:04:18] Ja. Wenn wir die medizinische Komplikation der Darmstörungen in diesem Zusammenhang besprechen, bezeichne und definiere ich sie als neurogenen Darm. Die Darmfunktion bedarf einer koordinierten Steuerung, die sowohl vom Hirn, vom Rückenmark als auch vom lokalen neurologischen System kommt. Das gastrointestinale ("GI") System und der Darm bekommt Reize von der lokalen Umgebung, braucht aber auch diesen koordinierten Ablauf von Ereignissen... ich stelle mir das Rückenmark wie eine Art Autobahn vor, die das Hirn mit dem Rest des Körpers verbindet. Entlang dieser Autobahn gibt es eine ganze Reihe von koordinierenden Pfaden, die dazu beitragen, Informationen an den Darm und vom Darm ans Hirn zu transportieren. Bei Myelitis und anderen Rückenmarksschädigungen fehlt die normale Kommunikation.

[00:05:10] Damit geht eine Darmträgheit einher, sowie ein Mangel an Reaktion und Information an das lokale Umfeld. Daraus folgen Schwierigkeiten bei der willentlichen Darmentleerung und bei der zeitgerechten Darmbewegung. Dadurch haben viele Patienten mit NMO oder anderen Erkrankungen dieses Formenkreises Schwierigkeiten zu wissen, wann sie auf die Toilette gehen sollen, es sei denn, sie planen oder managen das anderweitig. Das kann, wie ich schon gesagt habe, ganz schön frustrierend sein. Das sind meine ersten Gedanken dazu. Doch im Grunde handelt es sich um eine Falschkommunikation oder um das Fehlen normaler Kommunikation im neurologischen System, das sich auf die Darmfunktion auswirkt.

GG deFiebre: [00:05:57] Wunderbar. Danke für den Überblick. Gibt es unterschiedliche Arten der Darmschwäche? Kann jemand zum Beispiel eher einen spastischen Darm haben oder aber Probleme mit einem schlaffen Darm?

Dr. Margaret Jones: [00:06:09] Gute Frage. Wenn wir über den Darm sprechen, beziehen wir uns oft auf zwei unterschiedliche Syndrome im neurologischen System: der Darm des oberen Motoneurons und der Darm des unteren Motoneurons. In diesem Rahmen kann man auch daran denken, dass jemand vielleicht einen eher spastischen Darm hat und jemand anders vielleicht eher einen geringeren Tonus im Darm hat. Wenn wir über diese Aspekte sprechen, sprechen wir über die Rolle von Reflexen im Darm und im gastrointestinalen System, die uns dabei helfen können, zu entscheiden, wie man den Darm am besten helfen kann. Bei Patienten mit einem oberen Motoneuronsyndrom im Darm kann es zu einem eher „spastischen“ Darm kommen, dessen Behandlung Reflexe im Darm nutzen kann, um die Peristaltik zu erleichtern. Ein unteres Motoneuronsyndrom im Darm ist bei Myelitispatienten nicht immer der Fall, kann aber vorkommen, wenn Sekundärkomplikationen oder andere Probleme hinzukommen.

[00:07:07] Bei diesen Patienten ist die Behandlung ein wenig anders, da es eigentlich darum geht, den Darminhalt mehrere Male am Tag zu lösen und zu evakuieren. Wir werden über die Behandlungsstrategien für beide Fälle sprechen. Dabei hängt der Ansatz nicht nur von den unterschiedlichen Diagnosen ab, sondern auch von der Person und der persönlichen Untersuchung, mit deren Hilfe man herausfinden will, was für ein bestimmten Menschen am besten funktioniert, um dann darauf die gesamte Behandlung aufzubauen.

GG deFiebre: [00:07:30] Wunderbar. Vielen Dank. Können Sie uns etwas über die wesentlichen Behandlungsstrategien erzählen – vielleicht beginnend mit den häufigsten, um dann zu den anderen überzugehen, die man eher als weitere oder zusätzliche Strategie anwendet – und uns erläutern, worin sie sich in Abhängigkeit von der Art der Darmstörung unterscheiden?

Dr. Margaret Jones: [00:07:47] Gern. Bei den Patienten mit Myelitiskomponente – ich spreche in diesem Fall über eine Komponente des oberen Motoneurons – bedeutet das eine Beteiligung des Rückenmarks, eher rostral (*zu Mund /Nase hin gelegen*). Es gibt spezifische Strategien für das Darmmanagement bei einer Störung des oberen Motoneurons. Wir nennen es ein Darmreflexprogramm. Es ist ein Programm, das die körpereigenen Reflexe im Interesse der Darmtätigkeit bestmöglich nutzt. Diese Strategie besteht aus drei verschiedenen Aspekten. Sie verwendet lokale mechanische Stimulation und Zäpfchen; der Darm wird zur passenden Zeit stimuliert und es wird an der Konsistenz des Darminhalts gearbeitet.

[00:08:33] Historisch betrachtet begann dieses „Darmprogramm“ – so nennen wir es oft – indem wir einem Patienten drei Mal am Tag Colace (*Wirkstoff Docusat-Natrium, Abführmittel*) gaben, einmal am Tag Senna und schließlich ein Zäpfchen. Daher die Zahlen eins, zwei, drei, die man immer wieder hört. Mit der Zeit stellte sich heraus, dass Colace eher einen Placebo-Effekt hatte und keinen wirklichen Nutzen brachte, was die Konsistenz angeht. Daher sind wir in meiner Praxis, aber ich denke auch in den USA im Allgemeinen, dazu übergegangen, immer häufiger MiraLAX® (*Polyethylenglykol-Abführmittelpulver*) anstatt Colace zu verwenden.

Wenn ich MiraLAX® verwende, dann tue ich es, um eine bessere Konsistenz zu erreichen. Wenn also jemand festen Stuhl hat, dann würden wir MiraLAX® verwenden, um ihn aufzuweichen, so dass er leichter abgesetzt werden kann.

[00:09:20] Was die Zäpfchen und die digitale mechanische Stimulation angeht, das hängt vom Zeitpunkt des Einsatzes ab. Nehmen wir an, wir wollten für einen bestimmten Patienten ein morgendliches Darmprogramm einführen. Meistens würden wir dabei nach einer Mahlzeit beginnen, wenn das möglich ist. Es ist ein bisschen komplizierter, weil man den Tagesablauf des Patienten berücksichtigen muss, aber ein Darmprogramm nach einer Mahlzeit hat den Vorteil, dass man den sogenannten gastrocolischen Reflex nutzen kann, der sich nach der Einnahme einer Mahlzeit einstellt. Um dann, 15-30 Minuten danach, ein Zäpfchen in das Rektum einzuführen. Eine anschließende digitale Stimulation teilt dem Körper die eindeutige Botschaft mit: „Jetzt ist die Zeit gekommen, auf die Toilette zu gehen.“ Eine andere Art, diese zeitliche Planung zu unterstützen, besteht aus der Verabreichung von Senna oder eines anderen stimulierenden Abführmittels 8 bis 12 Stunden vor Beginn der digitalen Stimulation, um die Peristaltik zu fördern. Senna wirkt zwischen 8 bis 12 Stunden nach der Verabreichung. Wenn man es also am Abend zuvor einnimmt und dann ein morgendliches Darmprogramm plant, dann besteht die Hoffnung, dass die lokale digitale Stimulation den Stuhl wirklich vorantreibt.

[00:10:36] MiraLAX® kann man zu jedem beliebigen Zeitpunkt einnehmen. Manche Patienten nehmen es auch am Morgen, andere mittags oder abends. Das kann jeder machen, wie er will. Aber wie gesagt, das wirkt eher auf die Konsistenz. Wenn ich also ein „Darmprogramm“ für obere Motoneuronen in Angriff nehmen will oder jemanden wieder auf den normalen Weg bringen will, dann wende ich dieses „Rezept“ an, um die Dinge zunächst einmal in Gang zu bringen. Dann sehe ich, wie der Patient darauf reagiert und kann weitere Anpassungen vornehmen.

[00:11:04] Das ist, wie gesagt, das „Darmprogramm“, das wir normalerweise bei Menschen mit Schädigung der oberen Motoneuronen anwenden, also bei einem eher spastischen Darm. Das trifft natürlich nicht auf alle zu. Jemand kann eine sekundäre Polyneuropathie, Guillain-Barré oder andere neurologische Beschwerden haben, bei denen es mehr um die peripheren Nerven geht, aber auch wenn etwas ganz anderes der Fall ist, vielleicht der CONUS nicht ganz intakt ist, abhängig vom neurologischem Status. In diesen Fällen ist der Darm eher reflexlos, also etwas, was ich einen Darm mit unterem Motoneuronproblem nenne. Dieser reagiert in der Regel nicht so gut auf die oben beschriebenen Techniken, die sich die körpereigenen Reflexe zunutze machen, um die Darmtätigkeit zu stimulieren. Bei diesen Patienten arbeiten wir daher daran, den Darm ein wenig mehr zu festigen, um einen weniger lockereren Stuhl zu haben. Wir erhöhen den Ballaststoffanteil und ändern die Flüssigkeitseinnahme, um einen relativ festen Stuhl zu formen. Bei diesen Patienten versucht man oft bei jeder Blasenentleerung, gleichzeitig den Darm zu lockern oder zu entleeren, in einer umfassenden Bewegung durch das Rektum, um abzusetzen, was sich gerade darin befindet.

[00:12:18] Das sind gewissermaßen die zwei Grundarten, so wie wir sie sehen. Abgesehen davon möchte ich wiederholen und unterstreichen, dass jedes Darmprogramm im Wesentlichen davon abhängt, was bei dem spezifischen Patienten funktioniert, in welchem Maß Pflege vorhanden ist, was der Patient isst, welche Hemmschwellen es gibt. Somit ist es etwas, was Arzt und Patient im engen Austausch miteinander erarbeiten müssen.

GG deFiebre: [00:12:43] Okay. Wie entscheidet ein Arzt, welche Behandlungen bei einem Patienten mit Darmstörungen anzuwenden sind? Wie wird diese Entscheidung getroffen?

Dr. Margaret Jones: [00:12:52] Ich denke, bei uns in der Praxis, aber nicht nur, kommen die wichtigsten Entscheidungsgründe aus dem, was uns der Patient erzählt. Ich bin der Ansicht, der Patient kennt seinen Körper besser als alle anderen und kann daher am besten mitteilen, was funktioniert und was nicht. Daher muss ich an dieser Stelle einschränkend sagen, alles was ich heute erzähle, ist eher Textbuchwissen und Erfahrungswissen aus der klinischen und praktischen Erfahrung, aber es gibt durchaus ein paar andere Dinge, die auch funktionieren. Die Krankheitsgeschichte des Patienten und das, was er uns erzählt, helfen uns einfach, zu wissen, was gut funktioniert. Sie sind eine Vertrauensgrundlage, helfen aber auch dabei, das Programm so zu entwickeln, dass es funktioniert. Abgesehen davon und von einem sehr wachsamen Auge auf die Essens- und Stuhlganggewohnheiten, dem Timing usw. ist die körperliche Untersuchung auch von hervorragender Bedeutung. Wieviel Handfunktion hat der Patient, wie ist die allgemeine körperliche Beschaffenheit, wird aufrechtes Sitzen gut toleriert oder wird ein Darmprogramm im Liegen gebraucht, gibt es Probleme mit dem Blutdruck und Ähnliches?

[00:13:53] Ich habe schon ein paarmal Reflexe angesprochen, sowohl tiefe Sehnenreflexe, aber auch S-Reflexe, und eine gute Untersuchung des Podex und des Kreuzbeins kann einem Arzt gute Anhaltspunkte für die Behandlung dieser speziellen Darmstörung geben. Auf Grundlage dieser ganzen Informationen kann man dann auf die allgemeine Lage der Dinge schließen: ob diese Person eher einen oberen Motoneuronendarm oder einen unteren Motoneuronendarm hat, und den Managementplan davon ableiten.

GG deFiebre: [00:14:25] Ok, sehr gut. Vielen Dank. Dann habe ich noch diese Frage hier. Die Diagnose für diesen Fragesteller wurde vor 23 Jahren gestellt. In den letzten Jahren wurde die Darmentleerung immer anstrengender. Der Fragesteller nimmt 6 mg Relistor® (*Wirkstoff Methylnaltrexon*) am Tag und nach 30 Minuten beginnt es sich ein bisschen zu lockern, aber das Drücken bedarf immer noch großer muskulärer Anstrengung. Er hat Schwierigkeiten mit Spastizität und mit der Blase. Gibt es etwas, was man in dieser Situation zusätzlich ausprobieren könnte?

Dr. Margaret Jones: [00:14:55] Ja. Wissen Sie, das ist eine wirklich interessante Frage. Zum Glück haben wir mehr und mehr Patienten, die mit diesen Diagnosen ein langes Leben führen und dadurch lernen wir immer mehr über das chronische Management dieser Probleme dazu.

[00:15:09] Ich weiß nicht mehr, ob Sie das gesagt haben, aber ich nehme an, der Patient nimmt Arzneimittel für die Darmfunktion. Aber auch abgesehen von den Problemen mit dem Rückenmark und anderen neurologischen Schwierigkeiten, neigt der Darm mit der Zeit dazu, sich deutlich langsamer zu bewegen. Daher ist es wichtig, die Patienten von Zeit zu Zeit anzusprechen und zu fragen: Ist das Darmprogramm, das wir vor fünf Jahren eingeführt haben immer noch das, was für den Patienten auch heute noch am besten funktioniert?

[00:15:37] Bei jemanden, der wirklich chronische betäubende Schmerzmittel nimmt, die man vor rund 20 Jahren zu verschreiben begann, als sie sehr en vogue waren, kann die Zeit gekommen sein, zu überprüfen, ob diese Art Schmerzmanagement langfristig die beste Lösung ist. Über die Schmerzmedikation nachzudenken kann ein guter Ansatz sein. Das Blasenmanagement überprüfen, um zu sehen, wie sich dieses auf die Flüssigkeitsaufnahme auswirkt, um zu sehen, ob eine höhere Flüssigkeitsaufnahme helfen könnte, um die Darmfunktion zu erleichtern.

[00:16:06] Oder aber auch etwas ganz spezifisches für diese Person, wenn sie beispielsweise intermittierende Katheterisierung anwendet, aber damit nicht mehr nachkommt, weil sie sich viel häufiger katheterisieren müsste, dann ist eine Besprechung mit dem medizinischen Personal oder dem Neurologen angesagt, um herauszufinden, ob dieser Plan noch der Situation angemessen ist. Bei diesen Patienten würde ich an andere Nahrungsmittel oder Empfindlichkeiten denken, oder an den besten Zeitpunkt für das Essen und wieviel gegessen wird. Insgesamt denke ich, könnte es darauf hinauslaufen, einige Laxative zu steigern, auf eine andere Diät hinzuarbeiten, herauszufinden, was an der gegenwärtigen Diät dazu neigt, die Darmtätigkeit mehr zu verlangsamen, als sich der Patient bewusst ist.

[00:16:50] Oder sie kommen zu dem Schluss, dass die eher konservative Darmprogramme, die wir genannt haben, nicht mehr die richtige Option für sie sind. Bei manchen dieser Patienten würden wir dann eher an die Anwendung von analen Irrigationssystemen denken, wie Peristeen® (*ein Komplettsystem zur analen Irrigation für Menschen, die an Stuhlinkontinenz und Verstopfung leiden*) oder ähnlichem. Bei einigen dieser Patienten – und ich meine damit nicht, dass dies das erste ist, was man tun sollte – aber wenn man eine Darmschwäche einige Zeit lang eher konservativ behandelt hat, kann es sinnvoll sein, darüber nachzudenken, ob eine Kolostomie (*chirurgisch hergestellte Öffnung im Dickdarm, bei der der Darm durch die Bauchwand gebracht und an die Haut genäht wird*) die Lebensqualität verbessern kann. Diese Art von Gespräch kann man führen, wenn der Patient für eine gründliche und sorgfältige Diskussion mit dem Arzt aufgeschlossen ist.

[00:17:31] Ich denke, es gibt etliche Möglichkeiten, die Flüssigkeitseinnahme, das Essen oder andere Medikamente zu verändern, die wir ausprobieren würden, bevor wir einen eher aggressiven Eingriff dieser Art in Betracht ziehen. Aber 23 Jahre nach der Diagnose, denke ich, sollte man auch das in Betracht ziehen.

GG deFiebre: [00:17:46] Danke. Dann haben wir eine Frage über Empfehlungen zum Digitismus oder der digitalen Stimulation und wann sie als Teil des Darmprogramms angewendet werden sollte.

Dr. Margaret Jones: [00:17:57] Ja, das ist eine sehr gute Frage... Wenn ich das erkläre, entweder meinen Praktikanten oder Patienten mit NMO oder anderen Rückenmarkproblemen, dann sage ich, digitale Stimulation ist der Mechanismus, der hilft die lokale Muskulatur und das Rektum zu dehnen, um dem Körper zu sagen: „Auf geht's!“ Typischerweise wird die digitale Stimulation angewendet, wenn jemand einen obere Motoneuronendarm hat oder wenn sehr viel mehr Spastizität vorliegt, aber auch einige intakte Reflexe, die man nutzen kann. In der Regel führen wir ein Zäpfchen ein oder ein Mini-Einlauf oder was auch immer, wenn es eine lokale rektale Medikation gibt, die angewendet wird.

[00:18:36] Kurz darauf beginnen wir mit der digitalen Stimulation. Das ist ein behandschuhter Finger, meist mit Gleitmittel, der in den Enddarm im Uhrzeigersinn oder andersrum, egal wie, eingeführt wird. Wenn wir diesen Teil des Darmprogramms zum ersten Mal durchführen, vermittelt er dem Darm eine gewisse lokale mechanische Stimulation, die ihm mitteilt, es ist Zeit, sich zu bewegen. Und es öffnet den Enddarm bei den ersten Malen. Da kann es bereits zu Ergebnissen kommen. Im Verlauf eines Darmprogramms – wenn wir versuchen, auf diese Art festzustellen, dass der Darm wirklich entleert wird – würden wir dann, entweder die betroffene Person selbst oder der Pfleger, diese digitale Stimulation alle ungefähr 5 oder 10 Minuten wiederholen.

[00:19:24] Wenn wir dann nach ein paar Wiederholungen Ergebnisse sehen, oder aber Schleim oder keine Ergebnisse, oder wenn der Enddarm sich wieder schließt – damit meine ich, der Muskeltonus wird wieder eher normal oder eng – dann würden wir mit der Stimulation aufhören.

[00:19:41] Bei Menschen mit einem eher spastischen und reflexivem Darm verwenden wir die digitale Stimulation, um die Darmentleerung zu erleichtern.

GG deFiebre: [00:19:52] Okay. Dann zu unser nächsten Frage. Der Sohn des Fragestellers hat Probleme, eine regelmäßige Darmbewegung zu erzielen, obwohl er Stuhlweichmacher und Senokot® (*Senna*) verwendet. Wenn er aufs Klo geht, was alle vier Tage passiert, dann sind die Stuhlstücke sehr groß, wie ein Softball (ca. 11,5 cm). Das ist natürlich schwer zu entleeren. Gibt es etwas, was er tun könnte, damit das nicht passiert?

Dr. Margaret Jones: [00:20:13] Das klingt sehr ungemütlich. Daher entschuldige ich mich bei dieser Person und, wenn es jemand wäre, der mich in der Praxis aufsucht, würde ich sicherlich dieses Problem mit ihr zusammen lösen wollen.

[00:20:25] Daher bin ich froh, dass der Patient die richtige Frage gestellt hat. Es gibt neuere Richtlinien des Rückenmarks-Konsortiums, die wir teilweise bei unserer klinischen Arbeit verwenden. Eine dieser Richtlinien stellt ein Ziel von mindestens drei Darmbewegungen in der Woche auf. Wenn diese Person also nur alle vier Tage kann, dann würde ich versuchen, die Häufigkeit der Darmbewegungen zu erhöhen. Und ein Teil des Darmmanagements betrifft, wie bereits gesagt, was von oben reinkommt. Also das Essen, die Flüssigkeit, Dinge wie Stuhlweichmacher oder Abführmittel, zusätzlich zu Stimulantien wie Senokot®, Senna und anderes.

Das sind die Dinge, die von oben kommen. Alles was gegessen oder eingenommen wird. Dann brauchen wir auch ein bisschen Stimulation und Unterstützung von unten. Wenn diese Person also noch keine Zäpfchen oder etwas anderes verwendet, was von unten stimuliert, dann kann dazu beitragen, dass die Stuhlentleerung häufiger wird.

[00:21:28] Das könnte also damit beginnen, ein Zäpfchen zu verwenden oder digitale Stimulation jeden oder jeden zweiten Tag, einfach um den Darm mitzuteilen: „Es geht los“. Manche Menschen fühlen sich bei rektalen Methoden wirklich unwohl. Und ich kann einen Teil dieses Gefühls nachvollziehen. Gleichzeitig will ich dazu sagen, dass das Unwohlsein durch große Verfestigungen, besonders wenn sie fast so groß wie ein Softball sind, alle vier Tage eine Menge lokaler Schmerzen verursachen wird, eine Menge Unwohlsein im Unterleib. Ganz abgesehen vom Risiko langfristiger Folgen durch Hautprobleme, lokale Abszesse oder auch Verfestigungen, die manchmal sogar chirurgisch entfernt werden müssen.

[00:22:15] Damit will ich nicht sagen, dass rektale Methoden nicht zu verwenden nicht... es mag nicht der normalste Mechanismus der Welt sein, aber er kann wirklich helfen, eine regelmäßige Darmbewegung zu erreichen und damit auch ernstere Komplikationen in der Zukunft zu vermeiden. Für diese Person würde ich daher digitale Stimulation, ein kleines lokales Zäpfchen oder einen Mini-Einlauf, etwas in der Art vorschlagen, damit die Darmentleerung häufiger wird und der Stuhl nicht ganz so groß.

GG deFiebre: [00:22:49] Ich danke Ihnen. Der nächste Fragesteller hat anormale Empfindungen in den unteren Gliedmaßen, die sich jetzt auch seine Darmtätigkeit auswirken. Er kann einen Darm nicht auf normale Weise entleeren, aber er kann fühlen, wann das nötig wäre. Aber die Steigerung dieser seltsamen Empfindung zeigt ihm wohl an, wann er auf die Toilette muss, schränkt aber gleichzeitig seine Beweglichkeit ein. Gibt es eine Behandlung für diese Art seltsamer Empfindungen oder eine Vorstellung, worüber der Fragesteller mit seinem Arzt reden sollte?

Dr. Margaret Jones: [00:23:21] Oh ja, das ist eine wirklich interessante Frage. Die Akademikerin in mir würde gerne ein bisschen mehr darüber hören wollen, die klinische Ärztin gern wissen, wie lange diese Empfindungen schon da sind und welche Behandlungsstrategien bisher angewendet worden sind. Stärker werdende oder sich verändernde Empfindungen, entweder in den Beinen oder irgendwo im Rumpf, in Abhängigkeit davon, wo die neurologischen Schädigungen stattgefunden haben, können ein Zeichen von Veränderungen der Blasenfunktion sein, die ja heute nicht im Mittelpunkt steht, aber Darm und Blase sind eng miteinander verbunden. Aber es kann auch ein Anzeichen für eine Veränderung der Darmfunktion sein.

[00:24:08] Stärker werdende oder sich verändernde Empfindungen können von einer relativ stärkeren Verstopfung verursacht werden. Wenn jemand also beschreibt, dass er nicht in der Lage ist, den Darm normal zu entleeren, dann kann es sein, dass sich der Stuhl mit der Zeit mehr und mehr anstaut und die neuropathischen Schmerzen, die anderen anormalen Empfindungen und die Spastizität schlimmer werden oder sich verändern.

Bei einigen dieser Patienten besteht die Behandlung dieser Empfindungen – auch wenn es auf den ersten Blick keinen Sinn zu ergeben scheint – aus einem besseren Management des Darms und einer Untersuchung der Blase. Es klingt, als ob diese Empfindungen unangenehm seien, nicht nur als Gefühl an sich, sondern auch wegen ihrer Auswirkungen auf die Darmfunktion. Daher würde ich prüfen, ob diese Empfindungen nach einer Mahlzeit oder nach einer Blasenentleerung schlimmer werden.

[00:25:08] Wenn jemand möglicherweise kein Darmprogramm – oder zumindest kein regelmäßiges – durchführt, dann wäre der vorliegende ein Fall, in dem wir sagen würden: „Wir müssen sichergehen, dass Sie diese bestimmte Mahlzeit oder dieses bestimmte Nahrungsmittel zu einer bestimmten Tageszeit einnehmen, damit Sie Ihrem Darm helfen, sich regelmäßiger zu entleeren.“ Und, auch hier wieder, wenn Unterstützung erforderlich ist: Zäpfchen, digitale Stimulation oder andere anregende Mittel.

GG deFiebre: [00:25:37] Genau. Dann haben wir eine Frage einer Person, die 87 Jahre alt ist. Ihre Diagnose wurde 2002 gestellt. Sie kann laufen, hat jetzt aber Schwierigkeiten mit der Darmtätigkeit. Liegt das am Alter oder steht es mit der seltenen Neuroimmunerkrankung in Verbindung und wie kann man zwischen den beiden differenzieren?

Dr. Margaret Jones: [00:25:58] Großartige Frage. Ich habe es schon angesprochen. Je mehr wir uns mit dem Alterungsprozess bei Neuroimmunerkrankungen und anderen neurologischen Problemen befassen, desto mehr spielt die Alterskomponente eine Rolle, wenn sich der Darm und seine Funktionalität mit der Zeit ändern. Es gibt ältere und alte Leute, die keinerlei neurologische Beschwerden haben, aber durchaus unter chronischer Verstopfung leiden.

[00:26:28] Kommen die beiden zusammen, die chronische Verstopfung im Alter und die Neuroimmunerkrankung oder neurologische Problematik, dann kann das die Darmtätigkeit massiv beeinträchtigen, weil die Probleme von zwei Seiten kommen. Unvollkommene Darmtätigkeit kann schlimmer und schlimmer werden und eine immer schlimmere Distension (*Überdehnung einer anatomischen Struktur*) oder Verstopfung verursachen.

[00:26:50] Was die Differenzierung zwischen den beiden angeht, das ist schwierig. Was speziell diese Person angeht – zunächst bin ich wirklich froh zu hören, dass sie laufen kann und aktiv ist. Ich würde kontrollieren, dass die Flüssigkeitsaufnahme ausreichend ist und ob es mit der Zeit diätetische Veränderungen gegeben hat. Manchmal ist man einfach nicht so hungrig. Der Appetit ist nicht da. Man kocht nicht mehr so für sich selbst wie früher. Daher würde ich mir einige dieser funktionalen Aspekte ihres Tagesgeschehens anschauen. Grundlegende Dinge wie eine umfassende körperliche Untersuchung zur Feststellung, ob die Spastizität sich verschlimmert hat und ob die Reflexe intakt sind würden mir dabei helfen, herauszufinden, ob es sich mehr um eine neurologische Frage oder um eine Frage des Alterns handelt.

[00:27:37] Aber ich würde mit dieser Person eingehend ihren Tagesablauf, ihre täglichen Aktivitäten, die Flüssigkeitsaufnahme, die Diät besprechen, um dann den Zeitpunkt der Darmentleerung zu bestimmen und um herauszufinden, was eine unvollständige Darmtätigkeit bedeutet. Liegen zusätzlich noch andere Komplikationen vor? Das wäre meine Herangehensweise bei diesem Patienten. Das könnte jemand sein, bei dem ein Darmprogramm sinnvoll ist oder zumindest ein regelmäßiges Abführmittel und eine Änderungen der Essgewohnheiten, damit die Darmbewegung so leicht wie möglich wird.

GG deFiebre: [00:28:11] Wunderbar. Vielen Dank. Gibt es von Ihrer Seite noch etwas zum Thema Darmschwäche bei NMO, über das wir noch nicht gesprochen haben, was aber auch wichtig sein könnte?

Dr. Margaret Jones: [00:28:20] Wenn über neurologische Probleme gesprochen wird, geht es meistens um Bewegung, Empfindungen und wie man in der Welt zurechtkommt.

[00:28:29] Aber so vieles vom dem, was wir als Klinikärzte täglich zu sehen bekommen, betrifft Darm, Blase, Haut, Schmerzen und Spastizität. Das ist dann auch das, worauf ich mich eher konzentriere. Daher denke ich, dass es für Patienten wichtig ist, einen medizinischen Betreuer zu finden, dem sie vertrauen, mit dem sie gern zusammenarbeiten und mit dem sie über diese Fragen sprechen können. Denn es gibt jede Menge Patienten mit neurologischen Störungen, die Darmschwäche haben und trotzdem wunderbare Leben führen können, in denen sie täglich zur Arbeit gehen und Umgang mit ihrer Familie und mit Freunden haben. Aber es gibt auch viele, die nicht wirklich über ihre Probleme mit Darm und Blase oder den anderen Komplikationen sprechen. Sie verbringen sehr viel Zeit zuhause und machen sich über mögliche „Unfälle“ Sorgen. Das macht mich traurig, weil es nicht notwendig ist. Man muss mehr planen, das stimmt. Aber es gibt Mittel und Wege, rauszugehen und unter die Leute zu gehen, ohne dauernd an den Darm denken zu müssen. Daher rate ich jedem, der diese Probleme hat, dazu, diese mit dem Hausarzt, Physiotherapeut oder anderem Arzt zu besprechen, um dafür eine tragbare Lösung zu finden, damit das normale Leben nicht zu kurz kommt.

GG deFiebre: [00:29:44] Wunderbar. Vielen Dank. Das war sehr hilfreich.

Dr. Margaret Jones: [00:29:47] Auf jeden Fall. Ich habe zu danken. Vielen Dank für die Einladung.

Über unsere Gastrednerin



Margaret Jones, MD

Vanderbilt Stallworth Rehabilitation Hospital

Dr. Margaret Jones ist Assistenzprofessorin für Physikalische und Rehabilitative Medizin und spezialisiert auf die Betreuung von Patienten mit Rehabilitationsläsionen und -Erkrankungen. Sie hat ihre Facharztausbildung an der University of Washington abgeschlossen und war in ihrem letztem Jahr dort Funktionsoberarzt, um dann ihren Forschungsstudiengang am Kessler Institute, New Jersey Medical School anzutreten. Anschließend kehrte sie nach Seattle zurück, um sich um Patienten mit Rückenmarksverletzungen am Harborview Medical Center, dem einzigen "Level 1"-Traumazentrum im pazifischen Nordwesten der USA zu kümmern.

Durch die Arbeit mit Medizinstudenten, Assistenzärzten in Ausbildung und ihren Kollegen im Lauf ihrer akademischen Tätigkeit hat sie ihre Fähigkeiten und Interessen in der medizinischen Ausbildung und Neurorehabilitation erweitert und ist heute staatlich geprüfte Fachärztin für Rückenmarks- und Hirnschädigungen, die einzige Ärztin im Staat Tennessee mit diesen beiden Qualifikationen. Anschließend ist Dr. Jones zu ihren südlichen Wurzeln nach Vanderbilt zurückgekehrt, um dort am Aufbau des relativ neuen Abteilung für Physikalische und Rehabilitative Medizin mitzuwirken. Sie ist klinische Ausbilderin der Assistenzärzte und Medizinstudenten an der stationären Klinik in Vanderbilt Stallworth.

Sie führt auch ambulante Behandlung von Patienten mit Rückenmarksläsionen und -erkrankungen durch sowie für andere Patienten mit Schlaganfall, Hirnläsionen, Zerebralparese und zahlreichen andere Diagnosen, die Neurorehabilitation erfordern, einschließlich Botox und andere Arten des Managements von Spastizität. Dr. Jones ist durch ihre Vorlesungen weiterhin in der Assistenzarztausbildung aktiv und engagiert sich für eine stärkere Berücksichtigung von Schmerzmanagement und -rehabilitation in der Ausbildung. Wenn sie nicht arbeitet, wandert und zeltet sie gerne am Strand oder in den Bergen.