

Das Reizdarm-Syndrom als interdisziplinäre Herausforderung

Ursachen - Diagnose - Therapie

Das Reizdarm-Syndrom (RDS) ist mit einer Prävalenz von 10-15 % eine der häufigsten Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes (Wächtershäuser u. Stein 2008). Für die Patienten ist die Erkrankung häufig mit starken Schmerzen und mit Einschränkungen der Lebensqualität verbunden. Die Therapie erweist sich in der Praxis meist als schwierig, da der Erkrankung keine erkennbaren organischen Ursachen zugrunde liegen. Aufgrund der verschiedenen Symptomausprägungen benötigt jeder Patient ein individuelles Behandlungskonzept.



Diagnostische Kriterien

Abdominelle Beschwerden sind das Leitsymptom des RDS. Nach den Rom III-Kriterien liegt ein RDS vor, wenn Schmerzen oder Unwohlsein an mindestens drei Tagen im Monat wiederkehrend auftreten (Longstreth et al. 2006). Mindestens zwei der drei folgenden Kriterien müssen dabei erfüllt sein:

- ▶ Schmerzen und Unwohlsein verbessern sich nach Defäkation
- ▶ veränderte Stuhlfrequenz
- ▶ veränderte Stuhlkonsistenz.

Nachts treten in der Regel keine Beschwerden auf. Charakteristisch für das RDS sind individuell sehr unterschiedliche Ausprägungen der Symptome. Da viele Patienten einen Wechsel der Beschwerden erleben, muss die Therapie dementsprechend individuell ausgerichtet sein. Umso wichtiger ist daher die grundsätzliche Einteilung der Subtypen (s. Tab).

Weiterführende Links

- ▶ Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) www.dgvs.de
- ▶ Rom Kriterien und Fragebogen www.romecriteria.org
- ▶ Deutsche Reizdarmselbsthilfe e.V. www.reizdarmselbsthilfe.de
- ▶ Deutsche Gesellschaft für Ernährung DGE www.dge.de
- ▶ Deutsches Ernährungsberatungs- und -informationsnetz www.ernaehrung.de/tipps/
- ▶ Qualifizierte Ernährungsberatung vor Ort www.was-wir-essen.de

Tabelle | Relevante Subtypen und deren Häufigkeiten

| Subtyp / Häufigkeit | Kriterien |
|-------------------------|--|
| Obstipations-Typ 17% | harte oder klumpige Stühle: ≥ 25% der Defäkationen |
| | breiige oder wässrige Stühle: < 25% der Defäkationen |
| Diarrhö-Typ 32% | breiige oder wässrige Stühle: ≥ 25% der Defäkationen |
| | klumpige Stühle: < 25% der Defäkationen |
| gemischter Typ 46% | beide Stuhlformen innerhalb von Stunden oder Tagen im Wechsel: ≥ 25% der Defäkationen |

(nach Rome-Foundation o. J.)

Ursachen

Die dem RDS zugrunde liegenden Pathomechanismen sind nur unvollständig geklärt. Es handelt sich offenbar um eine komplexe Interaktion physiologischer, psychologischer und sozialer Faktoren (Wächtershäuser u. Stein 2008). Als gesichert gilt das Vorliegen einer viszeralen Überempfindlichkeit (Hotz et al. 1999). Das Risiko, ein RDS zu entwickeln, ist nach einer infektiösen Gastroenteritis 5-10fach erhöht (Halvorson et al. 2006, Spiller u. Campbell 2006). Vermutlich persistiert eine leichte Entzündung, die zu Störungen der mucosalen Funktion und Struktur führt (Camilleri 2006). So wurden bei Patienten mit RDS neben Veränderungen in der Darmflora auch erhöhte Konzentrationen von Serotonin-bildenden Zellen sowie von Mastzellen und Entzündungsmediatoren in der Mucosa festgestellt (Spiller u. Campbell 2006).

Pathophysiologische Mechanismen beim RDS

EVIDENZ

1. Störung der viszeralen Perzeption
2. Störung der Motilität
3. Psychosomatische Störung
4. Störung des autonomen/zentralen Nervensystems
5. Störung des enterischen Nervensystems
6. Alterierte Darmflora und/oder intestinales Immunsystem
7. Infektion oder postinfektiös
8. Genetische Disposition
9. Umwelteinflüsse, z.B. chemische Reize
10. Psychische Erkrankung

(nach Wächtershäuser u. Stein 2008)

Diagnose

Die Diagnose des RDS ist aufgrund der Varianz der Symptome und seiner Ähnlichkeit zu möglichen anderen Krankheitsbildern (z.B. Obstipation, Lebensmittelunverträglichkeiten) nicht ganz einfach. Sie wird gestellt, nachdem organische und biochemische Veränderungen mit üblichen diagnostischen Mitteln ausgeschlossen wurden. Kriterien, die gegen die Diagnose RDS sprechen, sollten gezielt erfragt werden (s. unten). Folgende diagnostische Maßnahmen werden für die Abgrenzung des RDS empfohlen (n. Hotz et al. 1999):

- ▶ Anamnese inkl. Familienanamnese und orientierenden psychosomatischer Diagnostik
- ▶ Erfassung der Symptome (auch dyspeptische Oberbauchbeschwerden und extraintestinale Symptome)
- ▶ sorgfältige körperliche Untersuchung zum Ausschluss relevanter organischer Differentialdiagnosen
- ▶ Blutbild, BSG oder CRP; Urinstatus; Stuhltest auf okkultes Blut (sofern keine Koloskopie vorgesehen ist)
- ▶ bei Diarrhö: Elektrolyte, Leber- und Pankreasenzyme, TSH, Blutzucker, Stuhluntersuchungen auf bakterielle und parasitäre Erreger
- ▶ Abdomensonographie wird empfohlen
- ▶ Koloskopie, nicht obligat, jedoch bei Alter über 50 und auf Patientenwunsch
- ▶ Malabsorptionstests (H₂-Atemtests) bei Verdacht auf Lebensmittelunverträglichkeiten.

Kriterien, die gegen die Diagnose RDS sprechen:

- ▶ kurze Anamnese
- ▶ spontaner Gewichtsverlust
- ▶ Blut im Stuhl
- ▶ monotones, aber progredientes Beschwerdebild
- ▶ keine Verschlimmerung unter Stress
- ▶ keine Besserung in Entlastungssituationen
- ▶ Störung der Nachtruhe durch die Symptome

(nach Hotz et al. 1999)

Im Gespräch mit Herrn Prof. Dr. med. Heiner Kramer; Gastroenterologe und Ernährungsmediziner, Mannheim



1 | Herr Professor Kramer, Sie behandeln in Ihrer Praxis sehr viele Patienten mit Reizdarm-Syndrom. Welche Erfahrungen machen Sie mit ihnen und worauf legen Sie im Gespräch besonderen Wert?

Es fällt auf, dass besonders oft Frauen betroffen sind, vor allem auch jüngere. Die Patienten sind häufig schon recht lange auf der Suche nach der Ursache ihrer Beschwerden und entsprechend belastet. Daher nehme ich mir Zeit und gebe ihnen das Gefühl, dass ich sie ernst nehme. Kommt es zur Diagnose Reizdarm-Syndrom erkläre ich ihnen, dass es sich um eine gutartige Erkrankung handelt. Vielen Patienten fällt es schwer zu akzeptieren, dass es keine organische Ursache und deshalb keinen kausalen Therapieansatz gibt. Ich erkläre ihnen, dass zwar keine Heilung möglich ist, die Symptome jedoch gelindert werden können.

2 | Favorisieren Sie ein bestimmtes Therapie-konzept?

Ja. Meine Therapie basiert auf drei Säulen: 1. Allgemeinmaßnahmen einschließlich Ernährungstherapie, 2. symptomatische medikamentöse Therapie und 3. psychosomatische Grundversorgung. Für die Ernährungstherapie und psychosomatische Beratung

arbeite ich mit qualifizierten Fachkräften, also z. B. Ernährungswissenschaftlern und Psychologen zusammen. Im Zentrum aller therapeutischen Maßnahmen steht die vom Patienten als dominierend wahrgenommene Beschwerde. Die Behandlung dieses Symptoms wird dem Patienten die größte Erleichterung verschaffen.

3 | Welche ergänzenden Maßnahmen sind beim Reizdarm-Syndrom sinnvoll?

Gute Erfahrungen mache ich mit dem Einsatz von Probiotika. Da die Symptome auch auf Veränderungen der Darmflora beruhen können, ist die Beeinflussung der Darmflora durch probiotische Arznei- und Lebensmittel ein wichtiger Bestandteil meiner langfristigen Therapie. In einer gesonderten darmkologischen Beratung erklärt ein Mitarbeiter das Konzept der probiotischen Therapie sowie die Wahl der jeweiligen probiotischen Stämme.

4 | Patienten mit Verdauungsbeschwerden fragen häufig zuerst Ihren Hausarzt um Rat. Was empfehlen Sie Ihren Kollegen?

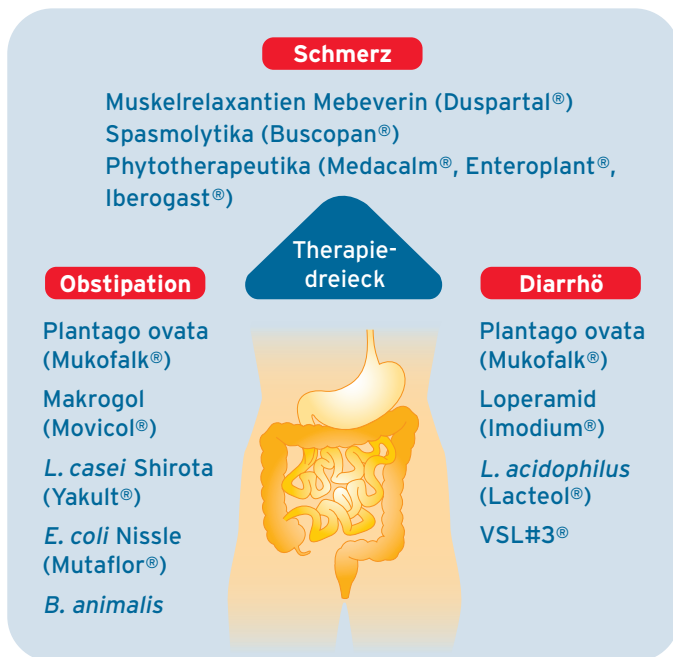
Die Hausärzte spielen eine herausragende Rolle für die langfristige Betreuung, da sie in der Regel ein sehr enges Vertrauensverhältnis zum Patienten haben. Nach der Basisdiagnostik und fachärztlichen Abklärung von Differentialdiagnosen sind sie Ansprechpartner erster Wahl. Hausärzte sollten ihre Patienten auch frühzeitig für ihre Darmgesundheit sensibilisieren sowie auf Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Koloskopie) hinweisen.

Lebensmittelunverträglichkeiten als Symptomauslöser

Auch wenn typische Symptome vorliegen, lässt sich das RDS diagnostisch nicht immer eindeutig von Lebensmittelunverträglichkeiten abgrenzen. Klinische Studien haben gezeigt, dass bei Patienten mit unspezifischen abdominellen Beschwerden häufig nicht diagnostizierte Lebensmittelunverträglichkeiten wie Laktoseintoleranz oder Fruktosemalabsorption vorlie-

gen (Born 2007). Neben diesen Kohlenhydratunverträglichkeiten kommen auch Glutenenteropathien und IgE-vermittelte Allergien (z. B. gegen Nüsse, Fisch) als Symptomauslöser oder -verstärker in Betracht und sollten in der Diagnostik berücksichtigt werden. Bei Verdacht auf Lebensmittelunverträglichkeiten liefert die Auswertung eines Ernährungs-Symptom-Protokolls oft wertvolle Hinweise für die gezielte Auswahl von Malabsorptionstests bzw. Blutuntersuchungen (Keller et al. 2005).

Grafik | Medikamentöse und probiotische Therapie beim Reizdarmsyndrom



(nach Krammer 2007)

Therapie

Das Behandlungskonzept orientiert sich an der individuellen Symptomkonstellation des Patienten. Aus Mangel an kausalen Therapieoptionen lautet das Ziel nicht komplette Heilung, sondern Linderung der Symptome. Ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis verbessert dabei den Therapieverlauf und reduziert die Anzahl der Konsultationen (Longstreth et al. 2006).

Arzneimittel

Der Einsatz von Arzneimitteln erfolgt möglichst zeitlich begrenzt und symptomorientiert (Hotz et al. 1999). Ist **Obstipation** das Leitsymptom, sind Gelbildner wie Flohsamenschalen oder bei Beschwerdepersistenz Laxantien wie das wasserbindende Makromolekül Polyethylenglycol bzw. Macrogol einsetzbar. Steht die **Diarrhö** im Vordergrund, verbessert das Opioid Loperamid Stuhlfrequenz und Stuhlkonsistenz (Frieling 2008, Hotz et al. 1999). Im Einzelfall kann das gallensäurebindende Cholestyramin als Antidiarrhoikum verschrieben werden (Frieling 2008). Flohsamenpräparate (Psyllium) wirken sowohl bei Obstipation als auch bei Diarrhö regulierend (Frieling 2008; Kreft 2001). **Schmerzen** können bei allen RDS-Typen auftreten und durch Phytotherapeutika, Muskelrelaxantien (Mebeverin) oder Spasmolytika bzw. Anticholinergika (Butylscopolamin) günstig beeinflusst werden (Krammer 2008). Pflanzliche Karminativa wie Pfefferminz- und Kümmelöl, Fenchel, Anis, Kamille oder Melisse wirken oft positiv bei abdominalen Krämpfen und schmerzhaften Blähungen (Wächtershäuser und Stein 2008; Hotz et al. 1999).

xantien (Mebeverin) oder Spasmolytika bzw. Anticholinergika (Butylscopolamin) günstig beeinflusst werden (Krammer 2008). Pflanzliche Karminativa wie Pfefferminz- und Kümmelöl, Fenchel, Anis, Kamille oder Melisse wirken oft positiv bei abdominalen Krämpfen und schmerzhaften Blähungen (Wächtershäuser und Stein 2008; Hotz et al. 1999).

Ernährung

Aufgrund der komplexen Symptomatik gibt es keine allgemeingültigen Diättempfehlungen. Basis jeglicher Empfehlungen ist eine leichte Vollkost, bei deren Einführung ein begleitendes Ernährungs-Symptom-Protokoll sinnvoll ist. Fermentierbare Kohlenhydrate sind aufgrund ihrer häufig symptomverstärkenden Wirkung zumindest bei der initialen diätetischen Therapie zu vermeiden, insbesondere wenn eine Malabsorption nachgewiesen wurde.

Ballaststoffe sind in der Therapie des RDS differenziert je nach Wirksamkeit und Verträglichkeit einzusetzen. Bei Schmerzdominanz kann eine ballaststoffarme Kost indiziert sein, da diese gelegentlich Blähungen verursachen. Sowohl beim Obstipations- als auch beim Diarrhötyp bilden ballaststoffreiche Lebensmittel wie Gemüse, Obst und Getreideprodukte aus Vollkorn die Basis der Ernährung. Besonders verdauungsfördernd und gut verträglich sind Ballaststoffe in feinen Haferflocken sowie in Roggen- oder Weizenvollkornbrot aus feingemahlenem Mehl, wobei die Mengen schrittweise gesteigert werden sollten.

Es gibt Hinweise, dass eine quantitativ beziehungsweise qualitativ veränderte intestinale Mikroflora die Beschwerden beeinflusst (Camilleri 2006). Probiotika gewinnen deshalb in der Therapie zunehmend an Bedeutung.

Weitere Informationen zu diesem Thema inkl. einer umfangreichen Literatur- und Linkliste finden Sie auf www.darmgesundheits-check.de

Impressum:

Herausgeber: Yakult Deutschland GmbH
Forumstraße 2 · 41468 Neuss
Tel. 02131/3416-29 · Fax 02131/3416-16
E-Mail wissenschaft@yakult.de · Internet www.yakult.de

Redaktion: Yakult Deutschland GmbH · Wissenschaftsabteilung
Nicole Rasmussen · Dr. Irmtrud Wagner

Text: Dr. Maike Groeneveld, Bonn

Grafik und Druck: GDE Preprint- und Mediaservice GmbH, Bonn
Warlich Druck GmbH, Meckenheim

Informationen für medizinische Fachkreise.