

# Das Reizdarmsyndrom Leitlinien-basierte Handlungsempfehlungen für Ärzte

## Ursachen - Diagnose - Therapie

Das Reizdarmsyndrom (RDS) ist eine Krankheit mit vielen Gesichtern und für die Betroffenen häufig mit Schmerzen und erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität verbunden. Für den Therapieerfolg spielen eine möglichst frühzeitige Diagnosesicherung und eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation eine wichtige Rolle. Jeder Patient benötigt ein individuelles Behandlungskonzept auf der Basis seiner spezifischen Symptomausprägungen. Die in 2011 veröffentlichte Leitlinie definiert die Kriterien für die Erkrankung neu und beschreibt die systematische Vorgehensweise bei der Diagnose und Therapie.

### Krankheitsbild

Die Symptome des RDS sind vielfältig und uneinheitlich. Im Vordergrund stehen abdominale Beschwerden wie Bauchschmerzen, Blähungen und Meteorismus, die in der Regel mit Unregelmäßigkeiten bei der Stuhlfrequenz und -konsistenz einhergehen. Sie werden oft begleitet von somatoformen und psychischen Störungen. In der aktuellen Leitlinie (Layer et al. 2011) sind die Kriterien für die Erkrankung definiert (s. Definition). Hierbei werden vier Leitsymptome unterschieden:

- ▶ Diarrhö
- ▶ Schmerz
- ▶ Obstipation
- ▶ Blähungen / Distension.

### Definition laut S3-Leitlinie (Layer et al. 2011)

Die Krankheit des RDS liegt vor, wenn die folgenden drei Kriterien erfüllt sind:

- 1 |** Es bestehen chronische, d.h. länger als drei Monate anhaltende Beschwerden (z. B. Bauchschmerzen, Blähungen), die von Patient und Arzt auf den Darm bezogen werden und in der Regel mit Veränderungen des Stuhlgangs einhergehen.
- 2 |** Die Beschwerden sollen begründen, dass der Patient deswegen Hilfe sucht und/oder sich sorgt und so stark sein, dass die Lebensqualität hierdurch relevant beeinträchtigt wird.
- 3 |** Voraussetzung ist, dass keine für andere Krankheitsbilder charakteristischen Veränderungen vorliegen, welche wahrscheinlich für diese Symptome verantwortlich sind.



### Pathophysiologie

Die dem RDS zugrunde liegenden Pathomechanismen werden zunehmend besser verstanden. Als gesichert gilt das Vorliegen einer viszeralen Überempfindlichkeit. Diese resultiert aus einer Zunahme der proteolytischen Aktivität der Colonschleimhaut, die zu einer Überaktivität sensorischer Nervenfasern und gleichzeitig zu einer erhöhten intestinalen Permeabilität führt. Weiterhin kann die spinale Weiterleitung intestinaler Reize bei RDS-Patienten verstärkt sein, Schmerzreize aktivieren zudem andere und größere Hirnregionen als bei Gesunden (Layer et al. 2011).

Aktuellen Studien zufolge liegt beim RDS oft eine Störung der Darmflora vor, und zwar eine Zunahme der Bakterienspecies Veillonella und Lactobacillus und eine Verminderung der Bifidobakterien (Kerckhoffs et al. 2009, Layer et al. 2011). Dies steht vermutlich auch im Zusammenhang mit Veränderungen des enteralen Immunsystems, die sich durch eine lokale Zunahme von Immunzellen (vor allem Mastzellen, T-Lymphozyten) sowie enterochromaffinen Zellen zeigen (Layer et al. 2011). Das Risiko, ein RDS zu entwickeln, ist nach einer infektiösen Gastroenteritis deutlich erhöht (Layer et al. 2011). Verschiedene Meta-Analysen ergaben zwei bis drei Jahre postinfektiös ein fünf- bis zehnfach erhöhtes Risiko (Thabane u. Marshall 2009, Halvorson 2006).

### RDS - Pathophysiologische Ansätze

- ▶ Viszerale Hypersensitivität
- ▶ Störung autonomes und zentrales Nervensystem
- ▶ Störung enterales Nervensystem
- ▶ Motilitätsstörung
- ▶ Störung Immunsystem
- ▶ Genetische Disposition, Umwelteinflüsse
- ▶ Postinfektiös
- ▶ Alterierte Darmflora
- ▶ Psychische Erkrankungen
- ▶ Psychosomatische Störung, Stress

Layer et al. 2011, S3-Leitlinie

## Diagnose

Eine frühzeitige Diagnosestellung leistet einen wesentlichen Beitrag zum Therapieerfolg. Um das RDS von anderen Krankheitsbildern abgrenzen zu können, sollten Dauer, Charakteristika und Dynamik der Beschwerden so exakt wie möglich erfasst werden, z. B. mit Hilfe eines Beschwerdeprotokolls. Ergänzend zur Basisdiagnostik (s. Übersicht) wird eine (einmalige) Ileokoloskopie zum Ausschluss einer organischen Ursache der Symptome grundsätzlich empfohlen; sie ist obligat zur Diagnose-sicherung. Demgegenüber sind Wiederholungsuntersuchungen zu vermeiden (Layer et al. 2011).

### Bestandteile der Basisdiagnostik (Layer et al. 2011)

- ▶ sorgfältige und eingehende Anamnese
- ▶ körperliche Untersuchung (inkl. rektaler Untersuchung)
- ▶ abdominelle Ultraschalluntersuchungen
- ▶ bei Frauen: gynäkologische Untersuchung
- ▶ Labor: Blutbild, BSG/CRP, Urinstatus
- ▶ weiterführende Diagnostik: je nach individueller Symptomkonstellation, Lebensalter etc.

## Ausschlussdiagnostik

Relevante Differentialdiagnosen sollten möglichst frühzeitig ausgeschlossen werden. Das Leitsymptom Diarrhö kann unter anderem auf infektiöse und entzündliche Colitiden, Lebensmittelunverträglichkeiten und Zöliakie hindeuten. Bei starken Schmerzen sind Morbus Crohn, Dünndarm-Stenosen und gastrointestinale Tumoren diagnostisch zu berücksichtigen. Einer Obstipation kann u. a. eine Hypothyreose, ein colorektales Karzinom oder eine Divertikelkrankheit zugrunde liegen. Bei Blähungen und Distension sind Kohlenhydratmalabsorptionen und eine bakterielle Fehlbesiedlung des Dünndarms zu erwägen.

## Lebensmittelunverträglichkeiten als Symptomauslöser

Einige Lebensmittelunverträglichkeiten verursachen vergleichbare Symptome wie das RDS und sollten differentialdiagnostisch abgeklärt werden. Insbesondere Kohlenhydratmalabsorptionen sind mit einer Häufigkeit von 30-40% (Fruktose)



und 10-20% (Laktose) weit verbreitet (Körner u. Schareina 2010). Eine zuverlässige Diagnose liefert ein H<sub>2</sub>-Atemtest (Keller et al. 2005). Neben diesen Kohlenhydratunverträglichkeiten kommen auch Glutenenteropathien und IgE-vermittelte Allergien (z. B. gegen Nüsse, Fisch) als Symptomauslöser oder -verstärker in Betracht. Bei einem Verdacht auf Lebensmittelunverträglichkeiten gibt die Auswertung eines Ernährungs-Symptom-Protokolls oft wertvolle Hinweise für die gezielte Auswahl von Malabsorptionstests bzw. Blutuntersuchungen (Keller et al. 2005).

## Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Peter Layer; Gastroenterologe Israelitisches Krankenhaus, Hamburg



**1 | Herr Professor Layer, im Frühjahr 2011 wurde eine neue Leitlinie zum RDS veröffentlicht, an der Sie maßgeblich mitgewirkt haben. Worin bestehen die wichtigsten Neuerungen?**

Besonders hervorzuheben sind zum einen die

neue, realitätsnahe Definition des Krankheitsbildes als Basis der Diagnosestellung. Hierbei werden jetzt Muster und Schwere der Symptome ebenso einbezogen wie die Einschränkung der Lebensqualität. Zum anderen konnten Therapieempfehlungen erarbeitet werden, die in hohem Maße evidenzbasiert sind und einem umfassenden Konsens der relevanten Fachgesellschaften entstammen, unter Einschluss der Bereiche Ernährung, Psyche und Komplementärmedizin.

**2 | Was ist bei der Diagnose des RDS zu beachten?**

Bei jedem Patienten sollte initial eine definierte Basisdiagnostik erfolgen. Hierzu zählt eine eingehende Anamnese mit körperlicher Untersuchung, sowie Basislabor, Ultraschall und gynäkologische Untersuchung bei Frauen. Die Diagnosesicherung erfordert grundsätzlich auch eine Endoskopie. Wichtig ist, dass die Diagnostik nur einmal, dafür aber umfassend und gründlich erfolgt, um spätere Wiederholungsuntersuchungen zu vermeiden.

**3 | Sie behandeln in Ihrer Klinik sehr viele Patienten mit RDS. Mit welcher Therapie erzielen Sie die besten Erfolge?**

Die Behandlung orientiert sich am Leitsymptom. Es gibt keine Therapie, die für alle Symptome und für alle Patienten gleichermaßen passt. Jede Therapie erfordert etwas Geduld und erfolgt zunächst probatorisch. Für die meisten Patienten lässt sich eine signifikante Linderung der Symptome erreichen, 20-30% der Patienten werden sogar beschwerdefrei.

**4 | Welche Erfahrungen machen Sie mit Probiotika?**

Probiotika sind eine der wichtigsten Komponenten der Therapie. Dafür gibt es inzwischen auch starke Evidenz. Ein großer Teil der Patienten profitiert davon, vor allem, wenn Hinweise auf Störungen der Darmflora bestehen, etwa nach Darminfekten oder medikamentöser Beeinträchtigung der Darmflora. Probiotika haben praktisch keine Nebenwirkungen und sind oft schon alleine effektiv oder aber verstärken adjuvant den Effekt anderer therapeutischer Maßnahmen. Die Leitlinie enthält Empfehlungen für den Einsatz bestimmter Bakterienstämme. Es gibt jedoch kein Probiotikum, das bei allen Patienten gleichermaßen wirkt. Auch hier gilt es auszuprobieren. Ein Ansprechen ist bereits nach ein bis zwei Wochen möglich. Um den Erfolg zu stabilisieren, sollte die Einnahme auch nach Abklingen der Symptome fortgesetzt werden.

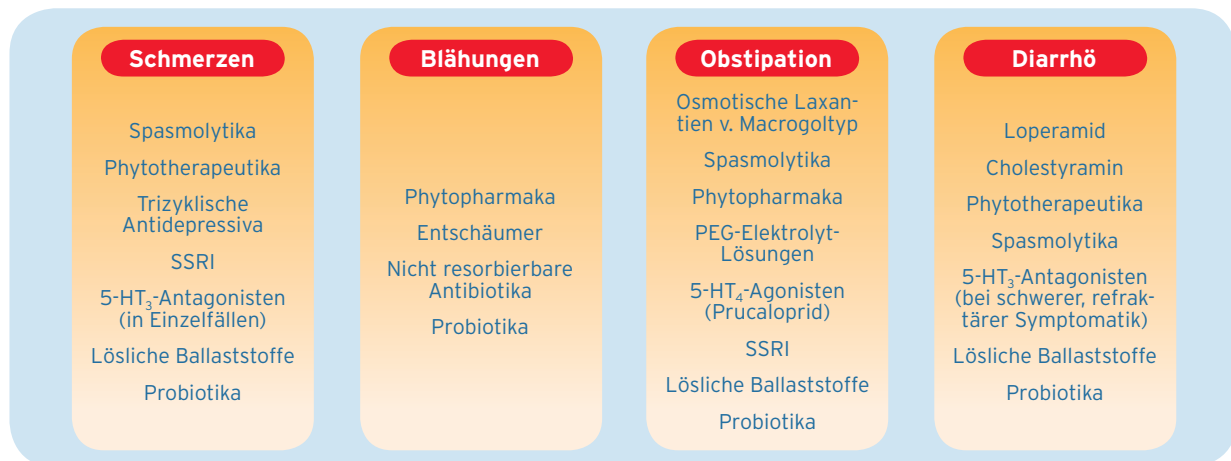
## Therapie

Das Ziel der Therapie ist die Linderung der Symptome und die Verbesserung der Lebensqualität. Ein gutes Vertrauensverhältnis und eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient spielen eine wichtige Rolle für den Therapieerfolg. Dem Patienten hilft, wenn er die Pathomechanismen versteht und seine individuellen Triggerfaktoren kennt. Um Mehrfachuntersuchungen und häufige Therapeutenwechsel zu

vermeiden, sollten Differentialdiagnosen für den Patienten nachvollziehbar ausgeschlossen werden, ggf. durch interdisziplinäre Zusammenarbeit (Layer et al. 2011). Wichtig ist, dem Patienten glaubhaft zu vermitteln, dass das RDS eine eigenständige, aber keine bedrohliche Erkrankung ist.

Aufgrund der Heterogenität des RDS gibt es keine Standardtherapie. Jede Therapie hat zunächst probatorischen Charakter und orientiert sich an den Leitsymptomen (s. Tab.).

**Grafik |** Therapeutika bei RDS nach Leitsymptomen (nach de Greck 2010, Layer et al. 2011)



## Probiotika

Probiotika sind eine wichtige Therapieoption und vielen anderen Therapeutika in der Wirksamkeit überlegen. Die Wirkung beruht vermutlich auf einer Beeinflussung der intestinalen Immunfunktionen (Enck et al. 2011). Die probiotische Therapie ist ohne Nebenwirkungen und kann bei jedem Symptom erfolgen.

**Tabelle |** Evidenzgrade unterschiedlicher Probiotika-Stämme in Abhängigkeit des Hauptsymptoms (Layer et al. 2011)

Probiotika-Stamm	Schmerz-/Bläh-Typ	Schmerz-typ	Obstipationstyp
B. infantis 35624	<b>B</b>		
B. animalis ssp. lactis DN-173010	<b>B</b>		<b>C</b>
L. casei Shirota	<b>B</b>		<b>B</b>
L. plantarum	<b>C</b>		
L. rhamnosus GG		<b>B*</b>	
E. coli Nissle 1917			<b>C</b>
Kombinationspräparate		<b>C</b>	

\* nur bei Kindern gezeigt  
B = Studien der Evidenzklasse 2 oder 3 oder indirekte Anwendbarkeit von Studien der Evidenzklasse 1  
C = Studien der Evidenzklasse 4 oder indirekte Anwendbarkeit von Studien der Evidenzklasse 2 oder 3

Weitere Informationen zu diesem Thema inkl. einer umfangreichen Literatur- und Linkliste finden Sie auf [www.darmgesundheits-check.de](http://www.darmgesundheits-check.de)

## Ernährung und Lebensstil

Ernährungs- und Lebensstil-Empfehlungen beim RDS können nicht allgemein gültig sein. Individuelle Symptomverstärker (Stress, Bewegungs- oder Schlafmangel, bestimmte Lebensmittel) sollten vermieden werden. Ein Großteil der Betroffenen profitiert von einer individuell abgestimmten Ernährungsweise, die in enger Zusammenarbeit mit einer qualifizierten Ernährungsfachkraft entwickelt werden sollte (Wächtershäuser und Stein 2008). Basis jeglicher Empfehlungen ist eine leichte Vollkost, deren Einführung durch ein Ernährungs-Symptom-Protokoll begleitet werden sollte.

Ballaststoffe sind in der Therapie des RDS differenziert je nach Wirksamkeit und Verträglichkeit einzusetzen. Sowohl beim Obstipations- als auch beim Diarrhötyp bilden ballaststoffreiche Lebensmittel wie Gemüse, Obst und Produkte aus fein gemahlenem Vollkorngetreide die Basis der Ernährung. Besonders gut verträglich sind lösliche Ballaststoffe aus Gemüse und Obst (Schäfer 2010). Bei Schmerzdominanz kann eine ballaststoffarme Kost indiziert sein.

### Impressum:

**Herausgeber:** Yakult Deutschland GmbH  
Forumstraße 2 • 41468 Neuss  
Tel. 02131/341629 • Fax 02131/341616  
E-Mail [wissenschaft@yakult.de](mailto:wissenschaft@yakult.de) • Internet [www.yakult.de](http://www.yakult.de)

**Redaktion:** Yakult Deutschland GmbH • Wissenschaftsabteilung  
Dr. Irmtrud Wagner • Dipl. oec. troph. Ulrike Jäschke

**Fachliche Beratung:** Prof. Dr. med. Peter Layer, Gastroenterologe  
Israelitisches Krankenhaus, Hamburg

**Text:** Dr. Maike Groeneveld, Bonn

**Grafik & Druck:** M. Gierse, Bochum • Warlich Druck GmbH, Meckenheim

**Fotos:** Yakult Deutschland GmbH • [www.fotolia.de](http://www.fotolia.de)

**Informationen für medizinische Fachkreise**