

Der Allgemeinarzt Heft 14, 2005 Jahrgang 27

Rubrik: --

Seite: --

Autor: Heinz-Jürgen Krammer, Franka Schlieger

Abgrenzen, einordnen, behandeln

### **So wird der Reizdarm erträglich**

*Patienten mit Reizdarmsyndrom sind eine heterogene Patientengruppe, deren Krankheit unterschiedliche Ursachen haben kann. Daher gibt es kein Mittel, das allen Betroffenen gleichermaßen hilft. Die Behandlung muß sich nach den im Vordergrund stehenden Beschwerden und möglichen Triggerfaktoren richten.*

Das Reizdarmsyndrom (RDS) zählt in den westlichen Industrienationen zu den häufigsten gastroenterologischen Krankheitsbildern. In Deutschland leiden etwa 10 – 20 % aller Erwachsenen, darunter vorwiegend Frauen, an einem Reizdarmsyndrom. Damit steht diese Magen–Darm–Erkrankung nach Erkältungen an zweiter Stelle der krankheitsbedingten Arbeitsausfälle.

**Kein einheitlicher Auslöser.** Beim RDS liegen keine gesicherten Erkenntnisse über eine einheitliche Pathogenese vor. Man geht von unterschiedlichen Ursachen aus, die bei den Patienten Einfluß auf die Art und Schwere der Symptome nehmen können. Eine erhöhte Empfindlichkeit im Sinne einer Perzeptions– und Verarbeitungsstörung (viszerale Hyperalgesie) gilt als gesichert, wobei die Ursachen hierfür bislang unbekannt sind. Weitere, zumindest teilweise gesicherte Pathomechanismen sind eine psychosomatische Störung, Motilitätsstörung, Störung des autonomen/zentralen Nervensystems sowie eine psychische Erkrankung. Daneben ist bei einer Teilpopulation eine früher durchgemachte Darminfektion als Auslöser des RDS wahrscheinlich.

**Was spricht für ein RDS?** Die Diagnose wird anamnestisch anhand der ROM–II–Kriterien ermöglicht. Diese setzen voraus, daß ein Patient innerhalb der letzten zwölf Monate kontinuierlich oder intermittierend für mindestens zwölf Wochen an abdominellen Beschwerden wie Schmerzen, Durchfall oder Blähungen gelitten hat. Zusätzlich müssen mindestens zwei der drei folgenden Merkmale zutreffen:

0. Beginn der Schmerzen assoziiert mit einer Veränderung der Stuhlhäufigkeit
1. Beginn der Schmerzen assoziiert mit einer Veränderung der Stuhlkonsistenz
2. Besserung mit dem Stuhlgang

Die vom ROM–Komitee vorgeschlagenen Kriterien für die Diagnose eines RDS sind weltweit anerkannt als Basis für die Durchführung von wissenschaftlichen Studien, wenngleich kritisiert wird, daß diese – wie auch andere früher erarbeitete Kriterien – nicht alle Betroffenen zu erfassen vermögen. Daher hat die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs– und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) eine einfache Klassifikation des RDS erarbeitet und veröffentlicht (Tabelle 1).

### Kriterien für die Diagnose eines Reizdarmsyndroms\*

- abdominelle Schmerzen oder andere Beschwerden, oft in Beziehung zur Defäkation (meist Erleichterung durch Defäkation)
  - Veränderung der Defäkation hinsichtlich mindestens zwei der folgenden drei Aspekte:
    1. Frequenz
    2. Konsistenz (hart, breiig, wäßrig, Veränderung konstant oder wechselnd)
    3. Passage mühsam, gesteigerter Stuhldrang; Gefühl der inkompletten Darmentleerung; Schleimabgang
  - häufig assoziiert mit einem Gefühl der abdominalen Distension
- \* Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS)

### T A B E L L E 1

Wie bei anderen funktionellen Erkrankungen auch existieren beim RDS im Vergleich zu anderen Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts weder spezifische strukturelle noch biochemische Marker, die unter Verwendung routinemäßiger Untersuchungsmethoden bei Patienten mit RDS nachgewiesen werden konnten.

Zur endgültigen Sicherung der Diagnose müssen jedoch zahlreiche somatische Erkrankungen berücksichtigt und ausgeschlossen werden. Wichtigste Differentialdiagnosen sind insbesondere bei jüngeren Patienten eine chronisch entzündliche Darmerkrankung, bei älteren Patienten – das Kolonkarzinom. Die grundlegende Basis- und Zusatzdiagnostik ist in Tabelle 2 wiedergegeben.

Basisdiagnostik	Zusatzdiagnostik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnese (typische Symptommuster)</li> <li>• körperliche Untersuchung</li> <li>• Labor (Blutbild, BSG, CRP), okkultes Blut, Urinstatus</li> <li>• Stuhlbakteriologie</li> <li>• Abdomensonographie</li> <li>• Koloskopie (bei Patienten &gt; 50 (40) Jahre, sonst nach Familienanamnese und individueller Symptomatik, Patientenwunsch)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• H<sub>2</sub>-Atemtest mit Laktose, Fruktose (Laktose-, Fruktoseintoleranz)</li> <li>• H<sub>2</sub>-Atemtest mit Laktulose und Glukose (bakterielle Fehlbesiedlung des Dünndarms)</li> <li>• tiefe Duodenalbiopsien (Lamblien, M. Whipple)</li> <li>• Kolon-Transitzeitmessung (Slow-Transit-Obstipation)</li> <li>• anorektale Manometrie (Outlet-Obstipation)</li> <li>• antroduodenale Manometrie (intestinale Pseudoobstruktion)</li> </ul>

T A B E L L E 2

**Vielzahl an Symptomen möglich.** Patienten mit einem RDS können abhängig von den jeweils vorherrschenden Symptomen vier verschiedenen Typen zugeordnet werden:

3. Diarrhö dominant
4. Obstipation dominant (auch Wechsel zwischen Obstipation und Diarrhö möglich)
5. Meteorismus/Schmerz dominant
6. Blähsucht bzw. Gasbildung dominant.

Die Intensität der Beschwerden schwankt, nachts treten i. d. R. keine oder weniger Symptome auf. Darüber hinaus können die Beschwerden unterschiedliche Ausprägungsgrade aufweisen: Sie können von leicht bis schwer, kurzfristig bis langfristig rezidivierend bzw. chronisch persistierend sein.

Nach Triggerfaktoren suchen. Menschen mit einem RDS leiden meist lebenslang an den Symptomen ihrer Erkrankung in unterschiedlicher Ausprägung. Im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen steht daher die Verbesserung der Lebensqualität (Therapiesäulen: vgl. Tabelle 3).

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Allgemeinmaßnahmen</b> (u. a. klare Diagnosevermittlung mit Interpretation der Ergebnisse, Identifizierung und Abbau von allgemeinen beruflichen und privaten Stressfaktoren, wiederholte Arzt-Patientengespräche zur Förderung eines stabilen Vertrauensverhältnisses)</li> <li>2. <b>medikamentöse Therapie</b></li> <li>3. <b>Psychotherapie</b></li> </ol>
---

T A B E L L E 3

Der Behandlung geht zunächst eine Analyse des allgemeinen Beschwerdeprofils und der

Ernährungsgewohnheiten voraus, um eventuelle "Trigger-Faktoren" zu erkennen (z. B. Kaffee auf nüchternem Magen, zu geringer Konsum von Salat und Gemüse). Daher wird den Patienten empfohlen, ein Tagebuch zu führen. Hier sollte u. a. auf Nahrungsbestandteile geachtet werden, die Beschwerden auslösen. Bei dominanter Diarrhö und Flatulenz sollte man Belastungstests mit Laktose und Fruktose in Erwägung ziehen.

**Ballaststoffe und Probiotika.** Es besteht Einigkeit darüber, Ballaststoffe beim Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp versuchsweise einzusetzen, da sie die Stuhlmenge erhöhen und so gleichzeitig den intraluminalen Druck vermindern. Außerdem wird die Transitzeit der Nahrung verkürzt und der Stuhl durch die vermehrte Wasserbindung weicher gemacht. Hierbei sind wasserlösliche Gelbildner (Pektine, *Plantago ovata*) den zellulosehaltigen Faserstoffen (Weizenkleie, Leinsamen) aufgrund ihrer geringeren Gasbildung vorzuziehen.

Darüber hinaus konnte in mehreren Studien belegt werden, daß mit Hilfe spezifischer Probiotika (= definierte lebende Mikroorganismen, die in ausreichender Menge in den Darm gelangen und hierbei positive gesundheitliche Wirkungen erzielen können) bei funktionellen Darmerkrankungen therapeutische Effekte erzielt werden können. So konnten signifikante Effekte hinsichtlich der Obstipation gezeigt werden durch *Lactobacillus casei* Shirota und *E. coli* Stamm Nissle 1917, sowie hinsichtlich Schmerz und Meteorismus durch *Lactobacillus plantarum*.

**Medikamentöse Therapie.** Führen die Allgemeinmaßnahmen nicht zur gewünschten Besserung der Beschwerden, kann auf verschiedene Medikamente zurückgegriffen werden. Allerdings sollten diese beim RDS nur zeitlich begrenzt und symptomorientiert eingesetzt werden (Tabelle 4 und Abbildung).

Pharmakotherapie beim Reizdarmsyndrom (RDS)	
Leitsymptom: Schmerz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muskelrelaxanzien, z. B. Mebeverin (Duspatal<sup>®</sup> ret.): 2 × 1 Tbl./d</li> <li>• Spasmolytika, z. B. Butylscopolamin (Buscopan<sup>®</sup>): 3 – 5 × 10 – 20 mg/d p. o. oder als Supp.</li> <li>• 5-HT<sub>2</sub>-Rezeptor-Agonisten, Tegaserod (Zelmac<sup>®</sup>): 2 × 6 mg/d</li> <li>• bei schwer therapierbaren Schmerzen niedrig dosierte Antidepressiva im Sinne von Antinociceptiva, z. B. Amitriptylin (Saroten<sup>®</sup>): 10 – 20 mg/d p. o. (Cave: Nebenwirkung: Obstipation)</li> <li>• bei Kombination von Schmerzen und Obstipation SSRI, z. B. Fluoxetin (Fluctin<sup>®</sup> 1 × 20 mg/d)</li> </ul>
Leitsymptom: Obstipation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quellstoffe wie Flohsamenschalen, z. B. <i>Plantago ovata</i> (Mucofalk<sup>®</sup>), 2 × 5 g/d</li> <li>• Probiotika, z. B. <i>E. coli</i>-Stamm Nissle 1917 (Mutaflor<sup>®</sup>), 100 – 200 mg/d</li> <li>• prokinetisches Phytopharmakon aus <i>Iberis amara</i> (Iberogast<sup>®</sup>), 3 × 20 Tr./d</li> <li>• osmotische Laxantien, z. B. Lactulose 2 × 5 – 10 g/d (Cave: Blähungen)</li> <li>• Polyethylenglycol (Movicol<sup>®</sup>, Laxofalk<sup>®</sup>) 1 – 3 Btl./d</li> <li>• bei Obstipation in Kombination mit Schmerz: 5-HT<sub>2</sub>-Rezeptor-Agonisten, Tegaserod (Zelmac<sup>®</sup>) 2 × 6 mg/d)</li> <li>• bei Stuhlentleerungsproblemen CO<sub>2</sub>-Laxans Lecicarbon-Suppositorium 1 – 2 Supp., 30 min vor Stuhlentleerung</li> </ul>
Leitsymptom: Diarrhö	<ul style="list-style-type: none"> <li>• versuchsweise Quellstoffe zur Stuhlkonsistenzhöhung (Mukofalk<sup>®</sup>): 2 × 5 g/d</li> <li>• Antidiarrhoika wie Loperamid (Imodium<sup>®</sup>), 2 – 4 mg bis zu 4 mal täglich p. o.</li> </ul>
Leitsymptom: Meteorismus und Blähungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• oberflächenaktive Substanzen, z. B. Dimeticon/Simeticon (sab simplex<sup>®</sup>), 3 - 4 × 40 – 100 mg/d p. o.</li> <li>• Probiotika, z. B. <i>E. coli</i>-Stamm Nissle 1917 (Mutaflor<sup>®</sup>), 100 – 200 mg/d</li> <li>• Phytopharmaka, z. B. aus <i>Iberis amara</i> (Iberogast<sup>®</sup>), 3 × 20 Tr./d</li> </ul>

TABELLE 4

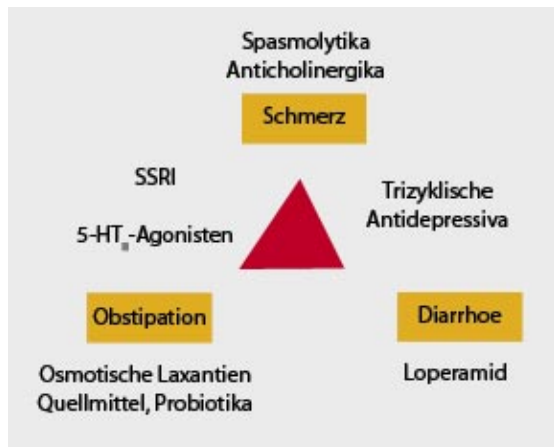


Abbildung: Symptombezogene medikamentöse Therapie

**Psychotherapeutische Hilfe.** Bei hohem Leidensdruck der Patienten und wenn psychosoziale Faktoren eine Rolle bei Entstehung, Aufrechterhaltung und Verlauf spielen sowie diätetische und pharmakotherapeutische Maßnahmen keinen oder unzureichenden Erfolg hatten, ist die Indikation zur Psychotherapie gegeben. Zu den empfehlenswerten Verfahren zählen hierbei die Gesprächstherapie i. S. der sogenannten kleinen Psychotherapie, verhaltenstherapeutische Kombinationsverfahren, psychoanalytische Kurzzeittherapie, kognitive Verhaltenstherapie, progressive Muskelentspannung und Hypnotherapie.

#### Infos zum Reizdarm

Weitere Informationen zum Thema „Reizdarm“ können von der Deutschen Reizdarmselbsthilfe, Mörikeweg 2, 31303 Burgdorf,

Tel. 05136–896106,  
Fax 05136–873662;

E-Mail: [service@reizdarmselbsthilfe.de](mailto:service@reizdarmselbsthilfe.de),  
homepage: [www.reizdarmselbsthilfe.de](http://www.reizdarmselbsthilfe.de) angefordert werden.

Anschrift:

Heinz–Jürgen Krammer, Franka Schlieger

Prof. Dr. med. Heinz–Jürgen Krammer Dr. med. Franka Schlieger II. Medizinische Klinik  
Universitätsklinikum Mannheim 68135 Mannheim

[Zurück zur Übersicht](#)

Alle Rechte vorbehalten

© 2006 Verlag Kirchheim + Co GmbH – Mainz.

[Weitere Ausgaben finden Sie hier...](#)

ERR011: Unable to parse HTML element on line 21! PAGES: 1 BYTES: 39264