

# Reizdarmsyndrom

## Diagnostik und Behandlung

Viele Mediziner halten das Reizdarmsyndrom für eine triviale, überwiegend psychologisch bedingte Störung, bei der jeder Behandlungsversuch fehlschlägt. Doch der Leidensdruck der Patienten ist hoch, und mit einer massgeschneiderten Therapie lassen sich beachtliche Behandlungserfolge erzielen.

---

### BRITISH MEDICAL JOURNAL

---

Beim Reizdarmsyndrom (RDS) handelt es sich um ein chronisches Krankheitsbild, das sich durch Bauchschmerzen, eine Funktionsstörung des Darms sowie Blähungen äussert, wobei keine strukturellen Veränderungen vorliegen. Jedoch können oft pathophysiologische Anomalien erfasst werden. Etwa 10 bis 15 Prozent der Erwachsenen in Grossbritannien sind von einem RDS betroffen, schreiben Experten im «British Medical Journal».

Das RDS ist eine multifaktoriell bedingte Erkrankung, wobei Faktoren wie viszerale Hypersensitivität, Störung der viszeralen Motorik, genetische Faktoren, zentrale Verarbeitungsprozesse, Ernährung, Entzündungsvorgänge sowie Neurotransmitter eine Rolle spielen. Stress – insbesondere chronischer Stress – führt zu einer Verschlimmerung des RDS. Auch die Gabe von nichtsteroidalen antiinflammatorischen Medikamenten (NSAID) kann die RDS-Beschwerden verstärken, ebenso wie der Einsatz bestimmter Antibiotika (z.B. Erythromycin).

### Diagnostik

In der Anamnese berichten RDS-Patienten typischerweise über:

- *Bauchschmerzen*
- *Blähungen oder einen aufgetriebenen Bauch*
- *eine Veränderung der Stuhlfrequenz und/oder Stuhlkonsistenz. Einige Patienten klagen über Diarrhö, andere über*

## Merksätze

- *Patienten mit ausgeprägtem Reizdarmsyndrom weisen verschiedene Symptome auf, welche die Lebensqualität stark beeinträchtigen können.*
- *Die Bauchschmerzen sind manchmal heftig, und die Dysfunktion des Darms geht nicht selten mit einer Inkontinenz einher.*
- *Ein besseres Verständnis der zugrunde liegenden pathophysiologischen Mechanismen und eine individuell auf den Patienten zugeschnittene Therapie können dazu führen, dass sich die Behandlung sehr zufrieden stellend gestaltet.*

*Obstipation, und manchmal wechseln sich Durchfall und Verstopfung ab.*

Viele Patienten geben zusätzlich extraabdominelle Beschwerden wie Kreuzschmerzen, Übelkeit, häufigen Harndrang oder gynäkologische Probleme (Dysmenorrhö, Dyspareunie) an.

Viele Ärzte diagnostizieren ein RDS intuitiv und mit erstaunlicher Sicherheit. Die Rome-I- und Rome-II-Kriterien des RDS eignen sich insbesondere für Forschungszwecke, ihre Anwendbarkeit in der Praxis ist begrenzt. In der täglichen Praxis besteht besonders bei diarrhöbetontem RDS häufig diagnostische Unsicherheit; in diesem Fall muss an eine entzündliche Darm-erkrankung gedacht werden, vor allem, wenn zusätzliche Symptome wie Arthralgie, orale Ulzera oder Augenveränderungen vorliegen.

Bei der körperlichen Untersuchung ist das Abdomen des RDS-Patienten meist unauffällig, wobei die Untersuchten nicht selten eine gewisse Druckschmerzhaftigkeit im rechten oder linken Unterbauch angeben. Die apparative und laborchemische Diagnostik sollte knapp gehalten werden. Oft reichen ein grosses Blutbild und eine Blutsenkung. Bei über 50-Jährigen sollte eine Untersuchung des Kolons erfolgen, vor allem, wenn die Symptomatik erst seit kurzer Zeit besteht.

Liegen folgende Alarmsymptome vor, sollte die Diagnostik erweitert werden:

- *rektale Blutung*
- *Anämie*
- *Gewichtsabnahme*
- *akuter Beginn der Symptomatik*
- *Auftreten der Beschwerden in höherem Lebensalter*
- *Krebs oder entzündliche Darmerkrankungen in der Familienanamnese*
- *Infektionszeichen.*

---

### **Klassische Behandlungsmethoden**

Keines der verfügbaren konventionellen RDS-Medikamente wurde in kontrollierten Studien, die modernen Standards entsprechen, untersucht.

*Diätetische Massnahmen:* Oft wird zuerst eine Erhöhung des Ballaststoffanteils in der Nahrung empfohlen. Allerdings ist die Wirksamkeit dieser Massnahme nicht gut belegt. Tatsächlich

verschlimmern nichtlösliche Fasern wie zum Beispiel Kleie die Beschwerden häufig, weil Schmerzen und Blähungen zunehmen. Ballaststoffe können jedoch bei Verstopfung helfen. Die Autoren empfehlen kommerziell erhältliche Präparate mit löslichen Fasern, weil diese am wenigsten Probleme bereiten. Kaffee, Schokolade und Zuckerersatzstoffe wie Sorbitol oder Fruktose können RDS-Beschwerden verschlimmern und sollten weggelassen werden. Ebenso sollten andere verdächtige Lebensmittel mindestens einen Monat lang vom Speiseplan gestrichen werden. Eine strengere Ausschlussdiät kann hilfreich sein, sollte jedoch unter Supervision einer Fachkraft stattfinden. *Spasmolytika:* Anticholinergika (z.B. Butylscopolamin [Buscopan®] und muskulotrope Spasmolytika (z.B. Mebeverin [Duspatalin®] und Pfefferminzöl [Colpermin®]) sind einen Therapieversuch wert. Sie sollten bei Bedarf eingenommen werden, um eine Tachyphylaxie zu vermeiden.

*Antidiarrhoika:* Dazu zählen Loperamid (Imodium® u. Generika) und nach Angaben der englischen Autoren Codeinphosphat, wobei Codein zu Abhängigkeit führen kann. Loperamid

---

erhöht auch den analen Sphinktertonus und ist deshalb besonders nützlich. Die Patienten sollten die Dosis entsprechend ihren Bedürfnissen titrieren. Eine regelmässige Anwendung ist unbedenklich.

*Laxanzien* wie Senna (z.B. Agiolax® mit Senna), Bisacodyl (Dulcolax® u. Generika) und Polyethylenglycol (z.B. Transipeg®) sollten am besten in regelmässigen kleinen Dosen eingenommen werden. Eine langfristige Behandlung ist akzeptabel. Lactulose kann starke Blähungen verursachen und sollte deshalb besser vermieden werden.

*Antidepressiva* (Trizyklika und SSRI) werden ebenfalls in der Behandlung des RDS eingesetzt. Trizyklische Antidepressiva können zu Verstopfung führen und sind deshalb besonders bei diarrhöbetontem RDS von Vorteil. Patienten mit obstipationsbetontem RDS benötigen unter einer Behandlung mit einem trizyklischen Antidepressivum zusätzlich ein Abführmittel.

*Psychotherapeutische Verfahren* wie die kognitive Verhaltenstherapie und die Hypnotherapie können beim RDS ebenfalls hilfreich sein, doch sind sie zeitaufwändig, kostenintensiv und nicht überall verfügbar.

---

### Neue Behandlungsoptionen

*Probiotika*: Dabei handelt es sich um «gute» Bakterien wie Bifidusbakterien und Laktobazillus (z.B. Lactoferment®), wobei die verschiedenen Bakterienstämme ganz unterschiedliche Wirkungen entfalten können. Der Bakterienstamm Bifidobacterium infantis 35 624 hat bei RDS-Patienten eine gewisse Wirksamkeit gezeigt, doch sind weitere Forschungsarbeiten erforderlich.

*Serotonin-3-Rezeptorantagonisten*: Alosetron, Cilansetron und Ramosetron wurden zur Behandlung des diarrhöbetonten RDS entwickelt und haben in klinischen Studien positive Effekte gezeigt. Allerdings wurden unter der Behandlung mit Alosetron und Cilansetron Fälle einer ischämischen Kolitis beobachtet. Darüber hinaus muss jeder Serotonin-3-Rezeptorantagonist umgehend abgesetzt werden, sobald sich eine Obstipation entwickelt. Die genannten Serotonin-3-Rezeptorantagonisten sind nicht in allen europäischen Ländern zugelassen.

*Serotonin-4-Rezeptorantagonisten*: Tegaserod (Zelmac®) wird beim obstipationsbetonten RDS eingesetzt und hat sich in klinischen Studien als wirksam erwiesen. Schwere Nebenwirkungen scheinen unter der Behandlung nicht aufzutreten.

---

### Wann muss der Patient überwiesen werden?

Viele Patienten kommen mit ihrem Reizdarmsyndrom gut zu recht, wenn sie über die Störung umfassend informiert wurden und wenn die Symptome mit einfachen Massnahmen in Schach gehalten werden. Eine Überweisung und weiterführende Diagnostik ist in Betracht zu ziehen, wenn Zweifel an der Diagnose RDS bestehen oder wenn der Patient auf die Behandlung nicht mehr anspricht. ■

Quelle: A. Agrawal (Department of Medicine and Gastroenterology, Wythenshawe Hospital, Manchester) et al.: Irritable bowel syndrome: diagnosis and management. British Medical Journal 2006; 332: 280-283.

*Andrea Wülker*

Interessenkonflikte: keine