

Diagnose und neue Therapieansätze

Reizdarmsyndrom – Aspekte für die Praxis

Für eine gastrointestinale Symptomatik ohne organische Läsionen verwendete man früher einfach den Begriff «funktionale Störung». Heute versteht man die Pathogenese des Reizdarmsyndroms («irritable bowel syndrome» [IBS]), die Störung der Darm-Hirn-Interaktion, besser, wie Prof. Dr. Lukas Degen, Universitätsspital Basel, anlässlich der medArt basel.24 erläuterte. Die Symptome entstehen durch ein komplexes Zusammenspiel von viszeraler Hypersensitivität und Darmmotilitätsstörung (1).

Diese Neudefinition erlaubte auch, das Beschwerdebild nicht als Ausschlussdiagnose beim Fehlen von organischen Läsionen zu sehen, sondern als positive Formulierung von spezifischen Symptomen (2). Aktuell werden laut Degen folgende Punkte gemäss den ROME-IV-Kriterien für die Diagnosestellung herangezogen (3):

- ▲ Beginn der Symptome vor ≥ 6 Monaten,
- ▲ ≥ 1 Tag/Woche in den letzten 3 Monaten,
- ▲ abdominale Schmerzen plus ≥ 2 Kriterien:
 - assoziiert mit der Defäkation,
 - assoziiert mit einer Änderung der Stuhlfrequenz,
 - assoziiert mit einer Änderung der Stuhlform.

Auch wurden Subtypen definiert (3):

- ▲ Reizdarmsyndrom mit Obstipation (IBS-C),
- ▲ Reizdarmsyndrom mit Diarrhö (IBS-D),
- ▲ wechselhaftes Reizdarmsyndrom (IBS-M; mixed),
- ▲ nicht subtypisierbares Reizdarmsyndrom (IBS-U, unclassified).

Die Prävalenz des IBS beträgt weltweit 4,1 Prozent, Frauen sind häufiger betroffen als Männer, der Grund dafür ist nicht bekannt. Bei etwa 30–50 Prozent der Betroffenen bleibt die Symptomatik bestehen, eine Mehrheit erfährt jedoch eine Verbesserung, je nach Studien werden 12–38 Prozent sogar beschwerdefrei, allerdings kann auch eine Verschlechterung eintreten (4, 5).

Diagnose – nur die minimal notwendigen Untersuchungen

Die Diagnose sollte also als «positive Diagnose» nach den ROME-IV-Kriterien gestellt werden (2, 6). Bei Red Flags, wie unfreiwilligem Gewichtsverlust, Anämie, unklarem Fieber oder Stuhlabgang ab ano, sind weitere Abklärungen indiziert. Bei nächtlichem Erwachen muss man immer unterscheiden, ob die Patienten erwachen und dann Symptome verspüren oder ob sie wegen abdominaler Beschwerden erwachen, was ebenfalls eine Red Flag ist.

Red Flags schliessen ein IBS nicht aus, haben aber eine geringe Wertigkeit bei IBS. In einer retrospektiven Untersuchung mit 1434 IBS-Patienten hatten 84 Prozent mindestens

ein Alarmzeichen. Jedoch war dies in weniger als 9 Prozent der Fälle ein Hinweis für eine organische Krankheit (7). Es ist allerdings zu erwarten, dass der Prozentsatz in einem Zentrum höher ist als in der Grundversorgung.

Eine Studie kontrollierte diese Ergebnisse, bei knapp 100 Patienten mit IBS fand sich auch nach einer Beobachtungsdauer von zwei Jahren nur in 2 Prozent eine organische Erkrankung (z. B. Proktitis). Die ROME-Kriterien ohne Red Flags haben also einen sehr guten prädiktiven Wert für die Diagnose des IBS (8).

Empfohlene Untersuchungen bei Diagnosestellung

In der *Tabelle* sind die Untersuchungen aufgeführt, die von verschiedenen Fachgesellschaften empfohlen werden (9). Diverse Studien relativieren diese Empfehlungen (10–13). Die Blutanalyse bietet eine gewisse Sicherheit, doch insgesamt ist die Wertigkeit tief. Empfehlenswert ist eine Abklärung auf Zöliakie – unabhängig davon, ob eine Diarrhö oder Obstipation besteht, ist das Risiko bei IBS 3-fach erhöht. Bei IBS finden sich nur selten tatsächlich Parasiten, in etwa 1–2 Prozent der Fälle, eine Abklärung sollte vor allem bei einer Anamnese von Auslandsaufenthalten durchgeführt werden. Das Calprotectin dient vor allem dazu, entzündliche Vorgänge im Darm zu diagnostizieren, ist bei IBS aber in < 1 Prozent positiv. Die Stuhl-Elastase hat bei IBS gar keine Wertigkeit. Die Koloskopie sollte bei entsprechender Symptomatik, familiärer Belastung und als reguläre Vorsorge durchgeführt werden. Bei jungen Personen kann auch darauf verzichtet werden. Der Laktasemangel ist bei IBS gleich häufig wie bei der Normalpopulation, häufiger ist hingegen die Laktoseintoleranz, aufgrund der höheren viszeralen Sensitivität, allerdings bleibt trotz laktosearmer Diät die Symptomatik bei IBS oft bestehen.

Abklärung wenig Zusatznutzen

In einer aktuellen Studie wurde bei 373 Zuweisungen in einem Tertiärzentrum untersucht, wie oft durch eine intensive Abklärung mit Blutbild, Serologie, Koloskopie usw. eine neue, relevante organische Krankheit gefunden werden

Tabelle:

Empfohlene Untersuchungen

Blutuntersuchungen	Labor: Blutbild, Chemie, CRP, TSH
Koloskopie	Alter > 45 Jahre und familiäre Belastung (Kolonkarzinom, IBS)
Diarrhö	t-Transglutaminase-IgA und IgA gesamt Stuhluntersuchung (Parasiten) H2-Atemtest (Laktoseintoleranz-Test) Calprotectin im Stuhl

CRP: C-reaktives Protein; H2: Wasserstoff; IBS: irritable bowel syndrome; IgA: Immunglobulin A; TSH: Thyroidea-stimulierendes Hormon.

Tabelle nach Lukas Degen (nach [9])

konnte (14). Auch nach einer Beobachtungsdauer von vier Jahren war nur bei 1 Prozent der Untersuchten eine organische Diagnose erhoben worden.

Individualisierte Stufentherapie

Es ist ein komplexer Vorgang, je nach Symptomstärke für den individuellen Patienten die passende Therapie zu wählen. Nicht selten kommen die Patienten in die Praxis mit Fragen nach den folgenden drei neuen Therapien, auf die sich Degen in seinem Vortrag konzentriert hat.

Tenapanor

Das Medikament Tenapanor ist in den USA und Japan bereits zugelassen. Das kleine Molekül blockiert im Dünndarm und proximalen Dickdarm die Natriumreabsorption (Blockierung des Natrium-Wasserstoff-Austauschers NHE3). So gelangt mehr Wasser ins Darmlumen, der Stuhlgang wird weicher. Eine seltene Nebenwirkung ist Durchfall. In Studien konnte gezeigt werden, dass Tenapanor bei IBS im Vergleich zu Placebo in etwa 15 Prozent der Fälle besser wirkt (15).

Stuhltransplantation

Die Studien zur Stuhltransplantation bei IBS sind so heterogen, dass man keine eindeutigen Schlüsse daraus ziehen kann (16, 17). Metaanalysen konnten nicht zeigen, dass es wirklich zu einer Symptomveränderung gekommen ist. Bei IBS kann die Therapie also nicht empfohlen werden, so Degen.

Hypnotherapie-App

Die App bietet 42 Sitzungen von 15 Minuten an, enthalten sind Erklärungen zur Darm-Hirn-Achse, Übungen zur Zwerchfellatmung und tägliche Darm-orientierte Hypnotherapie. Die Kosten betragen für einen Monat 44 \$, für drei Monate 79 \$, das Vollprogramm ist noch teurer (18, 19).

Vorteil dieser Therapie ist, dass es ein einfaches Verfahren ist, das weder Konsultationen noch Anreise zur Therapie benötigt und zu flexiblen Zeiten genutzt werden kann. Nachteile sind: Die Therapie ist nicht individualisiert, die Wirkung kann nicht abgeschätzt werden, und es gibt keine persönliche Unterstützung oder Beratung bei Schwierigkeiten (20). Kritisch muss auch die Erfolgsrate von 81 Prozent auf der Webseite beurteilt werden. In einer retrospektiven Studie mit 2843 Personen mit selbst deklariertem IBS kauften 50 Prozent die App. Nur 9 Prozent führten alle Sitzungen durch,

7 Prozent (= 190) beantworteten die Fragen. Bei 64 Prozent der Antwortenden fand sich eine Verbesserung mit einer Reduktion der Abdominalschmerzen um 30 Prozent, eine Verbesserung der allgemeinen Symptome und der individuellen Beschwerden (21). Das sind 64 Prozent von 7 Prozent. Damit ist die Wirksamkeit nicht erwiesen.

Empathie ist der Schlüssel

Positive Zuwendung, Empathie mit genügend Zeit für Kommunikation verbessern das klinische Ergebnis. Dies konnte in einer randomisierten kontrollierten Studie nachgewiesen werden (22). 262 Patienten mit IBS wurden in drei Gruppen eingeteilt. Eine Gruppe wurde auf eine Warteliste gesetzt, die zweite erhielt Sham-Akupunktur, die dritte ebenfalls eine Sham-Akupunktur plus positive Zuwendung in Gesprächen. Die Linderung der Symptome und die Verbesserung der Lebensqualität waren bei der dritten Gruppe signifikant am höchsten. Die positive Zuwendung zeigte also die beste Wirkung. ▲

Barbara Elke

Quelle: «State of the Art Lecture 2: Reizdarmsyndrom», Prof. Dr. Lukas Degen, Universitätsspital Basel. medArt basel.24, 17. Juni 2024, Basel.

Referenzen:

- Drossman DA et al.: Rome IV – Functional GI disorders: Disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1257-1261. doi:10.1053/j.gastro.2016.03.035.
- Thompson WG et al.: The irritable bowel: Guidelines for the diagnosis. *Gastroenterol Int*. 1989;2:92-96.
- Lacy BE et al.: Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1393-1407.e5. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.031.
- Sperber AD et al.: Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021;160(1):99-114.e3. doi:10.1053/j.gastro.2020.04.014.
- El-Serag HB, Talley NJ: Systemic review: the prevalence and clinical course of functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;19(6):643-54. doi:10.1111/j.1365-2036.2004.01897.x.
- Vasant DH et al.: British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. *Gut*. 2021;70(7):1214-1240. doi:10.1136/gutjnl-2021-324598.
- Whitehead WE et al.: Utility of red flag symptom exclusions in the diagnosis of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;24(1):137-46. doi:10.1111/j.1365-2036.2006.02956.x.
- Vanner SJ et al.: Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:2912-2917. doi:10.1111/j.1572-0241.1999.01437.x
- Layer P et al.: Update S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM) – Juni 2021 – AWMF-Registrierungsnummer: 021/016. *Z Gastroenterol*. 2021;59(12):1323-1415. German. doi:10.1055/a-1591-4794. Erratum in: *Z Gastroenterol*. 2021;59(12):e1. doi:10.1055/a-1738-5962.
- Irvine AJ et al.: Screening for celiac disease in irritable bowel syndrome: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(1):65-76. doi:10.1038/ajg.2016.466.
- Menees SB et al.: A meta-analysis of the utility of C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, fecal calprotectin, and fecal lactoferrin to exclude inflammatory bowel disease in adults with IBS. *Am J Gastroenterol*. 2015;110(3):444-54. doi:10.1038/ajg.2015.6.
- Hamm L et al.: Additional investigations fail to alter the diagnosis of irritable bowel syndrome in subjects fulfilling the Rome criteria. *Am J Gastroenterol*. 1999;94(5):1279-1282. doi:10.1111/j.1572-0241.1999.01077.x.
- Tolliver BA et al.: Evaluation of patients who meet clinical criteria for irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 1994;89(2):176-8. PMID: 8304298.

14. Khasawneh M et al.: A diagnosis of irritable bowel syndrome using Rome IV criteria and limited investigations is durable in secondary care. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023;21(13):3397-3404.e1. doi:10.1016/j.cgh.2023.05.022 .
15. Chey WD et al.: Efficacy of tenapanor in treating patients with irritable bowel syndrome with constipation: a 26-week, placebo-controlled phase 3 trial (T3MPO-2). *Am J Gastroenterol.* 2021;116(6):1294-1303. doi:10.14309/ajg.0000000000001056.
16. Camilleri M et al.: Irritable bowel syndrome: treatment based on pathophysiology and biomarkers. *Gut.* 2023;72(3):590-599. doi:10.1136/gutjnl-2022-328515.
17. Rodrigues T et al.: Procedures in fecal microbiota transplantation for treating irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *J Clin Med.* 2023;12(5):1725. doi:10.3390/jcm12051725.
18. <https://try.nervaibs.com/hypnotherapy-nerva/>
19. <https://www.mindsethealth.com/research-outcomes>
20. Hasan SS et al.: Improving access to gut-directed hypnotherapy for irritable bowel syndrome in the digital therapeutics' era: Are mobile applications a «smart» solution? *Neurogastroenterol Motil.* 2023; 35(4):e14554. doi: 10.1111/nmo.14554.
21. Peters SL et al.: Smartphone app-delivered gut-directed hypnotherapy improves symptoms of self-reported irritable bowel syndrome: A retrospective evaluation. *Neurogastroenterol Motil.* 2023;35(4):e14533. doi:10.1111/nmo.14533.
22. Kaptchuk TJ et al.: Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ.* 2008;336(7651):999-1003. doi:10.1136/bmj.39524.439618.25.