

Reizdarmsyndrom

Symptome bestimmen die Therapie

Definiert wird das Reizdarmsyndrom zurzeit nach wie vor rein über die Symptome, da bislang kein allgemeingültiges pathophysiologisches Konzept existiert.

THOMAS FRIELING

Beim Reizdarmsyndrom finden sich mit den gängigen Routinerverfahren keine ausreichenden strukturellen oder biochemischen Veränderungen. Dies bedeutet aber nicht, dass bei Untersuchungen, die über die Routinediagnostik hinausgehen, nicht doch organische Veränderungen festgestellt werden können. So wird beim Reizdarmsyndrom die Möglichkeit einer unterschwelligen Entzündung nach initialer Infektion (postinfektiöses Reizdarmsyndrom) diskutiert. Hinzu kommt, dass die gastrointestinalen Funktionen durch Störungen der viszeralen Sensibilität, der Psychosomatik beziehungsweise des zentralen/enterischen Nervensystems beeinflusst werden können. Das Reizdarmsyndrom ist häufig. So wird die Prävalenz in Deutschland auf über 12,5 Prozent geschätzt.

Allgemeine Therapiekonzepte

Die Behandlung muss symptomorientiert erfolgen. In der Regel ist ein multimodaler und individueller Therapieansatz zu wählen, da sich häufig psychische Auffälligkeiten, mehrere Symptome und funktionelle Beschwerden in anderen Organsystemen finden.

Die Therapie stützt sich auf die drei Säulen: Allgemeinmassnahmen/Diätetik, psychotherapeutische Behandlung/Entspannungsübungen und medikamentöse Therapie. Therapieziel ist häufig nicht die Beschwerdefreiheit, sondern das Lernen, mit den Beschwerden umzugehen. Charakteristisch für funktionelle Darmbeschwerden sind ihre Symptomenüberlappung und eine hohe Ansprechrate auf Placebo von über 60 Prozent, die klinisch genutzt werden sollte.

Medikamentöse Therapie funktioneller Darmbeschwerden

In Deutschland und Europa ist bis auf das Phytotherapeutikum Iberogast® zurzeit kein Medikament speziell für die Therapie des Reizdarmsyndroms zugelassen (Tabelle).

Die neuen 5-HT₃-Rezeptorantagonisten (Alosetron) und partiellen 5-HT₄-Rezeptoragonisten (Tegaserod) wurden vom Markt genommen beziehungsweise sind nur unter strengen Auflagen einsatzfähig.

Schmerzen/viszerale Hypersensitivität

Es fehlen weiterhin, mit Ausnahme der trizyklischen Antidepressiva, klinisch einsetzbare Medikamente zur direkten Beeinflussung der Schmerzschwelle. Diese ist bis zu 80 Prozent durch periphere und/oder zentral bedingte Störungen der Reizwahrnehmung erniedrigt (primäre viszerale Hypersensitivität). Es sind zurzeit fünf Medikamentengruppen mit potenzieller Beeinflussung der viszeralen Hypersensitivität verfügbar:

- Opioide
- serotoninerge Medikamente
- Antidepressiva
- Somatostatinanaloge
- Alpha-2-Agonisten, die in der Klinik bei der Behandlung funktioneller Darmerkrankungen aber praktisch keine Rolle spielen.

Meteorismus

Man muss grundsätzlich zwischen Blähungen (Passageverlangsamung/Hypersensitivität) und vermehrter Flatulenz (gesteigerter Gastransport) unterscheiden. Bei der Therapie sollten neben der Aufklärung (Luftschlucken) zunächst Verhaltensänderungen (langsames Essen, autogenes Training), Diätetik (fettarme Mahlzeiten, kleinere Mahlzeiten) sowie das

Merksätze

- Beim Reizdarmsyndrom ist in der Regel ein multimodaler und individueller Therapieansatz zu wählen, da sich häufig psychische Auffälligkeiten, mehrere Symptome und funktionelle Beschwerden in anderen Organsystemen finden.
- Eine Stuhlnormalisierung kann hilfreich sein, da ein stuhlgefülltes Kolon über retrograde Nervenreflexe die Magenentleerung und den Dünndarmtransit verzögert.



So mach ich das ...

Dr. med. Hansjörg Lang
 FMH Allg. Medizin
 8264 Eschenz
 E-Mail: h.lang@bluewin.ch

«Das in der Schweiz von Novartis Consumer Health (ursprünglich von Wander) hergestellte Spasmo-Canulase®, eine Kombination von Metixen, Glutaminsäure und Pepsin, hat sich praktisch sehr bewährt. Ich habe selten ein Reizdarmsyndrom, das nicht darauf anspricht, und es kann problemlos über längere Zeit genommen werden. Die Tablette ist bitter und sollte zu den Mahlzeiten ungekaut geschluckt werden.»

Die Vertreter der Hausarztmedizin in unserem Beirat erzählen bei passender Gelegenheit kurz, wie sie ein Problem in der Praxis angehen. Solche praxisbezogenen Reaktionen sind auch aus der Leserschaft jederzeit willkommen: info@rosenfluh.ch ■

Meiden blähender Ballaststoffe (Weizenkleie, Leinsamen) versucht werden. Eine Stuhlnormalisierung kann hilfreich sein, da ein stuhlgefülltes Kolon über retrograde Nervenreflexe die Magenentleerung und den Dünndarmtransit verzögert.

Obstipation

Mit der chronischen Obstipation sind häufig weitere Symptome wie die Stuhlinkontinenz verbunden, nach der gezielt gefragt werden muss. Neben einer gesteigerten Flüssigkeitsbeziehungsweise Ballaststoffzufuhr, vermehrter körperlicher Aktivität oder Gewichtsreduktion sollte gezielt nach obstipationsauslösenden Medikamenten gefahndet werden. Bei der medikamentösen Therapie ist zu berücksichtigen, dass Makrogole erst nach mehreren Tagen wirken. Bei regelhaftem Gebrauch sind aktive Laxanzien gute Therapieoptionen für schwere Formen der Obstipation. Eine Laxanzienabhängigkeit des Darms oder Schädigungen der Darmnerven müssen nicht befürchtet werden. Bei Stuhlentleerungsstörungen sollte das Pressen während der Defäkation vermieden und der Enddarm kontrolliert (Klysmen) entleert werden. Sinnvoll kann bei Stuhlimpaktierung ein Hebe-Senk-Einlauf sein.

Tabelle: Medikamentöse Therapie des Reizdarmsyndroms

Symptom/Pathophysiologie	Medikamentengruppen	Substanzen/Massnahmen
Viszerale Hyperalgesie	Antidepressiva	Amitriptylin, Imipramin, Desipramin, Trimipramin, Doxepin, Paroxetin, Fluoxetin, Johanniskraut
Bauchschmerzen	Spasmolytika Anticholinergika, Nitrate	Butylscopolamin, Drofenin, Trospiumchlorid, Trihexyphenidyl/Mebeverin (Duspatalin® retard)/Pfefferminzöl/Nitrate
«Discomfort»	Antazida/Schutzfilm Säurehemmer	Antazida, Sucralfat Cimetidin, Ranitidin, Famotidin, Omeprazol, Pantoprazol, Lansoprazol, Esomeprazol
	Prokinetika	Domperidon (Motilium®), Metoclopramid (z.B. Paspertin®), Erythromycin
Meteorismus	Phytotherapeutika Prokinetika	Iberis amara (Iberogast®), Kamille, Kümmel, Fenchel, Anis, Minze, Melisse, Angelika Asa foetida Domperidon, Metoclopramid, Erythromycin
	Probiotika	Laktobazillen (z.B. Lactoferment®), Bifidobakterien, Enterococcus faecalis und faecium (Pro-Symbioflor®), Saccharomyces boulardii (Perenterol®), E. coli Nissle (Mutaflor®)
Obstipation/ Stuhleerungsstörungen	Mikroklysmen CO ₂ -bildende Zäpfchen Ballaststoffe	Toilettentraining, Beckenbodentraining, Biofeedback z.B. Lecicarbon supp.® Flüssigkeitszufuhr, lösliche Ballaststoffe (z.B. Benefiber®, Colosan® mite) Flohsamen (Agiolax®, Mucilar®)
	Osmotische Laxanzien Makrogole Aktive Laxanzien	Magnesiumsulfat, Natriumsulfat, Zuckerderivate Polyethylenglykole (Transipeg®) Anthranoide, Bisacodyl (z.B. Dulcolax® Bisacodyl), Natrium-Picosulfat
Diarrhö	Ballaststoffe Mikroklysmen CO ₂ -bildende Zäpfchen Gallensäurebinder Opioide Antidepressiva	(vgl. Obstipation) (vgl. Obstipation) (vgl. Obstipation) Colestyramin (Ipcol®, Quantalan®) Loperamid (z.B. Imodium®) Trizyklische Antidepressiva (Schmerz und imperativer Stuhl drang)

Diarrhö

Bei der funktionellen Diarrhö klagen die Patienten über häufigere kleinere Stuhlportionen verminderter Konsistenz mit dem Gefühl der unvollständigen Stuhleerung. Hier können diätetische Massnahmen (Milchzuckerunverträglichkeit, Ballaststoffe) und ein Toilettentraining hilfreich sein. Codeinsulfat und Tinctura opii sollten bei Ausschluss von organischen Ursachen keine Rolle spielen.

*Prof. Dr. med. Thomas Frieling
Medizinische Klinik II, Helios Klinikum Krefeld
D-47805 Krefeld
Internet: www.stiftung-neurogastroenterologie.de*

Interessenkonflikte: keine deklariert

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 3/2009.
Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.