

Behandlung des Reizdarms

Eine erfolgreiche Behandlung beim Reizdarmsyndrom muss sich immer auf mehrere Pfeiler stützen – nicht nur auf Diät, nicht nur auf Psychotherapie, nicht nur auf Medikamente.

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN

Das Reizdarmsyndrom ist definiert als abdominelle Schmerzen und Beschwerden mit Änderung der Stuhlgewohnheiten, die nicht durch irgendwelche andere mechanische, biochemische oder entzündliche Ursachen erklärbar sind.

Zu den für die Diagnose massgeblichen Symptomen und Befunden gehören Bauchschmerzen, aufgetriebenes Abdomen beziehungsweise Blähungsgefühl, Verstopfung und/oder Diarrhö. Beim Spektrum der Symptome ist es notwendig, immer auch an Alarmzeichen zu denken, die eine andere Diagnose (v.a. Krebs, Infektionen, Kolonpolypen, entzündliche Darm-erkrankungen, Zöliakie) nahelegen. Alarmzeichen sind immer:

- Anämie
- chronische schwere Diarrhö
- positive Familienanamnese für Dickdarmgeschwulste
- Blutabgang (frisches Blut, Meläna)
- rezidivierendes Fieber
- Gewichtsverlust.

Abklärungen und Behandlungsmassnahmen sollten immer in einer vernünftigen Relation zum Schweregrad der Symptome und ihren Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen stehen.

Pathophysiologische Vorstellungen

Die Krankheitsmechanismen beim Reizdarmsyndrom entziehen sich vorderhand noch der vollständigen pathophysiologischen Erklärung. Als wahrscheinlich wichtige Faktoren werden immer wieder genannt:

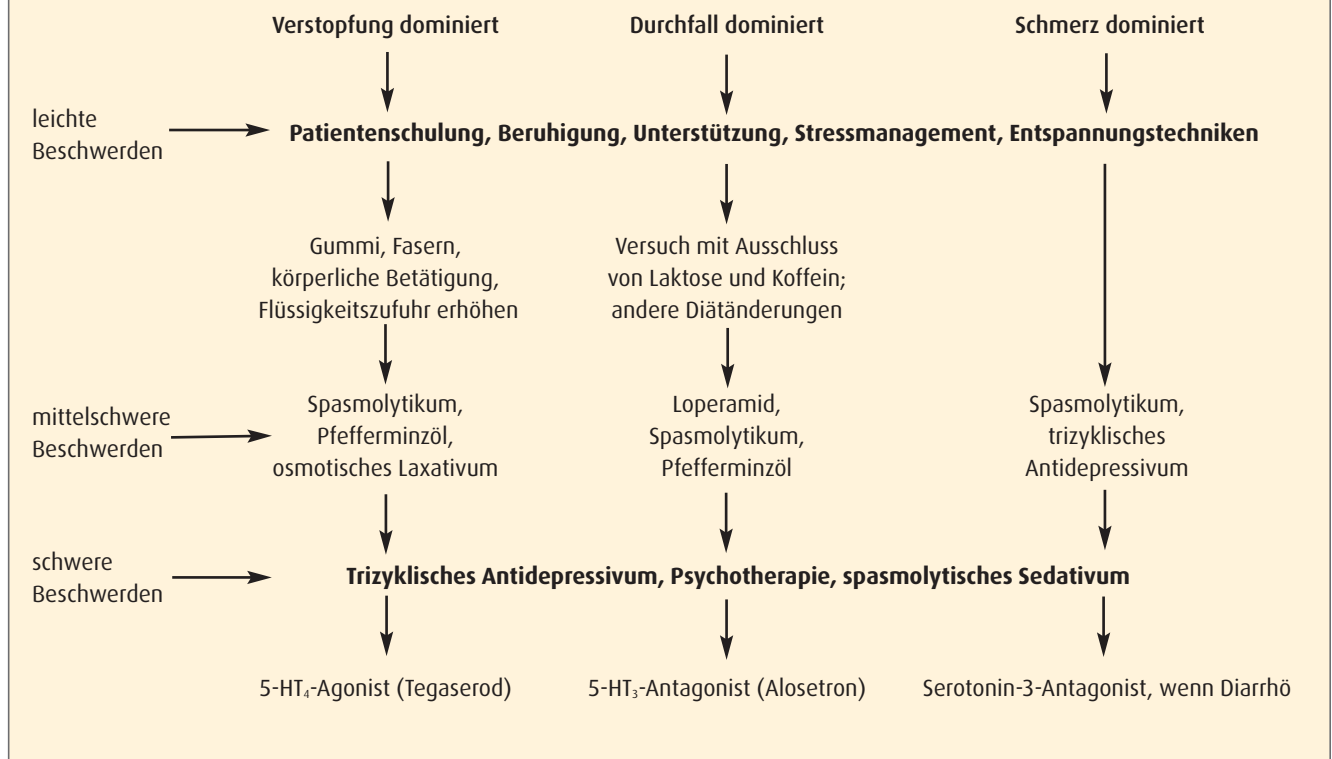
- Stress als aggravierender Faktor wegen verzögerter Magenentleerung und beschleunigten Kolontransits
- abnorme Hirnaktivierung

Merksätze

- Berichte nennen etliche ernährungsbedingte Trigger für das Reizdarmsyndrom wie Koffein, Zitrusfrüchte, Mais, Laktose, Weizen und Weizengluten.
- Ernährungstagebücher werden bei der Aufdeckung möglicher diätetischer Störenfriede als hilfreich beschrieben.
- Angesichts der Sicherheit des Vorgehens und der niedrigen Kosten erscheint ein Versuch mit Faserstoffen vernünftig, besonders wenn Verstopfung das Hauptsymptom ist.
- Bei sehr langsamem Kolontransit sind osmotische Laxativa wirksam.
- Eine Metaanalyse fand für Spasmolytika im Vergleich zu Plazebo Vorteile im Gesamtbefinden bei den Schmerzen und bei der abdominellen Aufgetriebenheit.
- Studien haben für Probiotika einen Trend zur Besserung von Reizdarmsymptomen ergeben.
- Eine systematische Übersicht mit 5 Studien zeigte, dass Pfefferminzöl Symptome des Reizdarmsyndroms lindern kann.
- Tegaserod ist in Studien bei obstipationsbetontem Reizdarmsyndrom wirksamer als Plazebo.

- veränderte Kolonmotilität und gestörte motorische Kolonfunktion
- gesteigerte Antwort des Dickdarms auf den Reiz der Nahrungsaufnahme
- abnorme Gaspropulsion und abnormer Gasabgang
- Intoleranz gegenüber bestimmten Nahrungsbestandteilen (am häufigsten Weizen und Milchprodukte)
- Entzündung mit Produktion von Prostaglandinen, Bradykininen, Nervenwachstumsfaktoren, Adenosin und 5-Hydroxytryptamin (5-HT)

Algorithmus zum Management von Reizdarmpatienten



Therapie

Die hier referierte Arbeit zitiert zu einigen beim Reizdarmsyndrom gängigen klinischen Empfehlungen den Evidenzgrad (wobei der höchste Grad A gar nicht vorkommt ...):

- Patienten mit Alarmsymptomen für Malignom, Infektion oder entzündliche Darmerkrankung sollten endoskopisch abgeklärt werden (Grad C).
- Guar, Fasern, körperliches Training, episodischer Einsatz von Antispasmodika, Pfefferminzöl, adäquate Flüssigkeitszufuhr werden als initiale Therapie bei Reizdarmsyndrom mit überwiegender Verstopfung empfohlen (Grad B).
- Loperamid, der episodische Einsatz von Antispasmodika, Pfefferminzöl und diätetische Veränderungen werden als initiale Therapie bei Reizdarmsyndrom mit überwiegender Diarrhö empfohlen (Grad B).
- Trizyklika und Psychotherapie sollten in Betracht gezogen werden bei Reizdarmsyndrom mit überwiegender Schmerzsymptomatik oder für alle Patienten mit schweren Symptomen (Grad B).
- Der Einsatz neuerer Wirkstoffe wie Alosetron (nicht in CH) und Tegaserod sollte wegen Nebenwirkungen, hoher Kosten und beschränkter Wirksamkeit auf ausgewählte Patientinnen und Patienten mit schwererer Erkrankung beschränkt bleiben (Grad B).

Diäten

Berichte nennen eine ganze Reihe von ernährungsbedingten Triggern für das Reizdarmsyndrom wie Koffein, Zitrusfrüchte,

Mais, Laktose, Weizen und Weizengluten. Insbesondere Laktose und Koffein können mit diarrhöbetontem Reizdarmsyndrom einhergehen. Ernährungstagebücher werden bei der Aufdeckung möglicher diätetischer Störenfriede als hilfreich beschrieben. Eine einzelne Studie berichtete unter Ausschlussdiät von einer Reduktion der Reizdarmsymptome bei 48 Prozent der Betroffenen, andere spezifische Diäten waren jedoch nicht effektiv, und die Datenlage hierzu ist insgesamt dürftig. Eine Erhöhung des Faseranteils in der Ernährung ist beim Reizdarm seit langem propagiert worden. Eine US-amerikanische systematische Übersicht von 13 randomisierten Studien fand 2002 jedoch keine überzeugende Evidenz dafür – dies im Gegensatz zu einer systematischen Übersicht aus dem Jahr 2000, die zumindest Verbesserungen bei der Entleerung des Stuhls und bei der «allgemeinen Zufriedenheit mit dem Stuhlgang» ergab. Angesichts der Sicherheit des Vorgehens und der niedrigen Kosten erscheint aber ein Versuch mit Faserstoffen doch vernünftig, insbesondere wenn Verstopfung das Hauptsymptom ist.

Es gibt allerdings viele Arten von Fasern, und von den synthetischen ist bekannt, dass sie eher zu unangenehmen Blähungen führen als die natürlichen. *Flohsamen* (z.B. Agiolax® mite) oder *Sterculiagummi* (Colosan® mite) können das Stuhlvolumen etwas erhöhen und die Gleitfähigkeit des Stuhls verbessern. Bei sehr langsamem Kolontransit sind *osmotische Laxativa* (etwa Transipeg® oder Duphalac®) auch im Rahmen des Reizdarmsyndroms wirksam.

Antispasmodika

Spasmolytika erschlaffen die glatte Muskulatur im Darm und reduzieren so die schmerzhaften Kontraktionen. Dazu gehören etwa das Anticholinergikum *Scopolamin* (Buscopan®) oder das selektiv muskulotrope *Mebeverin* (Duspatalin®). Eine Metaanalyse von 23 Studien fand für Spasmolytika im Vergleich zu Placebo Vorteile im Gesamtbefinden (56% vs. 38%), bei den Schmerzen (53% vs. 41%) und bei abdomineller Aufgetriebenheit (44% vs. 35%), aber keine Auswirkungen auf die Obstipation.

Antidiarrhoika

Eine systematische Übersicht ergab für *Loperamid* (Imodium® und Generika) bei Reizdarmsyndrom eine Verbesserung der Durchfallsymptomatik, wobei 2 der 4 Studien auch eine Besserung der allgemeinen Symptome zeigten.

Antidepressiva

Für Antidepressiva wurde in niedrigen Dosen eine Schmerzlinderung nachgewiesen, dies vermutlich aufgrund eines anderen Wirkungsmechanismus als des psychiatrischen bei depressiven Verstimmungen. Von Trizyklika nimmt man an, dass sie die Endorphinfreisetzung erleichtern und die Noradrenalinwiederaufnahme hemmen, was zu einer Verstärkung absteigender inhibitorischer Impulse mit Blockierung des Schmerzmodulators Serotonin (5-HT) führt. *Trizyklische Antidepressiva* können auch die Kolontransitzeit verlängern, was bei Diarrhö nützlich ist. Metaanalysen der Therapie mit Amitriptylin (Saroten® Retard, Tryptizol®), Clomipramin (Anafranil®), Desipramin, Doxepin (Sinquan®) und Trimipramin (Surmontil®, Trimin®) bei Reizdarmpatienten ergaben Verbesserungen der Gesamtsymptomatik, der Bauchschmerzen und Durchfälle. Als «number needed to treat» (NNT) errechneten die Autoren, dass bei der Behandlung von drei Patienten einer von Trizyklika profitiert. Die Nebenwirkungen sind jedoch nicht selten limitierend, insbesondere eine unerwünschte Verstärkung der Obstipation. Noch sind die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) in dieser Indikation zu wenig dokumentiert und daher nicht erste Wahl, wie die Autoren schreiben.

Wegen des bekannten Risikoprofils sind Benzodiazepine, obwohl bei Patienten mit begleitender Angstsymptomatik nützlich, als Routinetherapie nicht zu empfehlen.

Psychotherapie

Eine Vielzahl von psychotherapeutischen Interventionen ist beim Reizdarmsyndrom schon untersucht worden, etwa kognitive Verhaltenstherapie, Hypnose, Stressmanagement/Entspannungstherapie. Positive Auswirkungen auf Bauchschmerzen und Durchfall sind dokumentiert. Psychotherapien kommen also für motivierte Patientinnen und Patienten mit schwereren oder behindernden Symptomen in Frage.

5-HT₃-Antagonisten

Ein Vertreter dieser Wirkstoffklasse, Alosetron, ist in den USA zugelassen worden, nachdem ein signifikanter, aber im Aus-

mass beschränkter Effekt gegen Blähungen und Schmerzen nachgewiesen worden war. Später wurde das Präparat mit Fällen von ischämischer Kolitis in Verbindung gebracht und steht dort nur mit Einschränkungen bei Frauen mit schwerer Diarrhösymptomatik wieder zur Verfügung.

5-HT₄-Agonisten

Die Stimulation des 5-Hydroxytryptamin-4-Rezeptorsubtyps erhöht die Kolontransitzeit und hemmt die viszerale Sensitivität. Bekannter Vertreter ist *Tegaserod* (Zelmac®). Es ist in Studien bei obstipationsbetontem Reizdarmsyndrom wirksamer als Placebo. In einer systematischen Übersicht ergab sich eine NNT von 17. Das Präparat ist für Frauen mit entsprechender Symptomatik zugelassen.

Andere Wirkstoffe

Es gibt noch etliche andere Wirkstoffe, für die positive Effekte beim Reizdarmsyndrom reklamiert werden. *Antibiotika* können bei einer sondt therapierefraktären Diarrhö eingesetzt werden, wenn man eine bakterielle Ursache vermutet. *Probiotika* (z.B. Enterokokkenstämme [Bioflorin®], Lactobazillen [Lactoferment®] oder *Saccharomyces boulardii* [Perenterol®]) sind in der Lage, die intestinale Flora günstig zu beeinflussen. Studien haben für Probiotika einen Trend zur Besserung von Reizdarmsymptomen ergeben, der nach weiteren Untersuchungen ruft.

Komplementäre Therapien

Das Reizdarmsyndrom ist ein hartnäckiges Leiden, das oft genug auf eine konventionelle Therapie nicht oder unvollständig anspricht. Deshalb und wegen bei diesen Patienten nicht seltener Nebenwirkungen ist oft der Wunsch nach einer komplementären Behandlung vorhanden.

Pfefferminzöl besitzt antispasmodische Eigenschaften und hat seit langem den Ruf, die Verdauungsfunktion zu verbessern. Eine systematische Übersicht mit 5 Studien zeigte, dass Pfefferminzöl Symptome des Reizdarmsyndroms lindern kann. In 3 Studien war Pfefferminzöl Placebo signifikant überlegen ($p < 0,001$). Die Placeboansprechrate variierte in diesen Studien von 13 bis 52 Prozent und lag im Durchschnitt bei 31 Prozent. Auch *Ingwer* könnte bei Reizdarmsyndrom eine Rolle spielen, schreiben die Autoren, denn eine Komponente scheint als 5-HT-Antagonist zu wirken und verbessert die Motilität. *Aloe vera* ist bei obstipationsdominiertem Reizdarmsyndrom empfohlen worden, *Fenchel* bei starken Blähungen. Rigide klinische Studien gibt es dazu bis anhin nicht. ■

Susan K. Hadley (Middlesex Hospital, Middletown, Connecticut/USA): Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *American Family Physician* 2005; 72: 2501-2506.

Interessenkonflikte: keine

Halid Bas