

## Funktionelle Verdauungsbeschwerden

# Abklärung und Therapie beim Hausarzt

**Reizdarm ist ein häufiges Leiden. Eine sorgfältige Abklärung mit Ausschluss aller Alarmsymptome bereitet den Boden für die Therapie. Realistische Ziele und eine gute Arzt-Patienten-Beziehung unterstützen den Therapieerfolg. In der Therapie ergänzt ein neues Phytotherapeutikum die medikamentösen Optionen.**

Das Reizdarmsyndrom (irritable bowel syndrome, IBS) ist nach der Refluxerkrankung wahrscheinlich die zweithäufigste gastrointestinale Erkrankung. Es hat einen hohen Anteil an psychiatrischer Komorbidität wie somatoforme Störungen, Angststörungen und Depression. Das Syndrom führe zu einer starken Einschränkung der Lebensqualität und verursache hohe Kosten, berichtete PD Dr. Daniel Pohl, Leiter Funktionsdiagnostik Gastroenterologie, Universitätsspital Zürich. Gemäss den ROM-IV-Kriterien braucht es für eine IBS-Diagnose rezidivierende abdominale Schmerzen im Zusammenhang mit dem Stuhlgang und Veränderungen in Stuhlfrequenz oder Stuhlkonsistenz (1). Die Subtypen des IBS beziehungsweise die Zugehörigkeit zur diarrhö- oder obstipationslastigen Form der Erkrankung werden anhand der Bristol-Stuhlform-Skala festgelegt (2). Die Ursache des IBS ist letztlich ungeklärt, immer wieder rückt die Ernährung als Symptomauslöser ins Blickfeld. Bis zu ein Viertel der Bevölkerung gibt Nahrungsmittelunverträglichkeiten an, bei IBS-Patienten besteht bei bis zu 65 Prozent eine Assoziation zwischen den Beschwerden und den Nahrungsmitteln (3). Einen Versuch wert ist die FODMAP-Diät, bei

der Nahrungsmittel mit fermentierbaren Zuckeranteilen vermieden werden. Bei etwa drei Viertel der Patienten wirkt eine FODMAP-arme Ernährung symptomlindernd. Patienten, deren Symptome allerdings jenseits des 50. Altersjahrs beginnen oder mit Gewichtsverlust, Blut im Stuhl oder nächtlichen Beschwerden einhergehen, sollten ebenso wie Patienten mit einer Familienanamnese mit Kolonkarzinom, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder Ovarialkarzinom zur weiteren Abklärung dem Gastroenterologen zugewiesen werden.

### Was abklären?

Bei allen IBS-Patienten empfiehlt es sich, eine Zöliakie auszuschliessen und eine altersentsprechende Darmkrebsvorsorge einzuleiten. Bei gemischten oder diarrhölastigen IBS-Typen (IBS-D/M) gehören ein Calprotectintest, eine Messung der Pankreaselastase, eine Parasitologie und Biopsien in verschiedenen Segmenten im Rahmen einer Koloskopie zur Abklärung. Bei einem obstipationslastigen IBS (IBS-C), das auf einfache Laxanzien nicht anspricht, geben die Analmanometrie und gegebenenfalls eine MRI-Defäkopografie weiteren Aufschluss. Bei weiblichen Patienten mit Reizdarmsyndrom solle ein gynäkologisches Konzil mit endovaginalem Ultraschall ein Ovarialkarzinom, eine Endometriose, eine Ovarialzyste oder eine Adnexitis ausschliessen, so die Empfehlung von Pohl.

Beim Reizmagen beziehungsweise bei der funktionellen Dyspepsie gibt es ebenfalls keine Evidenz für eine strukturelle Erkrankung, die die Symptome erklären könnte (4). Störendes Völlegefühl, störendes frühes Sättigungsgefühl, störender epigastrischer Schmerz oder Brennen in den letzten drei Monaten definieren die funktionelle Dyspepsie (5). Es werden zwei Typen unterschieden: PDS (postprandial distress syndrome) mit postprandialem Sättigungs- und Völlegefühl und EPS (epigastric pain syndrome) mit Magenschmerzen oder Brennen, das auch unabhängig von einer Nahrungsaufnahme auftreten kann. Postprandiales Brennen oder Schmerz, Blähungen, Aufstossen und Nausea begleiten die funktionelle Dyspepsie (4, 5). Nach Ausschluss von Alarmzeichen wie Symptombeginn > 40 Jahre, Gewichtsverlust, Dysphagie, chronisches Erbrechen, Ikterus und nächtliche Symptome besteht die Diagnostik aus einem Basislabor,

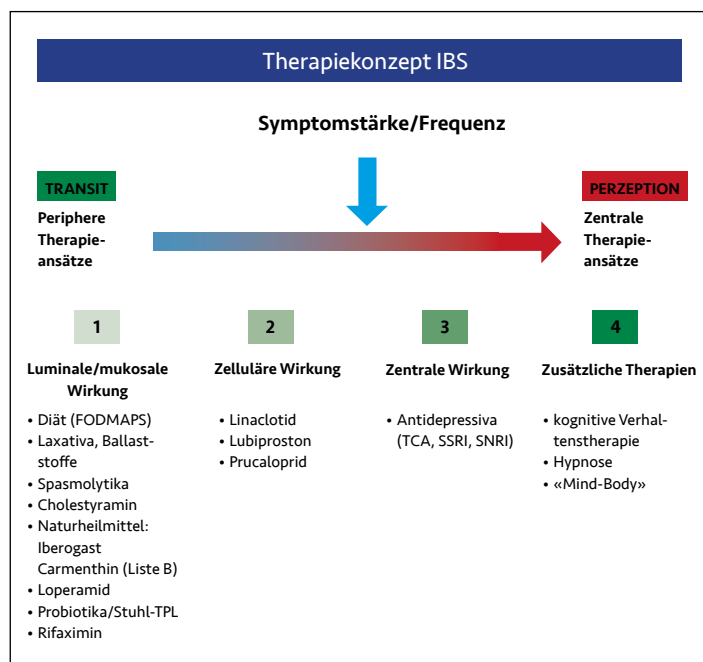
#### Kasten:

#### Eckpunkte Reizdarm (IBS)

- ▲ ROM-IV-Kriterien: Schmerz obligat für IBS-Definition
- ▲ Diagnose: strukturierte Abklärung
- ▲ physiologische Testung (Nahrungsmittelbelastungstests helfen bei der Symptomreproduktion und können Therapieentscheide steuern)
- ▲ gynäkologische Abklärung bei der Frau nicht vergessen
- ▲ neue S3-Leitlinie IBS (D-A-CH) kommt 2020

#### Eckpunkte Reizmag (FD)

- ▲ ROM-IV-Kriterien: Subtypisierung PDS, EPS
- ▲ multifaktorielle Anamnese
- ▲ Diagnose: strukturierte Abklärung, Endoskopie obligat für Diagnosestellung
- ▲ H.-pylori-Testung; wenn positiv, handelt es sich um eine H.-pylori-Dyspepsie und nicht um einen FD



Quelle: Prof. S. Vavricka, FOMF 2020.

einer Gastroskopie und einer Abdomensonografie zum Ausschluss anderer Ursachen. Zusatztests wie Nahrungsmittelbelastungstests, Messung der Magenentleerung fester Substanzen mittels <sup>13</sup>C-Oktansäure-Atemtest oder eine 24-Stunden-Impedanz-pH-Metrie zur Abgrenzung einer Refluxerkrankung geben weitere Hinweise.

### Therapeutische Möglichkeiten bei Reizdarm

Bei der Behandlung der Reizdarmpatienten sei es sehr wichtig, den Patienten die Angst vor einer schlimmen Erkrankung

zu nehmen, indem man sie über die Benignität und die gute Prognose der Erkrankung informiere. Zuzuhören, die Erwartungen des Patienten abzuklären, realistische Ziele zu setzen und den Patienten in den Therapieentscheid einzubeziehen wirke sich auf die Arzt-Patienten-Beziehung und letztlich auch auf den Therapieerfolg positiv aus, betonte Prof. Stephan Vavricka, Zentrum für Gastroenterologie und Hepatologie, Zürich. Der Ratschlag zu mehr körperlicher Bewegung und die Überweisung zu einer Ernährungsberatung sind zusätzlich zur medikamentösen Therapie sinnvoll. Bei der Pharmakotherapie kann einerseits mit peripheren Therapieansätzen der Transit verbessert werden, andererseits lässt sich mit zentralen Therapieansätzen die Schmerzwahrnehmung verbessern (*Abbildung*). Peripher auf das Lumen oder die Mukosa wirken beispielsweise Diäten, Laxativa, Ballaststoffe, Spasmolytika und Cholestyramin, ebenso Phytotherapeutika wie Iberogast® und Carmenthin®, das aus einer Mischung aus Pfefferminz- und Kümmelöl (Menthacarin) besteht. Eine zelluläre Wirkung haben Linaclotid, Lubiproston und Prucaloprid. Mit zentralen Ansätzen wie Antidepressiva, kognitiver Verhaltenstherapie, Hypnosen und Mind-Body-Therapie soll die Schmerzperzeption moduliert werden.

### Neues Phytotherapeutikum

Für Patienten, die pflanzliche Arzneimittel bevorzugen, ist mit dem Kombinationspräparat aus Pfefferminz- und Kümmelöl (Menthacarin) ein weiteres Phytotherapeutikum auf den Schweizer Markt gekommen. Pfefferminzöl wirkt entspannend auf die Muskulatur, bessert Bauchkrämpfe und reduziert Motilitätsstörungen, wirkt analgetisch und antibakteriell, regt den Gallefluss an und reduziert die Schaumbildung (6). Kümmelöl wirkt selektiv auf das Wachstum pathogener und gasbildender Keime wie beispielsweise *Bacteroides fragilis*, *Candida albicans* und *Clostridium* spp. Damit reduziert es Schaumbildung und wirkt schmerzlindernd. Nützliche Bakterien wie beispielsweise Laktobazillen, Bifidobakterien und *E. coli* werden dabei nicht gehemmt (7). In der Kombination wirken die beiden ätherischen Öle additiv und synergistisch gegen übermässiges Schmerzempfinden im Bauchraum und gegen Blähungen (8, 9). Gemäss einer Studie mit 50 Patienten sprechen 69 Prozent der Patienten innerhalb einer Woche auf Menthacarin mit einer Verbesserung der Symptome an (10). In einer prospektiven, multizentrischen, randomisierten Doppelblindstudie mit Menthacarin 2 × 1 Kapsel/Tag versus Placebo während 28 Tagen (n = 114) sank der Schmerzscores für Schmerzen und Krämpfe unter dem Verum signifikant stärker als unter Placebo, ebenso der Discomfort-Score, mit dem Druck- und Völlegefühl erhoben wurden (11). In einer Verlängerungsstudie blieb die Wirkung auf Schmerzen und Krämpfe ebenso wie auf Druck- und Völlegefühl über 12 Wochen erhalten (12). Die Grössenordnung der Wirkung in Bezug auf Schmerzreduktion und Linderung des Druck- und Völlegefühls entspricht etwa der des nicht mehr erhältlichen Prokinetikums Cisaprid (13). ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Funktionelle Verdauungsbeschwerden» FOMF-WebUp, 10. Juni 2020.

Tabelle:

### Medikamentöse Therapie (Auswahl)

| Leitsymptom                       | Arzneimittel                                                                                                           |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Blähungen, Blähbauch, Völlegefühl | Phytotherapeutika (z. B. Pfefferminz-/Kümmelöl)<br>Entschäumer (z. B. Simeticon)                                       |
| Schmerzen                         | Phytotherapeutika (z. B. Pfefferminz-/Kümmelöl)<br>Spasmolytika (z. B. Scopolamin)                                     |
| Krämpfe                           | Phytotherapeutika (z. B. Pfefferminz-/Kümmelöl)<br>Spasmolytika (z. B. Scopolamin)                                     |
| Verstopfung                       | Phytotherapeutika (z. B. Sennesfrüchte)<br>Ballaststoffe (z. B. Flohsamen)<br>Probiotika<br>Laxanzien (z. B. Macrogol) |
| Durchfall                         | Ballaststoffe (z. B. Flohsamen, Sterculia)<br>Peristaltikhemmer (z. B. Loperamid)                                      |

Quelle: Prof. S. Vavricka, FOMF 2020

## Referenzen:

1. Lacy BE et al.: Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1393–1407.
2. Lewis SJ et al.: Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol* 1997; 32: 920–924.
3. Böhn LA et al.: Self-reported food-related gastrointestinal symptoms in IBS are common and associated with more severe symptoms and reduced quality of life. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 634–641.
4. Talley NJ et al.: Functional Dyspepsia. *Curr Opin Gastroenterol* 2016; 32: 467–473.
5. Stanghellini V et al.: Gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1380–1392.
6. Blackshaw L et al.: TRP channels: new targets for visceral pain. *Gut* 2010; 59: 126–135.
7. Hawrelak JA et al.: Essential oils in the treatment of intestinal dysbiosis: A preliminary in vitro study. *Altern Med Rev* 2009; 14: 380–384.
8. Koch E et al.: Menthacarin hemmt dosisabhängig die Schmerzempfindlichkeit in einem Corticosteron-induzierten viszeralen Hyperalgesiemodell. *Z Phytother* 2015; 36 (Suppl 1): S34–S35.
9. Adam B et al.: A combination of peppermint oil and caraway oil attenuates the post-inflammatory visceral hyperalgesia in a rat model. *Scand J Gastroenterol* 2006; 41: 155–160.
10. Noe S et al.: Eine offene, multizentrische, apothekenbasierte, prospektive Kohortenstudie mit Menthacarin bei funktionellen gastrointestinalen Beschwerden. *Internist* 2016; 57 (Suppl 1): S42.
11. Rich G et al.: A randomized placebo-controlled trial on the effects of Menthacarin, a proprietary peppermint- and caraway-oil-preparation, on symptoms and quality of life in patients with functional dyspepsia. *Neurogastroenterol Motil* 2017; 29: 10.1111/nmo.13132.
12. Holtman G et al.: Effects of Menthacarin on symptoms and quality of life in patients with functional dyspepsia: Result of a 8-week optional placebo controlled follow-up. *Gastroenterol* 2016; 54(8): KV420
13. Madisch A et al.: Treatment of functional dyspepsia with a fixed peppermint oil and caraway oil combination preparation as compared to cisapride. A multicenter, reference-controlled double-blind equivalence study. *Arzneimittelforschung* 1999; 49: 925–932.