

Von der Diagnose zur Therapie

Vorgehen bei Reizdarmsyndrom

Beim Reizdarmsyndrom kommt es darauf an, möglichst früh eine Diagnose zu stellen, potenziell tödlich verlaufende Erkrankungen wie Malignome auszuschliessen und Wiederholungsuntersuchungen zu vermeiden, um eine somatische Fixierung zu verhindern. Dabei sollte man die Patienten als zentrales Element einer vertrauensvollen und erfolgreichen Zusammenarbeit über den zwar chronischen Verlauf der Erkrankung, aber deren gute Prognose informieren.

Miriam Goebel-Stengel, Andreas Stengel

Die überarbeitete Fassung der von der Deutschen Gesellschaft für Verdauungskrankheiten und Stoffwechsel (DGVS) initiierten S3-Leitlinie zum Reizdarmsyndrom (RDS) wurde unlängst publiziert (1). Dabei änderte sich im Kapitel der Diagnostik jedoch nur wenig im Vergleich zu 2011. Für die positive Diagnosestellung eines RDS sollen grundsätzlich folgende Komponenten erfüllt sein:

- ▲ Die Anamnese, das Muster und das Ausmass der Beschwerden sind mit einem RDS vereinbar.
- ▲ Andere Krankheiten, die differenzialdiagnostisch erwogen werden müssen, weil sie sich mit ähnlichen Symptomen manifestieren können, sind symptomabhängig gezielt auszuschliessen.
- ▲ Die vom Patienten angegebenen Beschwerden beziehen sich auf den Darm, das heisst, es können Bauchschmerzen, Blähungen oder Stuhlnormregelmässigkeiten ohne eine oblige Symptomkombination vorliegen.
- ▲ Die Patienten erfahren eine relevante Beeinträchtigung durch die Beschwerden.

Da die Patienten oft jahrelang unter den Symptomen leiden, ist eine möglichst frühe Diagnosestellung eines RDS anzustreben. Um Patienten mit einem RDS von solchen mit anderen organischen Erkrankungen zu unterscheiden, gibt es Warnsymptome, die jeder Arzt kennen sollte. Hierzu gehören ein signifikanter Gewichtsverlust, Fieber, rektaler Blutabgang, eine Anämie, eine positive Familienanamnese für Karzinome, hier insbesondere für kolorektale Karzinome, stark ansteigende Beschwerden innerhalb kurzer Zeit oder eine Veränderung der Beschwerden sowie nächtlich auftretende Beschwerden. Vor allem die Symptome Gewichtsverlust, Anämie oder starke neu aufgetretene Beschwerden innerhalb kurzer Zeit lassen an das Vorliegen einer Tumorerkrankung denken.

MERKSÄTZE

- ▶ Da Patienten mit Reizdarmsyndrom (RDS) oft jahrelang unter den Symptomen leiden, sollte man ein RDS früh diagnostizieren.
- ▶ Entscheidender ist es, die Hauptbeschwerden zu erfassen, statt den Subtyp zu bestimmen.
- ▶ Eine Wiederholungsdiagnostik ist zu vermeiden.

Kasuistik: Bauchschmerzen mit «Lockdown-Booster»

Eine 43-jährige Patientin (Sozialarbeiterin, verheiratet, 2 Kinder, keine Vorerkrankungen, Z. n. Appendektomie im Kindesalter) klagt über Bauchschmerzen, eher im Unterbauch, krampfartig, und das nun schon seit etwa 10 Jahren. Es sei mal besser, mal schlechter. Gewichtsabnahme oder Blut im Stuhl bestehen nicht. In der Familie gibt es keine Krebserkrankungen. Auf Nachfrage gibt sie auch Blähungen und Völlegefühl an, die im Laufe des Tages zunehmen, sodass abends die Hose nicht mehr passt. Nachts bestehen keinerlei Beschwerden. Der Stuhlgang ist eher hart, durchschnittlich 2-mal/Woche. Zahlreiche Vorbefunde bringt sie mit. Innerhalb der letzten 10 Jahre wurden mehrere Gastroskopien und Koloskopien durchgeführt, jedoch immer ohne wegweisende Befunde. Basislabor und Urinstatus waren ebenfalls unauffällig. Die Abdomensonografie ergab lediglich eine leichte Fettleber. Auch gynäkologisch gab es keine Auffälligkeiten. Die Patientin beklagt nun eine Zunahme der Beschwerden in der Zeit des coronabedingten Lockdowns. Die Grundstimmung habe von fröhlich zu traurig gewechselt. Der Stress zu Hause sei nicht mehr auszuhalten. Sie als ihr neuer Hausarzt seien die letzte Hoffnung auf Heilung.

Hier ist unverzüglich eine weiterführende Diagnostik einzuleiten.

Die Patientin aus unserer Kasuistik erfüllt alle Kriterien für die Diagnose eines RDS. Zur Differenzierung zwischen einem obstipationsprädominanten RDS (RDS-O) und einem diarrhöprädominanten RDS (RDS-D) sind die Stuhlfrequenz und -konsistenz heranzuziehen (Tabelle 1). Diese lassen sich gut mit einem Stuhltagebuch (14 Tage) erfragen und anhand der Bristol-Stuhlformen-Skala (BSF; Abbildung 1) einteilen (3). Merke: Im klinischen Alltag ist es entscheidender, die Hauptbeschwerden herauszuarbeiten, als die genaue Diagnose RDS-O, RDS-D, RDS-M (Mischtyp) oder RDS-U (undefined) zu stellen. Bestehen eher Durchfälle, Verstopfung, Schmerzen oder Blähungen? Handelt es sich hierbei wirklich um pathologische Zustände? Die Aufklärung der Patienten über «normales» Stuhlverhalten ist oft erhellend. Jede Stuhlfrequenz zwischen 3-mal täglich und 3-mal wöchentlich liegt im Be-

Tabelle 1:

Subtypen des Reizdarmsyndroms (RDS) und vorherrschende Symptome¹

RDS-O (obstipationsprädominantes RDS)	RDS-D (diarrhöprädominantes RDS)	RDS-M (gemischter Typ)	RDS-U (unklassifizierter Typ)
> 25% harte Stühle und < 25% dünnflüssige Stühle V. a. harte Stühle (BSF 1-2)	> 25% dünnflüssige Stühle und < 25% harte Stühle V. a. weiche Stühle (BSF 6-7)	> 25% dünnflüssige Stühle und > 25% harte Stühle Ausgewogenes Verhältnis zwischen harten und weichen Stühlen, aber selten normale Stuhlform	< 25% dünnflüssige Stühle und < 25% harte Stühle Normale Stuhlform überwiegt, harte oder weiche Stühle eher selten
Stuhlgang steht im Vordergrund der Beschwerden	Stuhlgang steht im Vordergrund der Beschwerden	Stuhlgang steht oft nicht im Vordergrund der Beschwerden	Stuhlgang steht oft nicht im Vordergrund der Beschwerden
Schmerzen und Blähungen können zusätzlich auftreten	Schmerzen und Blähungen können zusätzlich auftreten	Oft Schmerzen oder Blähungen vordergründig	Oft Schmerzen oder Blähungen vordergründig

BSF: Bristol-Stuhlformen-Skala
¹nach (2)

reich des Normalen und ist individuell. Stuhlformen auf der BSF zwischen 3 und 5 werden als «normal» bewertet.

Sinnvolle Diagnostik

Zur Basisdiagnostik gehören eine ausführliche Anamnese, eine körperliche und rektale Untersuchung, ein Basislabor, eine Stuhluntersuchung und eine Abdomensonografie (1). Bei der Anamnese sollte auf die oben geschilderten Alarmsymptome eingegangen werden. Jedoch ist es auch sinnvoll, extraintestinale Symptome zu erfragen, da sie nicht selten mit einem RDS einhergehen. Hierzu zählen Müdigkeit, Kopfschmerzen oder Schwindel. Weiter sollte im Rahmen der Anamnese auf den vorliegenden Medikamentenplan eingegangen werden. Da viele von einem RDS Betroffene ihre Symptome auf Ernährungsfaktoren zurückführen, ist es wichtig, eine Ernährungsanamnese durchzuführen. Hierbei sollte auf folgende Punkte eingegangen werden:

- ▲ Körperschema
- ▲ angestrebtes Gewicht (Hang zu Diäten? Gewichtsabnahme angestrebt? Wohlfühlen im eigenen Körper? Gerade bei jungen Frauen können gastrointestinale Beschwerden Ausdruck einer Essstörung sein [4])
- ▲ Erfragen von Essgewohnheiten (Regelmässigkeit, Ausgewogenheit, Vorlieben)
- ▲ vermehrter Genuss kohlenensäurehaltiger und zuckerhaltiger Getränke oder zuckerfreier Süssigkeiten (diese verursachen oft Beschwerden durch hohen Fruktose- oder Sorbitgehalt).

Da psychosoziale Faktoren bei Genese, Aufrechterhaltung und Verschlechterung eines RDS eine Rolle spielen (5), ist es ratsam, im Gespräch auf das Umfeld der Betroffenen einzugehen. Hier kommt dem Hausarzt eine besondere Rolle zu, da er die Betroffenen oft langjährig kennt und das familiäre oder berufliche Umfeld einzuordnen vermag.

Die Stuhluntersuchung dient dem Ausschluss infektiöser Durchfallerkrankungen und dem Ausschluss einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung. Hierbei sollten pathogene Keime im Stuhl sowie das Calprotectin als Entzündungsmarker untersucht werden. Zum Basislabor gehören nicht nur die Infektparameter (kleines Blutbild, C-reaktives Protein [CRP])



Abbildung 1: Bristol-Stuhlformen-Skala

und die Schilddrüsenhormone, sondern mittlerweile auch die Zöliakieantikörper (Endomysiumantikörper, Gewebetransglutaminaseantikörper) sowie die Bestimmung von Immunglobulin A (IgA) gesamt (6). Der selektive IgA-Mangel als häufigster Immundefekt in der Bevölkerung ist mit 2 bis 3 Prozent bei Zöliakiebetroffenen deutlich häufiger (7). Bei Frauen ist die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung im Rahmen der vorgeschriebenen Intervalle Pflicht.

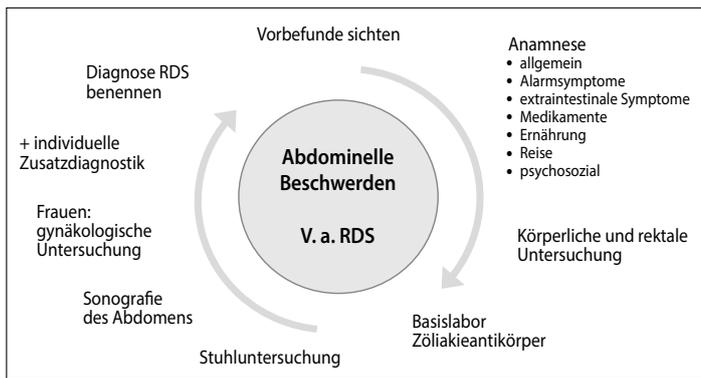


Abbildung 2: Die wichtigsten Schritte zur Diagnose eines RDS

Kommt Darmkrebs in der Familie vor oder ist der Patient älter als 45 Jahre und/oder leidet an einer wässrigen Diarrhö, ist eine Ileokoloskopie mit Stufenbiopsien durchzuführen. Diese dient zum einen dem Ausschluss eines kolorektalen Karzinoms und zum anderen dem Ausschluss einer (chronisch) entzündlichen Darmerkrankung und mikroskopischen Kolitis (Abbildung 2).

Zeigen sich weder bei der körperlichen und der rektalen Untersuchung noch im Labor, im Ultraschall, bei der gynäkologischen Untersuchung oder bei der Magen-Darm-Spiegelung (inklusive Biopsien) Auffälligkeiten und entsprechen die Symptome den Reizdarmkriterien, kann die Diagnose eines RDS gestellt werden. Wenn die Patienten hinsichtlich eines RDS initial gewissenhaft und vollständig untersucht wurden, sollte eine erneute Diagnostik im Sinne einer Wiederholungsdiagnostik vermieden werden. Verschiedene Studien haben den Verlauf eines RDS überprüft und die Diagnose in 97 Prozent der Fälle als stabil bewertet (8–10).

Verbindungsstelle Hausarzt/Spezialist

Die initiale Diagnostik kann und sollte regelhaft durch den Hausarzt erfolgen. Lediglich die gynäkologische Untersuchung und die individuelle Zusatzdiagnostik müssen vom jeweiligen Facharzt erbracht werden. In den meisten Fällen wurden diese Untersuchungen jedoch bereits mehrfach durchgeführt und bedürfen daher keiner Wiederholung zur Verhinderung einer somatischen Fixierung.

Merke: Eine sorgfältige Anamnese und eine Sichtung der Vorbefunde reichen meist aus, um die Verdachtsdiagnose eines RDS zu erhärten. Die Basisdiagnostik sollte einmal umfassend und komplett durchgeführt werden. Eine frühzeitige Symptomkontrolle sollte angestrebt werden.

Gefährliche Differenzialdiagnosen

Zu den potenziell gefährlichen Differenzialdiagnosen gehören das kolorektale Karzinom und das Ovarialkarzinom bei der Frau. Insbesondere bei RDS-typischen Beschwerden, die seit weniger als 3 Monaten neu aufgetreten sind, ist das Risiko, an einem kolorektalen Karzinom erkrankt zu sein, 8,4-fach erhöht (11–13). 85 Prozent der Patientinnen mit Ovarialkarzinom zeigen typische RDS-Symptome. Dabei trat bei vielen das erste Symptom bereits 6 Monate vor Diagnosestellung auf (14).

Die mikroskopische Kolitis ist vor allem bei älteren Patienten eine relevante Differenzialdiagnose. 10 Prozent der Patienten,

die die Kriterien für ein RDS-D erfüllen, haben eine mikroskopische Kolitis (15). Die Zöliakie als Chamäleon unter den gastrointestinalen Erkrankungen stellt eine relevante Differenzialdiagnose dar. 4 Prozent der Patienten mit typischen RDS-Symptomen leiden an einer Zöliakie (11, 16).

Merke: Die Differenzialdiagnosen orientieren sich an der vorherrschenden Reizdarmsymptomatik. Lebensbedrohliche Erkrankungen wie Karzinome oder Entzündungen des oberen oder unteren Gastrointestinaltrakts müssen ausgeschlossen werden.

Welche Untersuchungen sind nicht empfohlen?

Verschiedene Biomarker wurden und werden diskutiert (20, 21). Derzeit gibt es jedoch keine Biomarker, die gezielt ein RDS erkennen können. Daher kann die Messung solcher Parameter nicht empfohlen werden.

Ein Zusammenhang zwischen einer Imbalance der Darmmikrobiota und dem RDS ist bekannt (22). Aufgrund der zum Teil widersprüchlichen Aussagen der Studien und fehlender Referenzwerte sollte jedoch keine mikrobielle Analytik der kommensalen Darmmikrobiota (Stuhlanalyse) zur Diagnosestellung eines RDS erfolgen.

Obwohl Ernährungsfaktoren nachgewiesenermaßen eine grosse Rolle bei der Bildung von Symptomen bei RDS-Betroffenen spielen, empfiehlt die aktuelle Leitlinie, keine Bestimmung nahrungsspezifischer IgG durchzuführen (1). Zum Ausschluss oder zur Erhärtung von nahrungsassoziierten Beschwerden sollte eine Kohlenhydratmalabsorption ausgeschlossen werden und eine Ernährungsberatung erfolgen.

Strukturiertes Vorgehen im hausärztlichen Bereich

Der Vorteil im hausärztlichen Bereich liegt darin, dass viele Befunde bereits vorliegen. Es lohnt sich also, diese einmal systematisch durcharbeiten, um «Lücken» in der Diagnostik aufzudecken. Die Basisdiagnostik sollte komplett sein. Die in Tabelle 2 dargestellte Checkliste soll die Struktur der Konsultation vereinfachen.

Merke: Nicht selten finden sich doch Patienten, die trotz Diarrhö und Bauchschmerzen noch nie eine Ileokoloskopie bekommen haben. Daher lohnt sich die einmalige gewissenhafte Aufarbeitung der Befunde.

Häufige Fallstricke

Gastrointestinale Beschwerden können Ausdruck einer Essstörung (4) oder einer Nahrungsmittelunverträglichkeit sein. Viele Patienten meinen, genau die auslösenden Nahrungsmittel zu kennen, und meiden diese konsequent, was mitunter zu Mangelernährung führen kann. Daher ist die Zusammenarbeit mit einer Ernährungsberatung überaus wichtig.

Der Umgang mit Patienten mit chronischen abdominalen Beschwerden wird von Primärversorgenden oft als Herausforderung beschrieben. Als Gründe werden eine ausgeprägte Anspruchshaltung der Patienten und die Sorge seitens der Ärzte, relevante Erkrankungen übersehen zu haben, angeführt. Das führt dazu, dass viele Untersuchungen trotz gleichbleibender Beschwerden und Befunde mehrfach durchgeführt werden. Aussagen wie «Meine Beschwerden müssen doch eine Ursache haben.» oder «Ich bilde mir das doch nicht ein.» sind häufig und triggern weitere Untersuchungen.

Tabelle 2:

Diagnostische Checkliste

Schritt	Was ist zu beachten?
Vorbefunde sichten	Gastroduodenoskopie einschliesslich Duodenalbiopsien Liegt die Histologie vor? Wurde eine Zöliakie ausgeschlossen? Ileokoloskopie einschliesslich Stufenbiopsien Liegt die Histologie vor? Wurde eine mikroskopische Kolitis ausgeschlossen? Wurde bereits eine Kohlenhydratmalabsorption ausgeschlossen? Gibt es eine valide Abdomenbildgebung? Gibt es aktuelle Laborwerte?
Anamnese erheben	Allgemein Positivkriterien für RDS abfragen Alarmsymptome (B-Symptome, Blut im Stuhl, nächtliche Symptome, Familienanamnese bezüglich kolorektales Karzinom) Extraintestinale Symptome Medikamente Ernährung Reise Psychosoziale Belastungen Psychische Komorbiditäten
Labor ergänzen, falls nicht ausreichend	Blutbild, CRP, TSH Zöliakieantikörper, falls kein histologischer Ausschluss der Zöliakie erfolgt ist (Endomysium-AK, tTG-AK, IgA gesamt) Stuhl auf pathogene Keime und Parasiten (falls Reiseanamnese auffällig) und Calprotectin bei Diarrhö Urinstatus
Körperliche, rektale, Ultraschalluntersuchung Diagnostik komplettieren	Hinweise auf Mangelernährung oder Essstörung, tastbare oder sichtbare Resistenzen Ggf. endoskopische Untersuchungen ergänzen Ggf. Wasserstoffatmetests ergänzen Ggf. andere Untersuchungen ergänzen, falls die Anamnese richtungsweisend ist Bei entsprechenden Hinweisen weitere Differenzialdiagnosen erwägen

RDS: Reizdarmsyndrom, CRP: C-reaktives Protein, TSH: thyreoideastimulierendes Hormon, AK: Antikörper, tTG: Gewebetransglutaminase, IgA: Immunglobulin A

Nicht selten wechseln Patienten den Arzt, wenn ihnen die nächste Untersuchung verwehrt wird. Unnötige Wiederholungsuntersuchungen sind aber doppelt gefährlich für die Patienten: Sie sind womöglich ganz unmittelbar mit einer Gefährdung verbunden und fördern die somatische Fixierung, erschweren damit die weitere Therapie und verschlechtern die Prognose. Hier ist eine gute Kommunikation gefragt. Die Psychoedukation umfasst unter anderem folgende Punkte (5):

- ▲ Benennen Sie konkret die Diagnose eines RDS.
- ▲ Klären Sie über die gutartige, aber leider chronische Erkrankung mit normaler Lebenserwartung auf.
- ▲ Es gibt eine wirkungsvolle symptomatische Therapie.
- ▲ Klären Sie frühzeitig die Erwartungen der Patienten. Machen Sie ihnen klar, dass sich die Symptomatik verbessern lässt, aber dass eine kurzfristige Heilung bei jahrelang bestehender Symptomatik eher unwahrscheinlich und nicht realistisch ist.
- ▲ Partizipative Entscheidungsfindung: Beziehen Sie die Patienten in die Therapie ein. Fragen Sie, was gut tut.
- ▲ Beschwerden können variieren, der Verlauf und «Attacken» können nicht vorhergesagt werden.
- ▲ Arbeiten Sie gemeinsam den Einfluss von Stress, Ernährung oder Infektion heraus.

- ▲ Bei psychosozialen Belastungen: Thematisieren Sie diese, sensibilisieren Sie ggf. für eine Psychotherapie.
- ▲ Die Therapie ist zum Teil langwierig und frustrierend. Gespräche dieses Inhalts wirken in den meisten Fällen entlastend für Arzt und Patienten.

Therapie

Gemäss der S3-Leitlinie sollen bei nicht ausreichendem Ansprechen auf eine Monotherapie sowie zur Behandlung verschiedener Beschwerden Kombinationen verschiedener Medikamente, aber auch Kombinationen medikamentöser und nicht medikamentöser Behandlungen eingesetzt werden (1). Diese Optionen werden nun näher erörtert.

Ernährung

Viele Patienten mit RDS machen die Ernährung für die Symptomentstehung, -aufrechterhaltung und -zunahme verantwortlich. Auch wenn dies nicht immer objektivierbar ist, spielen ernährungsmedizinische Aspekte eine Rolle bei der Therapie des RDS. Bei Patienten mit RDS und überwiegend Obstipationsbeschwerden (RDS-O) können vor allem lösliche Ballaststoffe als hilfreich erlebt werden (23). Spezielle Diäten wurden für das RDS beschrieben. So kann bei Patien-

ten mit RDS und vorwiegend Schmerzen, Blähungen und Diarrhö die sogenannte Low-FODMAP-Diät eingesetzt werden (24). FODMAP (fermentierbare Oligo-, Di- und Monosaccharide und Polyole) sind kurzkettige Kohlenhydrate, die im Dünndarm schlecht absorbiert und damit osmotisch aktiv und später im Dickdarm von Bakterien zersetzt werden, was mit Gasbildung einhergeht. Dies fördert die Entstehung von Durchfall, Schmerzen und Blähungen. Bei der Low-FODMAP-Diät werden FODMAP in der Nahrung vermieden (Eliminationsphase). Wenn sich die Symptome in der Eliminationsphase verbessern, können schrittweise Nahrungsmittel mit höherem FODMAP-Gehalt wieder eingeführt werden (Phase der Toleranzfindung). Lebensmittel, die symptomfrei gegessen werden konnten, werden abschliessend in den Langzeiternährungsplan einbezogen (Phase der Langzeiternährung) (25). Eine FODMAP-Diät darf immer nur kurzfristig durchgeführt werden.

Lebensstil

Es gibt Studien, die auf einen günstigen Effekt von körperlicher Bewegung auf die RDS-Symptomatik hinweisen (26, 27). Dennoch ist die Datenlage, vor allem bezüglich qualitativ hochwertiger Studien, gering, dies gilt auch für andere Lebensstilveränderungen (z. B. Nikotinkarenz, wenig Alkohol, bewusst essen, genug schlafen, Stressreduktion). Dennoch werden diese Massnahmen empfohlen.

Symptomorientierte Medikation

Eine medikamentöse Therapie des RDS ist immer symptombezogen und nicht kausal. Somit ist es legitim, sich am vorherrschenden Symptom zu orientieren, um ein geeignetes Medikament zu finden.

Bei RDS-D werden Flohsamenschalen und der Peristaltikhemmer Loperamid (μ -Opioid-Rezeptor-Agonist) empfohlen. Bei RDS-D ist in den USA seit 2015, in der EU seit 2016 und in der Schweiz seit 2018 der opioidbasierte Wirkstoff Eluxadolin zugelassen. Weiterhin kann bei therapierefraktärem RDS-D eine Off-label-Therapie mit 5-HT₃-Antagonisten versucht werden. Nicht zuletzt kann bei chologischen Diarrhöen der Cholesterinresorptionshemmer Colestyramin zum Einsatz kommen.

Bei RDS-O sollen Laxanzien vom Macrogoltyp eingesetzt werden (1). Auch kann der 5-HT₄-Agonist Prucaloprid zum Einsatz kommen. Erwähnenswert ist der Guanylatzyklase-C-Agonist Linaclotid, welcher bei laxanzienrefraktärer Obstipation und begleitenden Bauchschmerzen und Blähungen gute Ergebnisse erzielen kann. Nicht zuletzt kann an den Chloridkanalaktivator Lubiproston gedacht werden (in der Schweiz nicht mehr im Handel).

Bei Vorherrschen von Schmerzen kommen vorzugsweise Spasmolytika wie Butylscopolamin, Pfefferminz und/oder Kümmelöl (z. B. Carmenthin®) sowie die Pflanzenmischung STW-5 (Iberis amara, Angelikawurzel, Kamillenblüten, Kümmelfrüchte, Mariendistelfrüchte, Melissenblätter, Pfefferminzblätter, Schöllkraut und Süssholzwurzel) zum Einsatz (z. B. Iberogast®).

Bei vorrangigen Blähungen kann die Off-label-Behandlung mit dem lokal im Darm wirksamen Antibiotikum Rifaximin erwogen werden, für die wiederholte Anwendung gibt es jedoch keine günstige Evidenz.

Probiotika

Obschon sie oft von Patienten nachgefragt werden und mit hoher Akzeptanz versehen sind, ist die Datenlage hinsichtlich des Einsatzes von Probiotika beim RDS heterogen, was in der Spannweite der Studienqualität sowie in der Unterschiedlichkeit von Zusammensetzung und Dosierung der Probiotika begründet ist. Einzelne Gattungen wie Bifidobakterien oder Laktobazillen konnten jedoch RDS-typische Symptome wie Schmerzen und Blähungen sowie Stuhlfrequenz und -konsistenz verbessern. Somit empfiehlt die aktuelle Leitlinie den probatorischen Einsatz von Probiotika (sowie das Wiederabsetzen bei fehlender Besserung) (1).

Psychopharmaka

Bei RDS vorrangig mit Schmerzen und Diarrhö kann das Trizyklikum Amitriptylin «off label» zum Einsatz kommen (mit regulärer Indikation bei komorbidem Vorliegen einer depressiven oder Angststörung) (28). Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) wie zum Beispiel Citalopram verkürzen die oroökale Transitzeit, sodass diese bei RDS-O «off label» zum Einsatz kommen können. Der Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) Duloxetine kann bei Erwachsenen mit komorbider Angst- und depressiver Störung eingesetzt werden (29).

Psychotherapie

Neben der oben erwähnten Psychoedukation (wo bereits psychotherapeutische Elemente zum Tragen kommen) kommen Strategien zum verbesserten Umgang mit Stress und/oder Krankheitsbewältigung (coping) und angeleitete Selbsthilfe (30) zum Einsatz. Hierbei wurden onlinebasierte Angebote (E-Health-Interventionen) als hilfreich erlebt (31). Weiterhin gibt es gute Evidenz für sowohl verhaltenstherapeutisch orientierte als auch psychodynamisch orientierte Psychotherapie, wobei die Studienlage traditionell für die Verhaltenstherapie breiter ist, obgleich für die psychodynamischen Verfahren ein klar positiver Effekt gezeigt werden konnte (32). ▲

PD Dr. med. Miriam Goebel-Stengel
Klinik für Innere Medizin
Helios Klinik Rottweil
D-78628 Rottweil

Prof. Dr. med. Andreas Stengel
Innere Medizin VI
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Tübingen
D-72076 Tübingen

Interessenlage: M. G.-S. erhält Vortrags- und Beratungshonorare von Dr. Willmar Schwabe GmbH und Medice. A. S. erhielt Vortrags- und Beraterhonorare von a&r Berlin, Boehringer Ingelheim, Dr. Willmar Schwabe GmbH, Medice, Microbiotica und Takeda.

Dieser Artikel erschien erstmals in «doctors today» 7/22. Die leicht bearbeitete Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autoren.

Literatur:

1. 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-Registriernummer: 021/016. *Z Gastroenterol.* 2021;59(12):1323-1415.
2. Drossman DA, Hasler WL: Rome IV-functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology.* 2016;150(6):1257-1261.
3. Lewis SJ, Heaton KW: Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol.* 1997;32(9):920-924.
4. Hanel V et al.: Irritable bowel syndrome and functional dyspepsia in patients with eating disorders – a systematic review. *Eur Eat Disord Rev.* 2021;29(5):692-719.
5. Weibert E, Stengel A: Die Rolle der Psychotherapie beim Reizdarmsyndrom. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2019;69(9-10):360-371.
6. Felber J et al.: Ergebnisse einer S2k-Konsensuskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) gemeinsam mit der Deutschen Zöliakie-Gesellschaft (DZG) zur Zöliakie, Weizenallergie und Weizensensitivität. *Z Gastroenterol.* 2014;52(7):711-743.
7. Heneghan MA et al.: Celiac sprue and immunodeficiency states: a 25-year review. *J Clin Gastroenterol.* 1997;25(2):421-425.
8. Harvey RF et al.: Prognosis in the irritable bowel syndrome: a 5-year prospective study. *Lancet.* 1987;1(8539):963-965.
9. Owens DM et al.: The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med.* 1995;122(2):107-112.
10. Svendsen JH et al.: Irritable bowel syndrome – prognosis and diagnostic safety. A 5-year follow-up study. *Scand J Gastroenterol.* 1985;20(4):415-418.
11. Canavan C et al.: The incidence of other gastroenterological disease following diagnosis of irritable bowel syndrome in the UK: a cohort study. *PLoS One.* 2014;9(9):e106478.
12. Chang HC et al.: Irritable bowel syndrome and the incidence of colorectal neoplasia: a prospective cohort study with community-based screened population in Taiwan. *Br J Cancer.* 2015;112(1):171-176.
13. Norgaard M et al.: Irritable bowel syndrome and risk of colorectal cancer: a Danish nationwide cohort study. *Br J Cancer.* 2011;104(7):1202-1206.
14. Hamilton W et al.: Risk of ovarian cancer in women with symptoms in primary care: population based case-control study. *BMJ.* 2009;339:b2998.
15. Guagnozzi D et al.: Systematic review with meta-analysis: diagnostic overlap of microscopic colitis and functional bowel disorders. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016;43(8):851-862.
16. 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.
17. Goebel-Stengel M et al.: Unclear abdominal discomfort: pivotal role of carbohydrate malabsorption. *J Neurogastroenterol Motil.* 2014;20(2):228-235.
18. Keller J et al.: Klinisch relevante Atemtests in der gastroenterologischen Diagnostik – Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität sowie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen. *Z Gastroenterol.* 2005;43(9):1071-1090.
19. Ghoshal UC et al.: Small intestinal bacterial overgrowth and irritable bowel syndrome: a bridge between functional organic dichotomy. *Gut Liver.* 2017;11(2):196-208.
20. Mujagic Z et al.: A novel biomarker panel for irritable bowel syndrome and the application in the general population. *Sci Rep.* 2016;6:26420.
21. Sood R et al.: Systematic review with meta-analysis: the accuracy of diagnosing irritable bowel syndrome with symptoms, biomarkers and/or psychological markers. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015;42(5):491-503.
22. Enck P, Mazurak N: Dysbiosis in functional bowel disorders. *Ann Nutr Metab.* 2018;72(4):296-306.
23. Zuckerman MJ: The role of fiber in the treatment of irritable bowel syndrome: therapeutic recommendations. *J Clin Gastroenterol.* 2006;40(2):104-108.
24. Rao SS et al.: Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015;41(12):1256-1270.
25. Hetterich L, Stengel A: Ernährungsmedizinische Aspekte beim Reizdarmsyndrom – ein Update. *Aktuelle Ernährungsmedizin.* 2020;45(4):276-285.
26. Johannesson E et al.: Intervention to increase physical activity in irritable bowel syndrome shows long-term positive effects. *World J Gastroenterol.* 2015;21(2):600-608.
27. Johannesson E et al.: Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol.* 2011;106(5):915-922.
28. Hetterich L et al.: Gastrointestinale somatoforme Störungen. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2019;87(9):512-525.
29. Ford AC et al.: Effect of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2019;114(1):21-39.
30. Hetterich L, Stengel A: Psychotherapeutic interventions in irritable bowel syndrome. *Front Psychiatry.* 2020;11:286.
31. Beatty L, Lambert S: A systematic review of internet-based self-help therapeutic interventions to improve distress and disease-control among adults with chronic health conditions. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(4):609-622.
32. Black CJ et al.: Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut.* 2020;69(8):1441-1451.
33. Krouwel M et al.: Systematic review, meta-analysis with subgroup analysis of hypnotherapy for irritable bowel syndrome, effect of intervention characteristics. *Complement Ther Med.* 2021;57:102672.