

Reizdarmsyndrom – Tipps und Tricks

Stellen Sie eine positive Diagnose!



Prof. Brian Lacy

Reizdarmpatienten sind schwierige Patienten, denn die Erkrankung lässt sich nicht einfach fassen, geschweige denn einfach behandeln. Wie dies aber trotz allem besser gehen könnte, verrieten Experten an der UEG-Week in Wien. Ein Fünf-Schritte-Plan verhilft zur Diagnose.

Die klinische Diagnose des Reizdarmsyndroms (IBS; irritable bowel syndrome) kann eine Herausforderung sein. Denn die Symptome können im Zeitverlauf fluktuieren, sie sprechen auch nicht immer auf die ausgewählte Therapie an und lassen sich nicht mit einem Biomarker messen. Zudem können andere Störungen ein IBS vortäuschen (*Kasten*).

Im Patientengespräch seien Zuhören sowie eine positive Diagnose wichtig, so Prof. Brian Lacy, Mayo Clinic, Jacksonville (USA). Das sei nicht so schwierig, denn gut ein Drittel der Patienten glaubt aufgrund ihrer Symptome, an Krebs erkrankt zu sein. Eine klare, positive Ausdrucksweise ohne Konjunktive und Wahrscheinlichkeiten erhöhe die Zufriedenheit des Patienten, verbessere die Therapiequalität und vermeide Missverständnisse.

Der Weg zu einer positiven Diagnose führt über fünf Schritte (1). Der erste Schritt ist das Zuhören. «Lassen Sie den Patienten seine Geschichte erzählen, ohne ihn zu unterbrechen. Gehen Sie mit ihm Allergien, Operationen, seine Ernährung und seinen psychischen Zustand durch. Fragen Sie nach Alarmsymptomen», erklärte Lacy.

Der zweite Schritt ist die klinische Untersuchung.

Das wirkt auf den Patienten sehr vertrauensbildend und deckt möglicherweise organische Störungen oder neu entstandene Erkrankungen auf. Mit dem Carnett-Zeichen, das heisst, dem Verschwinden des Bauchschmerzes durch willkürliches Anspannen der Bauchdecke, entdeckt man eine intraperitoneale Genese des Schmerzes, meist durch Nerveinklemmung beim Durchtritt durch die Bauchwand. Die digitale Rektaluntersuchung, speziell bei obstipierten Patienten, zeigt abnormale Veränderungen im Rektum wie auch eine

Beckenbodendysfunktion auf, die vor allem bei Frauen gleichzeitig bestehen kann. Ein Ballon-Expulsionstest liefert dafür zusätzlich den positiven Hinweis.

Der dritte Schritt besteht in der Anwendung der ROM-IV-Kriterien. Gemäss diesen handelt es sich um ein IBS, wenn wiederholte Abdominalschmerzen an mindestens 1 Tag in der Woche während der letzten 3 Monate, verbunden mit Verstopfung oder Durchfall, im Halbjahr vor der Diagnose aufgetreten sind (2).

Viertens sollen im Bedarfsfall nur wenige Labortests (z.B. Blutbild, C-reaktives Protein, fäkales Calprotectin, Zöliakieserologie) durchgeführt werden, um nichts Ernstes zu verpassen. «Veranlassen Sie diese idealerweise im Rahmen der ersten Konsultation, und denken Sie daran, dass viele Labortests Unsicherheit vermitteln», so der Experte. Als fünfter Schritt helfen eine Kolonoskopie oder andere Untersuchungen weiter, sofern klinisch angezeigt.

Mit dieser Strategie der positiven Diagnose nach Anwendung der ROM-IV-Kriterien und nur wenigen Labortests (Blutbild, CRP) ist die Lebensqualität gleich hoch wie mit der Strategie des Ausschlussverfahrens mit vielen Tests, doch die generierten Kosten sind viel tiefer, wie eine ein Jahr dauernde dänische Studie aufzeigen konnte (3).

Zeigen sich bei der Abklärung eine Vielzahl von verschiedenen Symptomen, wie Globusgefühl, Dyspepsie, Blähungen, Thoraxschmerzen, Migräne, Fibromyalgie, Rückenschmerzen et cetera, so widerspiegelt dies nach Meinung des Experten die Überlappung einer viszeralen und einer somatischen Hypersensitivität.

Auch die Ernährung spielt eine grosse Rolle. Laktose, zu viel oder zu wenig Nahrungsfasern, Fruktose, Alkohol sowie Kaffee können Auswirkungen auf die Verdauung haben. Hier lohnt es sich, genau nachzufragen. Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor ist die Psyche mit Angst, Depression, Somatisierung und Katastrophisieren. Spielt sie bei der Symptomatik mit, ist ein Spasmolytikum erst einmal hilfreich, so der Tipp von Lacy. Als weitere empirische Therapie empfiehlt der Referent je nach vorherrschender Problematik die Gabe von Lubiproston (Amitiza[®]), Linaclotid (Constella[®], Axulta[®]) sowie Eluxadolin (Truberzi[®]).

Neuromodulation bei viszeralen Schmerzen

Im Gegensatz zu somatischen Schmerzen seien viszerale Schmerzen nicht gut untersucht, obgleich sie relativ häufig seien, berichtet Dr. Adam Farmer, Wingate Institute of Neurogastroenterology, Barts and the London School of Medicine, London (GB). Bei chronischen viszeralen Schmerzen

Fotos: vti



Dr. Adam Farmer



Prof. Fernando Azpiroz

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Bei Reizdarmpatienten positive Diagnose mit wenig Laborstellen.
- ▶ Die Modulation der Schmerzempfindung kann hilfreich sein.
- ▶ Bei Blähungen Obstipation beseitigen, Verdauungsinhalt korrigieren und Dehnungsempfindung beseitigen.

Kasten:

Was ein IBS vortäuschen kann

- ▲ Laktoseintoleranz
- ▲ Fruktoseintoleranz
- ▲ Dünndarmfehlbesiedlung (small intestine bacteria overgrowth; SIBO)
- ▲ Zöliakie
- ▲ Glutenempfindlichkeit (nicht zöliakiebedingt)
- ▲ entzündliche Darmerkrankung
- ▲ mikroskopische Kolitis
- ▲ funktionelle Diarrhö
- ▲ funktionelle Obstipation

und Veränderungen der gastrointestinalen Motilität ist auch die Rede einer viszeralen Hypersensitivität. Bei IBS-Patienten zeige sich das beispielweise an einer tieferen Schmerzschwelle bei der rektalen Ballondehnung im Vergleich zu Patienten ohne IBS. Aufklärung über die Schmerzwahrnehmung mit ergänzender psychologischer

oder psychiatrischer Therapie kann hier hilfreich sein, so Farmer. Denn Patienten mit nicht geklärten chronischen Symptomen generieren viele Untersuchungen bei verschiedenen Ärzten, und dies mit wenig Erfolg.

Angaben über die Lokalisation und Chronologie des Schmerzes, die auf eine Operation, Infektion oder ein traumatisches Erlebnis zurückgehen können, können zusätzlich hilfreich sein. Die pharmakologische Intervention zielt auf eine Neuromodulation ab. Dazu können tief dosierte trizyklische Antidepressiva, selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) (z.B. Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin), selektive Serotonin/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) (Duloxetin und Venlafaxin) oder noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva (NaSSA) (z.B. Mirtazapin) eine Option sein, so der Vorschlag von Farmer. In einem Cochrane Review zeigten SSRI wie auch TZA einen Nutzen hinsichtlich der Symptomreduktion bei IBS (4), was die Lebensqualität erhöhen kann. Auch Pregabalin und Gabapentin können bei einem Schmerzsyndrom hilfreich sein. Beide zeigten eine positive Veränderung der Schmerzempfindung und der Schmerzschwelle bei rektaler Dehnung (5, 6). Eine kognitive Verhaltenstherapie kann für die Modulation der Schmerzempfindung zusätzlich unterstützend wirken. Linaclotid reduziert ebenfalls den Abdominalschmerz durch Agonisierung des Guanylat-Cyclase-C-Rezeptors und führt zu einer verminderten Kolontransitzeit (7).

Von einem Einsatz von Opioiden als Schmerzmittel in dieser Indikation rät der Experte dagegen eindringlich ab. Sie führen als Nebenwirkung ihrerseits zu Obstipation, Nausea und Blähungen und bei längerem Gebrauch auch zur einer Hyperalgesie.

Was tun bei Blähungen?

Eine Mischung aus intestinaler Hypersensitivität und gestörter Verdauung führe zu einer schlechten Toleranz des Darminhalts und unter anderem zu Blähungsempfinden, erklärt Prof. Fernando Azpiroz, Department of Digestive Diseases, University Hospital Vall d'Hebron, Barcelona (E). Wenn die Blähungen im Zusammenhang mit einer Obstipation stehen, sollten diese mit der Beseitigung der Obstipation verschwinden und das Problem damit gelöst sein, so Azpiroz.

Beispielsweise kann mit der Ernährung auf die Obstipation Einfluss genommen werden. Während eine faserreiche Kost

eine Kolonfüllung von etwa 800 ml nach sich zieht, beträgt diese bei faserarmer Kost nur etwa 600 ml. Etwa 700 ml sind normal. Eigene Untersuchungen zeigten, so Azpiroz, dass eine faserreiche Ernährung während 10 Tagen bei Patienten mit Blähungen zu einer merklichen Abnahme derselben geführt haben. Eine Ernährungsanpassung helfe demnach. Eine weitere Untersuchung testete den Effekt einer FODMAP-armen Diät versus Präbiotikumsupplement. Präbiotika sind spezifische unverdauliche Ballaststoffe, die hauptsächlich aus pflanzlichen Lebensmitteln wie Getreide, Chicorée, Spargel, Zwiebel et cetera stammen und den Darmbakterien als fermentierbares Substrat zur Verfügung stehen. Dies fördert das Wachstum von Bifidobakterien im Darm.

Beide Massnahmen, die FODMAP-arme Diät und das Präbiotikumsupplement, zeigten im Vergleich mit der Ausgangssituation einen ähnlich guten Effekt auf das Ausmass der Blähungen und Schmerzen, gemessen als Anzahl Winde pro Tag. Interessant sei die Beobachtung gewesen, dass mit einem Stopp der FODMAP-armen Diät nach Studienende die Symptome wieder zunahmen, während der unter dem Präbiotikumzusatz erzielte Effekt für weitere zwei Wochen bestehen blieb. Weiter zeigte sich, dass in der Präbiotikumgruppe die Bifidobakterienkolonie angewachsen war, in der FODMAP-Gruppe war sie geschrumpft. Auch Probiotika bewirkten in einer weiteren Untersuchung eine markante Reduktion der Anzahl Winde pro Tag.

Eine weitere Massnahme besteht in der Verbesserung der Toleranz des Darminhalts durch Bewegung, Prokinetika oder Spasmolytika, Massnahmen, die alle nach Erfahrung des Experten gleich gut wirken. Wenn die durch das angesammelte Gas gedehnte Bauchdecke zu Missempfinden führt, kann dies mit Biofeedback gut und lang anhaltend korrigiert werden, wie Azpiroz aus eigenen Untersuchungen darlegt.

Blähungen können demnach durch Beseitigung der Obstipation, durch Veränderung des Darminhalts mittels faserreicher Kost, Prä- und Probiotika erfolgreich reduziert werden, und das Missempfinden durch den aufgedunsenen Bauch kann mit Biofeedback korrigiert werden, so Azpiroz abschliessend. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Tips and tricks for the IBS patient», United European Gastroenterology Week (UEGW) 2018, 21. bis 24. Oktober in Wien.

Referenzen:

1. Ford AC et al.: Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 2017; 376: 2566–2578.
2. Mearin F et al.: Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1393–1407. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.031.
3. Begtrup LM et al.: A positive diagnostic strategy is noninferior to a strategy of exclusion for patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013; 11: 956–962.
4. Ruepert L et al.: Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 8: CD003460.
5. Houghton LA et al.: Effect of a second-generation alpha2delta ligand (pregabalin) on visceral sensation in hypersensitive patients with irritable bowel syndrome. *Cut* 2007; 56: 1218–1225.
6. Lee KJ et al.: Gabapentin reduces rectal mechanosensitivity and increases rectal compliance in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22: 981–988.
7. Chey WD et al.: Linaclotide for irritable bowel syndrome with constipation: a 26-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial to evaluate efficacy and safety.