

## Therapie des Reizdarmsyndroms

# Herangehensweise je nach Syndromtyp

**Die Behandlung des Reizdarmsyndroms gleicht einem Herantasten über mehrere Stufen. Dies brauche viel Zeit, und je besser die Arzt-Patienten-Beziehung dabei sei, um so mehr Aussicht auf Erfolg bestehe, wie Prof. Magnus Simrén, Department of Internal Medicine, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg (S), an der UEG-Week erklärte. Welche Optionen in der Therapie des Reizdarmsyndroms heute zur Verfügung stehen, war Thema seiner Übersicht.**



Foto: vh  
Prof. Magnus Simrén

Für das Reizdarmsyndrom (irritable bowel syndrome, IBS) gibt es keine Biomarker, es ist nach den Rom-IV-Kriterien eine Kombination aus Abdominalschmerzen und abnormalen Stuhlgewohnheiten. Dabei kann als Symptomatik die Obstipation oder die Diarrhö vorherrschen oder eine Mischung aus beidem (1). Die Reizdarmsyndrom-Typen könnten im Zeitverlauf auch ändern, wie Simrén ausführte. Weil funktionelle Darmstörungen wie das IBS ein Produkt verschiedener Einflüsse sind, wie

beispielsweise der genetischen Prädisposition, psychosozialer Faktoren, abnormaler Darmmotilität, viszeraler Hypersensibilität, Entzündung und Mikrobiom, werden sie heute auch als Störungen der Darm-Hirn-Interaktion bezeichnet. Entsprechend ist das Vorgehen bei IBS auch multifaktoriell. An erster Stelle steht dabei die Etablierung einer Arzt-Patienten-Beziehung, danach folgen die medizinische, die persönliche und die Familienanamnese. Des Weiteren liefern die Abklärung der Lebensqualität, des Funktionierens im Alltag und des psychosozialen Hintergrunds wichtige Entscheidungsgrundlagen für die spätere Therapie. Die Diagnose soll dem Patienten gut und empathisch erklärt werden. Je besser die Arzt-Patienten-Beziehung ist, desto weniger Ärzte werden von diesem Patienten besucht. Für den Patienten sei es sehr wichtig, dass sein Leiden einen Namen erhalte, so Simrén. Die daraus folgenden Massnahmen sollten realistische Ziele enthalten, die auf die Bedürfnisse und die am meisten störende Symptomatik abgestimmt sind. Der Zusammenhang von Darm und Hirn sollte erklärt werden und damit auch die Einflussmöglichkeiten auf verschiedenen Ebenen. Eine Heilung des IBS ist heute noch nicht möglich.

### KURZ & BÜNDIG

- ▶ Bei IBS ist die Arzt-Patienten-Beziehung wichtig.
- ▶ Die Therapie besteht aus verschiedenen Komponenten und richtet sich stets nach dem vorherrschenden Symptom.
- ▶ Psychologische Behandlungsoptionen haben eine tiefe NNT.

### Möglichen Einfluss der Ernährung berücksichtigen

Ernährung ist bei Patienten mit IBS ein zentrales Thema, viele von ihnen ordnen ihre Symptome verschiedenen Nahrungsmitteln zu. Nach der Abklärung der Ernährungsgewohnheiten und nach Ausschluss einer Zöliakie, von Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien kann eine Änderung der Ernährungszusammenstellung versucht werden. Bringt die Veränderung nicht den erwünschten Erfolg, besteht der nächste Schritt aus der Durchführung einer FODMAP-Diät (FODMAP = fermentierbare Oligo-, Di-, Monosaccharide und Polyole). Diese besteht aus drei Phasen: 1. Restriktion der fraglichen Nahrungsmittel, 2. deren Wiedereinführung zur Kontrolle, wie viel davon vertragen wird, und 3. dem Langzeiternährungsplan. Um diese relativ komplizierte Diät korrekt durchführen zu können, sei die Unterstützung einer Ernährungsberaterin hilfreich, so der Tipp von Simrén.

Der Zusatz von Probiotika ist einen Versuch wert. Eine Verbesserung der globalen IBS-Symptomatik und des Abdominalschmerzes im Vergleich zu Placebo konnte verschiedentlich mit Stämmen von Lactobacillus, Bifidobakterien, Escherichia, Streptokokken oder Saccharomyces gezeigt werden (2, 3). Weil es jedoch keine direkten Vergleichsstudien gebe, sei eine konkrete Empfehlung schwierig, so Simrén.

### Medikamentöse Massnahmen stufenweise einsetzen

Sind die Symptome mit reiner Ernährungsumstellung nicht beherrschbar, braucht es medikamentöse Unterstützung. Die Wahl der Pharmakotherapie richtet sich dabei nach dem jeweils vorherrschenden Symptom: Obstipation, Diarrhö, Blähungen, Schmerzen und psychologische Symptome (4) (Tabelle).

Bei IBS vom Diarrhötyp steht an erster Stelle der Einsatz von Loperamid. Bringt das nicht die erwünschte Linderung, können moderne Pharmakotherapeutika eingesetzt werden, sie bringen bei mehreren Symptomen Linderung. Dazu gehören 5-HT<sub>3</sub>-Antagonisten wie z. B. Ondansetron und Alosetron mit Einsatzgebiet bei vorherrschender Diarrhö- und Schmerzsymptomatik. Rifaximin und Eluxadolin können bei Diarrhö-, Schmerz- und Blähungssymptomen sowie Völlegefühl eingesetzt werden.

Für Patienten mit schwerer und refraktärer Symptomatik sind zentral wirksame Therapeutika hilfreich, wie beispiels-

Tabelle: **Pharmakologische Therapie bei Reizdarmsyndrom (IBS)**

je nach vorherrschendem Symptom

Diarrhö	Schmerz	Blähungen und Völlegefühl	Obstipation	Refraktäre Symptome mit oder ohne psychologischer und extratestinaler Komorbidität
<b>1. Stufe:</b> Loperamid (Imodium®, div. Generika)				
<b>2. Stufe:</b> 5-HT <sub>3</sub> -Antagonisten (Ondansetron, [Zofran®, div. Generika], Alosetron)	<b>1. Stufe:</b> 5-HT <sub>3</sub> -Antagonisten (Ondansetron, [Zofran®, div. Generika], Alosetron)			<b>1. Stufe:</b> Psychotropika: <b>SSRI</b> bei Ängstlichkeit, Depression: Paroxetin, Fluoxetin, Sertralin, Citalopram, Escitalopram <b>TZA</b> bei Schmerz: Amitriptylin, Nortriptylin, Imipramin, Desipramin <b>Tretazyklische Antidepressiva</b> bei früher Sättigung, Nausea/Erbrechen, Gewichtsverlust, Schlafstörung: Mirtazapin, Mianserin, Trazodon <b>SNRI</b> bei Schmerz: Duloxetin, Venlafaxin, Desvenlafaxin, Milnacipran andere Psychotropika
<b>3. Stufe:</b> Rifaximin (Xifaxan®) Eluxadolin (Truberzi®)	<b>2. Stufe:</b> Rifaximin (Xifaxan®) Eluxadolin (Truberzi®)	<b>1. Stufe:</b> Rifaximin (Xifaxan®) Eluxadolin (Truberzi®)		<b>2. Stufe:</b> Pregabalin Gabapentin
<b>4. Stufe:</b> Gallensäurebinder	<b>3. Stufe:</b> Linaclotid (Axulta®, Constella®) Lubiproston (Amitiza®) 5-HT <sub>4</sub> -Agonisten	<b>2. Stufe:</b> Linaclotid (Axulta®, Constella®) Lubiproston (Amitiza®) 5-HT <sub>4</sub> -Agonisten	Linaclotid (Axulta®, Constella®) Lubiproston (Amitiza®) 5-HT <sub>4</sub> -Agonisten	<b>3. Stufe:</b> Augmentationstherapie
	<b>4. Stufe:</b> Spasmolytika, Antidepressiva			<b>4. Stufe:</b> kognitive Verhaltenstherapie, Hypnotherapie, Psychotherapie

Abkürzungen: SSRI: Serotonin-Wiederaufnahmehemmer; SNRI: Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer; TZA: trizyklische Antidepressiva  
Quelle: Prof. M. Simrén, UEG-Week 2019, Barcelona und modifiziert nach (4, 5)

weise Psychotropika beziehungsweise Neuromodulatoren, wie sie in diesem Zusammenhang genannt werden. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer sind bei Patienten mit funktionalen gastrointestinalen Störungen mit vorherrschender Ängstlichkeit und Depression gebräuchlich. Sie eignen sich weniger gut, wenn Schmerzen das Hauptsymptom sind. In diesem Fall kommen trizyklische Antidepressiva zum Zug. Tetracyklische Antidepressiva eignen sich bei vorherrschenden Symptomen des oberen Gastrointestinaltrakts, wie frühe Sättigung, Nausea und Erbrechen, sowie bei Gewichtsverlust und Schlafstörungen (5). Diese Neuromodulatoren sollten bei einer tiefen Dosierung auftrittiert werden. Eine Vorbereitung des Patienten auf initial auftretende Nebenwirkungen erhöht dabei die Chancen auf eine gute Adhärenz. Bei schlechtem Ansprechen könnten auch Vorbehalte des Patienten gegen eine Psychopharmakotherapie der Grund sein. Ist die Wirkung nicht zufriedenstellend oder sind die Nebenwirkungen zu störend, können ein Wechsel zu einer anderen Substanzklasse, eine Kombination oder eine Augmentation die weiteren Schritte sein. Spricht der Patient gut an, sollte die

minimal wirksame Dosis für mindestens 6 bis 12 Monate oder länger fortgesetzt werden. Entschliesst man sich, die Therapie zu stoppen, muss langsam ausgeschlichen werden, um Entzugssymptome zu vermeiden.

Psychologische Therapien wie beispielsweise kognitive Verhaltenstherapie und Hypnotherapie bringen bei IBS-Patienten einen guten Nutzen mit tiefer NNT (number needed to treat) von 3 beziehungsweise 4, wie ein systematischer Review mit Metaanalyse zeigte (6).

Es gibt aber auch Patienten, denen all diese Massnahmen nicht helfen. Bei ihnen sei es wichtig, eine patientenzentrierte Therapie anzubieten, die aus bisherigen Komponenten, aber in einer anderen Form oder Dosierung bestehen könne, so Simrén abschliessend. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «IBS». United European Gastroenterology Week (UEGW) 2019, 21. bis 23. Oktober in Barcelona.

## Referenzen:

1. Lacy BE et al.: Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1393-1407.
2. McFarland LV et al.: Meta-analysis of probiotics for the treatment of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 2650-2661.
3. Ford AC et al.: Efficacy of prebiotics, probiotics, and synbiotics in irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014; 154: 1547-1561.
4. Simrén M et al.: Management of the multiple symptoms of irritable bowel syndrome. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017; 2: 112-122.
5. Drossman DA et al.: Neuromodulators for Functional Gastrointestinal Disorders (Disorders of Gut-Brain Interaction): A Rome Foundation Working Team Report. *Gastroenterology* 2018; 154: 1140-1171.
6. Ford AC et al.: Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014; 109: 1350-1365.