

Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:
© 2015 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Das Reizdarmsyndrom

Eine kommentierte Fallbeschreibung

Seit 10 Jahren leidet die Patientin dieser Kasuistik unter Bauchbeschwerden. Nach Ausschluss aller Differenzialdiagnosen steht fest: Es handelt sich um ein Reizdarmsyndrom. Zusammen mit ihrem Arzt entwickelt sie Strategien, mit den Symptomen umzugehen.

Anamnese

Fallbeispiel Eine 45-jährige Patientin stellt sich in einer Klinik für Innere Medizin wegen Bauchbeschwerden vor. Sie berichtet sehr ausführlich und empathisch über wechselnde krampfartige Schmerzen im Unterbauch, die in den Oberbauch ausstrahlen. Die Symptome sind nach einer Gastroenteritis aufgetreten und bestehen seit über 10 Jahren. Die Patientin klagt über häufiges Völlegefühl, Blähungen und Übelkeit. Nahrung verschlimmert die Beschwerden teilweise. Diese sind mit breiigen Stühlen und erhöhter Frequenz mit bis zu 15 Stühlen/Tag assoziiert. Die Symptome sind ausschließlich tagsüber vorhanden, nachts ist die Patientin beschwerdefrei. Sie hatte 2 vaginale Geburten. Vorerkrankungen bestehen keine. Obwohl auch beschwerdefreie Intervalle auftreten, ist die verunsicherte und nicht ernst genommene 45-jährige erheblich beeinträchtigt, sodass sie bereits mehrere Ärzte konsultierte und

ihren Beruf nur eingeschränkt ausüben kann. Sie verspürt einen hohen Leidensdruck. Die körperliche Untersuchung (auch rektal) der normgewichtigen Patientin ist unauffällig. Ein Basislabor (Blutbild, Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit [BSG], C-reaktives Protein [CRP], Urinstatus), eine Abdomensonografie und eine gynäkologische Untersuchung ergeben einen Normalbefund. Die Verdachtsdiagnose lautet postinfektiöses Reizdarmsyndrom. Dafür spricht, dass die Patientin eine lange und nicht progrediente Anamnese mit beschwerdefreien Intervallen, keine weiteren körperlichen Symptome sowie einen hohen Leidensdruck aufweist. Es fehlen Alarmsymptome wie kurze Anamnese, Gewichtsverlust, Blut im Stuhl und nächtliche Beschwerden. Es ergeben sich keine Hinweise auf andere Erkrankungen.

Krankheitsbild

Definition Das Reizdarmsyndrom (RDS) ist charakterisiert durch Bauchschmerzen oder -beschwerden, die mit Stuhlgangveränderungen einhergehen. Die Definition des Reizdarmsyndroms ist symptombezogen. Zurzeit sind die ROM-III- bzw. deutschen Definitionen gültig. Nach der deutschen S3-Leitlinie müssen 3 Kriterien erfüllt sein:

- > einzelne oder kombinierte chronische (> 3 Monate) Darmsymptome
- > eine relevante Einschränkung der Lebensqualität
- > keine andere in der klinischen Untersuchung erhobene Ursache/Erkrankung

Die Besonderheiten der neu entwickelten Definition des RDS im Vergleich zu den ROM-III-Kriterien sind:

- > Eine Assoziation zu Stuhlgangveränderungen ist nicht mehr obligat.
- > Die Lebensqualität wird aufgeführt.
- > Eine Koloskopie bzw. gynäkologische Untersuchung ist zur Diagnosesicherung erforderlich.

Diese Untersuchungen sind nötig, da sich die Beschwerden bei einem Kolonkarzinom bzw. gynäkologischen Tumor im Anfangsstadium nicht von RDS-Symptomen differenzieren lassen. In etwa 10% der Fälle tritt das Syndrom als postinfektiöses RDS (PI-RDS) nach einer Gastroenteritis auf. Typisch für ein RDS sind:

- > fehlende Alarmsymptome
- > eine lange Anamnese
- > beschwerdefreie Intervalle
- > weitere körperliche bzw. seelische Symptome

Fallbeispiel Der behandelnde Arzt erklärt der Patientin die möglichen Ursachen ihrer Beschwerden, wobei er ausdrücklich betont, dass das RDS eine organische Erkrankung mit unterschiedlichen Pathophysiologien ist. Hierbei finden sich u.a. Veränderungen im enterischen Nervensystem (Bauchhirn) und im enterischen Immunsystem. Darüber hinaus ist die Reizwahrnehmung verändert durch

- > Störungen der reizaufnehmenden Nerven,
- > eine gestörte Interaktion zwischen dem Kopfhirn und dem Bauchhirn sowie
- > eine veränderte Signalverarbeitung im Gehirn.

Keine funktionelle Erkrankung Zahlreiche grundlagenwissenschaftliche Arbeiten belegen, dass das RDS eine organische Erkrankung ist. Trotzdem gilt es häufig immer noch als funktionelle



Bildnachweis: Thomas Möller / Thieme Verlagsgruppe (Symbolbild)

Abb. 1 Entwickeln Sie eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung – so lassen sich verschiedene Therapiestrategien beim Reizdarmsyndrom gemeinsam ziel führend verfolgen.

Darmerkrankung. Dies suggeriert, dass sei RDS eine „eingebildete Erkrankung“ ohne organische Korrelationen. Auch werden häufig organische und psychische Faktoren als vermeintliche Gegensätze begriffen, die sich mehr oder weniger ausschließen, obwohl psychische Faktoren ebenfalls ein organisches Korrelat aufweisen: Ihre Manifestation oder Assoziation mit dem RDS ist mit einer veränderten Signalverarbeitung im Gehirn verbunden.

Die Sichtweise einer funktionellen Erkrankung trifft also nicht mehr zu.

Weiterführende Diagnostik und Therapie

Fallbeispiel Der Internist vermittelt seiner Patientin, dass er sie ernst nimmt (► Abb. 1) und dass sich die Ursachen für ein RDS in der Routineuntersuchung nur schwer nachweisen lassen. Dass bedeute aber nicht, dass sie diese nicht habe. Er erklärt ihr die Behandlungsziele und betont, dass ein Medikament die Beschwerden erwartungsgemäß nicht vollständig beseitigen wird. Vielmehr wollen sie gemeinsam verschiedene Therapiestrategien ausprobieren. Der Arzt betont, dass die Patientin den Umgang mit den Symptomen erlernen muss. Aufgrund der durchgängigen Stühle empfiehlt er weiterführende Kontrollen.

Tab. 1 Differenzialdiagnosen des Reizdarmsyndroms mit Diarrhö

- > infektiöse Kolitis, u. a. ausgelöst durch:
 - > pathogene Keime: Salmonellen, Shigellen, Yersinien, Campylobacter, Clostridien, Tropheryma whipplei etc.
 - > Parasiten: Würmer, Giardia lamblia, Kryptosporidien bei HIV, Amöben oder Blastocystis hominis nach Tropenreise,
 - > Pilze: Histoplasmose bei HIV
 - > Viren: Cytomegalie Virus (CMV) bei Immunsuppression
- > Morbus Crohn
- > Colitis ulcerosa
- > Sprue / Zöliakie
- > bakterielle Fehlbesiedelung des Dünndarms
- > symptomatische Kohlenhydratmalabsorption (z. B. Laktose- oder Fruktosemalabsorption)
- > mikroskopische Kolitis
- > chologene Diarrhö
- > Clostridium-difficile-Kolitis
- > chronische Pankreatitis
- > autonome Neuropathie (Diabetes)
- > Medikamentenunverträglichkeit
- > Nahrungsmittelallergie
- > Hyperthyreose
- > Inkontinenz
- > hormonaktive neuroendokrine Tumoren
- > kolorektales Karzinom (paradoxe Diarrhö)

Immunglobulin-Untersuchungen (IgG) auf Nahrungsmittelallergene bzw. eine quantitative Analyse der Stuhlflora (z. B. „Darm-Ökogramm“) helfen jedoch nicht weiter und verursachen nur unnötige Kosten für die Patientin.

RDS ohne Diarrhö Beim RDS ohne Durchfall lässt sich eine symptomorientierte Therapie versuchen. Im Einzelfall bieten sich ergänzende Funktionsuntersuchungen an:

- > bei Obstipation:
 - > Bestimmung der Kolontransitzeit
 - > modifizierter Hinton-Test
 - > Defäkografie (Magnetresonanztomografie)
 - > anorektale Manometrie
- > bei Blähungen:
 - > Glukose-H₂-Atemtest
 - > Laktose-, Fruktose-, Sorbit-H₂-Atemtest

RDS mit Diarrhö Bei durchfälligen Stühlen ist schon zu Beginn eine ausführliche weitere Untersuchung angezeigt, u. a. eine Stuhl-erregerdiagnostik und Ileokoloskopie mit Stufenbiopsien. Bei durchfälligen Stühlen lassen sich in >90% der Fälle weitere Ursachen finden (► Tab. 1). Eine quantitative Analyse der Stuhlflora ist unsinnig und auch aus Kostengründen zu vermeiden. Die humane Darmflora besteht zu >99% aus Anaerobiern, die sich nicht verlässlich erfassen lassen. Es gibt keine Daten, die belegen, dass das Spektrum der im „Darm-Ökogramm“ gefundenen Aerobier RDS-Symptome bedingt. Auch Blutuntersuchungen (IgG) auf Nahrungsmittelallergene sind irrelevant.

Fallbeispiel Alle weiterführenden Untersuchungen bei der Patientin sind unauffällig:

- > Serumelektrolyte
- > Nierenretentionswerte
- > Leber- und Pankreasenzyme
- > Thyreoidea-stimulierendes Hormon (TSH) basal
- > Blutzucker / HbA_{1c}
- > Zöliakie-Antikörper (Transglutaminase-Antikörper) im Blut
- > Erregerdiagnostik (Lamblien, Wurmeier)
- > Calprotectin A / Lactoferrin-Bestimmung im Stuhl
- > eine Ileokoloskopie mit Stufenbiopsien (kollagene, lymphozytäre Kolitis, chronisch-entzündliche Darmerkrankung [CED], Mastzellen)
- > eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD) mit Duodenalbiopsien (Zöliakie)

> Laktose-, Fruktose-, Sorbit-H₂-Atemtests
 Nachfolgende probatorische Therapieversuche mit Gallensäurebinder (bis zu 10% Gallensäureverlustsyndrom bei RDS) bzw. Ballaststoffen (Flohsamen, lösliche Ballaststoffe) bleiben erfolglos. Um eine Stuhlentleerungsstörung mit Pseudodiarrhö auszuschließen, wird ergänzend zur initialen rektal digitalen Untersuchung eine proktoskopische Untersuchung mit Pressversuch (dynamische Proktoskopie) durchgeführt. Damit lässt sich ein rektoanaler Prolaps bzw. eine Beckenbodensenkung nachweisen. Die Ergebnisse sind jedoch unauffällig.

Defäkationsstörung Eine Stuhlentleerungsstörung mit Stuhlretention und Abgang von flüssigem Stuhl (Pseudodiarrhö) können RDS-Symptome und „Durchfall“ verursachen. Der Klärung dienen

- > eine spezifische Stuhl-Anamnese (Gefühl der unvollständigen Entleerung, mehrere kleine Stuhlportionen in kürzeren Abständen),
- > eine rektal digitale Untersuchung,
- > eine dynamische Proktoskopie und
- > eine Defäkografie.

Fallbeispiel Der behandelnde Arzt empfiehlt seiner Patientin

- > ein gesundes Leben mit ausreichender körperlicher Aktivität,
- > eine ausgewogene mediterrane Ernährung sowie
- > eine Stärkung ihrer Ressourcen mit Pflege von Hobbies und sozialen Kontakten.

Er baut eine intensive, vertrauensvolle sowie empathische Arzt-Patienten-Beziehung auf. Da die 45-jährige eine Nahrungsabhängigkeit ihrer Beschwerden angegeben hat, nimmt sie im Verlauf an einer Ernährungsberatung teil und an einem Therapieversuch

mit einer Gluten- bzw. FODMAP-armen (FODMAP=fermentierbare Oligo-, Di- und Monosaccharide sowie Polyole) Kost über 8 Wochen. Hierunter bessern sich die Beschwerden deutlich.

Wirkungsvolles Ernährungskonzept Viele Patienten mit RDS geben nahrungsabhängige Beschwerden an. Ca. 3% von ihnen haben Zöliakie.

Auch nach Ausschluss dieser Krankheit können RDS-Patienten von einer glutenarmen Kost profitieren – das Phänomen ist als Glutenempfindlichkeit bekannt.

Neuere Untersuchungen zeigen, dass nicht nur Gluten, sondern auch andere Weizenbestandteile Beschwerden verursachen können (Weizenempfindlichkeit). Das aktuelle FODMAP-Konzept umfasst auch die Gluten- bzw. Weizenempfindlichkeit. FODMAP ist keine Diät aus naturphilosophischen, anthropologischen oder alternativmedizinischen Überlegungen (wie Atkins-Diät oder Trennkost), sondern eine umfassende Hypothese, die der Erfahrung mit einer diätetischen Behandlung von Reizdarmpatienten und Patienten mit Kohlenhydratintoleranzen entspringt. Sie beinhaltet eine Auffassung der Vergärung bestimmter chemisch definierter Zucker bzw. Zuckeralkohole – zurzeit die effektivste Therapie des RDS.

Fallbeispiel Im Verlauf individualisiert die Patientin ihre Diät: Sie ergänzt und testet verschiedene Nahrungsbestandteile, die sie in einem Ernährungstagebuch dokumentiert. Sie stellt sich mehrmals wieder in der Klinik vor und berichtet über Restbeschwerden. Aus diesem Grund erhält sie ergänzend Phytotherapeutika und Probiotika.

Darmflora positiv beeinflussen Phytotherapeutika und Probiotika haben einen festen Stellenwert bei der Behandlung des RDS: Patienten können eine veränderte Darmflora aufweisen, die zu Funktionsstörungen und Beschwerden führen kann (► Abb. 2). Häufig muss man unterschiedliche Probiotika ausprobieren. Phytotherapeutika können mit einer Multi-Target-Wirkung gastro-intestinale Funktionen und Symptome günstig beeinflussen.



Bildnachweis: © Sebastian Kaulitzki / www.fotolia.com

Abb. 2 Die Darmflora eines Patienten mit Reizdarmsyndrom unterscheidet sich von Gesunden sowohl qualitativ als auch quantitativ. Probiotika und Phytotherapeutika können Abhilfe schaffen.

Fazit

Die Patientin hat ein postinfektiöses Reizdarmsyndrom (PI-RDS). Eine frühzeitige differenzierte Diagnostik schließt wesentliche Differenzialdiagnosen aus. Der behandelnde Arzt entwickelt eine vertrauensvolle Beziehung zur Patientin und erläutert die potenziellen organischen Ursachen ihrer Beschwerden. Er versichert ihr, dass er sie ernst nimmt. Die Therapieziele sind genau definiert, und gemeinsam verfolgen Arzt und Patientin systematisch verschiedene Therapiestrategien.



Prof. Dr. med. Thomas Frieling

ist Direktor der Medizinischen Klinik II, Allgemeine Innere Medizin, am HELIOS Klinikum Krefeld. 2004 gründete er die Stiftung für Neurogastroenterologie.
E-Mail: thomas.frieling@helios-kliniken.de

Interessenkonflikt Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-100276>