**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2013

Reizdarmsyndrom – Diagnostik und Therapie

Pohl, D ; Misselwitz, B ; Heinrich, H

Abstract: Bis zu 25 % aller gastroenterologischen Patienten leiden unter einem Reizdarmsyndrom (RDS). Bei Neudiagnose eines RDS sind eine fundierte und zielgerichtete Diagnostik entscheidend für den weiteren klinischen Verlauf. Nach Diagnosestellung erbringen erneute Abklärungen, insbesondere repetitive endoskopische Untersuchungen, jedoch praktisch nie zusätzliche Erkenntnisse. Die medikamentöse Therapie ist individuell an den Symptomen des Patienten auszurichten. Nichtmedikamentöse und alternative Therapieverfahren können dabei eine wirksame Ergänzung darstellen.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s11377-013-0783-1>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-93353>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Pohl, D; Misselwitz, B; Heinrich, H (2013). Reizdarmsyndrom – Diagnostik und Therapie. *Der Gastroenterologe*, 8(5):417-424.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s11377-013-0783-1>

Das Reizdarmsyndrom – Diagnostik und Therapie

D. Pohl, H. Heinrich, B. Misselwitz
UniversitätsSpital Zürich

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Daniel Pohl
UniversitätsSpital Zürich
Gastroenterologie und Hepatologie
Rämistr. 100
8091 Zürich, Schweiz
Daniel.Pohl@usz.ch

Interessenkonflikt:

Dr. Pohl ist als Berater für die Firma Almirall tätig. Er erhält Referentenhonorar von der Firma MSD und Kongressunterstützung von der Firma Roche Pharma (Schweiz)

Dr. Heinrich gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dr. Misselwitz erhält Referentenhonorar von der Firma MSD

Das Reizdarmsyndrom – Diagnostik und Therapie

Zusammenfassung

Bis zu 25% aller gastroenterologischen Patienten leiden unter einem Reizdarmsyndrom (RDS). Bei Neudiagnose eines RDS sind eine fundierte und zielgerichtete Diagnostik entscheidend für den weiteren klinischen Verlauf. Nach Diagnosestellung erbringen erneute Abklärungen, insbesondere repetitive endoskopische Untersuchungen, jedoch praktisch nie zusätzliche Erkenntnisse. Die medikamentöse Therapie ist individuell den Symptomen des Patienten zuzuschneiden. Nicht-medikamentöse und alternative Therapieverfahren können dabei eine wirksame Ergänzung darstellen.

Schlüsselwörter

RDS, IBS, Obstipation, Diarrhöe, FODMAPS

Irritable Bowel Syndrome – Diagnostics and Therapy

Abstract

Up to 25% of gastroenterological outpatients complain of symptoms attributable to irritable bowel syndrome (IBS). A well founded diagnosis of IBS is key to subsequent successful treatment. To safely establish a diagnosis of IBS a panel of basic investigations to carefully exclude alternative diagnoses is warranted. Once the diagnosis of IBS is established repetition of examinations, especially repeat endoscopies, should be avoided in the absence of new clinical information. Medical treatment should be tailored to individual symptoms. Non-medical treatments including dietary changes, exercise and alternative treatments such as hypnotherapy can be effective supportive measures in IBS.

Key words

IBS, constipation, diarrhea, lifestyle modifications, FODMAPS

Bis zu 25% aller ambulanten gastroenterologischen Patienten leiden an einem Reizdarmsyndrom (RDS) [19]. Die Diagnostik des RDS ebenso wie die Wahl der passenden medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapieverfahren sind komplex und für Arzt und Patienten eine Herausforderung. Der Einsatz international gebräuchlicher Kriterien erleichtert die Diagnosefindung und hilft bei der Identifizierung potentieller Therapieansätze. Neue Substanzgruppen, insbesondere für die Behandlung des obstipationsbetonten RDS, erweitern das therapeutische Armamentarium.

RDS äussert sich bei den meisten Patienten durch Stuhlunregelmässigkeiten und abdominelle Beschwerden. Die charakteristischen klinischen Beschwerden eines RDS wurden erstmals 1978 von Manning zusammengefasst. Die Praxis einer kriterienbasierten RDS-Diagnose ist nicht unumstritten [22]. So hatten in Validierungsstudien die Manning-Kriterien meist moderate Sensitivität (58%-94%) und Spezifität (55%-93%) [8]. Validierungsstudien bezüglich der Rom I-III Kriterien sind nur spärlich vorhanden [8]; eine kürzlich publizierte Arbeit zeigte eine Sensitivität der aktuell gebräuchlichen Rom III Kriterien (Tabelle 1) für die Diagnose eines RDS durch Allgemeinpraktiker von 75% [11].

Tabelle 1: Rom III Kriterien für ein Reizdarmsyndrom	
Symptome	Rezidivierende abdominelle Schmerzen oder abdominelles Unwohlsein für mindestens 3 Tage pro Monat während der letzten 3 Monate in Zusammenhang mit mindestens zwei der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Beschwerdeverbesserung nach der Defäkation • Beschwerdebeginn in Zusammenhang mit Änderung der Stuhlfrequenz • Beschwerdebeginn in Zusammenhang mit Änderungen der Stuhlkonsistenz
Voraussetzung für Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Erfüllen der Kriterien für ≥ 3 Monat • Symptombeginn vor ≥ 6 Monaten

Nach Rom werden vier klinische Subtypen eines RDS unterschieden (Tabelle 2):

<u>Tabelle 2: Subtypen des Reizdarmsyndroms</u>	
RDS-O („Obstipation“)	harter klumpiger Stuhlgang bei $\geq 25\%$ aller Defäkationen und flüssiger Stuhl bei $<25\%$ aller Defäkationen
RDS-D („Diarrhöe“)	flüssiger Stuhlgang bei $\geq 25\%$ aller Defäkationen und harter Stuhl bei $<25\%$ aller Defäkationen

RDS-M („gemischt“)	harter klumpiger Stuhlgang bei $\geq 25\%$ aller Defäkationen und flüssiger Stuhl bei ebenfalls $\geq 25\%$ aller Defäkationen
RDS-U („undefiniert“)	Stuhlgewohnheiten ausserhalb der oben beschriebenen Häufigkeitsverteilungen

Diagnostisch hinweisend sind weiterhin ein Gefühl der unvollständigen Entleerung, Schleimabgang oder abdominelle Blähungen. In der Anamnese sollten auf der einen Seite RDS-Kriterien erfragt, auf der anderen Seite Alarmsymptome ausgeschlossen werden (Tabelle 3), auch wenn der prädiktive Wert von Alarmsymptomen umstritten ist [3].

<u>Tabelle 3: Alarmsymptome</u>	
1	Symptombeginn im Alter >50 Jahre
2	Gewichtsverlust
3	Familienanamnese für kolorektales Karzinom, Zöliakie oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen
4	Blutabgang ab ano
5	Fieber

Leider gibt es keine diagnostischen Untersuchungen die den pathogenetischen Prozess eines RDS direkt nachweisen. Ein RDS kann somit nicht diagnostisch bewiesen werden und seine Symptomatik überschneidet sich mit anderen gastrointestinalen Erkrankungen. Gerade im ersten Jahr nach Diagnosestellung eines RDS ohne ausführliche Basisdiagnostik ist die Inzidenz anderer gastrointestinaler Erkrankungen (insbesondere Morbus Crohn und Kolonkarzinom) erhöht [22]. Somit wird vor Neudiagnose eines RDS eine gründliche Basisabklärung empfohlen (Tabelle 4), um eine behandelbare organische Ursache der Beschwerden auszuschliessen. Im Gegensatz dazu sollten nach Diagnose eines RDS in Abwesenheit neuer Aspekte repetitive diagnostische Untersuchungen vermieden werden.

Eine Darmspiegelung zur Kolonkarzinomvorsorge ist bei älteren Patienten (>50 Jahre) indiziert. Jüngere Patienten mit Diarrhöe sollten zum Ausschluss einer mikroskopischen Kolitis einmalig koloskopiert werden (inklusive Stufenbiopsien). Hier sind Biopsien aus dem rechten Kolon oder Kolon Transversum Proben aus dem Rektosigmoid überlegen [28]. Die deutschen Leitlinien, nicht jedoch z.B. amerikanischen Leitlinien, empfehlen prinzipiell eine Koloskopie auch bei allen jüngeren RDS-Patienten [22].

In einer Metaanalyse konnte bei Patienten mit positiven diagnostischen Kriterien eines RDS eine 4-fach erhöhte Prävalenz einer bioptisch nachweisbaren Zöliakie gezeigt werden [12]. Daher sollte eine

Zöliakie zumindest serologisch untersucht werden. Darüber hinaus erfüllen viele Patientinnen mit Endometriose, entzündlichen Erkrankungen des kleinen Beckens oder Ovarialkarzinomen im Frühstadium die diagnostischen Kriterien eines Reizdarmsyndroms. Eine gynäkologische Beurteilung inklusive endovaginaler Sonographie ist bei Patientinnen mit vermutetem RDS angezeigt [22].

Die diagnostische Aussagekraft einer Abdomensonographie im Rahmen der Diagnostik eines Reizdarmsyndroms ist nicht belegt. Diese einfache, kostengünstige und sichere Untersuchung ist jedoch zum Ausschluss einer Vielzahl von Differentialdiagnosen geeignet und wird als Teil der Basisdiagnostik empfohlen [22].

Ein erhöhtes fäkales Calprotectin ist ein Hinweis auf eine (chronisch) entzündliche Darmerkrankung, was bei bekannter Überlappung von RDS und IBD Symptomen hilfreich sein kann [18]. Eine exokrine Pankreasinsuffizienz wurde in bis zu 6.1% von Patienten mit vermutetem RDS diagnostiziert und kann mit einem Elastasetest im Stuhl gesucht werden [23].

<u>Tabelle 4: Basisabklärungen im Rahmen einer Neudiagnose RDS</u>	
Anamnese	Detailliertes Abfragen von Symptomen unter Benutzung der Rom III oder Manning Kriterien plus Zusatzsymptome, Ausschluss von Alarmsymptomen Orientierendes Erfragen psychiatrischer Komorbiditäten (Depression, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörung)
Status	Körperliche Untersuchung einschliesslich digital-rektaler Untersuchung
Laboruntersuchungen im Blut	Differentialblutbild, Elektrolyte, Kreatinin, Transaminasen, Cholestaseparameter, Pankreasamylase oder Lipase, CRP und TSH Zöliakie-Antikörper: Anti-Transglutaminase IgA, IgA quantitativ
Stuhluntersuchungen	Bei Diarrhöe: Stuhlparasitologie, fakultativ Calprotectin, Pankreaselastase
Bildgebung	Sonographie Abdomen Bei Frauen gynäkologische Zuweisung mit endovaginalem Ultraschall zum Ausschluss Ovarialkarzinom, Endometriose, entzündliche Prozesse
Koloskopie	Bei Personen >50 Jahre und/oder Alarmsymptomen obligat Bei RDS-D: obligat zum Ausschluss IBD, mikroskopische Kolitis Bei allen anderen fakultativ, gemäss einiger Leitlinien empfohlen [22]
Routinemässige Untersuchungen im Verlauf bei gesichertem RDS ohne neue Aspekte	
Anamnese	Erfragen Symptomverlauf unter Therapie Orientierendes Erfragen psychiatrischer Komorbiditäten
Apparative Untersuchungen	Keine

THERAPIE

Die Therapie eines RDS ist individuell und sollte den Symptomen aber auch Präferenzen des Patienten entsprechen. Entsprechend einer komplexen Pathogenese scheint es viele effektive Therapieansätze zu geben. Realistische Erwartungen sind eine Beschwerdebesserung mit besserem Funktionieren im Alltag; eine komplette Beschwerdefreiheit wird dagegen selten erreicht.

Eine stabile Arzt-Patientenbeziehung ist die Basis für einen Therapieerfolg. Das wichtigste Werkzeug dafür ist eine offene Kommunikation. Einfache Gesten wie Empathie, interessiert Nachfragen, sowie die rückfragende Wiederholung von Patientenaussagen (aktives Zuhören) erhöhen nachweisbar Compliance, Vertrauen und Zufriedenheit der Patienten [9]. Die wichtigsten Schritte einer patientenzentrierten Behandlung des RDS sind in Tabelle 5 zusammengefasst.

<u>Tabelle 5: Patientenzentrierte Behandlung beim RDS</u>	
1	Befragung des Patienten unter Benutzung offener Fragen, Empathie
2	Krankheitsverständnis und Ängste des Patienten erfragen
3	Erklärung des Krankheitsbildes
4	Erwartungen des Patienten einschätzen und Grenzen der Therapie aufzeigen
5	Aktives Einbeziehen des Patienten in Therapieentscheidungen
6	Gestaltung der Therapie in Hinblick auf die Vorbehalte und Interessen des Patienten
7	Aufbau einer langfristigen Arzt-Patientenbeziehung

Bei milden Beschwerden kann eine genaue Aufklärung über das Krankheitsbild, ggf. Beruhigung ausreichend sein. Immer sollten aggravierende Faktoren wie Nahrungsmittelintoleranzen gesucht werden. Bei schwererer Krankheitsausprägung sollten dagegen pharmakologische und nicht-medikamentöse Therapieansätze ausgeschöpft werden [21].

Ernährung und Lebensstil

Die Mehrzahl (70-80%) der RDS Patienten führen Exazerbationen ihrer Erkrankung auf bestimmte Nahrungsmittel zurück [30]. In einer Befragung von 1200 RDS Patienten führten kleinere Mahlzeiten (69%), Vermeiden fetter Speisen (64%) und einer Erhöhung des Faseranteiles in der Nahrung (58%) zu einer Symptomverbesserung [17].

FODMAPS (fermentierbare Oligo, Di- und Monosaccharide und Polyole) bezeichnen eine Vielzahl von Molekülen, die im Dünndarm nur ineffizient absorbiert werden können. Im distalen Verdauungstrakt sind diese Stoffe einerseits osmotisch aktiv, andererseits werden sie durch Bakterien unter

Gasbildung fermentiert. Bei genügend hoher Belastung und Prädisposition (insbesondere erhöhter viszeraler Schmerzempfindlichkeit) kann es dann zu RDS-typischen Symptomen kommen.

Im Vergleich zu Gesunden weisen RDS Patienten eine höhere Prävalenz von Laktosemaldigestion und Laktoseintoleranz auf [4]. Andere relevante FODMAPS (z.B. Fruktose, Raffinose, Fruktan, Sorbitol) sind vor allem in bestimmten Früchten und Gemüsesorten sowie Weizenprodukten enthalten. Eine professionelle Ernährungsberatung und das Führen eines Ernährungstagebuches kann hilfreich sein um symptomauslösende Nahrungsmittel erkennen und meiden zu können. So führte bei RDS Patienten mit einer Fruktosemalabsorption die Einhaltung einer FODMAPS Diät in 80% der Fälle zu einer Symptombesserung [15]. Der Erfolg einer solchen Diät ist jedoch nicht auf Patienten mit nachgewiesenen Nahrungsintoleranzen beschränkt [15]. Grundsätzlich ist die strikte Einhaltung der Diät der wichtigste Faktor für einen Therapieerfolg.

Auch körperliche Aktivität ist ein essentieller Therapiebestandteil. Es konnte gezeigt werden, dass bereits 3-5x30 Minuten Bewegung/Woche die Symptome eines RDS bessern kann [20].

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Stuhlregulation

Für RDS-O stellen Ballaststoffe und Laxanzien eine breit verwendete Basistherapie dar. Der gewünschte Effekt besteht in einer Erhöhung der Stuhlmasse mit konsekutiver Stimulation der Motilität und Symptomerleichterung. Es können pflanzenbasierte Wirkstoffe wie indischer Flohsamen (Psyllium), Sterculia oder Kleie aber auch einige ähnlich wirkende Laxantien (Makrogole) verwendet werden. Für Patienten mit Blähungen und abdomineller Distension sollte auf Kleie verzichtet werden, da diese Symptome verstärkt werden können [2]. Ohne Evidenz durch Studien, aber in der Praxis verbreitet, ist der Einsatz dieser Substanzen, insbesondere Psyllium, beim RDS-D. Da diese Stoffe im Darm Wasser binden, kommt es bei Obstipation zu einer weicheren Stuhlkonsistenz, während bei leichter oder mässiger Diarrhöe eine Festigung der Stuhlkonsistenz möglich ist. Ein Therapieversuch mit dieser kostengünstigen und sicheren Substanzgruppe ist somit bei jedem RDS-Patienten gerechtfertigt. Dabei sollte dem Arzt bewusst bleiben, dass Effekte nur in Einzelstudien, nicht jedoch in grossen Metaanalysen gezeigt werden konnten [14, 33].

Bei Patienten mit RDS-D ist ein Therapieversuch mit Loperamid, einem Opioid ohne zentralgängige Wirkung, indiziert. Es kann als Reservemedikament bei plötzlicher Drang-Symptomatik Sicherheit im Alltag vermitteln, ist jedoch bei abdominellen Schmerzen mit Vorsicht einzusetzen [22]. Eine empirische Therapie mit dem Gallensäurebinder Colestyramin ist ebenfalls einen Versuch wert. Gemäss einer Metaanalyse können bei 68% aller RDS-D Patienten Gallensäureabsorptionstörungen diagnostiziert werden, die abhängig vom Schweregrad des Gallensäureverlusts in 70-96% der Fälle auf eine Behandlung mit Colestyramin ansprechen [38].

Spasmolytika

Spasmolytika bieten sich für die Behandlung von RDS bei abdominellen Krämpfen und Schmerzen an. Die Gruppe der Spasmolytika ist bezüglich Wirkmechanismen heterogen und umfasst neben Anticholinergika auch Kalziumkanalantagonisten, Opioid-Rezeptor Agonisten und Naturheilmittel. Trotz heterogener Datenlage und grosser Unterschiede zwischen Einzelsubstanzen ist ein positiver Gruppeneffekt der Spasmolytika anerkannt [1, 13, 32, 33]. Butylscopolamin ist ein Muskarinrezeptorantagonist, für den in plazebo-kontrollierten Studien eine Besserung abdomineller Symptome gezeigt wurde (RR 0.63, CI 0.51-0.78) [13]. Pinaverium ist ein Kalziumkanalantagonist mit relaxierender Wirkung an glatter Muskulatur. Für diese Substanz konnte in kontrollierten Studien eine Wirkung auf die Schwere der RDS-Symptomausprägung, insbesondere auf abdominelle Schmerzen, gezeigt werden [33]. Im Gegensatz dazu wurden für Mebeverin in Meta-Analysen keine positiven Endpunkte erreicht [13, 33]. Dampf-extrahiertes Pfefferminzöl gehört zu den ältesten Mitteln gegen Reizdarm, welches insbesondere bei abdominellen Schmerzen abgegeben werden kann. Die „number needed to treat“ (NNT) mit diesem potenten Spasmolytikum liegt bei 2.5 Patienten [13]; dieser Effekt wurde in Meta-Analysen bestätigt [33]. Da es zudem kostengünstig und sicher ist und von Patienten als natürliches Präparat geschätzt wird, stellt es bei uns eine sehr häufig rezeptierte Substanz für RDS- Patienten dar.

Naturheilmittel

Naturheilmittel sollten von praktizierenden Ärzten gekannt werden, da sie einerseits oft verlangt, andererseits bereits häufig als Selbstmedikation eingesetzt werden. Naturheilmittel werden als Einzel- oder Kombinationspräparate verwendet. Es bestehen länderabhängig deutliche Unterschiede in den jeweiligen Präparationen, die zunehmend z.B. in Internetapotheken bestellt werden können und daher auch bei uns verfügbar werden.

Einzelpräparate:

Kurkuma wird eine spasmolytische Komponente nachgesagt, es wird insbesondere im Nahen Osten eingesetzt. Ein überzeugender Wirkungsnachweis in kontrollierten Studien ist jedoch ausstehend. Fumaria Officinalis, ein Extrakt aus dem in Mitteleuropa wachsenden Erdrauch, zeigte in einer kontrollierten Vergleichsstudie gegenüber Plazebo keine signifikante Wirksamkeit [5]. Positive Effekt von Johanniskraut konnten ebenfalls nicht gefunden werden [34]. Im Gegensatz zu den oben erwähnten Präparaten ist die Wirkung von Pfefferminzöl gut dokumentiert (vgl. Spasmolytika).

Mischpräparate

Als Kombinationspräparate werden STW-5 (Iberogast), bestehend aus einer Vielzahl alkoholischer Auszüge von Heilkräutern sowie das in der Schweiz nach tibetischem Rezept hergestellte

Mischpräparat Padma Lax eingesetzt. Für diese Präparate konnte in kontrollierten Studien eine Wirkung bezüglich Schmerzen und Globalsymptomen (STW-5) bzw. Schmerzen, Obstipation und Flatulenz (Padma Lax) nachgewiesen werden [25, 41]. Für einige Mischpräparate aus der chinesischen Medizin (z.B. Tong Xie Ning,) wurde in kontrollierten Studien eine Wirkung gezeigt[37], andere chinesische Mischpräparate wie Tong-Xie-Yao Fang zeigten für RDS keine positiven Effekte in kontrollierten Studien [24, 29].

Antidepressiva

Für die Behandlung therapierefraktärer Symptome aller Formen des Reizdarmes werden seit langem trizyklische Antidepressiva und selektive Serotoninwiederaufnahme-Hemmer (SSRI) verwendet. Der Einsatz ist dabei nicht auf Patienten mit assoziierter Depression oder Angststörung beschränkt [16]. Als Wirkmechanismen werden eine analgetische Komponente in den Viszera sowie eine Modifikation der beim Reizdarm wichtigen Achse zwischen Darm und Gehirn postuliert. Wichtig ist eine gute Patientenaufklärung über den gewünschten analgetischen (nicht antidepressiven) Effekt sowie die niedrige Dosierung, die unterhalb der einer antidepressiven Therapie liegt (z.B. Amitryptilin 10-25mg 1x täglich) [36]. Ausser im Falle intolerabler Nebenwirkungen sollte das Medikament mindestens 6 Wochen eingenommen werden, bevor ein fehlendes Ansprechen konstatiert wird.

Die Wirksamkeit von Antidepressiva auf abdominelle Schmerzen ist unbestritten und wurde in mehreren kontrollierten Studien gezeigt; bezüglich Stuhldrang und Stuhlfrequenz konnte nicht immer ein signifikanter Effekt erreicht werden. In Metaanalysen zeigte sich eine positive Wirkung der Antidepressiva auf abdominelle Schmerzen (NNT 5), Gesamtbeurteilung (NNT 4) und Symptomscores (NNT 4) [33]. Tri- und tetrazyklische Antidepressiva werden aufgrund ihres anticholinerger (somit obstipierenden) Wirkungsprofils besonders für die Behandlung von RDS-D verwendet. Für SSRI bestehen dagegen hauptsächlich positive Daten zur Wirksamkeit beim RDS-O.

Antibiotika

Als Behandlung gegen abdominelle Blähungen und Schmerzen bei RDS-D hat die darmselektive antibiotische Therapie in den letzten Jahren wieder einen Aufschwung erlebt. In den aktuellen Studien wurde dabei auf eine Testung einer bakteriellen Überwucherung verzichtet. Die Datenlage ist insbesondere für Rifaximin überzeugend, welches in einer Dosis von 3x550 mg an einer grossen Kohorte von RDS-D Patienten für 2 Wochen getestet wurde. Nach 10 Wochen zeigte sich eine Verbesserung bezüglich Blähungsgefühl, Schmerzen und globaler Symptombewertung [31]. Gemäss retrospektiven unkontrollierten Daten kann mit einem Anhalten des Therapieerfolges für durchschnittlich 4 Monate gerechnet werden. Beschwerderezidive wurden bei einer kleinen

Subpopulation von Patienten bis zu drei Mal erfolgreich mit Rifaximin behandelt [40]. Aufgrund der limitierten Datenlage sollte über eine erneute Therapie jedoch individuell entschieden werden.

Neue Medikamente beim RDS

In letzter Zeit sind neue Medikamente und Medikamentenklassen für die Behandlung des RDS vorgestellt worden, die vielversprechende Behandlungsansätze liefern und in grossen plazebokontrollierten Studien überzeugende Wirkung auf Besserung der Stuhlkonsistenz und Reduktion abdomineller Schmerzen zeigten [6, 7]. Ihre Zulassung ist in Europa aktuell limitiert, was den Gebrauch einschränkt (Tabelle 6).

Tabelle 6: Neue Optionen in der medikamentösen Therapie des RDS					
Substanzklasse	Wirkstoff	Wirkansatz	Für	Effekt	Zulassung
Serotonin-rezeptorantagonist	Alosetron	Antagonismus am 5HT4 Rezeptor	RDS-D	Stuhlfestigung, Reduktion abdomineller Schmerzen	USA (unter Auflagen) Ob Zulassung in Europa unklar
Proston (Prostaglandin E1-Derivat)	Lubiproston	Aktivierung eines Chloridkanals (CLC-2) in Darmmukosa mit Einstrom von Chlorid, Bikarbonat und Wasser	RDS-O	Erhöhung Stuhlfrequenz, weichere Konsistenz, Reduktion abdominale Schmerzen	USA, Japan (Schweiz, England für therapie-refraktäre Obstipation)
Guanylatzyklase-Aktivator	Linaclotid	Aktivierung eines Chloridkanals (CFTR) via cGMP mit Einstrom von Chlorid, Bikarbonat und Wasser	RDS-O	Erhöhung Stuhlfrequenz, weichere Konsistenz, Reduktion abdominale Schmerzen	USA, Japan, Europa (Schweiz ausstehend)

PSYCHOTHERAPIE: Therapiemethoden wie eine dynamische Psychotherapie, kognitive oder verhaltenstherapeutische Ansätze bieten sich bei Patienten an, die einer medikamentösen Therapie eher kritisch gegenüberstehen und für einen psychotherapeutischen Ansatz zu begeistern sind.

Obwohl ein starker Plazeboeffekt nicht auszuschliessen ist, scheinen sowohl die klassische Psychotherapie als auch die kognitive und verhaltenstherapeutische Therapie sowohl in Bezug auf RDS-spezifische Angst und Depression und als auch bezüglich gastrointestinaler Symptome wirksam zu sein. In einer grösseren Studie zur Behandlung funktioneller Darmbeschwerden war eine kognitive Verhaltenstherapie einer alleinigen Patientenedukation signifikant überlegen (Ansprechrate 70% vs. 30%, NNT 3) [10]. Die Wirksamkeit von progressiver Muskelrelaxation und autogenem Training konnte in Einzelstudien ebenfalls gezeigt werden [35].

ALTERNATIVE HEILMETHODEN

Hypnose und Akupunktur

Auch alternative Therapieverfahren sind für die RDS-Behandlung wissenschaftlich untersucht worden. So wurde für die Hypnosetherapie im Vergleich zu einer Psychotherapie bei 30 Fällen eines schweren RDS eine Verbesserung der Schmerzwahrnehmung, Lebensqualität und der Stuhlgewohnheiten verzeichnet [39]. Für Patienten mit therapierefraktärem RDS konnte in einer aktuellen Studie die Lebensqualität stärker verbessert werden als mit einer medizinisch-medikamentösen Therapie allein [27]. Im Gegensatz dazu hat sich die Akupunktur in mehreren Studien als wirkungslos erwiesen [26].

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Bei Erstdiagnose eines RDS sollte auf Anamnese und Diagnostik größtes Wert gelegt werden denn eine sichere Diagnose bestimmt den weiteren Verlauf letztendlich die Lebensqualität des Patienten bestimmt.
- Eine Wiederholung apparativer Diagnostik bei bestehendem RDS ohne neue klinische Aspekte ist zu vermeiden.
- Die Therapie eines RDS sollte individuell an jeden Patienten sowie dessen Bedürfnisse und Symptome angepasst werden.
- Evaluation und Anpassung von Nahrungsgewohnheiten und körperlicher Aktivität sind ein wichtiger Bestandteil jeder RDS-Abklärung und Therapie
- Als Basistherapie empfiehlt sich eine gute Stuhlregulation.
- Abdominelle Schmerzen können mit Spasmolytika, Naturheilmitteln und sekundär mit Antidepressiva behandelt werden.
- Bei abdominalen Blähungen als Leitsymptom sind darmselektive Antibiotika eventuell wirksamer als andere Medikamente.
- Bei therapierefraktärem RDS können neuentwickelte Medikamente eingesetzt werden.
- Die Kombination medikamentöser Therapie mit psychotherapeutischen Verfahren, eventuell auch alternativen Therapiemethoden ist sinnvoll.

LITERATUR

1. Akehurst R, Kaltenthaler E (2001) Treatment of irritable bowel syndrome: a review of randomised controlled trials. *Gut* 48:272-282
2. Bijkerk CJ, de Wit NJ, Muris JW et al. (2009) Soluble or insoluble fibre in irritable bowel syndrome in primary care? Randomised placebo controlled trial. *BMJ* 339:b3154
3. Black TP, Manolakis CS, Di Palma JA (2012) "Red flag" evaluation yield in irritable bowel syndrome. *J Gastrointest Liver Dis* 21:153-156
4. Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE et al. (2009) An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 104 Suppl 1:S1-35
5. Brinkhaus B, Hentschel C, Von Keudell C et al. (2005) Herbal medicine with curcuma and fumitory in the treatment of irritable bowel syndrome: a randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial. *Scand J Gastroenterol* 40:936-943
6. Chey WD, Drossman DA, Johanson JF et al. (2012) Safety and patient outcomes with lubiprostone for up to 52 weeks in patients with irritable bowel syndrome with constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 35:587-599
7. Chey WD, Lembo AJ, Lavins BJ et al. (2012) Linaclotide for irritable bowel syndrome with constipation: a 26-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial to evaluate efficacy and safety. *Am J Gastroenterol* 107:1702-1712
8. Dang J, Ardila-Hani A, Amichai MM et al. (2012) Systematic review of diagnostic criteria for IBS demonstrates poor validity and utilization of Rome III. *Neurogastroenterol Motil* 24:853-e397
9. Di Palma JA, Herrera JL (2012) The role of effective clinician-patient communication in the management of irritable bowel syndrome and chronic constipation. *J Clin Gastroenterol* 46:748-751
10. Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE et al. (2003) Cognitive-behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology* 125:19-31
11. Engsbro AL, Begtrup LM, Kjeldsen J et al. (2013) Patients Suspected of Irritable Bowel Syndrome-Cross-Sectional Study Exploring the Sensitivity of Rome III Criteria in Primary Care. *Am J Gastroenterol*
12. Ford AC, Chey WD, Talley NJ et al. (2009) Yield of diagnostic tests for celiac disease in individuals with symptoms suggestive of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 169:651-658
13. Ford AC, Talley NJ, Spiegel BM et al. (2008) Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 337:a2313
14. Ford AC, Vandvik PO (2012) Irritable bowel syndrome. *Clin Evid (Online)* 2012
15. Gibson PR, Shepherd SJ (2010) Evidence-based dietary management of functional gastrointestinal symptoms: The FODMAP approach. *J Gastroenterol Hepatol* 25:252-258
16. Halpert A, Dalton CB, Diamant NE et al. (2005) Clinical response to tricyclic antidepressants in functional bowel disorders is not related to dosage. *Am J Gastroenterol* 100:664-671
17. Halpert A, Dalton CB, Palsson O et al. (2007) What patients know about irritable bowel syndrome (IBS) and what they would like to know. National Survey on Patient Educational Needs in IBS and development and validation of the Patient Educational Needs Questionnaire (PEQ). *Am J Gastroenterol* 102:1972-1982
18. Halpin SJ, Ford AC (2012) Prevalence of symptoms meeting criteria for irritable bowel syndrome in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 107:1474-1482
19. Harvey RF, Salih SY, Read AE (1983) Organic and functional disorders in 2000 gastroenterology outpatients. *Lancet* 1:632-634

20. Johannesson E, Simren M, Strid H et al. (2011) Physical Activity Improves Symptoms in Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Am J Gastroenterol* 106:915-922
21. Khan S, Chang L (2010) Diagnosis and management of IBS. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 7:565-581
22. Layer P, Andresen V, Pehl C et al. (2011) [Irritable bowel syndrome: German consensus guidelines on definition, pathophysiology and management]. *Z Gastroenterol* 49:237-293
23. Leeds JS, Hopper AD, Sidhu R et al. (2010) Some patients with irritable bowel syndrome may have exocrine pancreatic insufficiency. *Clin Gastroenterol Hepatol* 8:433-438
24. Leung WK, Wu JC, Liang SM et al. (2006) Treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome with traditional Chinese herbal medicine: a randomized placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterol* 101:1574-1580
25. Madisch A, Holtmann G, Plein K et al. (2004) Treatment of irritable bowel syndrome with herbal preparations: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled, multi-centre trial. *Aliment Pharmacol Ther* 19:271-279
26. Manheimer E, Wieland LS, Cheng K et al. (2012) Acupuncture for irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 107:835-847; quiz 848
27. Moser G, Tragner S, Gajowniczek EE et al. (2013) Long-term success of GUT-directed group hypnosis for patients with refractory irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 108:602-609
28. Offner FA, Jao RV, Lewin KJ et al. (1999) Collagenous colitis: a study of the distribution of morphological abnormalities and their histological detection. *Hum Pathol* 30:451-457
29. Pan F, Zhang T, Zhang YH et al. (2009) Effect of Tongxie Yaofang Granule in treating diarrhea-predominate irritable bowel syndrome. *Chin J Integr Med* 15:216-219
30. Park MI, Camilleri M (2006) Is there a role of food allergy in irritable bowel syndrome and functional dyspepsia? A systematic review. *Neurogastroenterol Motil* 18:595-607
31. Pimentel M, Lembo A, Chey WD et al. (2011) Rifaximin therapy for patients with irritable bowel syndrome without constipation. *N Engl J Med* 364:22-32
32. Poynard T, Regimbeau C, Benhamou Y (2001) Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 15:355-361
33. Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ et al. (2011) Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*:CD003460
34. Saito YA, Rey E, Almazan-Elder AE et al. (2010) A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of St John's wort for treating irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 105:170-177
35. Shinozaki M, Kanazawa M, Kano M et al. (2010) Effect of autogenic training on general improvement in patients with irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 35:189-198
36. Vahedi H, Merat S, Momtahan S et al. (2008) Clinical trial: the effect of amitriptyline in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 27:678-684
37. Wang G, Li TQ, Wang L et al. (2006) Tong-xie-ning, a Chinese herbal formula, in treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Chin Med J (Engl)* 119:2114-2119
38. Wedlake L, A'Hern R, Russell D et al. (2009) Systematic review: the prevalence of idiopathic bile acid malabsorption as diagnosed by SeHCAT scanning in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 30:707-717
39. Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB (1984) Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *Lancet* 2:1232-1234
40. Yang J, Lee HR, Low K et al. (2008) Rifaximin versus other antibiotics in the primary treatment and retreatment of bacterial overgrowth in IBS. *Dig Dis Sci* 53:169-174

41. Yoon SL, Grundmann O, Koepp L et al. (2011) Management of irritable bowel syndrome (IBS) in adults: conventional and complementary/alternative approaches. *Altern Med Rev* 16:134-151