

Reizdarmsyndrom (Colon irritabile)

Erstellt von: Mathias Dolder, Uwe Beise, Felix Huber

am: 9/2015

Inhaltsverzeichnis

1. Definition, Symptome, Pathophysiologie	2
2. Diagnostik.....	2
2.1. Basisdiagnostik.....	3
2.2. Erweiterte Diagnostik	3
2.3. Abklärung auf seltene Ursachen	4
3. Therapie	4
4. Literatur	6
5. Impressum.....	7

1. Definition, Symptome, Pathophysiologie (1-4)

Definition:

- Unter dem Begriff Reizdarmsyndrom (RDS) (Syn.: Colon irritabile, engl.: Irritable Bowel Syndrome, IBS) werden unspezifische funktionelle Darmstörungen zusammengefasst. Die Erkrankung liegt vor, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:
 1. Es bestehen chronische (länger als 3 Monate) anhaltende Beschwerden, die vom Patienten und dem Arzt auf den Darm bezogen werden und in der Regel mit einer Stuhlgangsveränderung einhergehen (s.u. **Leitsymptome**).
 2. Die Beschwerden sollen so stark sein, dass die Lebensqualität hierdurch relevant beeinträchtigt wird.
 3. Es liegen keine für andere Krankheitsbilder charakteristischen Veränderungen vor, welche wahrscheinlich für die Symptome verantwortlich sind.

Epidemiologie

- Prävalenz unterschiedlich je nach Diagnosekriterien, gepoolt ca. 10%.

Ätiologie/Pathophysiologie

ist weiterhin unklar. Verschiedene Faktoren werden vermutet oder diskutiert, ohne dass diese sich notwendigerweise im Einzelfall nachweisen lassen:

- psychosoziale Faktoren (Angst, Stress, Schlafstörungen, Depression)
- gastrointestinale Motilitätsstörung (abnorme GI-Reaktivität, interne oder externe Stimuli)
- viszerale Hypersensitivität (Schmerz und viszerale Perzeption)
- Immunologisch (Mastzellbeteiligung, iNOS*-Hochregulierung)
- Veränderte Serotonin-Transporter-Funktion
- Immunaktivierung, Inflammation
- Infektion
- veränderte Darmmikroflora
- verringerte Darm-Barrierefunktion, erhöhte Darmpermeabilität
- (epi-)genetische Faktoren (familiäre Häufung)
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten**

* induzierbare NO-Synthase

** Viele Reizdarmpatienten berichten über eine Verschlechterung ihrer Symptome nach Einnahme von bestimmten Nahrungsmitteln (z.B. Milchprodukte, Weizenprodukte). Eine eigentliche NM-Unverträglichkeit oder -allergie liegt aber eher selten vor.

Leitsymptome

- chronisch rezidivierende Beschwerden mit diffusem schmerzhaften und geblähtem Abdomen und Bauchkrämpfen, die periodisch auftreten und von unterschiedlicher Intensität sind.
- Unterschiedliche, wechselnde Konsistenz des Stuhls (von Durchfall bis Obstipation)
- Imperative, repetitive Defäkationen
- Defäkation bringt Erleichterung, bei Nahrungsaufnahme oder Stress nehmen die Beschwerden zu
- lange Vorgeschichte ähnlicher Symptome
- ev. postinfektiöser Symptombeginn

Mit Reizdarm assoziierte Symptome/Erkrankungen

- Hoher Anteil psychiatrischer Komorbiditäten (z.B. somatoforme Störungen 15-48%, Angststörungen, Depressionen)
- Chronische Prostatitis
- Oberbauchbeschwerden (Dyspepsie)
- Fibromyalgie
- Kopfschmerzen
- sexuelle Funktionsstörungen
- erhöhte Miktionsfrequenz
- Dysmenorrhoe und Dyspareunie (DD: Endometriose!)

Diagnose-Kriterien

Zur Sicherung der Diagnose werden in der Literatur bestimmte Kriterien herangezogen, zumeist die Rom-III-Kriterien (s.u.). Diese sind jedoch nicht hinreichend validiert und eignen sich nicht gut für die Praxis. In den Rom-Kriterien werden Alarmsymptome nicht erwähnt und es wird kein Ausschluss symptombezogener Differentialdiagnosen gefordert. Eine Definition der Schweregrade liegt bis heute nicht vor.

Rom-III-Kriterien

An mindestens 3 Tagen pro Monat während der vergangenen 3 Monate rezidivierende abdominelle Schmerzen in Assoziation mit mindestens 2 der folgenden Faktoren:

1. Besserung der Beschwerden nach der Defäkation*
2. Beginn der Beschwerden in Assoziation mit einer Änderung der Stuhlfrequenz
3. Beginn der Beschwerden in Assoziation mit einer Änderung der Stuhlkonsistenz*

Symptome, die darüber hinaus die Diagnose Reizdarmsyndrom stützen:

- abnorme Veränderung der Stuhlfrequenz (< 3 Stuhlgänge pro Woche oder > 3 Stuhlgänge pro Tag)
- abnorme Veränderung der Stuhlkonsistenz (hart/klumpig oder breiig/wässrig),
- mühsame Stuhlentleerung mit starkem Pressen
- gesteigerter Stuhltrieb
- Gefühl der inkompletten Stuhlentleerung,
- perianaler Schleimabgang

* Beschwerden bestehen in den letzten 3 Monaten und haben vor mind. 6 Monaten begonnen.

Je nach Stuhlgewohnheit werden 3 Untertypen unterschieden: Diarrhoe- (ISD-D), Obstipations- (ISD-C), und Alternierender-Typ (ISD-A).

Warnzeichen (Red flags):

- Alter > 50J.
- (Eisenmangel-)Anämie
- neu aufgetretene Beschwerden
- Gewichtsverlust
- Blutiger Stuhlgang

Differentialdiagnosen (Auswahl):

- Zöliakie
- Tumoren
- chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- Laktoseunverträglichkeit
- chologene Diarrhoe
- chronische Pankreatitis
- Nahrungsmittelallergie
- Porphyrie

2. Diagnostik (1-5)

2.1. Basisdiagnostik

- Sorgfältige Anamnese und Untersuchung lässt meist die Verdachtsdiagnose RDS zu:
 - typische Symptomatik
 - Ausschluss von Warnzeichen (**red flags**, s.o)
 - psychosoziale Anamnese (Angst, Depression, Stress...)
 - Medikamentenanamnese
 - Ernährungsanamnese
 - Familienanamnese (Chronisch entzündliche Darmerkrankung)
- Basislabor: Hämatogramm (Thrombozytose? Anämie?), CRP, Malabsorptionsparameter (Vit. B₁₂, Ferritin, ev. Folsäure), Calprotectin im Stuhl (zur DD chronisch entzündliche Darmerkrankung) (7), Transglutaminase-AK und Gesamt-IgA (ca. 4% der RDS-Patienten haben eine Zöliakie!) (6)
- Sonographie fakultativ (i.d.R. nicht bei der ersten Abklärung). Vorteile: einfach, schnell, komplikationslos, grosse diagnostische Aussagekraft bei jungen schlanken Patienten (auch die Darmsonographie betreffend, z.B. terminale Ileitis) und relativ kostengünstig. Erwünschter Nebeneffekt: Bei besorgten Patienten kann eine "apparative" Untersuchung zur Beruhigung beitragen.

→ Patienten < 50 J. sollen, wenn die Basisabklärung keine Hinweise auf eine andere Erkrankung ergeben hat, eine symptomorientierte Behandlung (s. Abschnitt 3) und Beratung erhalten. Kontrolle: nach 4 Wochen.

2.2. Erweiterte Diagnostik

Bei wem?

- bei Patienten mit Symptombeginn im Alter > 50 J. → Koloskopie obligat.
- bei Patienten mit **red flags** (s.o) → Überweisung an Gastroenterologen in Erwägung ziehen.
- bei Patienten, die nach 4-wöchiger (probatorischer) Behandlung weiterhin Beschwerden bzw. keine ausreichende Linderung erfahren haben.

Welche Abklärungen kommen in Betracht?

bei Diarrhoe:

- Pankreaselastase → bei ca. 6% RDS-Patienten mit prädominanter Diarrhoe soll eine exokrine Pankreasinsuffizienz vorliegen (25). Zu empfehlen nur bei bestimmten Patienten: Äthylismus, Diabetes mellitus, Malabsorptionssymptome, Fettstühle.
- Koloskopie bei Diarrhoe > 6 Wochen.
- TSH (Obstipation bei Hypothyreose, Diarrhoe bei Hyperthyreose (selten!))

bei Blähungen:

- diätetischer Auslassversuch (1-2 Wochen keine Milch und Milchprodukte), anschließend Provokationstests (2-5 dl Milch in Zimmertemperatur oder Symptombesserung unter Lactigest®) → zur DD Laktoseintoleranz
- ev. alternativ Laktose-H₂-Atemtest (alternativ Laktosetoleranz-Test, eher keine Laktosegenetest, denn dieser gibt nur Prädisposition zu prim. Laktoseintoleranz an).
- Fruktose-H₂-Atemtest → zur DD Fruktoseintoleranz.

bei Obstipation:

- Medikamenten-Screen, Diabetes mellitus, neurologische Erkrankungen (Sklerodermie, Parkinson).

bei Schmerzen:

- Gastroskopie bei gleichzeitig bestehenden Oberbauchbeschwerden.
- ev. CT Abdomen.

ausserdem:

- bei Frauen an Ovarial-Ca denken (Reizdarmbeschwerden können erste Symptome sein) und gynäkologisch abklären lassen.
- Endometriose (Frauen mit Dysmenorrhoe, Dyspareunie und unerfülltem Kinderwunsch)
- Abdominale Migräne (Spasmen).

Beachte: Die Abklärungen sollen bei fortbestehenden Beschwerden nicht wiederholt werden, ausser wenn eine geänderte Symptomatik dies nahelegt.

2.3. Abklärung auf seltene Ursachen

- Porphyrine, ALA** und PBG** im Anfalls-Urin (Ausschluss Porphyrie) → bei intensivsten rezidivierenden abdominalen Schmerzen und assoziierten Hautsymptomen, assoziierter Neurologie und/oder Urinrotverfärbung.
Beachte: Urinprobe muss lichtgeschützt in Aluminium verpackt verschickt werden, ans Triemlispital zu Prof. Minder (hat am meisten Erfahrung mit dieser seltenen Erkrankung).
- C₁-Esterase-Inhibitor im Serum bestimmen → bei Verdacht auf ein (hereditäres) Angioödem. Die Patienten haben neben Magen-Darm-Schmerzen weitere Symptome, v.a. Hautschwellungen oder Atemprobleme; in CT oder Sonographie verdickte Dünndarmschlingen.
- Sichelzellanämie (v.a. Patienten aus Malariagebieten aus Asien und Afrika).

** ALS= d-Aminolävulinsäure (ALA), PBG=Porphobilinogen

3. Therapie (1-5, 25)

Allgemeine Patientenberatung

- Aufbau einer stabilen langfristigen Arzt-Patienten-Beziehung
- Patienten beruhigen und über die Harmlosigkeit/Gutartigkeit des RDS aufklären*.
- Zusammenhänge mit Anspannung, Stress, autonomem Nervensystem erläutern.
- Therapieplan besprechen und realistische Erfolgsaussichten formulieren.
- mehr Bewegung trägt zur Linderung der Beschwerden bei (9).
- Stuhlregulation mit Quell- und Ballaststoffen.
- Umstellungen der Ernährung können hilfreich sein (s.u.), allerdings gibt es keine spezifische RDS-Diät.

***Beachte:** Bei Patienten mit neuer Diagnose Reizdarm besteht ein um ca. 16% erhöhtes relatives Risiko für die Entwicklung einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (Inflammatory bowel disease, IBD) in den nächsten 5 Jahren (8). Eine Frühform oder milde Variante einer IBD kann sich mit denselben Symptomen wie ein Reizdarmsyndrom äussern (also auch mit normalem Labor und Calprotectin). **Bei Änderung oder Aggravierung der Symptomatik sollte die Diagnose deshalb hinterfragt werden → ev. ergänzende Untersuchungen.**

Ernährungsberatung

- Wegen der viszeralen Hyperalgesie macht ein Verzicht auf blähende Speisen bei gewissen Patienten Sinn, wie z.B. auf Hülsenfrüchte (Erbsen, Bohnen, Linsen), Zwiebeln, Knoblauch, Sellerie, Kohl (Blumen-, Rosenkohl) sowie Trauben, Bananen, Aprikosen, Pflaumen, Brezeln und Bagels.
- RDS-Patienten mit Laktoseintoleranz sollten eine laktosearme Diät einhalten.
- ev. Austesten einer Gluten-reduzierten Diät auch bei Patienten ohne Zöliakie (manche Patienten sprechen erfahrungsgemäss an). **Beachte:** vorher immer Zöliakie-Diagnostik!
- Ballaststoffe und Obst können problematisch sein, da sie zu Gasbildung führen. In löslicher Form (s. u. Medikamente) können sie jedoch manchmal hilfreich sein.
- FODMAP*-Diät bei Patienten, die trotz Weglassen von gasbildenden Nahrungsmitteln weiterhin schmerzhafte Blähungen leiden (unter Anleitung einer Diätberaterin) (10,11, 26, 27).
*FODMAP (Fermentable Oligo-, Di- and Monosaccharides und Polyole) = eine Gruppe von Kohlenhydraten, zu denen folgende zählen: Fructane, Laktose, Fruktose, Sorbitol, Mannitol, Xylit. **Mögliches Vorgehen:** Elimination der FODMAP über ca. 6-8 Wochen, anschliessend bei Symptombefreiheit (-linderung) schrittweise Wiederaufnahme einzelner Nahrungsmittel zum Austesten der Toleranzschwelle. Informationen für Patienten finden sich hier: <http://www.fodmaps.de>

Medikamente

die Möglichkeiten einer medikamentösen Behandlung sind limitiert, eine überzeugende Evidenz durch RCT liegt für die meisten Präparate nicht vor; trotzdem gehören Medikamente zur initialen Therapie bei Patienten mit leichtem bis mittelgradig ausgeprägten RDS.

bei Diarrhoe:

- **Loperamid** bei Bedarf, ca. 45 min vor der Mahlzeit. Möglicherweise bei einigen Patienten Zunahme abdominaler Beschwerden in der Nacht. Loperamid ist das einzige bei RDS-Patienten in RCT getestete Antidiarrhoikum (5). **Dosierung:** 1/4-1/2 Tbl. Imodium lingual[®] ca. 45 min vor der Mahlzeit.
- ev. probatorisch **Psyllium/lspaghula** (Metamucil[®])

bei Obstipation:

- **Polyethylenglykol** (PEG)-Lösungen als osmotisches Laxans (Molaxole[®], Movicol[®], Transipeg[®]). **Dosierung:** 1 Beutel 1-4x tgl.
- **Psyllium/lspaghula** (Metamucil[®]), umstritten in der Wirksamkeit (12), kann aber versuchsweise eingesetzt werden. Langsam aufdosieren!
- **Lubiproston** (Amitiza[®]), Reservemedikament, falls o.g. Substanzen nicht helfen. Allerdings recht häufig NW und Wirksamkeit nicht viel besser als Placebo (13). **Dosierung:** 2 x tgl. 8µg
- **Linaclotid** (Constella[®]) lindert Symptome Verstopfung und Bauchschmerz (14). Die klinische Signifikanz der Studienergebnisse wird infrage gestellt (15). NW: bei mindestens 20% z.T. länger anhaltende Diarrhoe! Das Medikament kann in Ausnahmefällen (bei schwerer anders nicht beeinflussbarer Obstipation) erwogen werden. **Dosierung:** 1 Kps. Linaclotid (290 µg) 1x tgl. mind. 30 min vor dem Essen.
- Serotonin-Agonist **Prucaloprid** (Resolor[®]) ist nicht besser als PEG-Lösungen (16).

bei Blähungen/Schmerzen:

- **Spasmolytika** wie Hyoscin (Buscopan[®]), Pinaverin (Dicetel[®]), Trimebutin (Debridat[®]) und Pfefferminz (Colpermin[®]) (17).
- Phytopharmakon **STW-5** (Iberogast[®]). Wirksamkeit nachgewiesen, insb. bei Blähungen gut einsetzbar, Wirkung tritt aber verzögert ein (18). **Dosierung:** 3xtgl. 20 Tropfen. Reevaluation nach 2 Monaten.
- **Antidepressiva** (SSRI, Trizyklika) sind bei Schmerzen gut wirksam (17), aber wegen NW i.d.R. nur bei bestehender Depression einzusetzen. **Dosierung:** "start low, go slow"; geringst mögliche Dosis wählen, bei Bedarf Dosissteigerung nach ca. 4 Wochen. SSRI eher bei Obstipation, Trizyklika eher bei Diarrhoe.
- **Probiotika:** insgesamt kein überzeugender Wirksamkeitsnachweis, v.a. wegen methodischer Mängel vieler Studien. Es gibt einzelne positive Resultate, die eine Linderung der Schmerzen durch Bifidobacterium infantis (i.d. Schweiz im Mischpräparat Infloran[®]) und Lactobacillus plantarum zeigen (19-21).

Andere Verfahren:

- **Biofeedback** kann versucht werden bei dysfunktionaler Defäkation (Fehlkontraktion von Beckenbodenmuskulatur und Analsphinkter) (22).
- **Akupunktur** hat eine gute Placebowirkung, Verum-Akupunktur ist nicht besser als Sham-Akupunktur (23)
- **Psychotherapeutische Verfahren wie klinische Hypnose und Körper- und Verhaltenstherapie:** Häufig kann bereits nach wenigen Sitzungen eine nachhaltige Verbesserung der IBS Symptome erzielt werden. Voraussetzung ist ein entsprechender Leidensdruck und eine gewisse Offenheit gegenüber diesen Therapien.

5. Literatur

1. Clinical manifestations and diagnosis of irritable bowel syndrome in adults. uptodate, 2015 www.uptodate.com
2. Schaub N und Schaub N: Reizdarmsyndrom: Einblicke und Ausblicke 2012. Schweiz Med Forum 2012; 12 (25): 505-513.
3. Layer P, Andresen V, Pehl H et al. S3 Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM). Gastroenterol 2011; 49: 237-293.
4. Geyer M: Ein praxisorientiertes Update zum Reizdarmsyndrom. Der informierte arzt 2014; 2:17-23.
5. American College of Gastroenterology IBS Task Force. An Evidence-Based Position Statement on the Management of Irritable Bowel Syndrome. Am J Gastroenterol 2009; 104:S1.
6. Ford AC, et al.: Yield of diagnostic tests for celiac disease in individuals with symptoms suggestive of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2009;169(7):651.
7. Schoepfer AM, et al.: IBD from IBS: comparison of the test performance of fecal markers, blood leukocytes, CRP, and IBD antibodies. Inflamm Bowel Dis. 2008;14(1):32.
8. Garcia Rodriguez LA, Ruigomez A, Wallander MA et al.: Detection of colorectal tumor and inflammatory bowel disease during follow-up of patients with initial diagnosis of irritable bowel syndrome. Scand J Gastroenterol 2000 ;35 :306-11.
9. Johannesson E, et al.: Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. Am J Gastroenterol. 2011;106(5):915.
10. Ong DK, et al.: Manipulation of dietary short chain carbohydrates alters the pattern of gas production and genesis of symptoms in irritable bowel syndrome. J Gastroenterol Hepatol. 2010;25(8):1366.
11. Austin GL, et al.: A very low-carbohydrate diet improves symptoms and quality of life in diarrhea-predominant irritable bowel syndrome Clin Gastroenterol Hepatol. 2009;7(6):706.
12. Rupert L, et al.: Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2011
13. Drossmann DA, et al.: Clinical trial: lubiprostone in patients with constipation-associated irritable bowel syndrome--results of two randomized, placebo-controlled studies. Aliment Pharmacol Ther. 2009;29(3):329.
14. Rao S, et al.: A 12-week, randomized, controlled trial with a 4-week randomized withdrawal period to evaluate the efficacy and safety of linaclotide in irritable bowel syndrome with constipation. Am J Gastroenterol. 2012;107(11):1714.
15. Linaclotid bei Reizdarmsyndrom mit Obstipation. arzney-telegram 2013; 44: 59-60.
16. Cinca R, et al.: Randomised clinical trial: macrogol/PEG 3350+electrolytes versus prucalopride in the treatment of chronic constipation -- a comparison in a controlled environment. Aliment Pharmacol Ther. 2013 May;37(9):876-86. Epub 2013 Mar 11.
17. Ruepert L, Quartero AO, deWit NJ et al.: Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2011; (8): CD003460
18. Madisch A, Holtmann G, Plewin K et al. Treatment of irritable bowel syndrome with herbal preparations: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled, multi-centre trial. Aliment Pharmacol Ther 2004; 19: 271-9.
19. Mahony L, Mc Carthy J, Kelly P et al.: Lactobacillus and bifidobacterium in irritable bowel syndrome: symptom response and relationship to cytokine profiles. Gastroenterology 2005; 128: 541-51.
20. Wharwell PJ, Altringer L, Morel J et al. Efficacy of an encapsulated probiotic Bifidobacterium infantis 35624 in women with irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol 2006; 101: 1581-90.
21. Brenner DM, et al.: The utility of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. Am J Gastroenterol. 2009;104(4):1033.
22. Rao SS, et al.: Randomized controlled trial of biofeedback, sham feedback, and standard therapy for dyssynergic defecation. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007;5(3):331.
23. Manheimer E, Cheng K, et al.: Acupuncture for treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5:CD005111.
24. Treatment of irritable bowel syndrome in adults. uptodate, 2015. <http://www.uptodate.com>
25. Leeds JS, et al.: Some patients with irritable bowel syndrome may have exocrine pancreatic insufficiency. Clin Gastroenterol Hepatol. 2010 May;8(5):433-8.) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19835990>
26. Halmos EP, et al.: A Diet Low in FODMAPs Reduces Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. Gastroenterology 2014; 146 (1): 67–75. <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2013.09.046>
27. Wilhelmi M, Dolder M, Tutuian R.: FODMAP – eine häufige Ursache unklarer abdomineller Beschwerden. Neue Evidenz für die Wirksamkeit einer FODMAP-reduzierten Diät bei Reizdarmsyndrom. Schweiz Med Forum 2014;14(48):909–914.

IMPRESSUM

Diese Guideline wurde im September 2015 aktualisiert.

© Verein mediX

Herausgeber:

Dr. med. Felix Huber

Redaktion (verantw.):

Dr. med. Uwe Beise

Autoren:

Dr. med. Mathias Dolder

Dr. med. Uwe Beise

Dr. med. Felix Huber

Diese Guideline wurde ohne externe Einflussnahme erstellt. Es bestehen keine finanziellen oder inhaltlichen Abhängigkeiten gegenüber der Industrie oder anderen Einrichtungen oder Interessengruppen.

mediX Guidelines enthalten therapeutische Handlungsempfehlungen für bestimmte Beschwerdebilder oder Behandlungssituationen. Jeder Patient muss jedoch nach seinen individuellen Gegebenheiten behandelt werden.

mediX Guidelines werden mit grosser Sorgfalt entwickelt und geprüft, dennoch kann der Verein mediX für die Richtigkeit – insbesondere von Dosierungsangaben – keine Gewähr übernehmen.

Alle mediX Guidelines im Internet unter www.medix.ch

Der Verein mediX ist ein Zusammenschluss von Ärztenetzen und Ärzten in der Schweiz

Verein mediX, Sumatrastr.10, 8006 Zürich

Rückmeldungen bitte an: uwe.beise@medix.ch