

Dr.med. Rudolf Hermann
Facharzt FMH für Innere Medizin
speziell Gastroenterologie
Steigstrasse 40
8200 Schaffhausen

Telefon
+41 (0)52 625 16 91
Telefax
+41 (0)52 624 90 10
e-mail
hermann@hepaline.ch
Internet
www.hepaline.ch

IBS (Irritable Bowel Syndrome) 2004

Synonyme: Colon irritabile, Reizdarmsyndrom

1. Manning-Kriterien¹ (1978):

- Nachlassen der Schmerzen/Beschwerden nach Stuhlgang
- Dünner Stuhlgang beim Einsetzen der Schmerzen/Beschwerden
- Häufigerer Stuhlgang beim Einsetzen der Schmerzen/Beschwerden
- Abdominale Blähungen (Trommelbauch)
- Schleimabgang ab ano
- Gefühl der unvollständigen Darmentleerung

2. Rome II-Kriterien² (1999):

Abdominal-Schmerzen/-Beschwerden* während 12 Wochen** während den vergangenen 12 Monaten mit mindestens 2 der folgenden 3 Merkmale:

- Nachlassen nach Stuhlgang
- Assoziation mit Änderung der Stuhlfrequenz
- Assoziation mit Änderung der Stuhlkonsistenz

Eines oder mehrere folgender Symptome soll während mindestens einem Viertel der Beschwerdezeit vorhanden sein und kann für die Einteilung in Subgruppen nützlich sein**:

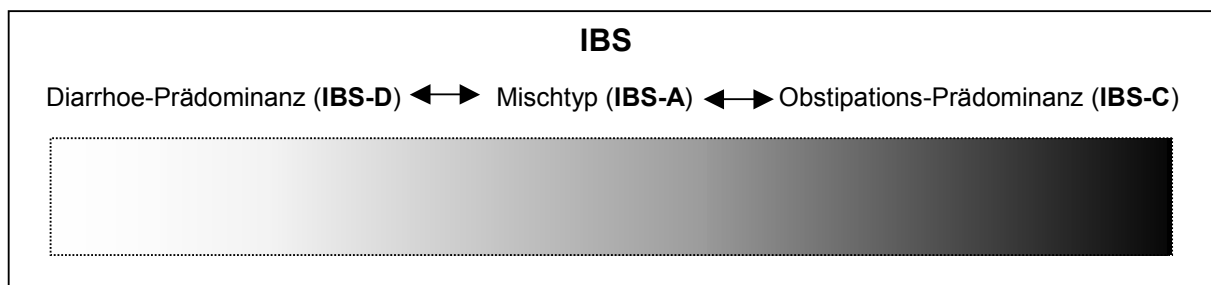
- Abnorme Stuhlfrequenz (>3/Tag oder <3/Woche)
- Abnorme Stuhlkonsistenz (bröcklig/hart oder dünn/wässrig)
- Abnorme Stuhlpassage (Pressen, Drang oder Gefühl der unvollständigen Stuhlentleerung)
- Blähungen oder Gefühl des Aufgetriebenseins

* In Abwesenheit einer strukturellen, infektiösen oder metabolischen Erkrankung bzw. medikamentösen Nebenwirkung

** Nicht 12 konsekutive Wochen zwingend

*** Symptome sind nicht essentiell für die Diagnose. Umso mehr dieser Symptome vorhanden sind, desto größer ist jedoch die diagnostische Sicherheit bzgl. intestinaler Schmerzursache

3. IBS-Subgruppen^{2,4,5}:



4. Diagnostische Tests³⁻⁵:

Die Diagnose eines IBS beruht im Wesentlichen auf einer Symptom-Klassifizierung unter Ausschluss einer organischen Darmerkrankung. Die Unschärfe der Diagnose-Kriterien widerspiegelt die unvollständigen pathophysiologischen Kenntnisse. Im Unterschied zu klar umrissenen organischen gastrointestinalen Erkrankungen fehlen deshalb auch diagnostische Tests, welche eine klare differentialdiagnostische Abgrenzung erlauben.

Bei typischem Beschwerdebild, normalem klinischen Status und fehlenden ‚Alarmsymptomen‘ – Fieber, Gewichtsverlust, analer Blutabgang, chronische Diarrhoe, Ileussympptome, Entzündungszeichen oder Anämie – erübrigt sich häufig eine weitere Abklärung.

Folgende Punkte in der Anamneseerhebung sollten besondere Beachtung finden:

- Familienanamnese (Entzündliche Darmerkrankungen, colorectale Tumore)
- Abdominaleingriffe
- Psychosozialer Hintergrund und Status
- Reiseanamnese, Umgebungsanamnese, gastrointestinale Infekte
- Medikamente
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Laktoseintoleranz)

Bestehen Zweifel an der Diagnose, sollte ein individualisiertes diagnostisches Minimalprogramm durchgeführt werden, bestehend aus:

- Routinelabor
- TSH
- Anti-Gliadin und Anti-Endomysium-Antikörper
- Stuhluntersuchung auf Parasiten
- Abdomensonografie
- Koloskopie v.a. bei Personen >45 Jahre

5. Therapie

5.1. Die AAA-Trias:

Das zentrale Element in der Behandlung von IBS-Patienten ist ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis. Dieses basiert u.a. auf der Trias

- Anamnese
- Abklärung
- Aufklärung

Eine individualisierte Basisabklärung ermöglicht es, dem Patientin die ‚negativen‘ Befunde zu erklären und daraus eine ‚positive‘ Diagnose zu formulieren, d.h. ihm die Gewissheit zu vermitteln, dass es sich um ein IBS handelt, dass dieses Krankheitsbild bekannt ist, eine gute Prognose hat und behandelt werden kann. Die AAA-Trias ist die wichtigste diagnostisch-therapeutische Aufgabe; je besser sie gelöst werden kann, desto weniger wird der Patient in der Folge weitere ärztliche Beratungen und Abklärungen benötigen⁸.

5.2. Nicht medikamentöse Therapie:

- Diättherapie (Evidenzgrad C)
 - Bei fehlender echter Nahrungsmittelallergie (selten!) v.a. Laktose-Intoleranz ausschliessen, weiter zu reichlichen Konsum von künstlichen Süsstoffen (Fruktose, Sorbitol)
 - Bei IBS-C-Patienten Ballaststoff-Anteil und Flüssigkeitszufuhr erhöhen
 - Bei IBS-D-Patienten zu reichlichen Anteil unverdaulicher Pflanzen-Nahrung, von Früchten oder Kaffee ausschliessen
 - Eliminations-Diät in Zusammenarbeit mit Ernährungsberaterin
- Ballaststoffe (Evidenzgrad B-C)
 - Die Erhöhung des Nahrungs-Ballaststoff-Anteils ist v.a. beim IBS-C oder IBS-A sinnvoll und kann durch Medikamente ergänzt werden.
- Psychotherapie (Evidenzgrad B)

Die verschiedenen Formen der Psychotherapie (Kognitive-/ Verhaltens-Therapie, Dynamische Psychotherapie, Biofeedback, Hypnose u.a.) zeigen in einzelnen Arbeiten gute Therapieerfolge in 70-80% der behandelten Patienten. Randomisierte, Placebo-kontrollierte Studien sind jedoch Prinzipbedingt kaum möglich.

Die Indikation zu einer spezialisierten Psychotherapie soll nur bei eindeutiger Psychopathologie, v.a. bei ausgeprägten Angststörungen oder bei Depression gestellt werden. Bei falscher Indikationsstellung kann sich nur schon der Vorschlag zur psychotherapeutischen Behandlung negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken.

5.2. Medikamentöse Therapie (cf. auch Anhang 1):

Allen medikamentösen (und nicht medikamentösen) Therapien ist ein Placeboeffekt von 40-60% eigen; gegenüber der zusätzlichen Wirkung des Verum-Präparates in ‚positiven Studien‘ von 10-15% ein sehr hoher Prozentsatz⁵. Der Placebo-Effekt ist nur von relativ kurzer Dauer, bestätigt jedoch häufig dem Arzt und dem Patientin indirekt die Richtigkeit der Diagnose.

Der Evidenzgrad der in Tabelle A erwähnten medikamentösen Therapien erreicht nur für Loperamid, die Spasmolytika und die TCA den Level A^{4,5}; eine breit abgestützte Evidenz aus mehreren randomisierten, kontrollierten Multizenter-Studien wie z.B. bei der Behandlung der Reflux-Oesophagitis mit PPI liegt jedoch auch bei diesen Medikamenten nicht vor. Tegaserod könnte in die Gruppe A eingeordnet werden, doch sind praktisch alle klinischen Studien von der Herstellerfirma unterstützt worden; zudem bestehen z.T. erhebliche qualitative Mängel. Dasselbe gilt für Alosetron, welches in der Schweiz und der EU nicht zugelassen ist (in den USA von der FDA

wegen ischämischer Colitis in 1:700-1000 Behandlungsfällen nur selektiv für Frauen mit schwerer Diarrhoe zugelassen). Die übrigen Medikamente erreichen nur den Evidenzlevel B oder C^{4,5}.

Unter Berücksichtigung der AAA-Trias und mit einer supportiven medikamentösen Therapie (cf. Anhang 1, Medikamentöse Therapie, 1. Wahl) können 80-90% der IBS-Patienten zufriedenstellend behandelt werden, sodass nur bei wenigen Patienten auf die Medikamente 2. und 3. Wahl zurückgegriffen werden muss^{4,5,8}.

... Listen, look, treat what you know, don't harm ...

Evidenzgrade:

- **Evidenz-Level A**

Benötigt mindestens eine randomisierte, Placebo-kontrollierte Studie sowie weitere Studien von guter Qualität und übereinstimmender Konsistenz

- **Evidenz-Level B**

Benötigt klinische Studien ohne Randomisierung von guter Qualität und übereinstimmender Konsistenz

- **Evidenz-Level C**

Benötigt in Abwesenheit von qualitativ guten klinischen Studien die Empfehlung von Experten-Komitees oder von anerkannten Experten oder Panels aufgrund ihrer klinisch-wissenschaftlichen Erfahrung

Literatur:

- 1 Manning AP et al. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. BMJ 1978;2:653-4.
- 2 Thompson WG et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Gut 1999 ;45 Suppl 2 :43-7.
- 3 Thompson WG et al. Irritable bowel syndrom in general practice: prevalence, characteristics, and referral. Gut 1999 ;46 :78-82.
- 4 AGA Technical Review on Irritable Bowel Syndrom. Gastroenterology 2002;123:2108-2131
- 5 Jones J. et al. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. Gut 2000; (Suppl.II) 47:ii1-ii19.
- 6 Akehurst R et al. Treatment of irritable bowel syndrome: a review of randomised controlled trials. Gut 2001;48:272-282.
- 7 Jailwala J et al. Pharmacologic Treatment of the Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review of Randomized, Controlled Trials. Ann Intern Med 2000;133:136-147.
- 8 Owens DM et al. The Irritable Bowel Syndrome. Long-Term Prognosis and the Physician-Patient Interaction. Ann Intern Med 1995;122:107-112.

Anhang 1

A. Medikamentöse Therapiemöglichkeiten⁴⁻⁷

<i>IBS-Typ</i>	<i>1. Wahl</i>	<i>2. Wahl</i>	<i>3. Wahl</i>
• IBS-D	Loperamid	TCA	(Alosetron)
• IBS-C	Ballaststoffe Laxantien	Tegaserod	SSRI
• IBS-A	Ballaststoffe	Loperamid/ Laxantien	TCA
+ Schmerzen	+Spasmolytika	+Tegaserod*	+TCA
+ Blähungen	+Antiflatulantien	+Tegaserod*	

* Nur IBS-C; TCA=Tricyclic Antidepressant; SSRI=Selective Serotonin Reuptake Inhibitor

B. Vergleich Antidepressiva bei IBS⁴

	<i>Low-dose TCA</i>	<i>SSRI</i>	<i>High-dose TCA</i>
Typ (Dosis)	Amitriptylin (10-50mg) ^D Imipramin (10-50mg) ^D Doxepin (10-50mg) ^D Dibenzepin (10-40mg) ^D	Fluoxetin (10-20mg) ^C Sertralin (25-100mg) ^C Paroxetin (20-40mg) ^C Citalopram (20-40mg) ^D	Nortriptylin (100-200mg) ^D Dibenzepin (240-480mg) ^D
Wirkung	Schmerz Schlafstörungen	Depression Angststörungen	Schmerz Depression Angststörungen
Latenz	Tage - 2 Wochen	4-6 Wochen	4-6 Wochen
Neben- wirkung	Sedation Obstipation Mundtrockenheit Gewichtszunahme	Schlafstörungen Agitiertheit Diarrhoe Gewichtsabnahme	Sedation Obstipation Mundtrockenheit Gewichtszunahme
Effektivität	Gut	Schlechte Datenlage	Gut

^D Bei IBS-D; ^C Bei IBS-C