



Psychosomatische Aspekte des Reizdarmes

T. Berghändler

Dr med Torsten Berghändler
 Praxis für Psychosomatik,
 Psychotherapie und Psychiatrie
 Bahnhofstrasse 22, 9100 Herisau
 praxis@praxis-berghaendler.ch

Rev Med Suisse 2011; 7: 272-3

Der Reizdarm, auch «colon irritable» oder auf Englisch «irritable bowel syndrome (IBS)» genannt, ist eine der häufigsten Darmerkrankungen (jährlichen Neuerkrankungsrate 1%, Lebenszeit-Prävalenz bis zu 20%). Der Reizdarm wird im Verhältnis von 2:1 häufiger bei Frauen als bei Männern diagnostiziert.

Reizdarm wird nach ROM-III-Kriterien definiert (Tabelle 1).

Reizdarm-Subgruppen werden nach ROM III unterschieden (Tabelle 2).

DIAGNOSTISCHES VORGEHEN

In der typischen Anamnese klagen Patienten über seit längerer Zeit bestehenden abdominellen Schmerzen oder Beschwerden, verbunden mit Veränderung der Stuhlkonsistenz und -frequenz. Typisch ist ein fluktuierender Verlauf, oftmals finden sich jetzt bereits Hinweise auf psychosoziale Belastungsfaktoren. Als Risiko-Faktoren gelten weibliches Geschlecht, Dauer und Intensität von Durchfall, Antibiotika-Gabe bei Gastroenteritis, belastende Lebensereignisse, psychologischer Stress, anamnestisch sexueller und physischer Missbrauch, so-

Tabelle 1. ROM-III-Kriterien des Reizdarmes

Seit mehr als 6 Monaten an 3 Tagen oder mehr pro Monat in den vergangenen 3 Monaten abdominelle Schmerzen oder Beschwerden, und mindestens 2 der folgenden Kriterien:

- Erleichterung bei der Darmentleerung
- Beginn assoziiert mit Änderung der Stuhlhäufigkeit oder
- Beginn assoziiert mit Änderung der Stuhlkonsistenz

Nebenkriterien:

- Abnorme Stuhlhäufigkeit
- Abnorme Stuhlform (bröckelig/hart oder dünn/wässrig)
- Abnorme Stuhlpassagen (Pressen, Drang oder Gefühl unvollständiger Leerung)
- Schleimabgang
- Blähungen oder Gefühl des Aufgetriebenseins

Tabelle 2. ROM-III-Kriterien des Reizdarmes

Durchfall (IBS-D)
Weicher oder wässriger Stuhlgang > 25% der Zeit, harter oder klumpiger Stuhlgang < 25% der Zeit
Verstopfung (IBS-C)
Harter oder klumpiger Stuhlgang > 25% der Zeit, weicher oder wässriger Stuhlgang < 25% der Zeit
Gemischtes Reizdarmsyndrom (IBS-M)
Harter oder klumpiger Stuhlgang > 25% der Zeit, weicher oder wässriger Stuhlgang < 25% der Zeit
Nicht subtypisierbares Reizdarmsyndrom
Ungenügende Kriterien für eine Zuordnung in eine der 3 Subgruppen

wie anamnestisch Ess-Störungen. Weitere auslösende Faktoren können z.B. Darminfektionen (10-20%), und Laktose-Intoleranz (10%) sein.

Der Ausschluss von Alarmsymptomen ist unabdingbar. Hierzu gehören folgende Symptome (Tabelle 3).

Tabelle 3. Alarmsymptomen

- Unerklärbarer Gewichtsverlust
- Anämie; Blutungen aus dem Darm
- Nächtliches symptombedingtes Erwachen
- Beginn nach dem 50. Lebensjahr
- Familienanamnese: Krebs, CED, Zöliakie
- Pathologischer internistischer Status
- Pathologisches Labor/Fieber
- Perakute Beschwerden

Die medizinisch-apparative Diagnostik umfasst Blutbild, Chemie, Entzündungsparameter, sowie Schilddrüsen-screening, evt. Sigmoidoskopie. Koloskopie wird empfohlen bei Patienten > 45 Jahren, bei familiärer Belastung mit Dickdarmkrebs oder mit Chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Bei Durchfall sollte hinsichtlich einer Störung der Aufnahme von Nahrungsstoffen (Zöliakie, Laktose/Fruktose- Intoleranz, usw.) untersucht werden, ferner ist eine Stuhluntersuchung auf Parasiten empfohlen.

PATHOPHYSIOLOGIE

Pathophysiologisch wird beim Reizdarm eine erhöhte oder erniedrigte Darmmotilität zugrunde gelegt. Zudem besteht eine ges-

teigerte viszerale Sensitivität (Stimulus-unabhängig) und eine Störung der wechselseitigen Information zwischen enterischem Nervensystem (ENS) und ZNS. Sowohl Reizdarm als auch Angst machen eine Überempfindlichkeit in bestimmten Regionen des Gehirns, verstärken sich gegenseitig und können als neuronale Hirn-Darm-Hyperaktivität so den schwereren Verlauf bei Begleiterkrankungen mit verursachen. IBS-Patienten haben eine spezifische, ängstlich geprägte Aufmerksamkeit auf Wahrnehmungen aus dem Bauchraum.

KOMORBIDITÄTEN

Als somatische und funktionelle Komorbiditäten werden Funktionelle Dyspepsie (40%), Gastroösophagealer Reflux (40%), Kohlenhydrat-Malabsorption (Lactose, Fructose), Anal-Inkontinenz (gehäuft bei Frauen mit IBS-D), Fibromyalgie (32,5%), bei Frauen chronischer Schmerz im kleinen Becken (35%) (f), Dysurie (bis 50%), Dysmenorrhoe (bis 50%) Chronic fatigue Syndrom (14%) gefunden. Bis zu 60% aller IBS-Patienten haben psychische Begleiterkrankungen. Depressionen, Panikstörungen und andere Angststörungen wie die Generalisierte Angststörung und spezifische Phobien treten gehäuft auf.

INITIALES MANAGEMENT DES REIZDARMES

Primär wird durch eine ausführliche Anamnese und differentialdiagnostische Untersuchungen die Diagnose gesichert. Es gilt dabei, unnötige invasive Untersuchungen zu vermeiden, um den Patienten in seiner Bewertung einer schweren Erkrankung nicht weiter zu bestärken. Im Mittelpunkt des weiter führenden ärztlichen Gesprächs steht das Kennenlernen des Krankheitskonzeptes und der Krankheitsängste des Patienten sowie die Identifikation von psychosozialen Stress.

THERAPIEANSÄTZE

Für alle Patienten steht am Anfang der Therapie die Krankheits-Information und die Beruhigung im Vordergrund. Reizdarm ist keine gefährliche, wohl aber eine lästige

Tabelle 4. Symptomatische Therapieansätze

Schmerzen, Blähungen
<ul style="list-style-type: none"> • Parasympatholytika/Anticholinergika (Scopolaminbutylbromid) • Spasmolytika (Mebeverin, Pinaveriumbromid) • Pfefferminzöl
Durchfall
<ul style="list-style-type: none"> • Loperamid • Cholestiramin
Verstopfung
<ul style="list-style-type: none"> • Quellmittel/Faserreiche Kost • Laxantien
Iberogast als pflanzliches Kombinationspräparat ist bei allen Formen des Reizdarmes eine komplementärmedizinische Option.

Erkrankung. Die Lebenserwartung von Reizdarm-Patienten ist nicht verkürzt, ihre Lebensqualität kann aber deutlich verringert sein. Es wird empfohlen, den Patienten für eine Selbstbeobachtung mit Hilfe eines Tagebuches (Ernährung, Defäkation) für 1-2 Wochen zu gewinnen. Hieraus können erste Hinweise für eine Modifikation von Ernährungsgewohnheiten und Verhaltensbesonderheiten gewonnen werden. Obligat für alle Reizdarm-Patienten ist eine Diät- bzw. Ernährungsberatung. Probatorisch sollte auf blähende Speisen, Koffein, Nicotin, Alkohol, Süßstoffe, Fruktose und Laktose verzichtet werden. Eine Wiederbelastung bei bereits durchgeführter «Vermeidungsdiät» gibt weitere diagnostische Hinweise.

SYMPTOMATISCHE MEDIKATION

Verschiedene symptomatische pharmakologische Therapieansätze stehen zur Wahl (Tabelle 4).

PSYCHOPHARMAKOLOGIE

Da das ENS sehr stark serotonerg innerviert ist, haben in der Therapie des Reizdarmes Antidepressiva ihren festen Platz (Tabelle 5). Behandelt wird je nach Nebenwirkungsspektrum symptom-spezifisch und niedrig dosiert.

Die Therapiedauer beträgt 4 Wochen - 12 Monate, dann werden die Medikamente probatorisch ausgeschlichen.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE ANSÄTZE

Psychotherapeutisch kommen die Kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamischen Kurzverfahren (Beziehungsebene, Konflikte,

Tabelle 5. Psychopharmaka für die Therapie des Reizdarmes

Trizyklische Antidepressiva werden bei IBS-D eingesetzt, z.B.
<ul style="list-style-type: none"> • Amitriptylin: 25 mg • Imipramin: 25 mg
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) finden Verwendung bei IBS-C, z.B.
<ul style="list-style-type: none"> • Fluoxetin: 20 mg • Citalopram: 20 mg • Paroxetin: 20 mg

Umgang mit Emotionen), Hypnotherapie und Entspannungsverfahren wie Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training oder Meditation, Yoga u.a. mit Erfolg zum Einsatz. Ergänzend empfiehlt sich intensivere sportliche Betätigung, die zur Verbesserung des Stresscopings wie auch, vorteilhaft bei IBS-C, zur Verbesserung des intestinalen Transits führt.

Bibliographie

- Blomhoff S, Spetalen S, Jacobsen MB, Malt UF. Phobic anxiety changes the function of brain-gut axis in irritable bowel syndrome. *Psychosom Med* 2001;63:959-65.
- Degen L. Reizdarmsyndrom. In: Buchmann P, Denen L (Hrsg.): Chronische Bauchbeschwerden. Grundlagen – Diagnostik – Therapie. Bern: Huber, 2010.
- Drossman DA, Dumitrascu DL. Rome III. New standard for functional gastrointestinal disorders. *J Gastrointest Liver Dis* 2006;15:237-41.
- Hones J, Boorman J, Cann P, et al. British society of gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. *GUT* 2000;47(Suppl. II):ii-ii19.
- Langewitz W. Psychotherapeutische Interventionen beim Reizdarmsyndrom. In: Buchmann P, Denen L (Hrsg.): Chronische Bauchbeschwerden. Grundlagen – Diagnostik – Therapie. Bern: Huber, 2010.
- Silk DBA. Management of irritable bowel syndrome: Start of a new era? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002; 15:679-96.