

# Österreichische Patienteninitiative Reizdarm

1020 Wien, Vorgartenstraße 145 – 157/Stg. 1/EG – Tel. 01/212 04 90 DW 14

Vortrag vom 11. September 2013 anlässlich des 83. Klubabends mit dem Thema:

## „Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Reizdarmsyndrom?“

### Vortragender:

**Dr. Rainer Watzak,**  
**Facharzt für Innere Medizin,**  
**Gastroenterologie und Hepatologie sowie**  
**Geriatric**

Oberarzt im Krankenhaus St. Elisabeth, 1030 Wien  
Leiter des gastrointestinalen Funktionslabors



### Privatordinationen:

Bösendorferstr. 1/16a, Ecke Kärntnerstr., 1010 Wien  
Engerthstr. 267-269, Sport & Fun Halle,  
Ecke Marathonweg, 1020 Wien  
Telefon: 0676/646 55 77  
[www.internist-watzak.at](http://www.internist-watzak.at)

Der Inhalt des Vortrages ist nur zur Information. Er dient nicht zur Diagnosefindung oder zur Behandlung von Krankheiten und ersetzt auch nicht das Gespräch mit einem Arzt.

\*\*\*\*\*

- A. Begrüßung, Einleitung.**
- B. Vortrag Oberarzt Dr. Rainer Watzak.**
- C. Diskussion.**

\*\*\*\*\*

### A. Begrüßung, Einleitung.

**Christine Strimitzer:** Guten Abend meine sehr verehrten Damen und Herren – ich darf Sie ganz herzlich zu unserer heutigen Veranstaltung begrüßen. Besonders herzlich begrüße ich auch unseren Vortragenden, Herrn Oberarzt Dr. Rainer Watzak. Wie Sie aus dem Einladungsbrief entnehmen konnten, wissen Sie, dass Herr Dr. Watzak die Leitung der gastrointestinalen Funktionsdiagnostik an der Internen Abteilung des Krankenhauses St. Elisabeth in 1030 Wien, über hat.

Wir sind sehr froh, dass wir Herrn Dr. Watzak für den heutigen Abend gewinnen konnten, obwohl wir wissen, dass er sehr engagiert ist infolge seiner Tätigkeiten im Krankenhaus und auch in seinen Ordinationen.

Dr. Watzak ist Facharzt für Innere Medizin,  
Additivfacharzt für Gastroenterologie und Hepatologie,  
Additivfacharzt für Geriatric.

Für alle jene, die Zugang zum Internet haben, können Sie auf der Homepage die Vielfältigkeit seiner medizinischen Leistungen erkennen, die er auch in seinen Ordinationen durchführt und umso mehr freut es uns, dass sich Dr. Watzak heute für uns Zeit genommen hat.

Da viele von Ihnen bereits wissen, dass die Diagnose Reizdarmsyndrom als Ausschlussdiagnose herausgefunden und auch symptomorientiert behandelt wird, ist umso genauer darauf zu achten, dass wirklich alle zielführenden Untersuchungen durchgeführt werden, um schlussendlich auch sicher zu gehen, dass es sich nicht vielleicht doch um eine Nahrungsmittelunverträglichkeit handelt.

Und somit sind wir bereits beim Thema des heutigen Abends:

### **„Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Reizdarmsyndrom?“**

In diesem Zusammenhang gebe ich Ihnen noch die Termine für die Klubabende in 2013 bekannt:

Mittwoch, 06. November 2013 und  
Mittwoch, 11. Dezember 2013.

Wie üblich kommen ohnedies die Einladungsbriefe in gewohnter Weise per Post zwei bis drei Wochen vorher an alle unsere Mitglieder und Interessenten.

Nun darf ich Sie, Herr Oberarzt, bitten, mit Ihrem Vortrag zu beginnen.

\*\*\*\*\*

## **B. Vortrag Oberarzt Dr. Rainer Watzak.**

Vielen Dank für die nette Einleitung! Wenn Sie Zwischenfragen haben, können Sie diese gleich stellen, oder Sie notieren ihre Fragen, sodass ich sie am Schluss in der Diskussion beantworten kann.

Wie in der Einleitung schon erwähnt: Ich arbeite im Krankenhaus St. Elisabeth – das ist ein kleines Ordensspital im 3. Bezirk. Wir haben dort eine sehr große Gastroenterologie. Weiters habe ich zwei Ordinationen, eine im ersten Bezirk und eine im zweiten Bezirk.

Womit wollen wir uns heute beschäftigen?

Ich habe einige relevanten Fragen aufgeschrieben:

- Was ist das Reizdarmsyndrom?
- Wie wirkt sich das Reizdarmsyndrom aus? Was ist mir wichtig?
- Wie wird die Diagnose Reizdarm gestellt?
- Welche Untersuchungen sollten bei einem Reizdarmsyndrom durchgeführt werden?
- Was sind die Differentialdiagnosen?
- Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es beim Reizdarmsyndrom?
- Welche sind die häufigsten Nahrungsmittelunverträglichkeiten? (Das ist das Hauptthema unseres heutigen Vortrages).
- Wie wird ausgetestet auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten?
- Worauf sollte bei der Testdurchführung geachtet werden?
- Was sollte der Patient dazu wissen?

+++++

- **Was ist das Reizdarmsyndrom (Irritable Bowel Syndrome)?**

Das kennen Sie sicher alle! Es gibt diese S-3-Leitlinien – die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten gibt sie immer wieder neu überarbeitet heraus und es gibt auch ROME III-Kriterien.

Ich habe auf Ihrer Homepage gelesen, dass schon einige honorige Professoren und Vortragende da waren, und die haben das alles sicher schon berichtet, aber zusammenfassend und für das Thema ist es eben wichtig, dass wir von ein und demselben sprechen. In Rom kommen immer wieder diese „Kapazunder“ zusammen, die über das Thema sprechen und Richtlinien festsetzen. Den englischen Ausdruck „Irritable Bowel Syndrome“, abgekürzt „IBS“, werden Sie in Fachbeiträgen oder im Internet immer wieder lesen.

Wann spricht man nun davon? Es ist eine chronische Erkrankung, die zumindest länger als drei Monate dauert. Die meisten haben das ihr ganzes Leben lang. Es sind anhaltende und wiederkehrende Beschwerden, zumindest an drei Tagen im Monat.

Was sind die Beschwerden? – Das kommt später noch ausführlicher – aber hauptsächlich sind es **Bauchschmerzen** und **Blähungen**, die vom Patient und vom Arzt auf den Darm bezogen werden. Meist sind auch noch Veränderungen beim Stuhlgang auffällig, d. h. entweder wird die **Stuhlfrequenz** zunehmen oder abnehmen, das **Stuhlaussehen** ändert sich oder die **Stuhlkonsistenz** verändert sich, d. h. Verstopfung oder Durchfall tritt ein. Meist ist es so, wenn man erfolgreich Stuhl abgesetzt hat, kommt es zu einer Schmerzlinderung, d. h. zu einer Verbesserung der Symptome.

Die Beschwerden sind stark, ganz klar, deswegen ist der Patient beunruhigt und geht zum Arzt und dadurch wird die Lebensqualität relevant beeinflusst.

Für den Patient ist es wichtig zu wissen, dass keine anderen (organischen) Ursachen für das Krankheitsbild vorliegen.

Die Unterteilung des Reizdarmsyndroms wird wie folgt vorgenommen:

IBS-C	Constipation oder Obstipation, also Verstopfung,
IBS-D	Diarrhoea oder Diarrhoe, also Durchfall,
IBS-M	Mischformen von Verstopfung und Durchfall.

- **Wie wirkt sich das Reizdarmsyndrom aus? Was sind die typischen Symptome?**

Das wissen Sie sicher alle! Die Worte, die nachstehend unterstrichen sind, um die geht es mir heute sehr, auf die werde ich später noch zurückkommen.

- Patienten sind auffällig mit Durchfall,
- manche berichten über vermehrten Schleimabgang,
- abdominelle Schmerzen, Krämpfe,
- auch leiden viele unter Verstopfung,
- manche leiden unter Blähungen und die meisten haben schon viele Arztbesuche hinter sich, Patienten kommen mit typischem Blähbauch,
- Wechsel der Stuhlgewohnheiten – (Durchfall, Verstopfung),
- Probleme beim Absetzen von Stuhl – manche müssen stark pressen, manche haben einen starken, plötzlichen Stuhldrang (imperativer Stuhldrang) und das Gefühl der unvollständigen Entleerung,
- manche haben Muskelschmerzen, Depressionen, somatoforme und psychische Störungen, Extraintestinale Begleitsymptome, sonstige Befindlichkeitsstörungen,
- **Nahrungsmittelunverträglichkeiten** – das ist ja unser Hauptthema für heute, dazu kommen wir gleich.

- **Wie wird die Diagnose Reizdarm gestellt?**

Wichtig ist, wie schon gesagt, nach diesen Leitlinien dürfen keine anderen Ursachen, wie beispielsweise organische Erkrankungen, vorliegen. Das heißt, wir müssen verschiedenste Untersuchungen durchführen, um dies mit Sicherheit bestätigen zu können.

- **Welche Untersuchungen sollten bei einem Reizdarmsyndrom durchgeführt werden? Basisdiagnostik!!!**

Zu Anamnese und Status: Es ist wichtig, mit dem Patienten zu sprechen. Das ist für Sie als Patient sehr lästig, man muss genau nachfragen, wie denn die Beschwerden wirklich sind. Vertrauen Sie sich dem Arzt an, d. h. Sie sollen wirklich ehrlich sagen, was genau vorliegt. Da kann man dann meistens herausfiltern, was ist wichtig, was ist weniger wichtig. Natürlich muss man statuieren, es geht ja meistens um den Bauch, also den Bauch abtasten, ob abdominelle Schmerzen vorliegen und wo sich die Schmerzen genau befinden. Diese müssen lokalisiert werden: Druckschmerz im Oberbauch links oder rechts, im Unterbauch links oder rechts. Das ist „*der Wegweiser, wo denn die Problematik zu Hause ist!*“

Laborchemische Parameter: Es funktioniert nichts ohne Bildgebung und ohne Labor. Deshalb muss man erst die Ergebnisse der Blutabnahme anschauen: die Entzündungsparameter wie die Blutsenkung, die Leukozyten, das CRP. Blut im Stuhl, Leberwerte, Nierenwerte, Pankreaswerte, Harn etc. An Hand der Laborwerte lässt sich schon viel erkennen.

Abdomen Sonographie: Sie ist sehr wichtig, man schaut sich die Organe aus dem Oberbauch und Unterbauch sehr genau an, das ist sehr aussagekräftig, ob beispielsweise eine Gallenblasenentzündung vorliegt.

Die Endoskopie: Das wären in diesem Fall die Magenspiegelung und die Darmspiegelung. Die sind natürlich auch sehr wichtig. Hier müssen wir die „chronisch entzündlichen Darmerkrankungen“ wie Mb. Crohn und Colitis ulcerosa ausschließen. Es ist wichtig, dass man vom Dickdarm aus auch in den Dünndarm hineinschaut, d. h. das „terminale Ileum“ sollte inspiziert werden und es sollten unbedingt auch Gewebeproben für die histologische Aufarbeitung entnommen werden.

Die Atemtests: Die werden wir später noch abhandeln, bei den Nahrungsmittelunverträglichkeiten.

Eventuelle Diäten: Man kann es auch mit verschiedenen Diäten versuchen!

Erweiterte Diagnostik: z.B. mittels Lungenröntgen: es kann ja auch einmal eine Lungenentzündung vorliegen oder ein Tumor.

Ein Wirbelsäulenröntgen ist ebenso sinnvoll, da Schmerzen in der Wirbelsäule genauso häufig auftreten.

Je nach Interpretation des Arztes wird auch einmal eine Computer-Tomographie durchgeführt, eventuell in allerlei Regionen, aber vordergründig vom Abdomen.

Wenn für den Arzt eine Dünndarmabklärung notwendig erscheint, kann eine Kapsel-Endoskopie durchgeführt werden.

Als ergänzende Methoden wären auch das CT oder MR Enteroklysma oder die Doppelballon-Enteroskopie zu nennen.

- **Was sind Differentialdiagnosen?**

### **Ausschlussdiagnose – Differentialdiagnosen bei DIARRHOE**

#### Infektiöse Darmerreger:

Worauf sollten wir achten, wenn jemand Durchfall hat?

Natürlich gibt es darm-pathogene Keime, wie Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Viren (wie Rotaviren, Noroviren und Adenoviren), oder auch Clostridien.

#### Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen:

Zu den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) zählen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

#### Zöliakie:

Dazu kommen wir später noch ausführlicher.

#### Bakterielle Fehlbesiedelung des Dünndarms:

Auch dazu hören wir später noch mehr darüber.

#### Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Sie sind der Hauptbestandteil meines heutigen Vortrages.

#### Mikroskopische Kolitis:

Haben Sie Durchfall und wird bei Ihnen eine Dickdarmspiegelung durchgeführt, so ist es Aufgabe des Endoskopikers, auch Gewebeproben (Biopsien) aus dem vermeintlich gesunden Darm zu entnehmen. Ich höre es immer wieder, dass jemand in einer Ordination wegen Durchfalls vorstellig war und eine unauffällige Darmspiegelung hatte, aber es wurden keine Proben entnommen. Aber dies wäre so enorm wichtig gewesen, denn nur histologisch kann bestätigt werden, dass mitunter eine Entzündung vorliegt, welche nur der Histo-Pathologe im Mikroskop sehen kann. Selten muss die Darmspiegelung dann wiederholt werden.

#### Chologene Diarrhoe:

Gibt es selten – aber doch vereinzelt.

#### Pankreaserkrankungen (exokrin, endokrin, Pankreatitis):

Man muss daran denken, dass es so etwas auch gibt. Die Diagnose wird über Enzyme oder Hormone, welche das Pankreas ausscheidet, im Blut oder im Stuhl gestellt.

#### Medikamente:

Da wäre beispielsweise ein Medikament für Diabetiker, das Metformin, zu erwähnen. Man weiß, dass es dabei als Nebenwirkung abdominelle Beschwerden gibt, Durchfall oder breiigen Stuhl. Das hat sich mehrfach bei Patienten, die dieses Medikament einnehmen, schon bestätigt.

#### Hyperthyreose:

Das ist die Überfunktion der Schilddrüse. Überfunktion heißt immer, da wird zu viel an Hormonen produziert. Demnach sollten im Labor das TSH, T3, T4 mitbestimmt werden. Es gibt auch eine Hyperthyreose-induzierte Diarrhoe mit Gewichtsverlust.

#### Inkontinenz, paradoxe Durchfälle:

Bei Inkontinenz kann man den Stuhl nicht halten, man benötigt Einlagen und Windeln. Bei paradoxen Durchfällen kann jemand so stark verstopft sein, dass dann der meist flüssige Stuhl über „Stuhlnollen“ transportiert werden muss.

Tumore (Karzinome, NET):

Die nehmen das Lumen des Darmes ein, verursachen Schmerzen, meistens ist Blut im Stuhl dabei, muss aber auch nicht sein. Bei Vorsorgeuntersuchungen, selten aber doch, kommt jemand beschwerdefrei ins Krankenhaus oder in die Ordination und hat aber schon einen weit fortgeschrittenen Tumor. Dann frage ich den Patienten: „hatten Sie auch Blutabgang im Stuhl“, die Antwort; „ich habe eigentlich nicht nachgeschaut oder es ignoriert, aber wenn Sie mich jetzt so konkret fragen, vielleicht war doch ein bisschen Blut dabei“.

**Ausschlussdiagnose – Differentialdiagnosen bei SCHMERZEN**

Woran sollte man dabei denken?

Reflux, Gastritis, Ulkus:

Reflux (Ösophagitis) ist heute stark vorherrschend. Wir haben sehr viele dieser Krankheitsbilder, manchmal schon sehr weit fortgeschrittene Veränderungen – das können wir bei den Gastroskopien erkennen. Es gibt vier Grade, Grad vier ist der Höchste. Es lohnt sich also immer, eine Magenspiegelung zu machen. Bei der Gastritis gibt es auch verschiedene Formen (A-Gastritis, B-Gastritis, C-Gastritis). Und manchmal liegt eben auch ein Geschwür vor. Wenn jemand Schmerzmittel einnimmt, das auf Monate oder gar Jahre, dann ist derjenige besonders gefährdet. Meine Großmutter z.B. ist einmal auffällig geworden mit massiver Blutarmut. Sie hatte so starke Rückenschmerzen und bekam vom Hausarzt Schmerzmittel. Und wie das häufig in einer Ärztfamilie so ist, hat Großmutter weder meinem Vater noch mir etwas davon erzählt. Nach monatelangem Schmerzmittel-Abusus, wie es nicht hätte sein sollen, bekam sie dann Geschwüre im Dünn- und Dickdarm, aus denen sie dann chronisch geblutet hatte und daraus dann eine Blutarmut resultierte.

CED – Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen:

Darüber gibt es so viel zu berichten. Das wäre ein Thema für einen weiteren Vortragsabend.

Pankreatitis:

Schmerzen, so gürtelförmig im Bauchraum, sind meistens eine Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung). Die Nachweismethode ist im Blut (Elastase oder Amylase). Dabei gibt es eine hohe Komplikationsrate, je nachdem wie weit sie bereits ausgeprägt ist.

Malignome (abdominelle Karzinome):

Es kann natürlich jegliches Organ entarten, wie Leber, Dünndarm etc. Das kann genauso Schmerzen verursachen, es verdrängt andere Organe, manchmal ist Blut im Harn, manchmal Blut im Stuhl. Wenn dann solche Alarmsymptome wie Blut im Stuhl, Blutarmut, abdominelle Schmerzen, gelbe oder blasse Hautfarbe, unklarer Gewichtsverlust, unregelmäßiger Stuhlgang, Durchfall etc. auftreten, dann hat das nichts mehr mit Reizdarm zu tun. Da müssen Sie bitte unbedingt zum Arzt gehen!

Divertikulitis, Kolitis:

Divertikel sind Ausstülpungen des Darmes, die man bei Koloskopien sehr oft sieht, das hat fast jeder ab einem gewissen Alter. Wenn die Divertikel größer werden und sich dort Stuhl sammelt, kann man ganz schöne Schmerzen bekommen (meist auf der linken Seite) – wenn das dann häufiger kommt, muss es mitunter auch operativ saniert werden. Meist genügt aber ein konservatives Vorgehen mit Antibiotika und ballaststoffreicher Diät.

Mesenteriale Ischämie:

Herzmuskel – wenn man z. B. einen Herzinfarkt gehabt hat, hat man starke Schmerzen, man bekommt ein starkes Druckgefühl, ein Engegefühl, Angst. Ähnliches Beschwerdebild gibt es auch beim Darm, allerdings recht selten. Auch der Darm wird durchblutet und alles was schlecht oder mangelhaft oder gar nicht mehr durchblutet wird, geht zugrunde und kann

auch meist verspätet wehtun. Die mesenteriale Ischämie ist die mangelnde Durchblutung des Darmes.

#### Endometriose:

Das ist meist in jungen Jahren auffällig, aber man muss in jedem Fall daran denken. Jüngst hatte ich eine junge Dame zur Koloskopie, sie hatte so eigenartige Veränderungen am Schluss des Enddarms. Nach einer Gewebeprobe hat der Histologe gesagt, das ist eine Endometriose, etwas ganz Seltenes. Das ist ein Gewebe, ein Gewächs aus der Gebärmutter, welches in diesem Fall durchgewachsen ist in den Darm hinein – das kann natürlich regelabhängig auch Schmerzen machen und Blutungen verursachen.

#### Adhäsionen, Stenosen, Briden:

Diese treten meist postoperativ auf oder wenn irgendeine Entzündung vorhanden war oder Abszesse waren. Das sind dann diese Verwachsungen oder Adhäsionen, die dann Probleme (bei der Endoskopie) machen. An solchen Stellen können auch Verengungen (Stenosen) entstehen, wie beispielsweise beim Morbus Crohn, einer entzündlichen Darmerkrankung. Wenn das länger unbehandelt bleibt, können das so bridenartige Veränderungen werden, wo der Stuhl nicht richtig passieren kann – z. B. Darmschlingen kleben zusammen. Das kann natürlich Beschwerden verursachen.

#### Kardiovaskuläre Erkrankungen:

Herz, Gefäße. Es ist auch daran zu denken, man muss ausschließen, dass dabei nichts krankhaft ist, wie z.B. ein stummer Myokardinfarkt oder eine chron. Herzerkrankung.

#### Entzündungen aller Art (Lunge, Gallenblase, Harnblase, Gefäße etc.):

Man muss auch an Lungenentzündung denken (Beschwerden beim Atmen), Gallenblasenentzündung (Oberbauchbeschwerden), an die Harnblase (Harnwegsinfekt) – das kommt relativ häufig vor.

#### Wirbelsäulenbeschwerden:

Das kennt jeder! Auch ein Bandscheibenprolaps bringt erhebliche Schmerzen mit sich.

### **Ausschlussdiagnose – Differentialdiagnosen bei OBSTIPATION**

#### Medikamentennebenwirkung:

Antidepressiva, Schmerzmittel – Opiate, die machen bekanntlich Verstopfung. Man sollte sich immer wieder das Gesamtbild der Patienten inkl. Medikamente ansehen.

#### Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen (CED):

Vor allem im weit fortgeschrittenen Alter ist bei Obstipation auch daran zu denken. Zuletzt hatte ich eine Darmspiegelung bei einer 87-jährigen Patientin durchzuführen, welche bei Obstipation erstmals die Diagnose Mb. Crohn (auch histologisch bestätigt) bekommen hat.

#### Hypothyreose:

Unterfunktion der Schilddrüse – ist auch sehr wichtig zu diagnostizieren!

#### Tumore (abdominelle Karzinome):

Können den Darm abdrücken, machen aber weniger Verstopfung, sondern Durchfall.

#### Divertikulose:

Meist verursacht durch zu harten Stuhl bei ballaststoffarmer Kost.

#### Stuhlentleerungsstörungen:

Auch daran ist zu denken.

## Ausschlussdiagnose – Differentialdiagnosen bei BLÄHUNGEN

### Bakterielle Fehlbesiedelung (bacterial overgrowth):

Ist meist durch Bakterien verursacht, die sich vermehrt im Dünndarm angesiedelt haben.

### Kohlenhydratmalabsorptionen:

Malabsorptionssyndrome, z. B. Laktose, Fruktose, Zuckeraustauschstoffe etc.

### Funktionsstörungen postoperativ:

Entstehen leider häufig nach einem operativen Eingriff!

- **Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es beim Reizdarmsyndrom?**

### Behandlungsmöglichkeiten – Medikamente:

Dazu haben Sie ja schon mehrfach Vorträge gehört. Ich habe versucht, dies etwas komprimiert zusammenzufassen.

Metamizol (**NOVALGIN**) – wirkt schmerzstillend, man gibt es auch gerne in die Infusion hinein, es wirkt meistens sehr gut.

Pantoprazol (**PANTOLOC**) – wird als Säure Hemmer gegeben. Im Magen wird die Salzsäure produziert, wer zu viel hat, entwickelt Sodbrennen, Gastritis.

Prokinetika bei Motilitätsproblemen: Metoclopramid (**PASPERTIN**) und Domperidon (**MOTILIUM**) – wirkt antreibend.

Spasmolytika wie Butylscopolamin (**BUSCOPAN**) – wirkt anticholinergen.

Spasmolytika wie Mebeverin (**COLOFAC**) – mit muskelrelaxierender Wirkung. Mein Vater hat es jahrelang genommen – mit sehr gutem Erfolg.

Durchfall – wenn organisch alles ausgeschlossen wurde: Loperamid (**IMODIUM**).

Diverse **LAXANTIEN**: Da gibt es sehr viele am Markt.

Probiotika: Gute Erfahrungen haben wir mit **MUTAFLOR, YOMOGI, ACIDOPHILUS** etc.

Rifaximin (**COLIDIMIN**) – ein nicht resorbierbares Breitbandantibiotikum – es ist noch nicht sehr lange auf dem Markt, bewährt sich als sehr gut!

**ANTIDEPRESSIVA** und **NEUROLOGISCHE** Medikamente.

### Behandlungsmöglichkeiten – Sonstiges:

Was kann man den Reizdarm-Patienten raten?

Ernährungsumstellung: Beispielsweise drei Stunden vor dem Schlafengehen nichts mehr essen, wie beispielsweise bei der Refluxösophagitis, bei Sodbrennen oder bei Gastritis. Auch auf alkoholische Getränke sollte verzichtet werden, auf Kaffee, auf Schokolade, allgemein auf Süßigkeiten. Die Mahlzeiten sollen klein gehalten werden und es soll öfter am Tag gegessen werden.

Änderung des Lebensstils. Wichtig ist gesund zu leben, mediterrane Kost, regelmäßige körperliche Betätigung bzw. körperliches Training.

Phytotherapeutika. Ich habe sie hierher genommen, weil sie keine echten Medikamente sind, wie „Iberogast“ und „Pfefferminzölkapseln“ – diese sind Nahrungsergänzungsmittel.

Gleit-Füll-Quellmittel. Kleie, Leinsamen, Psyllium.

Entspannungstechniken. Da gibt es einige. Die bekanntesten sind Autogenes Training und Progressives Muskelentspannungstraining nach Jacobson.



Kognitive Verhaltenstherapie.

Psychotherapie.

Hypnose.

Traditionelle Chinesische Medizin (TCM). Akupunktur.

Traditionelle Tibetische Medizin (TTM).

\*\*\*\*\*

Nun kommen wir zum zweiten Teil unseres Vortrages – Nahrungsmittelunverträglichkeiten.

- **Welche sind die häufigsten Nahrungsmittelunverträglichkeiten?**

Welche sind nunmehr die häufigsten?

- Laktoseintoleranz / Laktosemalabsorption
- Fruktosemalabsorption
- Histaminunverträglichkeit
- Glutenunverträglichkeit, auch Zöliakie genannt
- Allergische Reaktionen auf Nahrungsmittel (Nahrungsmittelbestandteile) - Fischeiweiß, Erdbeeren
- Sorbit-, Xylose-Unverträglichkeit.

Ich werde nur auf die Hauptgruppe Laktose und Fruktose eingehen, und die Histaminunverträglichkeit und Zöliakie nur kurz erwähnen.

### **Verdacht auf Histaminunverträglichkeit.**

Wir führen Histamin über die Nahrung zu und es kann vom Patienten nicht genügend schnell abgebaut werden. Wie wird es abgebaut? Das geschieht über ein Enzym - Diaminoperoxidase (DAO).

Symptome: Die sind klassisch, teilweise wie beim Reizdarm. Auffällig ist meist die Gesichtsrötung, wenn jemand beispielsweise Sekt oder Alkohol trinkt, weiters rinnende Nase, meist gleich nach dem Essen. Weitere Symptome sind Nesselsucht, Ekzeme, Juckreiz, Kopfschmerzen, Hitzegefühl, Migräne, Schwindel, Erbrechen, Herzkreislaufproblem, urogenitale Probleme, Erschöpfung, Schlafstörung und nunmehr Bauchschmerzen, Sodbrennen etc.

Histamin entsteht in der bakteriellen Fermentierung der Nahrungsmittel, wie geräuchertes Fleisch, geräucherte Salami, Meeresfrüchte, Hartkäse gereift, Sauerkraut, Bier, alkoholische Getränke, Schokolade, Schimmelpilze, Paradeiser, Ananas, Papaya, Nüsse.

In einigen Nahrungsmitteln ist weniger Histamin enthalten, das sind die histaminarmen Lebensmittel. Listen sind leicht zu recherchieren. Es gibt sie im Internet oder man leistet sich eine Beratung bei einer Diätologin.

Im Allergiezentrum z.B. in Floridsdorf (siehe auch das Taschenbuch über Histamin Intoleranz des ehem. Leiters) kann man sich austesten lassen. Meist wird vorerst Histamin und DAO bestimmt und man sollte mindestens 14 Tage Diät halten und eben vor und nach der Diät diese Tests machen. Nach der Diäteeinhaltung sollten die Symptome deutlich reduziert sein.

Als Therapie gibt es in weiterer Folge ein Nahrungsergänzungsmittel namens Daosin, aber wichtiger ist jedenfalls die Diät.

### **Verdacht auf Zöliakie.**

Da die Zöliakie nicht so häufig auftritt, ist es einmal wichtig, dass der Arzt auch daran denkt. Man macht einmal eine Blutanalyse mit bestimmten Parametern, Antikörperbestimmungen. Sind diese positiv, wird infolge bei einer Magenspiegelung aus dem Dünndarm biopsiert. Im Krankenhaus geschieht dies meist routinemäßig, aber im niedergelassenen Bereich sollte man in jedem Fall darauf hinweisen, dass man eine Biopsie aus dem Dünndarm möchte. Die Veränderungen können sehr „diskret“ sein, sodass man sie mit freiem Auge nicht gut erkennen kann. Erst der Histo-Pathologe kann unter dem Mikroskop dann eine partielle, eine subtotale oder eine totale Zottenatrophie feststellen. Bei Diagnosestellung Zöliakie hat jedenfalls immer eine lebenslange, Gluten freie Diät zu erfolgen.

Wenn der Verdacht auf ein Lymphom groß ist, kann man sich in weiterer Folge den gesamten Dünndarm z.B. mittels Kapselendoskopie anschauen. Man kann dabei neben den Atrophie-stellen (Zöliakie) auch fremdartiges (Lymphom-) Gewebe gut erkennen, welches bei unbehandelter Zöliakie oder bei nicht Einhaltung einer entsprechenden Diät auftreten kann.

### **Verdacht auf Laktoseintoleranz / Laktosemalabsorption** **H2 Atemtest mit der Testsubstanz Laktose:**

Wie wird getestet? Wir haben ein H2-Atemtestgerät für die Bestimmung der Laktoseintoleranz. Damit Sie das Ganze auch richtig verstehen, habe ich ein paar allgemeine Informationen über Laktose und das Atemtestgerät vorbereitet.

Die Lunge dient nicht nur der Atmung, sondern auch der Ausscheidung, neben der Haut, der Leber, der Niere. Die Gasbildung im Darm wird hauptsächlich durch Darmbakterien verursacht. Jeder Gesunde atmet Wasserstoff aus. Wenn Bakterien vorherrschen, kommt es zu einer Veränderung, Verstoffwechslung. Sie spüren das, wenn sich der Darm aufbläht, die Gase nach oben oder unten entweichen. Ein Verstoffwechslungsprodukt wäre Wasserstoff, welches man mit solch einem Atemtestgerät dann in der Atemluft messen kann.

Was geschieht nun, wenn man Laktose, also Milchzucker, zu sich nimmt? Damit der Milchzucker (Disaccharid) aus den Milchprodukten aufgenommen werden kann, muss er durch ein Enzym gespalten werden. Das Enzym nennt sich „Laktase“, welches in der Dünndarmschleimhaut sitzt und welches den Milchzucker in Glucose (Traubenzucker) und Galaktose (Schleimzucker) spaltet. Normalerweise geschieht das alles im Dünndarm, das erfolgt sehr rasch, und von der Laktose gelangt gar nichts mehr in den Dickdarm.

Sollte aber jetzt jemand einen Mangel an diesem Enzym haben, wird die Laktose nicht gespalten und sie kommt unverdaut in den Dickdarm. Dort „freuen sich die Bakterien“ und produzieren Gase. Sie spüren das als Meteorismus, also als Blähungen, die können so stark sein, dass sie Beschwerden machen.

Wir unterscheiden unter primärem und sekundärem Laktase-Mangel:

#### **Primärer Laktase-Mangel:**

Kongenital: selten, in ersten Lebenstagen, lebensbedrohlich  
Adulter Typ: häufig, erworben – mit schleichendem Beginn

#### **Sekundärer Laktase-Mangel:**

Strukturanomalie der intestinalen Mukosa-Architektur: z. B. nach bakteriellem oder viralem Infekt, Zöliakie, Alkohol, Mangelernährung, Lymphom, Chemotherapie, Divertikel, nach Operationen ,Gastrektomie, Folge von Medikamenten, Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen (CED), etc.

*Eine Geschichte: Ein Kollege, ein Radiologe, kommt zu mir. Er erzählt: „Ich kann in der Nacht nicht mehr gut schlafen. Ich habe so arge Bauchschmerzen. Ich kann nur noch auf der einen Seite schlafen und auf der anderen Seite gar nicht mehr!“ Meine Frage: „Was ist denn schon alles gemacht worden?“ Nachdem er Radiologe ist, hat er sich sozusagen schon den gesamten Körper mittels Ultraschall und Computertomographie durchuntersucht, ist aber auf nichts draufgekommen. Ich fragte ihn: „Hast Du schon einmal an eine Laktoseintoleranz gedacht?“ „Eigentlich nicht“ war seine Antwort. Ich habe ihm empfohlen, den Test bei mir durchführen zu lassen. Nachdem der Test dann eine ausgeprägte Laktoseintoleranz ergeben hatte, hat er Milch und Milchprodukte weggelassen, und es funktioniert! Nach einer Woche Diät kam er bereits wieder zu mir mit den Worten: „Ich kann jetzt wieder auf beiden Seiten schlafen. Ich danke Dir so sehr. Nun habe ich wieder eine gute Schlafqualität!“ Man kann also Menschen mit der entsprechenden Diagnose, wie man sieht, sehr helfen.*

### **Verdacht auf Fruktosemalabsorption**

#### **H2 Atemtest mit der Testsubstanz Fruktose:**

Fruktose ist ein Monosaccharid, das über einen Transporter, der nennt sich GLUT-5, auch wieder im Dünndarm resorbiert wird.

Dieser Transporter kann durch verschiedene Nahrungsmittel oder Medikamente gehemmt werden.

Wir unterscheiden eine primäre und sekundäre Malabsorption:

#### **Primäre Malabsorption:**

Störung von GLUT-5, Kapazitätsüberlastung

#### **Sekundäre Malabsorption:**

Dünndarmerkrankungen, bakterielle Fehlbesiedelung, beschleunigter Transit.

### **H2 Atemtests mit anderen Testsubstanzen**

**Laktulose:** Ist ein Disaccharid, bestehend aus Galaktose und Fruktose. Es kann nicht gespalten werden, weil es kein Enzym dafür gibt und daher nicht resorbiert werden kann.

**Glukose:** Sie wird häufig im Dünndarm aufgenommen und rasch resorbiert, bei Gesunden komplett resorbiert.

**Sorbit (Sorbitol):** Das ist ein Alkohol, die Resorption erfolgt passiv, wird in der Leber umgewandelt in Fruktose. Intoleranzen entstehen, bzw. sind abhängig von individuellen Transitzeiten bzw. von den eingenommenen Mengen.

*Eine Geschichte: Die Oma sagt den Enkelkindern, sie sollen nicht so viele Kirschen essen und dann kaltes Wasser trinken, denn dann bekommen sie Bauchschmerzen. Das ist nicht richtig! Kirschen enthalten sehr viel Sorbit, wobei es eben eine individuelle Toleranzgrenze gibt. Es ist daher unerheblich, ob die Enkelkinder dann kaltes oder warmes Wasser trinken. Die Menge der Kirschen macht es aus. Sie können also den Enkelkindern sagen, sie können gerne Wasser trinken, aber nicht zu viele Kirschen essen!*

\*\*\*\*\*

Der nachfolgende Beitrag, den ich Ihnen bringen werde, war in einem Wirtschaftsteil der „Presse“ – da wurden die Exporte und die Importe von China dargestellt. Hier wird von Europa aus nach China Milch und Käse angeboten! Aber vertragen die Chinesen den Milchzucker überhaupt? NEIN, mehr als 95 % der Chinesen sind Laktose intolerant!

*Zitat des Artikels:*

**Asien verwestlicht!** *China und Indien verändern ihre Ernährungsgewohnheiten: Fleisch und Milch werden auf dem Speisezettel immer wichtiger – und das verschlingt große Mengen an Getreide als Tierfutter.*

**Das hat Folgen:** *China, ein Jahrtausende autarkes Land, wird plötzlich zu einem Lebensmittel-Importeur. Der Bedarf wächst schneller als die Steigerung der weltweiten Produktion.*

**Mehr Milch für Chinesen – aber vertragen sie das?** *Der Konsum von Milchprodukten steigt in China rasant – und wird von der Regierung gefördert. Gegen den Boom spricht die Physiologie: Viele Chinesen können Milchzucker nicht verdauen.*

**Peking / Wien.** *„Ich habe einen Traum – den Traum, jeden Chinesen, besonders unsere Kinder, mit einem halben Liter Milch am Tag zu versorgen.“ Damit startete der chinesische Ministerpräsident Wen Jiabao eine Kampagne seiner Regierung: Die Chinesen sollen mehr Milch trinken! „Plus ein Glas Milch zur Stärkung unseres Volkes“, propagierte der chinesische Konsumentenverband schon 1999.*

*Heute bekommen Schüler in vielen Schulen gratis Milch. Werbeschilder rufen „Milch ist gut für euch!“ Und in den Supermärkten, vor allem in den wohlhabenden Regionen nahe der Pazifikküste, wird die gesamte Palette an Milchprodukten angeboten. Laut der Vereinigung der chinesischen Molkereien ist der Konsum pro Kopf von 2000 bis 2006 um 76 % gestiegen: auf 25,6 Kilo pro Jahr.*

*Das ist allerdings nur zirka ein Viertel des Verbrauchs in europäischen Ländern. Und die Steigerung – gefördert auch von internationalen Konzernen wie Nestle bis Danone – bringt nicht nur die von der Reklame versprochenen Folgen wie schöne Haut und gesunde Zähne, sondern auch Übelkeit, Blähungen und Durchfall.*

*„Meinem Mann wird schlecht, wenn er nur Kuh riecht“, erzählte etwa eine Textilarbeiterin der Nachrichtenagentur DPA. Das kann Mediziner nicht wundern. Denn es ist kein rein kultureller Artefakt, dass es weltweit in Chinarestaurants keine Milchspeisen, auch keinen Käse gibt: Laut Genetikern vertragen 93 % der - erwachsenen Einwohner Chinas aus genetischen Gründen keinen Milchzucker (Laktose). Sie können ihn nämlich nicht verdauen, weil sie das dafür zuständige Enzym, die Laktase, nicht (mehr) produzieren. So wird die Laktose nicht in Galaktose (Schleimzucker) und Glukose (Traubenzucker) gespalten, sondern kommt in den Dickdarm, wo sie von Bakterien vergoren wird, was zu Blähungen und Durchfall führt.*

*Laktose-Intoleranz nennen das die Mediziner, doch es ist eigentlich der ursprüngliche Zustand der Menschen. Denn bis vor ca. 8000 Jahren trank kein erwachsener Mensch je Milch. Erst nach Einführung der Rinderzucht setzten sich allmählich – vielleicht gefördert durch verseuchtes Wasser, das nur Milchtrinker überleben ließ – Mutationen durch, die bewirken, dass das Laktase-Gen **nicht** nach dem Säuglingsalter ausgeschaltet wird, allerdings nur in den Regionen, wo Rinderzucht betrieben wurde, also in Vorderasien (von wo aus die viehzüchtenden Bauern nach Europa wanderten), aber auch in Kenia und im Sudan.*

*Am größten ist der Anteil der Menschen, die Milch vertragen, in Skandinavien (bis zu 98 Prozent). In Österreich leiden ca. 10 bis 20 Prozent an Laktose-Intoleranz.*

*Nach China kamen die ersten Milchkühe mit christlichen Missionaren in der Mitte des 19. Jahrhunderts: Kein Wunder, dass die ursprüngliche Laktose-Intoleranz noch weit verbreitet ist. Sie dürfte den Bemühungen zur Verbreitung von Milch natürliche Grenzen setzen. Ein Glas Milch pro Tag ist auch für Menschen mit nicht aktivem Laktase-Gen meist kein Problem. Wenn aber Ekelgefühl mit der Laktose-Unverträglichkeit einhergeht, haben wohl auch griffigste Werbeslogans und gesundheitspolitische Parolen wenig Chance.*

**Hartkäse ist verträglicher!** *Milchpulver, das derzeit massiv nach China eingeführt wird, enthält noch die volle Dosis Laktose. Bei Käse allerdings senkt die Reifung den Gehalt an Milchzucker: Er wird von Bakterien in Milchsäure verwandelt. So enthalten die meisten Hartkäse kaum mehr Laktose. Parmesan und Geheiratskäse sollten (fast) alle Chinesen ohne „Bauchweh“ genießen können.*

\*\*\*\*\*

### **Zu Laktose-Intoleranz:**

Was kann man nun bei uns tun als Therapie? Vor ca. 10 Jahren war es noch sehr schwer, da konnte man nur alle Produkte, die Laktose beinhaltet haben, **meiden**. Aber mittlerweile ist die Industrie „auf diesen Zug aufgesprungen“ und es gibt in den Einkaufszentren eine Vielzahl von **Laktose freien Produkten**. Die Schärddinger-Molkerei hat sehr viele Laktose freie Käsesorten.

**Laktase-Präparate** gibt es bereits auch auf dem Markt, in der Apotheke frei als Nahrungsergänzungsmittel zu kaufen.

### **Zu Fruktose-Intoleranz / Malabsorption:**

Die Fruktose ist ein Monosaccharid. Die Resorption erfolgt über den GLUT-5-Transporter. Wenn dieser Transporter gestört ist, dann funktioniert das System nicht. Es kann der Transporter überfordert sein, weil z.B. Medikamente über diesen Transporter aufgenommen werden müssen. Wenn sich herausstellt, dass der H<sub>2</sub>-Atemtest positiv war, ist **ein paar Wochen strenge Diät** zu halten, d. h. alle Fruktose haltigen Lebensmittel sind zu **meiden**. In der Zwischenzeit erholt sich der Transporter und Sie können dann wieder langsam beginnen, das ein oder andere Obst zu probieren und dann die Menge zu steigern.

Für mich war es wichtig herauszufinden, wo ist viel Fruktose enthalten? Das wäre beispielsweise in der Pflaume (bei den Obstsorten) und im Honig.

- **Wie wird getestet?**

Ich habe ein Protokoll-Blatt entwickelt und eine Patienteninformation für den H<sub>2</sub>-Atemtest erstellt. Ich biete den Test in meiner Ordination an, dzt. liegen die Kosten pro Atemtest bei Euro 50,-. Bei manchen Patienten kann der Atemtest bei z.B. zu hohem Nüchtern-Wert nicht durchgeführt werden. Alternativ gibt es noch den Bluttest.

- **Worauf sollte bei der Testdurchführung geachtet werden?**

Wichtig ist, dass während des Testablaufes weder gegessen, noch getrunken werden darf. Alle weiteren wichtigen Informationen sind dem Patienteninformationsblatt zu entnehmen.

- **Was sollte der Patient abschließend wissen? Alarmzeichen!!! – Diagnose Reizdarm ist in diesen Fällen eher unwahrscheinlich.**
  - Pathologische Blutbefunde
    - eine Anämie und Entzündungswerte passen nicht zum Reizdarm.
  - Rezent aufgetretene Beschwerden, v. a. auch nachts.
  - Wenn jemand Fieber hat.
  - Nachtschweiß.
  - Abnormer Gewichtsverlust.
  - Blut im Stuhl oder Teerstuhl (schwarzer Stuhl).
  - Erbrechen.
  - Andauerndes Sodbrennen.
  - Positive Familienanamnese bzgl. Colon Karzinom
    - allgemein beginnt man mit der Vorsorge Colonoskopie ab dem 50. Lebensjahr
    - sollten Verwandte 1. Grades ein Colon Karzinom entwickelt haben, dann sollte 10 Jahre vor deren Entdeckungsalter eine Dickdarmspiegelung erfolgen.
  - Beschwerdebeginn im höheren Lebensalter (> 50 Lebensjahre).
  - Tastbare Resistenzen, sollten unbedingt medizinisch abgeklärt werden.

\*\*\*\*\*

#### **Leistungsangebot im gastrointestinalen Funktionslabor:**

- Manometrie:
  - Funktionsuntersuchung der Speiseröhre und
  - des rektanaln Schließmuskels inkl. Reflexe
- 24 Stunden pH-Metrie: Säuremessung in der Speiseröhre.
- Atemtests:
  - C13 Atemtests auf Helicobacter pylori
  - H2 Atemtests mit versch. Testsubstanzen (z.B. Laktose, Fruktose, Glucose)
- Dünndarm Kapselendoskopie.
- CED-Ambulanz: für Patienten mit Chronisch Entzündlichen Darmerkrankungen.
- Gastrointestinale Ambulanz:
  - Planung und
  - Aufklärung über Endoskopien (Magen- und Darmspiegelungen), sowie anderen Untersuchungen
  - bei Bed. Befundbesprechung nach einem stationären Aufenthalt.

\*\*\*\*\*

Zum Abschluss gebe ich Ihnen noch eine Aufstellung über die Laktose-Intoleranz weltweit:

**Verschiedene Länder im Vergleich.**

Schweden	3 Prozent der Bevölkerung
Dänemark	4 Prozent
England	6 Prozent
Frankreich	8 Prozent
Australien	9 Prozent
Tschechien	11 Prozent
Finnland	13 Prozent
Deutschland	14 Prozent
Schweiz	15 Prozent
Österreich	18 Prozent
USA	19 Prozent
Nordindien	26 Prozent
Polen	34 Prozent
Russland	34 Prozent
Norditalien	49 Prozent
Südindien	66 Prozent
Süditalien	69 Prozent
Griechenland	73 Prozent
Mexiko	73 Prozent
Nigeria	79 Prozent
Südafrika	83 Prozent
Korea	89 Prozent
China	93 Prozent
Japan	93 Prozent
Thailand	97 Prozent

**Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit**

**und stehe für Fragen zur Verfügung!**

**Christine Strimitzer:** Wir bedanken uns bei Herrn Dr. Watzak für die so sehr interessanten Ausführungen und wie schon angeboten, wird uns Herr Dr. Watzak für Beantwortung von Fragen zum Thema, noch zur Verfügung stehen.

### **C. Diskussion.**

Nach etwa 30 Minuten wurde die Diskussion beendet und wir sind zum letzten Punkt des Abends übergegangen – kleiner Imbiss.

Wir – die Österreichische Patienteninitiative Reizdarm – bedanken uns bei Ihnen, Herr Oberarzt Dr. Rainer Watzak, für die Zustimmung zur Veröffentlichung Ihrer Ausführungen auf unserer Homepage, sowie in Form der schriftlichen Weitergabe des Vortrages an unsere Mitglieder.

Wien, 27. April 2014