

Österreichische Patienteninitiative Reizdarm

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

Vortrag vom 15. Juni 2011 anlässlich des 72. Klubabends mit dem Thema:

„Die Therapie des Reizdarmsyndroms aus heutiger Sicht!“

Vortragender:
Prim. Dr. Michael Häfner,
Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzfach
Gastroenterologie und Hepatologie
Vorstand der „Internen Abteilung“ des
Krankenhauses St. Elisabeth in 1030 Wien

Privatordination:
Florianigasse 52/2
1080 Wien
Telefon: 01/406 24 47



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 Prim. Dr. Michael Häfner.**
- C. Diskussion.**

A. Begrüßung, Einleitung.

Christine Strimitzer: Meine sehr verehrten Damen und Herren – ich darf Sie ganz herzlich begrüßen zu unserer heutigen Veranstaltung, der letzten vor der Sommerpause. Besonders herzlich darf ich auch unseren Vortragenden, Herrn Prim. Dr. Häfner, begrüßen. Es ist sehr lobenswert, dass er sich bereit erklärt hat zu uns zu kommen, denn er hat ab morgen sehr komprimierte Tage – es beginnt der Gastroenterologen-Kongress in Salzburg.

Das heutige Thema des Vortrages ist den meisten Teilnehmern bekannt durch die Einladung: „**Die Therapie des Reizdarmsyndroms aus heutiger Sicht!**“

Die weiteren Untertitel des Vortrages lauten:

- Wie zufriedenstellend ist der Therapieerfolg für die Patienten bisher?
- Was können Patienten zukünftig erwarten?
- Besserung, Heilung bei jungen Patienten und bei älteren Patienten.

Beim letzten Punkt ist gemeint - die chronische Krankheit -, d. h. speziell dort, wo die Darmbeschwerden schon Jahre und Jahrzehnte bestehen. Das ist bestimmt schwieriger in den Griff zu bekommen als bei jungen Patienten, die vielleicht erst kurze Zeit von den Beschwerden geplagt sind.

Dem Einladungsbrief konnten Sie auch entnehmen, dass Herr Primarius Vorstand der Internen Abteilung des Krankenhauses St. Elisabeth in Wien ist. Neben dieser Tätigkeit als Abteilungs-Vorstand übt Herr Prim. Häfner auch Lehrtätigkeiten im In- und Ausland aus und arbeitet zusätzlich auch in „medizinisch-wissenschaftlichen“ Gesellschaften.

Herr Prim. Häfner ist u. a. Erster Sekretär der ÖGGH (Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie). Vor etwa 15 Jahren wurden in einer Arbeitsgruppe von 34 Ärzten innerhalb dieser wissenschaftlichen Gesellschaft die Leitlinien für das Reizdarmsyndrom festgelegt, bzw. zusammengefasst.

Ferner hat er „Wissenschaftliche Preise“ erhalten und eines seiner ganz besonderen Spezialgebiete ist die Endoskopie und auch die Endosonographie, wobei schon mehrere tausend Gastroskopien und Coloskopien dokumentiert wurden.

In den Sommermonaten – Juli / August – werden wir keinen Vortragsabend haben, da gibt es nur den üblichen Telefondienst; der nächste Klubabend ist angesetzt für den 14. September 2011.

Ich darf Sie jetzt bitten, möglichst während des Vortrages nicht durch Fragestellungen zu unterbrechen, da es etwas schwierig mit der Aufnahme und Wiedergabe des Vortrages ist. Ihre Fragen sammeln Sie bitte für die Diskussion im Anschluss an den Vortrag. Die Brötchen wollen wir auch gemeinsam am Schluss der Veranstaltung konsumieren, sodass wir einen lockeren Ausklang des Abends finden können.

Ich wünsche nunmehr einen angenehmen Abend und darf das Wort an Herrn Primarius geben.

B. Vortrag Prim. Dr. Michael Häfner.

Herzlichen Dank für die Einladung, heute zu Ihnen kommen zu dürfen. Es sind die Leitlinien zum Reizdarmsyndrom schon angesprochen worden, da gibt es jetzt bereits neue, das sind jene, entwickelt von der Deutschen Gesellschaft für Verdauungskrankheiten, unter Österreichischer Beteiligung. Wir haben jetzt keine eigenständigen Leitlinien gemacht, sondern sind in die Deutsche Gesellschaft mitgegangen. Diese neuen Leitlinien sind vor kurzem publiziert worden, ich habe sie auch da, wenn dies jemanden interessiert.

Das Thema ist, wie Sie ja alle wissen:

Die Therapie des Reizdarmsyndroms aus heutiger Sicht!

Ich habe versucht, Ihnen eine Zusammenstellung zu machen, was es heute so alles gibt von Schulmedizin bis alternativen Methoden, was so am „Horizont“ ist, was schon wieder vom „Horizont“ verschwunden ist an neuen Methoden, da tut sich ja doch immer sehr viel, und vor allem will ich auch berichten, was man sich erwarten kann. Die Erwartungshaltung für die Behandlung ist eine ganz wesentliche, um dann auch möglichst nicht enttäuscht zu werden.

Reizdarmsyndrom und die Folgen ...:

Vielleicht ganz kurz – was bedeutet das Reizdarmsyndrom überhaupt für eine Gesellschaft, wie die unsere ist? Ich habe hier Daten aus den Vereinigten Staaten, dort ist das angeblich auch am besten untersucht, aber die Zahl ist ähnlich für alle Länder. Es liegt so um die 10 bis 15 % in den Studien, u. z. der Bevölkerung, die ein Reizdarmsyndrom haben oder an einer Form des Reizdarmsyndroms leiden. In Irland beispielsweise gibt es eine Studie, wobei 20 % der Bevölkerung davon betroffen sind, aber so in dieser Größenordnung scheint es sich zu bewegen. Aber es ist so, dass die Dunkelziffer noch viel höher sein dürfte, weil nicht jeder, der Beschwerden hat, auch wirklich zum Arzt geht und das abklären lässt.

Was diese Krankheit dann auch für eine Gesellschaft interessant macht, ist das Leiden des einzelnen Patienten, nämlich vor allem in der Summe gesehen. Es gibt Menschen, die eine Krankheit haben, bleiben der Arbeit fern, gehen zum Gesundheitssystem, verursachen natürlich auch Kosten und für Amerika hat man ausgerechnet, dass 3 bis 5 Mio. Arztbesuche pro Jahr nur auf Grund der Diagnose Reizdarm stattfinden. Wenn man das auf Österreich umlegt, wäre das etwa die halbe Bevölkerung von Österreich, die 1 mal im Jahr zum Arzt geht, natürlich auf die viel größere Bevölkerungszahl Amerikas umgerechnet. Und die Folgekosten sind nicht unbeträchtlich – 45 Mrd. USD, das ist schon eine schöne Stange Geld, das im Gesundheitssystem anfällt.

Natürlich muss man sagen, dass das Österreichische Gesundheitssystem etwas kosten-effizienter als das Amerikanische ist. Ein Teil dieser Kosten, und vor allem natürlich der Einfluss auf die schlechte Lebensqualität der Patienten ist, dass die Symptome persistieren, d. h. die Patienten haben Symptome und haben keine Therapie, die sie beschwerdefrei macht, die sie voll arbeiten lässt, die sie ihr Leben, wie jeder andere, auch genießen lässt.

Das ist so ein Überblick aus einer englischen Publikation, was so auf einen Blick gesehen, dazugehört:

- Stuhlveränderung.
- Aufgeblähter Bauch.
- Bauchschmerzen, zum Teil kolikartiger Natur.

Prinzipiell ist es so, dass wir als Ärzte, aber vor allem auch als Patienten, für eine Krankheit eine einfache Therapie wünschen. Sie haben beispielsweise eine bakterielle Infektion, nehmen für ein paar Tage ein spezielles Antibiotikum und nach kurzer Zeit ist die Sache erledigt – das wünschen wir uns natürlich möglichst für alle Krankheiten.

Beim Reizdarmsyndrom ist es deutlich schwieriger, weil es nicht **einen** Faktor gibt, das ist nicht wie eine genetische Erkrankung, wo **ein** Gen schuld ist, und wenn wir das irgendwie behandeln können, dann ist alles gut – oder ein Infekt mit **einem** speziellen Keim oder sonst etwas. Das ganze ist wesentlich vielschichtiger, es gibt viele kleine Mosaiksteinchen, die das Krankheitsbild formen.

Was es noch komplizierter macht – und deshalb gibt es auch öfter Verständnisprobleme, was wirklich zum Reizdarm führt und was es für Folgen hat – ist, dass nicht nur biologische Funktionen eine Rolle spielen, also Organfunktionen, sondern auch eine Reihe von psychischen, psychosozialen Faktoren, dazukommen. Biologische Faktoren wären z. B. Beweglichkeitsstörungen des Darmes, Motilitätsstörungen, denken Sie an Reizdarmerkrankungen - mit, vor allem Verstopfung oder Durchfall, - wo also das eine zu viel und das andere zu wenig da ist.

Es gibt diese intestinale Hypersensitivität, d. h. dass normale Reize, die beim Darmgesunden keine großartigen Beschwerden machen, bei einem Patienten mit Reizdarmsyndrom doch zu einer deutlichen Symptomatik mit Beschwerden führen.

Was auch bekannt ist, es gibt eine Assoziation – jetzt kommen wir zu den psychischen und psychosozialen Störungen – u. z. dass Patienten mit Reizdarmsyndrom öfter unter Depressionen leiden. Das andere ist bekannt, was jetzt früher da war, ob das jetzt „die Henne oder das Ei“ ist, das ist natürlich eine schwierige Sache. Natürlich, wenn ich krank bin, schlägt sich das auf's Gemüt. Es ist auch bekannt, wenn eine psychische oder depressive Verstimmung da ist, dass dies zu körperlichen Symptomen führt.

Ganz kompliziert wird es dann, wenn es um die neurohormonalen Mechanismen geht. Also wir haben physiologische Reize, Stress, ganz normal, dies führt offensichtlich durch eine gestörte Signalübertragung von Neurotransmittern zu Veränderungen und zu Beschwerden im Darm. Und das Immunsystem spielt auch eine gewisse Rolle, denken Sie daran, dass sehr viele Patienten auch mit Antibiotika behandelt werden. Diese haben einen wesentlichen Einfluss auf das Immunsystem des Darmes.

Zusammenfassung „Reizdarmsyndrom und die Folgen.“

- Einschätzung: ca. 10 – 15 % der Bevölkerung leiden unter einer Form des Reizdarmsyndroms, die Dunkelziffer ist vermutlich wesentlich höher.

- Schweregrad ist von Patient zu Patient sehr unterschiedlich – die Krankheit hat einen wesentlich Einfluss auf die Lebensqualität.
- Viele Arztbesuche und hohe Kosten sind die Folge.
- Ein Teil der Kosten und des Einflusses auf die Lebensqualität rührt von der mangelnden Symptomkontrolle her (Beispiel USA).
- Therapeutische Ansätze beim RDS sind schwierig, da der Erkrankung nicht ein einzelner kausaler Faktor zu Grunde liegt und die Krankheit selbst heterogen (ungleichartig) ist.
- Reizdarmsyndrom entsteht durch eine Reihe von Interaktionen verschiedener biologischer und psychosozialer Faktoren. Dazu gehören:
 - Motilitätsstörungen des Darmes,
 - intestinale Hypersensitivität,
 - eine Assoziation mit psychologischen Störungen,
 - abnormale neurohormonale Antwort auf physiologische Stimulation oder psychischen Stress,
 - Aktivierung des Immunsystems des Darmes.

++++++

Diagnostische Kriterien für das Vorliegen eines Reizdarmsyndroms – ROME III:

Die ROME – Kriterien kennen Sie sicherlich schon. Dieser Name wurde deshalb gewählt, weil sich diese Spezialisten jeweils in ROM treffen und dort die neuesten Kriterien für den Reizdarm entwickeln. Das sind die sogenannten ROME III – Kriterien oder die derzeit aktuellen Standards und da werden drei verschiedene Subtypen von IBS (Irritable Bowel Syndrome od. Reizdarmsyndrom) unterschieden.

Das eine ist	IBS-C (Constipation od. Verstopfung),
die zweite Gruppe ist	IBS-D (Diarrhoe od. Durchfall) und dann gibt es
eine weitere Gruppe	IBS-M (Mixed / in Abwechslung Verstopfung – Durchfall).

Jetzt wissen Sie ja sicherlich aus der eigenen Leidensgeschichte, dass es nicht so einfach ist, zur Diagnose Reizdarm zu kommen. Es gibt keinen Bluttest, wo herauskäme Reizdarm, auch keine Röntgenuntersuchung und auch keine Endoskopie, wo man mit einer einfachen Untersuchung zur Diagnose kommen kann – leider!!!

Deswegen muss der Arzt einerseits zuerst viele andere Krankheiten ausschließen und andererseits müssen gewisse Kriterien erfüllt sein, die eben in diesen ROME III – Kriterien festgelegt sind.

Das wesentliche ist, dass Schmerzen und Missempfinden, so ist das in diesem Text definiert, an drei Tagen im Monat, in Verbindung mit mindestens zwei der folgenden Symptome, auftreten müssen. Diese drei Symptome, die da verbunden sind mit den Schmerzen, sind, dass nach dem Stuhlgang üblicherweise eine **Linderung der Beschwerden** eintritt, dass der Beginn der Symptomatik mit einer Änderung der **Stuhlfrequenz** einhergeht, d. h. Sie haben z. B. **einmal** am Tag Stuhl gehabt und das

ganze geht dann so einher, dass Sie plötzlich immer wieder Durchfall haben oder auch Verstopfung, je nach dem, welche Form des Reizdarms zugrunde liegt und dass sich der Stuhl in seiner **Konsistenz** oder seinem Aussehen verändert.

Also zwei dieser drei Kriterien müssen erfüllt sein, die Beschwerden, bzw. Schmerzen müssen an drei oder mehr Tagen im Monat vorhanden sein, dann kann man wirklich von der Diagnose Reizdarm sprechen nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft.

Zusammenfassung der „Diagnostischen Kriterien.“

Rezidivierende abdominelle Schmerzen und Missempfinden an mindestens drei Tagen pro Monat in Verbindung mit mindestens zwei der folgenden Symptome:

- Besserung der Symptome nach dem Stuhlgang.
- Beginn mit einer Änderung der Stuhlfrequenz.
- Beginn mit einer Änderung des Stuhlaussehens/ -konsistenz.

Symptombeginn mindestens 6 Monate vor der Diagnosestellung Reizdarmsyndrom.

++++++

Reizdarm, eine Ausschlussdiagnose?

Das ist immer die Frage – wir haben diese diagnostischen Kriterien für den Reizdarm schon erwähnt und in der Abklärung der Beschwerden müssen natürlich eine Reihe von Krankheiten ausgeschlossen werden.

Sie sehen ein Video einer Magenspiegelung, das zeigt eine **Coeliakie** oder auch gluten-sensitive Enteropathie. Wie Sie wahrscheinlich wissen, ist das im weitesten Sinne eine allergische Reaktion, wo Gluten, also ein Bestandteil von vielen Getreidesorten, im wesentlichen Weizen, heißt auch Weizenkleber, zu einer Immunreaktion des Darmes führt. Dadurch werden die Darmzotten flacher, die Resorptionsfläche für Nahrungsstoffe wird reduziert. Diese Darmzotten dienen ja, ähnlich wie ein Heizkörper, dazu, die Fläche des Darmes zu vergrößern. Und wenn diese Zotten immer mehr abflachen, dann ist der „Heizkörper“ nur mehr ein Bruchteil so effektiv und die Patienten entwickeln alle möglichen Malabsorptions-Syndrome, d. h. Durchfälle, Bauchkrämpfe, unter Umständen Mangelerscheinungen bis zu Gewichtsverlust.

Andere Erkrankungen, da muss man vor allem bei jüngeren Patienten daran denken, sind **Chronisch entzündliche Darmerkrankungen** (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa – das sind also Darmentzündungen), auch hier vermutlich ein wesentlicher Bestandteil an Immunreaktion, wo es zu einer überschießenden Reaktion des Immunsystems kommt, vermutlich auf normale Darmkeime. Dies betrifft vor allem junge Erwachsene. Man diagnostiziert es auch oft verzögert – der Morbus Crohn sitzt z. B. meistens im Dünndarm und wenn bei einer Magenspiegelung nicht in den Dünndarm hineinge-

schaut wird oder keine Gewebeproben entnommen werden, dann entgeht einem mitunter diese Diagnose.

Es gibt dann noch die **Mikroskopische Colitis**, die erwähne ich deswegen, weil auch hier immer wieder Patienten oft unter der Diagnose Reizdarm „segeln“ und in Wirklichkeit eine andere Erkrankung haben. Die Mikroskopische Colitis ist, wie man vom Namen schon erahnen kann, eine Entzündung, die man mit freiem Auge nicht sieht, eben nur unter dem Mikroskop. Deswegen wird sie oft nicht diagnostiziert, weil der Untersucher führt das Gerät in den Darm ein – der Patient kommt mit dem Beschwerdebild Durchfall und der Arzt sieht NICHTS. Alles wunderbar, denkt sich der Untersucher, wir sparen weitere Zeit und die Kosten und es werden keine Gewebeproben entnommen und die Sache ist erledigt!!!

Damit ist dem Patienten aber nicht gedient, es ist keine sehr häufige Entzündung, aber, wenn man genau schaut, findet man sie eben auch. Das sind dann oft Patienten, die schon länger Beschwerden haben. Eine typische Gruppe von Patienten, die betroffen ist, sind vor allem Frauen, so im 5. bis 6. Lebensjahrzehnt und eines der häufigsten Symptome ist der Durchfall, vor allem wässriger Natur. Da besteht kein Gewichtsverlust, die haben eben Durchfall und haben auch entsprechende Schmerzen.

Eine andere Geschichte ist das sogenannte **Bakterielle Überwucherungssyndrom**. Wenn man danach sucht, kann man es relativ leicht diagnostizieren, z. B. mit einem Atemtest, ähnlich dem Milchzucker-Atemtest: Dabei kommt es im Dünndarm zum Überwuchern von Bakterien, das kann die verschiedensten Ursachen haben. Gerne tritt es nach Magen- oder Darm-Operationen auf, aber z. B. auch bei Diabetikern. Diabetiker haben oft eine gestörte Nervenfunktion. Es kommt zu einer verminderten Peristaltik, einer verminderten Darmbewegung, man spricht manchmal auch von einer Gastroparese oder Magenlähmung. Und mit diesem gestörten Ambiente im Dünndarm kann es dazu kommen, dass sich Bakterien unkontrolliert vermehren, weil diese Reinigungsmechanismen des Darms gestört sind, und da kann es eben zu solch einem „Bacterial overgrowth“ (bakterielle Überwucherung) kommen. Auch diese kann sich wieder in Durchfall äußern.

Ein wenig leichter zu diagnostizieren ist üblicherweise eine **Bauchspeicheldrüsenerkrankung**. Meistens haben diese Patienten vorher immer wieder Bauchspeicheldrüsenerkrankung gehabt und irgendwann ist das Organ so „kaputt“, dass dann die Fettverdauung gestört ist, dass die Patienten Durchfälle entwickeln. Das kann man mit Stuhluntersuchungen relativ einfach nachweisen. Das wäre demnach auch etwas, was man ausschließen sollte.

Was auch immer wieder einmal gerne übersehen wird, ist diese **Chologene Diarrhoe**. Im Dünndarm werden ja Gallensäuren ausgeschüttet, die der Verdauung dienen und die werden normalerweise im Dickdarm wieder rückresorbiert, also vom Körper wieder aufgenommen, so eine Art „Recycling“. Wenn das nicht der Fall ist, dann kann das auch Durchfall machen. Das ist jetzt schwierig nachzuweisen, da gibt es keinen Test. Das macht man dann meistens, indem man einen Therapieversuch macht mit einer Substanz, die diese Gallensäuren bindet und wenn da der Durchfall verschwindet, dann hat man eben die Diagnose einer sogenannten Chologen Diarrhoe gestellt. Das ist somit etwas, was man auch noch ausschließen sollte, bevor man zur Diagnose Reizdarm kommt.

Nahrungsmittelmalabsorptionen, auch das kennen Sie, das sind ja zwischenzeitlich sehr häufige Diagnosen in unseren Breiten – Lactoseintoleranz – diese haben ungefähr 20 % der Bevölkerung; weiters gibt es die Fructoseintoleranz, die Sorbitintoleranz etc. Da gibt es eine Reihe von Störungen, die Durchfall, Verstopfung, Bauchbeschwerden verursachen können.

Zusammenfassung – Reizdarm, eine Ausschlussdiagnose?

Neben der Erfüllung diagnostischer Kriterien müssen eine Reihe anderer Krankheiten ausgeschlossen sein:

- Coeliakie.
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen: Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, mikroskopische Colitis (Collagen-Colitis, lymphozytäre Colitis).
- Bakteriell Überwucherungssyndrom (bacterial overgrowth).
- Exokrine Pankreasinsuffizienz.
- Chologene Diarrhoe.
- Nahrungsmittelmalabsorptionen (Lactose, Fructose, Sorbit etc.).

Das war so gleichsam die Einleitung, was ist Reizdarm, wie definieren wir Reizdarm und was muss ich ausschließen, um überhaupt einmal zur Diagnose Reizdarm zu kommen.

Ich werde Ihnen jetzt so eine Übersicht der Literatur der letzten Zeit bringen, was derzeit an Behandlungen zur Verfügung steht, auch was in naher Zukunft kommen wird, auch was schon wieder weg ist, nur dass Sie es einmal hören und Bescheid wissen.

Im zweiten Teil werde ich dann noch ein wenig über alternative Methoden sprechen. Nicht alles, was die Schulmedizin anbietet, ist „glücklichmachend“, sodass natürlich Patienten auch alternative Methoden suchen und ich glaube, dafür sollte man größtes Verständnis haben.

Therapeutische Ansätze bei Reizdarmsyndrom – Schmerzen und Blähungen.

Pfefferminzöl: Ein Grenzfall zwischen Alternativ-Medizin und Schulmedizin ist Pfefferminzöl. Das kennen vielleicht viele, das hat im Darm eine krampflösende Wirkung auf die glatte Muskulatur des Darmes, das wirkt vor allem bei Patienten, die unter Schmerzen und Blähungen leiden, oft sehr gut. Da gibt es auch sehr gute Daten, wir sprechen dabei von Meta-Analysen, die haben wir sehr gerne.

Meta-Analysen dienen dazu, dass man verschiedene Studien mit meist wenigen Patienten zusammen nimmt und sie dann gemeinsam noch einmal auswertet, d. h. ich

mache eine neue Studie aus vorhandenen Daten und diese Meta-Analysen haben üblicherweise eine höhere Aussagekraft als einzelne Studien. Diese Studien beinhalten natürlich deutlich weniger Patienten.

Wenn wir uns diese Meta-Analyse, die vor drei Jahren erschienen ist, anschauen, dann haben in diesen vier durchgeführten Placebo kontrollierten Studien, wo die Patienten etwas „Unwirksames“ bekommen haben, nur mehr 26 % Beschwerden – hier geht es immer noch um Schmerzen und Blähungen – also $\frac{3}{4}$ der Gesamtheit ging es bedeutend besser, während in der Placebogruppe nur 35 % eine Besserung haben. Hier ging es etwa nur $\frac{1}{3}$ bedeutend besser.

Das sieht man auch in jeder Studie, dass, allein durch die Tatsache in einer Studie mit zu machen, man irgend etwas bekommt, auch wenn es pharmakologisch nicht wirksam ist, offensichtlich hier psychische Faktoren mitspielen und bei einem gewissen Prozentsatz eine Besserung eintritt. Das ist in jeder Studie so, egal welche Krankheit, wenn es jetzt nicht gerade der Herzinfarkt ist, hat man ungefähr eine Placebo-Ansprechrage von 20 %. Wenn wir glauben, dass psychische Faktoren eine größere Rolle spielen, ist das etwas höher, so wie hier in dieser Pfefferminzöl-Studie, in der Meta-Analyse, wo es 35 % waren.

Probiotika: Was auch immer wieder gegeben wird bei Schmerzen und bei Blähungen – auch das ist wieder so ein Grenzfall zwischen Schulmedizin und Alternativmedizin – sind Probiotika. Der Hintergrund ist, dass wir wissen, dass Patienten mit Reizdarmsyndrom Veränderungen in ihrer Darmflora haben, d. h. die Zusammensetzung der Darmbakterien, die eine sehr wichtige Rolle spielen (darüber werde ich noch sprechen), ist gestört, bzw. verändert, wie immer man das sehen will.

Was wir jetzt allerdings nicht wissen, ob das die Ursache der Reizdarm-Erkrankung ist, oder die Folge des Reizdarms. Gibt es jetzt etwas, dass die Bakterien anders verteilt sind, andere Zahlen da sind oder ist das schon die Ursache – das wissen wir demnach noch nicht. Was wir da machen, ist, einfach „Bakterien füttern“, u. z. die Guten unter Anführungszeichen; auch hier gibt es eine Meta-Analyse, die eben auch gezeigt hat, dass Schmerzen besser werden, somit zu einem größeren Prozentsatz, unter einer Probiotika-Therapie gelindert werden, als bei Placebo.

Es gibt einen Trend, d. h. das ist statistisch nicht signifikant, rein theoretisch kann das auch Zufall sein, dass dieses Gefühl des „Aufgeblähtseins“, des vergrößerten Bauchumfangs auch besser wird.

Das Problem mit den Probiotika ist, das wissen Sie wahrscheinlich selbst auch, dass es so viele verschiedene davon am Markt gibt, es gibt welche, die sind als Medikamente zugelassen, es gibt Nahrungsergänzungsmittel und die Nahrungsmittel-Industrie springt voll auf diesen „Zug“ auf – Sie brauchen nur einmal den Fernseher aufdrehen und horchen wie viele Joghurt-Werbungen da durchlaufen mit allen möglichen probiotischen Stämmen, die zum Teil mehr oder weniger gut wissenschaftlich untersucht sind.

Ich verwende auch ganz gerne Probiotika. *Lactobacillus acidophilus* hat in Studien durchaus viele ganz gute Effekte gezeigt. Es gibt auch noch andere, die ich dann später noch erwähnen werde. Mit dem „E. coli Nissle“, mit dem fahre ich auch sehr gut, das ist ein Keim, den man auch bei Colitis ulcerosa verwendet, also bei einer

wirklich entzündlichen Darm-Erkrankung, wo die Schleimhaut geschädigt ist. Dieser E. coli Nissle-Stamm (MUTAFLO®) hat auch bei Reizdarm – meiner Erfahrung nach – ganz gut funktioniert. Leider muss man da häufig mit der Krankenkasse kämpfen, damit sie es bewilligen!

Rifaximin: Bei einem anderen Medikament, wo es heuer in einer der prominentesten und schergewichtigsten, wissenschaftlichen Publikationen eine Studie gegeben hat, sozusagen der „Mercedes“ unter den wissenschaftlichen Journalen, ist das Rifaximin. Das ist ein Antibiotikum, das vom Körper nur ganz minimal aufgenommen wird, der Handelsname ist das Colidimin, und wird primär verwendet bei Reisedurchfällen. Weiters gibt man es ganz gerne bei „Bacterial overgrowth“ (bakterielle Überwucherung im Dünndarm), weil es gezielt auf diese Keime wirkt ohne dass es vom Körper aufgenommen werden kann.

Auch bei Divertikel-Entzündungen (Divertikulitis) – diese Ausstülpungen der Dickdarmwand, die recht häufig auftreten und die eine sehr schmerzhaft Entzündung machen können – kann man solch eine Colidimin-Therapie machen. Manche Ärzte verordnen das so kurartig, dass man in gewissen Abständen (ein Monat oder zwei Monate) jeweils eine Therapie macht.

Diese Studie hat deswegen recht viel Aufsehen erregt, weil sie eine der ersten Studien zu diesem Thema war und eben sehr gut und prominent publiziert wurde und da hat sich gezeigt, wenn die Patienten für zwei Wochen mit diesem Antibiotikum behandelt wurden, dann kam es bei 40 %, also nicht ganz der Hälfte, aber doch zu einer deutlichen Besserung, vor allem der Schmerzen und ungefähr zu einem gleich hohen Prozentsatz zu einem Verschwinden der Blähungen.

Was wir jetzt allerdings nicht wissen – wie gesagt, diese Studie ist die erste zu diesem Thema und ist erst vor wenigen Wochen publiziert worden – ist, was das für einen Langzeiteffekt hat, ob das einen Langzeiteffekt hat. Und wir wissen auch nicht, was ist die ideale Therapiedauer, reichen die *zwei Wochen aus, reicht eine Woche zur Behandlung oder sollte man das länger machen, sollte man das immer wieder einmal machen* – das ist somit vom medizinischen Standpunkt noch nicht klar! Aber es scheint ein zusätzliches Medikament für die Behandlung von Reizdarm-Patienten zu sein, vor allem wenn die Schmerzen und die Blähungen im Vordergrund stehen.

Eine Graphik aus dieser Studie zeigt, dass man solche Studien immer auch mit Vorsicht genießen soll. Wenn man sich nur die Kurzfassungen ansieht, steht das immer alles super drinnen. Wenn man sich allerdings die Kurven genauer anschaut, dann ist der Unterschied zu Placebo gar nicht so toll.

Das Placebo hat nach drei Monaten eine hohe Ansprechrate, ca. 30 %, und das Colidimin (Rifaximin) ca. 40 %, also 10 % besser als Placebo, das liest sich dann doch schon wieder etwas anders. Das soll uns auch zeigen, dass eben diese Krankheit sehr vielschichtig ist und eben Interaktionen zwischen Gehirn und Darm eine wesentliche Rolle spielen. – So einfach ist es nicht, dass wir Antibiotikum geben und alles wird gut. – Falls Sie das hören, Rifaximin ist durchaus ein interessanter Ansatz, die ersten 14 Tage wurden „völlig verblindet“ – es hat weder der behandelnde Arzt, noch der Patient gewusst, was er bekommen hat.

Wenn man dann die Daten genau analysiert, ist mit dem Medikament natürlich eine Besserung vorhanden, das erwarten wir uns auch, aber im Vergleich zu Placebo nicht die Sensation!

ROSE-010: Auch ein neuer Ansatz, mit dem hübschen Namen ROSE-010, ist eine hormonähnliche Substanz, die eine ähnliche Wirkung wie das „glucagon-like-peptide-1-Hormon, Darmhormon, entwickelt. Dieses Darmhormon wirkt auf die Kontraktion der glatten Muskulatur der Darmwand.

Das ist jetzt schon etwas schwieriger zum Applizieren, das kann man nicht schlucken, sondern das wird subkutan gespritzt oder als Infusion gegeben und führt offensichtlich über diesen Rezeptor, an dem dieses Darmhormon normalerweise auch andockt, zu einer verminderten Krampfentstehung und zu verminderten Schmerzen, wirkt nämlich immerhin doppelt so häufig, im Vergleich zu Placebo, bei diesen Patienten.

Es gibt Übelkeit als Hauptnebenwirkung, das muss man beachten. Wie gesagt, auch das ist relativ neu, die Publikation ist zwar schon zwei Jahre alt, aber bis jetzt habe ich nichts Neues gefunden, d. h. wir haben einmal eine Studie beim Ansatz für die Zukunft, wo man in diese Darmhormone eingreifen kann über diese ROSE-010-Substanz. Ob das in der Zukunft einen Stellenwert spielt, wird man sehen. Aufgrund der **einen** Studie kann man das noch nicht versprechen. Die etwas komplizierte Anwendung ist z. B. deshalb gegeben, weil Sie sich das selbst spritzen müssen. Es könnte eine Reservemedikation sein für Patienten, die besonders schwer zu behandeln sind. Das wäre durchaus eine Möglichkeit, überhaupt dort, wo bei Patienten Schmerzen und Blähungen im Vordergrund stehen.

Zusammenfassung: Therapeutische Ansätze bei RDS Schmerzen und Blähungen.

Teilweise gibt es bei diesen Mitteln Grenzfälle zwischen Alternativ-Medizin und Schulmedizin.

- Pfefferminzöl (meist in Form von Kapseln).
- Probiotika – Vielzahl von Dosierungen und verschiedene Stämme.
- Rifaximin – Colidimin (Rifaximin ist der Wirkstoff).
- ROSE-010 (Substanz wird als Injektion oder Infusion verabreicht).

Therapeutische Ansätze bei Reizdarmsyndrom – Verstopfung.

Eine der Formen des Reizdarmes ist die, die mit Verstopfung vergesellschaftet ist und da bringe ich Ihnen jetzt einige therapeutische Ansätze bei Reizdarmsyndrom C – also bei Verstopfung.

Faserreiche Kost: Da geht es um Ballaststoffe, die den Stuhlgang regulieren sollen, da gibt es ja auch alles mögliche im Handel und auch in den Reformhäusern. Das können Sie als Nahrungsergänzungsmittel kaufen, das Prinzip ist relativ einfach, die Ballaststoffe binden Flüssigkeit im Darm und führen dadurch zu einer Beschleuni-

gung der Darmpassage und in weiterer Folge zu lockerem Stuhl und zur Erhöhung der Stuhlfrequenz.

Es wurden die verschiedensten Ballaststoffe untersucht. Das einzige, wo es wirklich gute Ergebnisse gibt, sind die „**Flohsamen**“ (Ispaghula). Für unlösliche Ballaststoffe, also solche, die vom Körper unverändert wieder ausgeschieden werden, wie Weizenkleie etc., gibt es diesen Effekt nicht. Das scheint manchen Patienten sogar eher zu schaden; man kann allerdings nicht großen Schaden anrichten, sondern die Beschwerden werden einfach nicht besser. Diese Stoffe sind keine Medikamente und es gibt daher auch keine Nebenwirkungen. Deshalb ist der Flohsamen bei dieser Patientengruppe in jedem Fall einmal eine gute Basis, um eine Therapie zu starten.

Serotonin „Re-up-take Hemmer“: Etwas anderes, was primär nicht unbedingt mit dem Darm zu tun hat, aber Sie vielleicht auch schon Kontakt hatten, sind die sogenannten Serotonin Re-up-take Hemmer – ich sage immer scherzhaft, das ist die Zufuhr von Schokolade. Serotonin ist ein Neurotransmitter, der auch in der Schokolade enthalten ist und der ist – wie Sie alle wissen – durchaus stimmungsaufhellend, vor allem kurzfristig, nur wenn Sie das öfter machen und auf die Waage steigen, wahrscheinlich weniger. Aber prinzipiell sagt man, ist die Schokolade ein „guter Freund“. Der Hintergrund ist vielschichtig, warum man es bei Reizdarm verwendet, einerseits habe ich schon gesagt, dass ja Depression durchaus häufiger bei Reizdarm-Patienten auftritt als bei Darm-Gesunden.

Die Antidepressiva, die Re-up-take Hemmer, spielen auch eine Rolle bei der Schmerzempfindung, man verwendet sie auch ganz gern bei Patienten mit starken Schmerzen zusätzlich zu herkömmlichen Schmerzmitteln, weil es die Schmerzempfindung moduliert und verändert und sie sind relativ gut verträglich. Warum es jetzt bei Reizdarm zusätzlich gegeben wird, ist, dass es eben auch eine Wirkung auf die Darmmotilität hat. Vor allem bei Verstopfung wirkt es eher ein wenig darmbeschleunigend.

Und wenn wir jetzt wieder die Studien anschauen, hat sich gezeigt, dass in einer Meta-Analyse die Ansprechrate im Vergleich zu Placebo doppelt so hoch ist. Wenn man das mit Rifaximin vergleicht, da waren die Schmerzen sozusagen um 10 % besser als bei Placebo. Hier durch diese Serotonin Re-up-take Hemmer – „Seroxat, Seropram“ und weitere – ist die Ansprechrate doppelt so groß bei Patienten mit Verstopfung.

Was jetzt in diesen Studien nicht so ganz herauskommt, weil das nicht so genau angeschaut wurde, wenn Patienten offensichtlich gar keine depressiven Verstimmungen haben oder keinen Hinweis für Depressionen, wie gut das bei denen wirkt – ob also die Effekte auf den Darm allein ausreichend sind oder allein das Wirksame sind oder ob die psychischen Faktoren da eine Rolle spielen und wie groß die sind, das können wir also nicht genau sagen.

Tegaserod: Ein Medikament, welches kurz da war und schon wieder weg ist, ist das Tegaserod, ich weiß nicht, ob Sie das mitbekommen haben. Es war auf den Gastroenterologischen Kongressen großes Aufsehen darum, überall gab es Plakate, die Pharmafirma hat viel Geld in das Marketing investiert und „schwup di wup“ war es auch schon wieder weg.

Es ist ein Rezeptor-Antagonist, das Hydroxytryptamin. Diese Rezeptoren spielen eine wichtige Rolle, vor allem für die motorische Funktion, d. h. für die Darmbewegung, für die Darmbeweglichkeit, aber auch für die Sensorik, also die Empfindung von Schmerzen, beispielsweise.

Das Tegaserod dockt an diesen Rezeptor an, stimuliert ihn, blockiert ihn eben nicht, und führt dabei zu einer Verkürzung der Darmtransitzeit, stärkt also die Darmbewegung, die Darmmotilität. Das hat sich in mehreren Studien als sehr wirksam erwiesen und das wurde auch relativ rasch – zumindest einmal für die Subgruppe von Frauen mit Reizdarm / Verstopfung – zugelassen, das deswegen, weil sich in den Studien gezeigt hat, dass interessanter Weise sich das bei Frauen sehr gut wirksam gezeigt hat.

Wie gesagt, kaum war es da, war es schon wieder weg, Österreich hat es, glaube ich, nicht einmal bis zur Zulassung geschafft, weil es hatte kardiovaskuläre Nebenwirkungen, also Herzinfarkte etc. und Schlaganfälle gegeben, sodass es 2007 schon wieder vom Markt genommen werden musste.

Das ist nicht das einzige Medikament, ich werde Ihnen dann noch ein anderes zeigen, wo auch dieses Schicksal mitgespielt hat.

Lubiproston: Eine andere Substanz, die auch noch nicht in Österreich zugelassen ist, ist das „Lubiproston“. Auch hier kommt es zu einer vermehrten Darmentleerung, zu einer Beschleunigung der Stuhltransitzeit, und insgesamt zur Verbesserung von Symptomen bei Patienten, die Reizdarm mit Verstopfung haben. Auch hier wird wieder an einen Rezeptor angedockt, das ist in dem Fall ein „Chloridkanal“, das ist für unsere Zwecke egal, das Resultat ist, dass der Stuhl weicher wird, dass eben die Darmbewegung verstärkt wird und dass die Patienten eben häufiger und rascher auf die Toilette gehen können.

Wichtig ist, dass dies relativ sensitiv ist für den Darm, d. h. es wirkt nur dort, wo wir es uns wünschen (Dünn- und Dickdarm) und nicht im ganzen Körper. Diese Chloridkanäle gibt es nämlich im ganzen Körper. Wirksam wichtig ist, dass bei allen Substanzen, die irgendwie Flüssigkeit regulieren, die Blutsalze, also die Elektrolyte Natrium, Kalium, mehr oder weniger unbeeinflusst bleiben.

Was es macht – und deswegen sage ich, das „allgemein glücklich machende Medikament“ wird es nicht geben – es gibt also auch Nebenwirkungen, Kopfschmerzen sind beschrieben, Übelkeit ist beschrieben! Und das Wesentliche für uns ist, diese Substanz ist bisher bei uns in Österreich nicht zugelassen, sondern nur in den Vereinigten Staaten und in der Schweiz, auch hier wieder nur zur Behandlung von Frauen bei Reizdarmsyndrom mit Verstopfung (RDS – C), nur in dieser Indikation ist es zugelassen.

Linaclotid: Bleiben wir bei den Rezeptoren, die den Flüssigkeitshaushalt beeinflussen. „Linaclotid“ ist eine andere Substanz, die vielleicht kommen wird. Da gibt es eine Sicherheitsstudie, die ich Ihnen hier zitiere, u. z. aus 2010. Da gab es eine „Phase-II-Studie“, wo einmal die Verträglichkeit und die Sicherheit des Medikaments getestet wurde, wo das ganz gut funktioniert hat.

Im Moment laufen sogar die „Phase-III-Studien“, wo an einer größeren Patientenzahl diese neue Substanz untersucht wird.

Linaclo tid sollte man ein wenig im Auge behalten, das könnte in den nächsten Jahren, wenn diese Studien auch positiv verlaufen werden, ein neuer Ansatz werden für Reizdarmpatienten, die vor allem unter Verstopfung, als Hauptsymptom, leiden.

Zusammenfassung: Therapeutische Ansätze bei RDS Verstopfung.

- Faserreiche Kost – bestens geeignet Flohsamen.
- Serotonin „Re-up-take Hemmer“ – Antidepressiva werden immer wieder zur Modulation bei Reizdarm-Patienten eingesetzt.
- Tegaserod – musste 2007 wieder vom Markt genommen werden wegen kardiovaskulärer Nebenwirkungen.
- Lubiproston – nur teilweise in USA und der Schweiz zugelassen.
- Linaclo tid – Phase-III-Studien zur Markteinführung laufen derzeit.

Lassen wir die Verstopfung – wechseln wir zum nächsten unangenehmen Symptom, dem Durchfall.

Therapeutische Ansätze bei Reizdarmsyndrom – Durchfall.

Spasmolytica: Medikamente, die Sie alle kennen, sind Spasmolytica, also krampf lösende Medikamente, die einen entspannenden Effekt auf die glatte Muskulatur des Darmes haben und deswegen sehr gern gegeben werden, weil sie einerseits eher stopfend wirken und andererseits natürlich auch bei den Schmerzen funktionieren.

Auch hier gibt es eine Meta-Analyse aus der gleichen Gruppe wie bei Verstopfung, auch schon mittlerweile drei Jahre alt, die mehrere Studien zusammengefasst hat und die hat gezeigt, dass diese Spasmolytika – denken Sie z. B. an das Buscopan – wirksam sind. Es gibt natürlich Nebenwirkungen, Patienten, die das schon genommen haben, kennen das vielleicht – es kann Mundtrockenheit machen, vor allem wenn man es gespritzt bekommt, es kann auch Schwindel auftreten und ab und zu verschwommenes Sehen. Insgesamt sind das aber sehr sichere Medikamente und stellen deswegen, das was wir eine „first line Therapie“ nennen, also eine Basistherapie bei Patienten mit Reizdarm und Durchfall, dar.

Trizyklische Antidepressiva: Wir haben schon diese „Serotonin Re-up-take Hemmer“ erwähnt, die bei Reizdarm mit Verstopfung verwendet werden.

Bei Reizdarm mit Durchfall kann man an trizyklische Antidepressiva denken, also eine andere Gruppe von antidepressiven Medikamenten, die als Nebenwirkung so quasi Verstopfung machen. Da haben wir auch hier wieder zwei Ansatzpunkte – wir haben gesagt, es gibt die psychologischen Faktoren, das häufigere Auftreten von depressiven Verstimmungen und eben den Durchfall bei diesen Patienten (mit RDS – D). Das kann man kombinieren, in dem man z. B. Trizyklika gibt.

Da gibt es auch wieder eine Reihe von Studien, eine der letzten war aus 2009, die gezeigt hat, dass das durchaus effektiv sein kann bei Patienten mit Durchfall und Reizdarm. Die letzten Daten, wie eben die, zeigen eigentlich einen zunehmend besseren Effekt – die Studien sind auch größer, mit mehr Patienten, und da wird der Effekt auch deutlicher.

Alosetron: Eine Substanz, die sehr heiß umstritten ist, ist das Alosetron, das in Europa auch nicht zugelassen wurde. Es ist auch ein Medikament, welches bei Patienten mit Reizdarm bei Durchfall verwendet wird. Auch hier ist es ähnlich, so ein „5-Hydroxytryptamin-Rezeptor“, da gibt es Nr. 3 und 4, und das dockt dort an und führt zu Verstopfung oder zu einer Reduktion der Stuhlfrequenz.

Diese Substanz und die Umstände der (Wieder)-Einführung haben zu zahlreichen Polemiken geführt – es wurde sehr rasch zugelassen. Kurz nach der Einführung mehrten sich die Berichte, dass Patienten massivste Verstopfung bekommen haben, die bis zu Darmentzündungen geführt haben. Da war dann so viel Stuhl drinnen, dass die Blutversorgung abgedrückt wurde und Patienten sogar operiert werden mussten, bzw. auch zu Tode gekommen sind. Das Medikament wurde dann deswegen kurzfristig sogar vom Markt genommen aufgrund dieser schweren Nebenwirkungen.

Und das, was man dann sehr kritisiert hat an der amerikanischen Behörde ist, dass das Medikament 2002 wieder in den Handel kam, allerdings mit eingeschränkter Zulassung nur in den USA.

Es klingt zwar sehr wenig, wenn man weiß, dass diese schweren Nebenwirkungen nur bei ein oder zwei Patienten von tausend auftraten (somit 1 bis 2 Promill), „aber wenn man doch daran stirbt, ist man zu 100 Prozent tot“! Deshalb ist die Statistik nur eingeschränkt relevant für die einzelne Person, aber wie gesagt, in Europa wurde diese Substanz nie zugelassen, aber man versucht, hin und wieder sich auch etwas aus dem Ausland zu organisieren.

Ramosetron: Eine ähnliche Substanz von der Chemie her ist das Ramosetron. Das wirkt also auch auf diesen Rezeptor (5-Hydroxytryptamin 3 Rezeptor), da gibt es eine Studie, die in Indien durchgeführt wurde – Reizdarm in Indien – also offensichtlich auch ein Thema in Indien, 500 Patienten, das ist relativ groß für solch eine Studie, aber es ist auch ein großes Land. Dabei kam es zu einer deutlichen Verbesserung des Durchfalls und eben der Schmerzen.

Interessanterweise ist diese Substanz bisher nur in Japan und Südostasien erhältlich. Diese Studie ist auch schon wieder drei Jahre alt, diese japanische Studie. Die Substanz ist auch nur zur Behandlung von Frauen und Männern mit RDS – D (IBS – D), also mit Durchfall, zugelassen.

Zusammenfassung: Therapeutische Ansätze bei RDS Durchfall.

- Spasmolytica: Diese wirken bei Reizdarmsyndrom mit Durchfall durch ihren entspannenden Effekt auf die glatte Muskulatur des Darmes.

- Trizyklische Antidepressiva: Diese werden bei Durchfall und in der Schmerztherapie verwendet.
- Alosetron: Substanzen wie Alosetron blockieren den 5-Hydroxytryptamin 3 Rezeptor und führen damit zu Verstopfung.
- Ramosetron: Das ist eine neuere Substanz, die ebenfalls auf den 5-Hydroxytryptamin 3 Rezeptor wirkt.

Das ist jetzt einmal so der Überblick, das, was wir an Chemie, unter Anführungszeichen, auf dem Markt haben, was vielleicht kommen wird, was schon wieder weg ist und jetzt möchte ich noch ein bisschen über die „Alternativen Ansätze zur Behandlung des Reizdarmsyndroms“ sprechen.

Alternative Ansätze zur Behandlung des Reizdarmsyndroms.

Wie Sie ja wahrscheinlich auch aus eigener Erfahrung wissen, ist die Krankheit einerseits sehr vielschichtig und andererseits ist die Therapie oft unbefriedigend. Man hat jetzt nicht das eine Medikament, das einem alle Beschwerden nimmt, man probiert viele verschiedene Dinge aus und im Endeffekt ist es immer ein Kompromiss.

Deshalb sucht man natürlich nach Alternativen. Die sind primär natürlich einmal in der Schulmedizin, das, was Ihnen Ihr Arzt verschreibt, aber irgend wann steht er vielleicht einmal an und Sie sehen sich überhaupt ein bisschen abseits nach Therapieoptionen um.

Ich habe schon gesagt, teilweise gibt es ein Überlappen von dem, was man als Alternativ-Medizin und Schulmedizin bezeichnen kann, das sind die Probiotika und wenn man will, das **Pfefferminzöl** ist jetzt auch nicht so das klassische schulmedizinische Medikament. Aber ich habe es deswegen zur Schulmedizin auch gegeben, weil es sehr gut studiert und untersucht ist.

Was gibt es jetzt sozusagen als Alternativ-Produkte? Es gibt Kräuter, denken Sie an die „**Traditionelle Chinesische Medizin**“, aber nicht nur das Pfefferminzöl, dieses haben wir gerade erwähnt.

Diät (Exklusivdiät) ist im Endeffekt natürlich auch eine Art von Alternativ-Medizin, die **Probiotika**, die wurden auch schon erwähnt, dann gibt es noch die **Präbiotika**. Was auch schon im Vorfeld angedeutet wurde, gibt es verschiedene Therapieansätze, die im Englischen als „Mind-body medicines“ – Seele-Körper-Medizin – zusammengefasst wird und weitere, wie **Hypnose**, **Akupunktur** und **meditative Techniken**.

Dann gibt es noch „Body-based practices“, also mehr Körper basierende Praktiken, wie die **Fusszonenreflex-Massage**, die auch verwendet wird bei der Behandlung von Reizdarmsyndrom.

Zusammenfassung: Alternative Ansätze zur Behandlung des RDS.

- Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) und medizinische Kräuter.
- Pfefferminzöl, auch zur Schulmedizin gehörend.
- Exklusivdiät.
- Probiotika (Darmbakterien).
- Präbiotika (Poly- oder Oligosaccharide).

- Hypnose.
- Akupunktur.
- Meditation.
- Fußzonenreflexmassage.

Zu Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) und medizinische Kräuter: Damit meine ich zunächst einmal die pflanzlichen Therapieansätze in der Chinesischen Medizin. Das ist ja ganz gut untersucht, dazu muss man sich ein bisschen in die Philosophie der Chinesischen Medizin versenken und die „traditionell chinesischen Ärzte“ sagen, dass das Reizdarmsyndrom einerseits eine Folge von gestörter Milzfunktion ist und andererseits ein Energieproblem der Leber.

Diese Kräuter sollen diese Milzfunktion wieder herstellen und auch die Energie der Leber wieder auffüllen. Es gibt verschiedenste Mischungen, die wichtigste Mischung hierzu ist „Tong Xie Yao Fang“ mit bis zu 20 verschiedenen Kräutern. Es gibt auch andere Mischungen mit ähnlich vielen Kräutern.

Ob es jetzt wirkt, ist nicht unumstritten und das betrifft viele dieser alternativen Heilmethoden, weil es entweder keine Studien gibt, schlecht „designte“ Studien, also wenige Patienten, keine Kontrollgruppe oder die Daten nicht vollständig erfasst wurden. Vor allem Nebenwirkungen werden sehr ungern in diesen Alternativstudien wirklich ausreichend angeschaut.

Was auch ein Problem ist, und das wissen Sie, wenn Sie das schon ausprobiert haben, dass Sie oft eine „individualisierte Therapie“ bekommen. Und mit individualisierten Therapien tun wir uns in Studien natürlich schwer. Denn wenn jeder etwas anderes bekommt, kann ich die Daten schwer bis gar nicht vergleichen. Es ist aber gerade so, dass bei der traditionellen chinesischen Kräuter-Medizin „individualisierte“ Mischungen besser funktionieren als „standardisierte“ aus der Apotheke.

Es gibt aber auch andere Kräuter-basierende oder pflanzliche Produkte, die verwendet werden, das STW 5, das kennen viele unter dem Handelsnamen **Iberogast®**. Das ist ein Extrakt aus 9 Kräutern, das an und für sich ganz gut funktioniert. Es wird auch sehr gerne verwendet, man muss nur ein bisschen aufpassen, 31,0 Vol.-% Alkohol, das ist schon so ein „kleines Schnapserl“, das man täglich zu sich nimmt! Das sollte man schon beachten. Natürlich hilft ein „Schnapserl“ auch, aber das sollte man nicht unterschätzen.

Padma Lax ist ein Präparat aus tibetanischen Kräutern. Aber es gibt eine Reihe von Problemen für uns Schulmediziner, vor allem aber auch für manche Patienten bei diesen Therapieansätzen. Wir wissen nicht:

1. Wie funktioniert es?
2. Was ist die Substanz?

In der TCM glaubt man, dass es jetzt den Darm beruhigt, dass es die Schmerzen nimmt, die Blähungen verbessert, das ist eher abstrakt. In diesen Kräutermischungen, die sich auch bei gleichem Namen teilweise von einander unterscheiden, ist es schwierig, wirklich die wirksamen Teile heraus zu fischen - was ist mehr oder weniger Beigabe und was ist wirksame Substanz -.

Es gibt keine Daten zur Sicherheit dieser Therapien, vor allem bei „chronischem Einsatz“, wie bei Patienten mit Reizdarmsyndrom. Zusätzlich ist nicht klar, in welchem Ausmaß Verunreinigungen (z. B. durch Pestizide) vorkommen und welche Auswirkungen sie haben. Wir wissen ja nicht, wo diese Kräuter wirklich herkommen, da gibt es auch immer wieder Diskussionen.

Auch das Problem, welches wir Schulmediziner haben, das ist natürlich für die Patienten nicht relevant, ist, dass die individualisierte Therapie natürlich schwierig in Studien durchzuführen ist (fehlende Vergleichbarkeit), wie schon erwähnt.

Zu Pfefferminzöl: Im weitesten Sinne einer Kräutermedizin ist das Pfefferminzöl, also ein öliges Extrakt der Pflanze „Mentha piperita“, das eben einen pharmakologischen Effekt hat auf die Darmmuskulatur - es wirkt muskelentspannend - . Es gibt eine Reihe von Studien, manche sind ganz „lausig“, aber im Endeffekt kommt unter dem Strich ein relatives Risiko von 0,4 heraus. Was heißt das? Sie haben ungefähr eine 60 %-ige Symptomverbesserung durch Pfefferminzöl im Vergleich zu keiner Therapie oder zu einer Placebo-Therapie.

Ein Vorteil von diesem Pfefferminzöl ist, dass es sicher ist, es hat keine schweren Nebenwirkungen. Es kann Sodbrennen machen und ein perianales Brennen, also im Bereich des Afters, das ist allerdings mild. Im Unterschied zum Buscopan entsteht beispielsweise keine Mundtrockenheit ect., deshalb wird es von vielen Patienten als angenehmer empfunden.

Wo man immer aufpassen muss mit Medikamenten generell und natürlich mit muskelrelaxierenden, also muskelentspannenden Medikamenten im speziellen, ist die Schwangerschaft. Da sollte man mit allem sehr zurückhaltend sein.

Zu Diät, Exklusionsdiät: Ein Thema, mit dem man ganze Abende füllen könnte, ist die Diät, was soll ich jetzt essen, was darf ich nicht essen! Da gibt es immer die sogenannte Exklusionsdiät, wir wissen, dass Reizdarmpatienten berichten, dass sie gewisse Nahrungsmittel so gar nicht vertragen und dem entsprechend ist es auch gängige Praxis, gewisse Speisen, die Probleme machen, zu vermeiden.

Dazu gehören Milch und Milchprodukte, Weizen, Eier u. a. Das Problem ist, wenn man das wieder in Studien anschaut, sind die Ansprechraten, wenn man dem Patient solch eine Diät vorschreibt, sehr unterschiedlich. In manchen Studien bringt es fast nichts, Ansprechrate von 6 %, bei anderen Studien sind die Ansprechraten mit fast 60 % doch wieder sehr respektabel. Was wirklich die Sache ist, wissen wir nicht.

Was auch immer wieder propagiert wird und da bin ich persönlich auch ein bisschen skeptisch, ist, dass man die „Immunglobulin-Titer“ bestimmt, also Antikörper gegen gewisse Nahrungsmittel. Da gibt es auch Labors, die ganz gut davon leben, dass sie das gegen „Cash“ machen, da gibt es Daten, dass es zu sein scheint, dass es zu einer Verbesserung führt. Gestern habe ich wieder solch eine Liste von diesen IgG 4 angeschaut. Wenn Sie das selbst vielleicht schon gemacht haben, bekommen Sie dann eine Liste, wo dann kaum noch etwas übrig bleibt und die Frage ist, wie setzt man das in der Praxis um. Und wir wissen auch nicht wirklich gut, wie es funktioniert in dieser Studie – hat es einen Effekt gehabt, aber es ist auch nicht ganz klar, wie groß der Effekt ist!

Zu Probiotika: Die Probiotika habe ich schon einmal erwähnt, aber jetzt möchte ich sie noch einmal bei den alternativen Heilmethoden hervor heben, weil sie eine große Rolle spielen. Ich habe schon gesagt, die Keime, die in unserem Darm leben, sind viele Milliarden und die haben dort eine wichtige Funktion. Die verarbeiten teilweise Nahrungsmittelbestandteile, die wir selbst nicht verarbeiten können und haben auch für die Immunfunktion eine wichtige Rolle.

Und was ich auch schon erwähnt habe, ist, dass bei Patienten mit Reizdarmsyndrom die Zusammensetzung der Darmflora eine andere ist als beim Darm-Gesunden. Also, „irgend etwas hat es da“ und die Veränderung der Darmbakterien sind entweder die Folge des Reizdarms oder eben ursächlich.

Es gibt eine Reihe von Probiotika, die untersucht wurden, die alle möglichen Effekte haben, eine positive Wirkung auf die Barrierefunktion der Darmschleimhaut, die Durchlässigkeit der Darmschleimhaut verringern (Permeabilität) und auch die viszerale Hypersensibilität positiv beeinflussen. Der Darm hat ja auch eine ganz wichtige Barrierefunktion, er ist eines der Organe, mit dem wir mit der Außenwelt – wenn Sie so wollen – durch die Dinge, die wir essen, in Kontakt stehen. Und auch diese Empfindung der Darmschleimhaut kann durch Probiotika positiv verändert werden.

Lactobazillen habe ich schon erwähnt, eine andere Gruppe, die sehr gut untersucht wird und auch immer wieder propagiert wird, sind die Bifidobakterien und auch hier gibt es wieder eine Reihe von Meta-Analysen, die zeigen, dass Probiotika bei vielen Patienten zu einer Verbesserung der Symptome und damit auch der Lebensqualität führt.

Was wir auch immer wollen als Schulmediziner, wir wollen auch objektive Parameter. Lebensqualität sind dann immer solche Fragen-Score, die ausgewertet werden. Aber auch diese objektiven Parameter, wie die Transitzeit, also die Passagezeit von Nahrung durch den Körper wird beeinflusst und auch so ganz banale Parameter, wie das Messen des Bauchumfangs als Korrelat für das Aufgebläht sein scheint auch durch Probiotika verbessert zu werden.

Was wir jetzt nicht so ganz wissen, wie gibt man Probiotika am besten! Die Probiotika müssen durch ein sehr feindliches Ambiente durch und lebend im Darm ankommen. Wenn Sie den Magen anschauen und keinen Säurehemmer schlucken, dann haben Sie dort einen PH-Wert von 1, das ist also „sauer“ und warum ist das dort so, einerseits als wichtige Verdauungsfunktion und andererseits ist es eine Schutzbarriere vor Bakterien und Viren, die also im sauren Milieu abgetötet werden. D. h. wir müssen

die Probiotika so „verpacken“, dass sie auch wirklich im Dickdarm ankommen. Das ist nicht so, dass wir dort eine „Siedlung“ machen, dass die Bakterien dort einmal hinkommen und dort vermehren sie sich und leben dort „glücklich in alle Ewigkeit“, sondern die werden auch wieder eliminiert.

Der Darm ist ein sehr dynamisches Gebiet, wo sich ständig Dinge durch Zufuhr oder Verschwinden von Bakterien ändern und natürlich – ich habe schon gesagt, das sind ja lebende Keime – diese „Burschen“ müssen Sie also lebend in den Darm bekommen.

Zu Präbiotika: Es gibt dann auch noch die Präbiotika. Die muss man von den Probiotika unterscheiden. Das ist dann gleichsam der „Treibstoff“ für die Bakterien, die Sie ihnen zufüttern. Das sind meistens irgend welche Zucker – Bakterien wollen ja von etwas leben – also Fructose, auch das kennen wir, Galaktose, Lactulose, das kennen Sie vielleicht auch, das kann man ja auch bei Verstopfung verwenden. Das soll mehr oder weniger die Darmkeime „füttern“ – „züchten“ und schauen, dass sie sich dadurch vermehren.

Zu Hypnose: Was ich auch schon so im Vorfeld kurz erwähnt habe, das ist die Hypnose. Durch Hypnose wird der Patient durch eine Suggestion in einen sehr tiefen Entspannungszustand versetzt. Es gibt die Darm-fokussierte Hypnotherapie. Die konzentriert sich einerseits auf allgemeine Stresserleichterung und andererseits auf spezifische Darmsymptome. Das geht üblicherweise über einen Zeitraum von 3 Monaten. In den Studien scheint das zu sein, dass insgesamt der persönliche Stresslevel des Patienten reduziert wird und es kein spezifischer Effekt auf den Darm zu existieren scheint.

Das Problem ist einerseits, es ist nicht wirklich weit verfügbar, andererseits sind individuelle Erfahrungen sehr unterschiedlich, bei manchen funktioniert es, bei anderen funktioniert es gar nicht, sodass es sicher „jetzt nicht die Massentherapie ist“.

Zu Akupunktur: Die Chinesische Medizin habe ich schon erwähnt und eine, sicher der wesentlichen Methoden der Chinesischen Medizin, ist die Akupunktur, die ja schon seit „Ewigkeit“ dort therapiert wird. Auch hier gibt es eine Philosophie dahinter, die den Wirkmechanismus erklären soll, nämlich das Vorhandensein von Kanälen, den sogenannten Meridianen im Körper, die transportieren Energie, das sogenannte „Qi“, und wenn Sie an bestimmten Nadelpunkten Nadeln applizieren, üblicherweise in der klassischen Akupunktur dadurch, dann können Sie diese Energieflüsse aktivieren und gewisse Beschwerden beeinflussen. Besonders gern macht man das bei Schmerzen, aber auch bei Übelkeit, z. B. nach Operationen, z. B. nach Chemotherapie, auch in der Schwangerschaft, wo wir natürlich mit Medikamenten sehr vorsichtig sind - bei Schmerzen funktioniert das ganz gut.

Für das Reizdarmsyndrom ist das noch weniger klar. Es gibt 6 randomisierte Studien, also wo Patienten zufällig in eine Behandlung, eine sogenannte „Sham-Gruppe“ eingeteilt wurden. Sham-Gruppe heißt, da wurde so getan, als ob diese Patienten eine Akupunktur bekommen und da wurde dann hinterfragt, ob es ihnen besser geht.

Wie macht man das? Man hat also keine echten Nadeln verwendet. Ob das jetzt gut genug war oder nicht, ist natürlich schwierig zu überprüfen, aber das Problem ist auch, dass die Protokolle sehr unterschiedlich sind – manche machen die klassische Nadel-Methode, es gibt aber auch eine Elektro-Akupunktur, bei der natürlich mit Strom akupunktiert wurde. Was jetzt wirklich so das bessere ist, wissen wir nicht.

Detto wie bei den Kräutern haben Sie auch hier einen individualisierten Zugang, so dass es auch wirklich schwierig ist, vergleichbare Daten zu erhalten.

Zu Meditation: Entspannung habe ich schon gesagt – Meditation ist auch eine Methode, die angewendet wird beim Reizdarmsyndrom, auch hier eben zum Sinn der Entspannungstherapie und wird auch erfolgreich bei verschiedenen Schmerzformen und auch bei allen psychologischen Störungen verwendet.

Es gibt Untersuchungen zur Therapie von Kopfschmerzen, Fibromyalgie, Angststörungen, Depression und Schmerzen bei Krebspatienten.

Beim Reizdarm gibt es interessanter Weise relativ wenig Daten. Ich habe nur **eine** Studie gefunden mit 16 Patienten, also nicht wirklich eine große Sache, eher so ein Fallbericht von ein paar Patienten, wobei es aber doch zu Verbesserungen der Symptome gekommen ist, der Durchfall ist besser geworden, die Blähungen und das aufgetriebene Abdomen wurden positiv beeinflusst.

Zu Fußzonenreflexmassage: Auch das wird ganz gerne propagiert. Es gibt auch hier eine kleine Studie, die hatte etwas mehr als 16 Patienten, aber auch nur etwas über 20 Personen. Aber da hat sich, zumindest in dieser einen Studie, die ich gefunden habe, kein wirklicher Vorteil gezeigt, sodass man diese Methode beim Reizdarm nicht empfehlen kann nach dem heutigen Stand der Wissenschaft.

Nun ist es Zeit zum Schluss zu kommen und ich will Ihnen noch kurz eine sogenannte Zusammenfassung geben:

Zusammenfassung: Ich habe Ihnen die ROME III-Kriterien aufgezeigt, wo also diese Symptomblocke beschrieben sind, was man sozusagen „bieten muss“, um als Reizdarm-Patient zu gelten, trotzdem ist es, zumindest für mich, immer noch relativ „schwammig“, was jetzt wirklich ein Reizdarm ist. Und Ihnen geht es vielleicht auch so, wenn man Ihnen erklärt, Sie haben ein Reizdarmsyndrom, dass Sie das nicht aufnehmen können, was das jetzt wirklich ist.

Die Gründe sind sicher, dass wahrscheinlich nicht ein, zwei oder drei Faktoren die Ursache sind, sondern viele verschiedene kleine Puzzle-Steine, die dann das Gesamtbild ergeben. Aus diesem Grund, dass es eben nicht so einfach ist, die Entstehung der Krankheit zu erklären, wird es vermutlich auch keine „alle glücklich machende Therapie“ geben, „nicht die Reizdarmlösung, die alle Beschwerden nimmt“. Davon gehe ich aus, weil es eben keinen Reizdarm-

Patienten in dem Sinn gibt, sondern verschiedene Gruppen mit verschiedenen Aspekten, die da eine Rolle spielen.

Was man eben braucht, ist ein „maßgeschneiderter“ Zugang auf den einzelnen Patienten, um das für ihn beste Therapieschema zu finden.

Was auch wichtig ist, dass man alle anderen Erkrankungen des Verdauungstraktes wirklich sorgfältig ausschließt. Der Leidensweg der Patienten mit Reizdarm ist lang, auch der Leidensweg mancher Patienten, die keinen Reizdarm, sondern eine Coeliakie oder einen Morbus Crohn haben, ist lang. Man sagt z. B. dass es typischer Weise bei Morbus Crohn fünf Jahre dauert, bis die Diagnose gestellt wird – vom Beginn der Symptome an. Wenn man sich beispielsweise in Österreich die betreffende Statistik ansieht, stellt man fest, dass mit einer Häufigkeit von 1 % der Bevölkerung diese Erkrankung auftritt. Das ist natürlich nicht so wenig und deshalb sollte man das in jedem Fall sorgfältig ausschließen.

Prinzipiell bin ich offen für alle möglichen „alternativen“ Behandlungsansätze. Manche dieser alternativen Behandlungsansätze, wie ich schon erwähnt habe, sind der Schulmedizin zumindest gleichwertig und in manchen Aspekten sogar überlegen und haben dementsprechend daher ihren Stellenwert, auch für Schulmediziner - wie mich.

„Und damit danke ich für die Aufmerksamkeit!“

Christine Strimitzer: Wir bedanken uns auch ganz herzlich für den Hauptteil des Abends. Herr Primarius wird uns jetzt sicherlich – wie er schon zugesagt hatte – eine Zeitlang für Diskussionsfragen zur Verfügung stehen.

C. Diskussion.

Patientenfrage: Ich habe zusätzlich zum Reizdarmsyndrom eine Histamin-Intoleranz, d. h. ich vertrage auch keine Schmerztabletten und leide furchtbar an Schmerzen. Ich kann überhaupt nichts machen, wenn ich Schmerzen im Bauchraum habe. Dann habe ich mitunter Durchfall und danach ist es vorbei. Ich habe im Laufe der Jahrzehnte schon sehr viele Therapien unter ärztlicher Anleitung ausprobiert.

Prim. M. Häfner: Diese Frage so einfach zu beantworten, ist fast unmöglich. Es wäre gut zu wissen, was Sie eventuell schon für Erfahrungen mit Probiotika gemacht haben. MUTAFLOR® wäre da z. B. sehr zu empfehlen, damit habe ich gute Erfahrungen, das ist dieser E-coli-Nissle-Stamm.

Patientenfrage-Fortsetzung: Ich habe selber eine gute Erfahrung wenn ich Schmerzen habe, nämlich warmes Kümmelöl auf den Bauch auftragen, einmassieren und warm halten – es wird tatsächlich besser.

Prim. M. Häfner-Fortsetzung: Ich sagte ja, es gibt viele alternative Therapieansätze, die durchaus wert sind, verfolgt zu werden – für das Kümmelöl gibt es eben keine Studie, darum habe ich es auch nicht erwähnt, aber es wäre in jedem Fall ein Ansatz. Wie gesagt, eine meiner hartnäckigsten Patientinnen habe ich z. B. mit MUFLOL® schmerzfrei bekommen.

Manche Patienten sind eben leider nicht ganz beschwerdefrei zu bekommen. Das ist deswegen, weil wir eben die Mechanismen nicht durchschauen, bzw. nur teilweise durchschauen. Das Reizdarmsyndrom ist einfach ein zu komplexes Krankheitsbild.

Z. B. eine Lungenentzündung ist relativ gut zu behandeln. Bakterium kommt, macht Entzündung, wir geben Antibiotikum – alles wird gut!

Beim Reizdarm ist es deutlich schwieriger zu therapieren und deswegen habe ich so viele Therapien gebracht – und es ist trotzdem nichts dabei, was alle glücklich machen kann. --- Die Bakterien spielen wahrscheinlich schon eine große Rolle, d. h. ich führe „gute“ Bakterien zu (Lactobacillus oder was auch immer) oder ich versuche, die „bösen“ Bakterien zu eliminieren, das wäre z. B. die Therapie mit dem Colidimin (Wirkstoff Rifaximin). Von der Logik, die dahintersteckt, ist das durchaus nachvollziehbar, der Effekt im Vergleich zu Placebo ist noch ein wenig umstritten.

Patientenfrage: Für wie gut halten Sie das „Acidophilus“? Kann man das lebenslang nehmen? Ich nehme die normal vorgeschriebene Dosis, d. s. 2 pro Tag.

Prim. M. Häfner: Acidophilus ist auch eines dieser Probiotika. Ich glaube, man kann nicht für das ein oder andere eine generelle Empfehlung aussprechen. Was man dann herausfinden muss, ist, was Ihr Dosierungsintervall ist. Was man weiters herausfiltern kann, ist, was ist die minimale Dosis, mit der es einigermaßen gut geht. Ich habe schon gesagt, die Bakterien kolonialisieren den Darm – man kann durchaus versuchen, es **einmal** am Tag zu nehmen oder auch **täglich auf zwei Wochen** und dann **eine Woche Pause** machen usw.

Acidophilus wird Kindern sehr gerne von Kinderärzten nach einer Antibiotika-Therapie gegeben, da wirkt es auch sehr gut – da gibt es die besten Daten – da ist man natürlich auch besonders vorsichtig, was die Sicherheit von Arzneimitteln bei Kindern betrifft.

Zusammenfassend nochmals kurze Antwort – es gilt bedenkenlos als Dauertherapie!

Patientenfrage: Ein Antibiotikum wird bedenkenlos relativ einfach vom Arzt verschrieben! Gibt es eines, welches am mildesten ist?

Prim. M. Häfner: Es wird häufig gefragt vom Patienten, ist es ein starkes oder ein schwaches Antibiotikum. Es gibt keine starken und keine schwachen Antibiotika! Es gibt Antibiotika, die wirksam sind für einen speziellen Keim, wenn man z. B. einen Darmkeim hat, der Durchfall macht, und welche, die nicht wirksam sind, weil es in dem Spektrum nicht drinnen ist. Also das starke und das schwache in dem Sinn gibt es nicht!

Das Problem ist, dass Antibiotika sehr „unkritisch“ verschrieben werden. Da sind, so sage ich jetzt einmal, zu 80 % die Ärzte schuld und zu 20 % die Patienten. Der Patient geht zum Arzt, hat Husten, 37,8 Grad Temperatur, und der Arzt sagt „mit Therapie 1 Woche, ohne Therapie 7 Tage“. Der Patient drängt, der Arzt verschreibt ein Antibiotikum, 3 Tage nimmt er dies, es geht ihm besser und nach weiteren 4 Tagen ist er gesund! – Nur: Das wären Sie ohne Antibiotikum auch gewesen! Die Verschreibung der Antibiotika muss man kritisch hinterfragen.

Es gibt ein „postinfektiöses“ Reizdarmsyndrom und wir wissen, dass eine Antibiotika-Therapie die Darmflora natürlich massiv stört. Es gibt eine Antibiotika-assoziierte Diarrhoe, weil eben die Darmflora durcheinander gerät und es kann eine Darmentzündung hervorgerufen werden.

Es gibt Personen, - das war z. B. jetzt eine Patientin, die bei mir auf der Intensivstation gelegen ist, - die durch Antibiotika-Therapie ein massives Überwuchern von Clostridien gehabt hat. Das ist ein Keim, der normalerweise im Darm nichts anstellen kann, weil er von den guten Darmbakterien unter Kontrolle gehalten wird. Die guten Bakterien waren allerdings alle zerstört durch die Antibiotika und die Patientin hat eine massive Darmentzündung bekommen. Das ist selten bei ambulanter Behandlung. Ist man beispielsweise bereits erkrankt, der Körper ist geschwächt, man befindet sich im Krankenhaus, dann bekommt man solch einen Keim viel leichter.

Wenn man z. B. Antibiotika auf Grund eines Eingriffes oder einer sonstigen Krankheit nehmen muss, dann ist es sinnvoll, gleichzeitig, also schon vom Beginn weg, Acidophilus zu nehmen.

„Dalacin“ wird leider gerne von den Ärzten gegeben bei kleineren Eingriffen – z. B. Zähne ziehen etc., nur es ist leider eines der „schlechtesten“ Antibiotika, weil es häufig Durchfall macht!

Die Zusammensetzung der physiologischen Darmflora ist individuell, d. h. bei jedem Patienten anders, hängt teils von der Nahrungszufuhr ab! Wir Ärzte wissen demnach nicht, wie die ideale Darmflora zusammengesetzt sein soll. Wir können nur die krankmachenden Keime analysieren, denn nach denen suchen wir! Eine Probiotika-Therapie hat also den Zweck, die krankmachenden Keime „hinauszudrängen“!

Patientenfrage: Ich habe Nahrungsmittelunverträglichkeiten, ich kann jetzt halbwegs gut damit leben. Es ist mir eine Zeitlang sehr schlecht gegangen und ich habe zeitweise Nahrungsergänzungsmittel genommen. Jetzt nehme ich ungefähr seit 1 Jahr Yomogi.

Prim. M. Häfner: Das Yomogi ist auch ein probiotisches Mittel. Es gibt auch Studien für Yomogi, es ist sicher wirksam. Der Vorteil der Nahrungsergänzungsmittel oder der Nahrungsmittel ist, die Kosten werden im System verschoben, d. h. das muss nicht die Krankenkasse zahlen, sondern Sie zahlen das. Aber das Yomogi ist durchaus einen Versuch wert, dafür gibt es gute Untersuchungen. Yomogi ist kein Bakterium, sondern das ist ein Hefepilz.

Patientenfrage: Gibt es einen spezifischen Auslöser für das Reizdarmsyndrom?

Prim. M. Häfner: Leider eben nicht! Es gibt das sogenannte postinfektiöse Reizdarmsyndrom. Das ist so ziemlich das einzige, wo man es so wirklich „festnageln“ kann. Also, Patienten, die eine Darminfektion hatten, wo dann die Darminfektion abgeklungen ist und die dann über einen längeren Zeitraum Beschwerden haben – das gibt es, da kann man es „festnageln“. Das ist aber jetzt nur „eine Scheibe von der Torte“, bei den anderen wissen wir keinen eindeutigen, einzelnen, „glücklich machenden“, auslösenden Faktor.

Patientenfrage: Ist es nachweisbar, dass es eine „schleichende“ Erkrankung ist, dass die Symptome langsam beginnen?

Prim. M. Häfner: Ja – es fängt nicht von „heute auf morgen“ an, dass Sie in der Früh aufwachen und sagen, Ihr Leben ab jetzt ist auf einmal ganz anders. Man muss natürlich auch eine gewisse Reizschwelle erreichen, bevor man die Beschwerden überhaupt wahrnimmt und dann denkt man sich nach einer gewissen Zeit, eigentlich haben diese gewissen Beschwerden ja schon vor 3 Monaten begonnen! Der Beginn ist üblicherweise schleichend.

Patientenfrage: Haben Sie schon von der Studie „Mastzellen als möglicher Auslöser für das Reizdarmsyndrom“ gehört, von dieser Studie aus Bonn?

Prim. M. Häfner: Ja, ein Patient hat es mir einmal gezeigt, aber ich habe mich bis dato noch nicht intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt. Meistens höre ich da anfangs nur zu und schaue dann so nach ein bis zwei Jahren, was aus solch einer Sache geworden ist. Deshalb habe ich Ihnen auch Therapieansätze gezeigt, die wieder verschwunden sind.

Es gibt für alle neuen Methoden, natürlich nicht nur für den Reizdarm, die Phase der Euphorie – es kommt etwas Neues und alle sagen, das ist super! Dann kommt das „Tal der Depression“ – da kommen die weiteren Studien, wo es auf einmal heißt, „das ist ja doch nicht so gut, da gibt es so viele Nebenwirkungen“, aber in Wirklichkeit haben wir ohnedies nicht darauf gewartet. Und dann pendelt sich die neue Methode zwischen Depression und Euphorie wieder ein – das ist für Medikamente oft der Fall, das ist für endoskopische Verfahren oft der Fall – am Anfang sind immer alle begeistert, jetzt haben wir endlich die Lösung für das Problem! Und dann stellt sich sehr rasch heraus, es ist doch gar nicht so gut.

Darum bin ich da eher konservativ, was solche neuen Studien betrifft und warte einmal ab. Und nach einer gewissen Zeit schaue ich mir das Thema noch einmal an!

Patientenfrage: Haben Sie mit dem „Colofac“ Erfahrungswerte, verordnen Sie es Ihren Patienten?

Prim. M. Häfner: Ja, es ist auch eines der Medikamente, das wir verwenden – so ähnlich wie das „Buscopan“, aber es macht auch wenige Patienten „wirklich glücklich“, so wie viele Medikamente. Aber prinzipiell ist es ein Ansatz, eben als muskelrelaxierendes Medikament, zu verwenden.

Patientenfrage: Ich habe mir bei einem Auslandsaufenthalt vor drei Jahren eine sehr schwere Darminfektion zugezogen und seit diesem Zeitpunkt sind die Beschwerden konstant geblieben. Nach meiner Rückkehr wurden viele Untersuchungen gemacht, auch Darmspiegelung und danach bekam ich die Diagnose Reizdarmsyndrom gestellt. Wann ist es erforderlich, eine neue Darmspiegelung machen zu lassen?

Prim. M. Häfner: Wenn Sie keine nachgewiesene chronisch entzündliche Darmerkrankung haben – davon wissen wir, beispielsweise bei Colitis ulcerosa, dass nach 8 bis 10-jähriger Krankheit das Darmkrebsrisiko ansteigt – brauchen Sie keine, über ein normales Screening-Intervall hinausgehende Coloskopie, machen lassen. Konkret heißt das, Sie sollen ab 50 Lebensjahren alle 5 bis 7 Jahre (in Zukunft wahrscheinlich 7 bis 10 Jahre) für Darmspiegelung vorsorgen, außer es gibt in der Familie Darmkrebsfälle, dann muss es früher sein.

Patientenfrage: Wenn man einen Polypen gehabt hat – wie sieht es da aus mit der weiteren Vorsorge?

Prim. M. Häfner: Da hängt es von der Größe, von der Zahl der Polypen ab und von der Histologie, wie „engmaschig“ die Untersuchungen stattfinden sollten. Wenn Sie mehr als zwei oder drei Polypen gehabt haben oder größere Polypen, dann sollte die Coloskopie in 2 bis 3 Jahren wiederholt werden.

Christine Strimitzer: Wir bedanken uns nochmals ganz besonders herzlich bei Herrn Prim. Häfner für die interessanten Ausführungen, bei Ihnen allen bedanken wir uns für das Zuhören und ich darf Sie jetzt in den Nebenraum zu unserem kleinen Imbiss bitten.

Die Österreichische Patienteninitiative Reizdarm bedankt sich bei Herrn Primarius Dr. Michael Häfner für die Zustimmung zur Veröffentlichung seiner Ausführungen – in Form der schriftlichen Weitergabe des Vortrages an die Mitglieder.

Wien, 15. August 2011