

Das **Reizdarmsyndrom** aus der Sicht eines Chirurgen und erfahrenen Reizdarmspezialisten.

Herr **Prim. Univ. Doz. Dr. Peter Lechner** stellte sich freundlicherweise im September 2001 der ÖPRD für einen Vortrag über Reizdarmprobleme für Betroffene zur Verfügung.

Obwohl bereits mehr als 2 Jahre vergangen sind, hat der Inhalt des Vortrages bis heute an Aktualität nichts verloren.

## **"NEUES UND BEKANNTES ZUM REIZDARMSYNDROM"**

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.

Als Gastroenterologe, tätig als Chirurg und somit tätig in einem Bereich, mit dem Sie hoffentlich möglichst wenig in Berührung kommen werden, darf ich mich zuerst einmal für die Einladung, vor Ihnen zu sprechen, recht herzlich bedanken.

Ich habe schon gehört, dass es zum Thema Reizmagen und Gastritis in einer Zeitung, die heute aufgetaucht ist, massive Missverständnisse gibt. Ich habe diesen Artikel kurz überflogen und bin dann gerne bereit darauf einzugehen. Hier handelt es sich ganz offenbar um eine ähnliche Verwirrung wie sie bei dem Krankheitsbild herrscht, mit dem Sie immer wieder konfrontiert sind. Eine Verwirrung, die sich aber wirklich bis in die höchsten Kreise der akademischen Schulmedizin hinaufzieht, denn auch dort passieren manchmal haarsträubende Dinge, wie ich Ihnen an einigen Fallbeispielen illustrieren werde. Ich möchte den Vortrag heute unter den gleichen Titel stellen wie eine im Mai vorigen Jahres stattgehabte Pressekonferenz, nämlich

### **Reizdarm - Therapie: Seltsame Blüten und menschliche Tragödien**

Das klingt nur beim ersten Hinhören lustig. Manchmal stehen dahinter echte Tragödien, weil eben das Reizdarmsyndrom als solches noch viel zu wenig bekannt ist, auch in der etablierten Schulmedizin viel zu wenig als solches zur Kenntnis genommen wird und leider auch viel zu oft eine Verlegenheitsdiagnose dort darstellt, wo Untersuchungen nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben. Sei es, weil sie nicht von ausreichend Qualifizierten durchgeführt wurden, sei es, weil die Befunde nicht richtig interpretiert wurden, sei es manchmal natürlich auch, weil Patienten unangenehme Untersuchungen - und die Untersuchungen des Verdauungstraktes, das brauche ich Ihnen nicht zu erzählen, die sind nicht immer angenehm - ganz einfach vermieden haben. Und dann kommt oft diese Verlegenheitsdiagnose ins Spiel, oder aber die Diagnose "Reizdarm" wird nicht richtig gestellt. Oft wird auch auf diese Diagnose nicht richtig reagiert, und dann ist der Grat zwischen den seltsamen Blüten, über die man ja vielleicht noch milde lächeln könnte, und den menschlichen Tragödien, für die wir eigentlich allesamt kein Verständnis haben dürfen, ein relativ schmaler.

Ich glaube ich brauche Ihnen nicht viel über das Colon irritabile als solches zu erzählen, möchte nur die aktuell gültigen Sichtweisen kurz rekapitulieren und Ihnen dann anhand dieser Symptome klarmachen, was sich hier in der Differenzialdiagnose abspielt, was sich hinter diesen Symptomen sonst noch alles verbergen kann.

Drei Monate hindurch bestehende oder in diesem Zeitraum mehrfach aufgetretene Bauchschmerzen gelten nach Manning als das Leitsymptom schlechthin. Sie werden als obligates Symptom bezeichnet. Das heißt, wenn dieses Symptom nicht vorliegt, dann darf man überhaupt nicht von einem Reizdarmsyndrom sprechen. Das heißt aber, und ich bitte Sie diesen Unterschied zu berücksichtigen, dass nicht automatisch über drei Monate bestehende Bauchschmerzen ALLEINE dazu berechtigen, ein Reizdarmsyndrom zu diagnostizieren.

Da muss man also sehr genau unterscheiden zwischen einem Symptom, das zwar vorhanden sein muss um die Diagnose zuzulassen, das aber bei Gott ein derartiges "Allerweltssymptom" ist, dass es zu dieser Diagnose allein auch wieder nicht berechtigt.

Auch wenn diese Schmerzen sich nach dem Stuhlgang ändern, mit Änderung der Stuhlfrequenz und Stuhlkonsistenz einhergehen, so bleiben sie trotzdem ein "Allerweltssymptom". Und es ist mir ganz wichtig darauf hinzuweisen, dass sich hinter Bauchschmerzen aller Arten und Ausprägungen natürlich alles mögliche andere auch verbergen kann. Einerseits sind also diese Beschwerden das obligate

Symptom, sind das Leitsymptom und somit eine Grundvoraussetzung dafür, dass wir überhaupt einen Reizdarm in Erwägung ziehen dürfen, auf der anderen Seite sind aber diese Schmerzbilder derartig unspezifisch, dass alles Mögliche dahinter stecken kann, das nicht dem Reizdarmsyndrom zuzuordnen ist.

Viel klarer wird die Sache auch nicht, wenn wir die so genannten fakultativen Symptome anschauen, die es geben kann, die aber nicht unbedingt vorhanden sein müssen oder zumindest nicht alle: Denn nur zwei dieser fünf - das sind 40 % - müssen in 25 % der Beschwerdeepisoden auftreten. Nehmen wir zum Beispiel eine pathologische Stuhlfrequenz. Wir sprechen heute von einer normalen Stuhlfrequenz, wenn der Stuhlgang nicht öfter als zweimal pro Tag und nicht seltener als zweimal die Woche stattfindet. Wenn die Leute heute zu uns in die gastroenterologischen Sprechstunden kommen und sagen, dass bei Ihnen etwas nicht stimmen kann, denn sie haben nur jeden zweiten Tag Stuhl, dann ist das kein krankhafter Zustand. Wenn jemand kommt, der meint, dass etwas nicht stimmt, da er jeden Tag zweimal Stuhl hat, dann ist das auch kein krankhafter Zustand. Alles was darüber hinausgeht oder darunter liegt, wird als pathologische Stuhlfrequenz gewertet.

Das ist jedoch ein Zustand, den auch "Otto-Normalverbraucher" durchaus aufweisen kann. Denn die Stuhlfrequenz hängt ab von den körperlichen Aktivitäten, von den Ernährungsgewohnheiten, von der täglich aufgenommenen Trinkmenge u.a.m. Änderungen der Stuhlfrequenz erleben sie beispielsweise bei jedem Patienten, der in der Sommerhitze eine größere körperliche Anstrengung mit vermehrten Flüssigkeitsverlusten auf sich nimmt, weil ganz einfach durch diesen Flüssigkeitsverlust eine Darmträgheit einsetzen kann. Auch das ist also nur ein dezenter Hinweis in die Richtung eines RDS, berechtigt aber noch nicht zur Diagnose.

Pathologische Stuhlkonsistenz: Na gut, wer hat denn nicht das eine oder andere Mal Durchfall im Leben, und auch das hängt von vielen Faktoren ab. Das kann Folge von Begleiterkrankungen sein, die mit dem Verdauungstrakt überhaupt nichts zu tun haben müssen. Das kann bedingt sein durch Medikamente, die aus ganz anderen Gründen eingenommen werden, und letztendlich passiert das ja durchaus auch einmal Studenten, die zu größeren Prüfungen antreten müssen.

Schmerzen beim Stuhlgang sind ein Hinweis auf das Reizdarmsyndrom, treten aber viel häufiger und viel stärker noch bei all jenen Prozessen auf, bei denen eine Entzündung oder eine Verengung des Dickdarms, sei sie entzündlicher Natur oder gar durch einen Tumor bedingt, vorliegt. Schmerzen beim Stuhlgang sind also wieder nicht beweisend.

Ebenso wenig wie ein Schleimabgang, der für die Entzündung obligat ist, für das Karzinom häufig ist und beim Reizdarmsyndrom auftreten kann.

Dass schmerzhafter Meteorismus, also Blähungen, ein unangenehmes Gefühl und außerdem ein Dehnungsgefühl in Darm und Bauchdecke verursachen, hilft uns schon eher weiter. Sie sehen, diese Beschwerden kann, muss man aber nicht haben und ich glaube, wenn ich Sie jetzt alle so durchfrage, dann werden wir wahrscheinlich bei 25 % der Episoden vielleicht 40 % dieser Beschwerden finden.

Wir sind also jetzt nach dieser Symptomatologie so gescheit wie vorher, und wenn wir uns die Definition des Reizdarmsyndroms auf der Zunge zergehen lassen, dann werden wir nicht wesentlich gescheiter sein.

Die Definition lautet nämlich:

**Das Reizdarmsyndrom ist ein Symptomenkomplex, der bedingt durch eine Veränderung in der subjektiven Schmerzempfindung ist.**

Hilft uns das weiter? Nicht wirklich! Wie kommen wir also zur Diagnose? Als gebranntes Kind, das sehr viele Patienten, die unter- oder überdiagnostiziert worden sind, gesehen hat, behaupte ich einmal: Die Diagnose des Reizdarmsyndroms kann eigentlich nur auf Umwegen gestellt werden.

Wenn wir alle diejenigen Krankheitsbilder, auf die ich dann im Kapitel Differenzialdiagnosen näher eingehen werde, sicher ausgeschlossen haben, dann können wir uns auf das Reizdarmsyndrom als Diagnose einlassen.

Ganz oben, groß und dick unterstrichen, steht sicherlich bei den Untersuchungsmethoden die **Anamnese**. Ich halte es nicht nur beim Reizdarmsyndrom, sondern bei jeder diagnostischen

Abklärung für den ersten und unverzichtbaren Schritt, dass man den Patienten detailliert nach seinen Beschwerden und den Umständen ihres Auftretens befragt. Bei dieser Gelegenheit geht man auch in die sogenannte Familienanamnese, da fragt man sich dann durch bis zu allfälligen familiären Belastungen. Der Internist Vollhard, also bei Gott keiner aus meiner Disziplin, hat vor über hundert Jahren schon gesagt: 70 % aller Erkrankungen lassen sich aus einer guten Anamnese diagnostizieren. Ich würde das heute bei vielen Krankheitsbildern nicht mehr so unbedingt mit 70 % festmachen, aber ein hoher Prozentsatz der Erkrankungen kann durch eine intensive Befragung des Patienten richtig erkannt werden.

Für die Gruppe der Reizdarmerkrankungen gibt es dann noch ganz tolle anamnesetechnische Hilfsmittel - die kennen Sie sicherlich auch aus Vorträgen der Kollegen von der Klinik, allen voran natürlich auch von Frau Prof. Moser und Herrn Prof. Vogelsang - bis zum Symptomtagebuch, das man dann in Relation mit Ernährungsprotokollen und dergleichen mehr setzen kann. Also, bevor wir irgendetwas interventionelles, invasives machen, ist die Anamnese das Verfahren schlechthin, das uns der Diagnose näher bringen kann.

Wir unterscheiden dann weiter zwischen:

#### **Morphologischer Diagnostik und Funktionsdiagnostik.**

Was ist die morphologische Diagnostik? Das sind jene diagnostischen Verfahren, bei denen gestaltliche Veränderungen des Darmes direkt oder indirekt nachgewiesen werden. Während die Funktionsdiagnostik - wie der Name schon sagt - auf Funktionsstörungen, also auf Aktivitätsstörungen der verschiedenen Schichten der Darmwand abstellt.

Der **FOB-Test** (fecal occult blood), also der Test auf verstecktes, d. i. okkultes Blut im Stuhl, ist ein relativer "Allerweltstest", ist nicht 100 % zuverlässig, aber dort, wo er anspricht sehr aussagekräftig. Und - vor allem in Zeiten der knapper werdenden Budgets ein wesentliches Kriterium - er ist billig. Daher steht er sicherlich einmal an aller erster Stelle.

Ebenfalls billig, de facto nahezu gratis, ist der Zeigefinger des Untersuchers, die **rektaldigitale** Untersuchung, die bei einiger Erfahrung den gesamten Beckenboden, den Mastdarm und den Analkanal gut beurteilen lässt. Ein erfahrener Untersucher kann mit einer rektal-digitalen Untersuchung sehr viel erkennen. Immerhin liegen 40 % aller bösartigen Tumore des gesamten Dickdarms in Fingerreichweite.

Die nächste Stufe - und hier wird es jetzt bereits endoskopisch und ein bisschen invasiver - ist die **Prokto-Rektoskopie**, also die Spiegelung des Mastdarms, die über die Sigmoidoskopie bis zur vollständigen Spiegelung des Dickdarms geht. Dazu gibt es noch die Irrigoskopie, also das Dickdarmröntgen. Diese beiden Untersuchungen können einander nicht vollwertig ersetzen, das muss man ganz klar sagen.

Die **Kolonoskopie**, also die Dickdarmspiegelung, zeigt Veränderungen an der Schleimhaut als der inneren Oberfläche des Darmes. Das ist aber nur die halbe Miete. Natürlich spielen sich die wesentlichsten, gefährlichsten, entzündlichen und neoplastischen, also krebsartigen Erkrankungen, an der Schleimhaut des Darmes ab. Es gibt aber auch eine ganze Menge von Erkrankungen des Darmes, die in den tiefer gelegenen Wandschichten ihren Sitz haben und mit der Kolonoskopie - die ja nur die innere Oberfläche anschaut - daher nicht erfasst werden können. Diese Krankheiten können unter Durchleuchtung mit Kontrastmitteleinlauf, also bei der Irrigoskopie, erkannt werden.

Also, es ist sicherlich falsch, wenn man einem Patienten, der die eine oder die andere Untersuchung hinter sich hat, als 100prozentig abgeklärt einstuft. Es hat jede der beiden Untersuchungen für sich eine Trefferquote, die hoch in den 90 % liegt. Wenn jemand eine ordentlich hohe Kolonoskopie hinter sich hat, dann hat er eine nach der Literatur fast 97prozentige Wahrscheinlichkeit, dass allfällige Pathologien entdeckt worden wären oder entdeckt worden sind. Wenn er eine ordentliche, von einem erfahrenen Radiologen in Doppelkontrasttechnik durchgeführte Irrigoskopie hinter sich hat (und vorher die Entleerung und Darmreinigung angemessen stattgefunden hat), dann ist die Aussagekraft dieser Untersuchung bei ebenfalls über 90 % anzusiedeln. 100 % Sicherheit erreiche ich nur durch die Kombination der beiden Untersuchungsmethoden.

Dann gibt es noch eine ganze Menge von **Laboruntersuchungen**, die, wie die **Blutsenkungsgeschwindigkeit** und das **C-reaktive Protein (CRP)**, für Entzündungen relativ empfindlich sind. Es steht hier auch noch das **carcinoembryonale Antigen (CEA)** dabei, das ein Tumormarker für das Dickdarmkarzinom ist, aber trotzdem bei Primärtumoren nur in etwas mehr als

50 % der Patienten erhöht ist.

Bauchbeschwerden - und das sollten wir auch nicht vergessen - kommen nicht immer nur aus dem Dickdarm. Die vorgenannten Symptome, die obligaten wie die fakultativen, sind so unspezifisch, dass durchaus natürlich einmal andere Baueingeweide wie z. B. eine Gallenblase, ein Magen oder Zwölffingerdarm eine Rolle spielen könnten und es gibt natürlich "**Colon irritabile - Patienten**", die auf **Zwölffingerdarmgeschwür** behandelt wurden und umgekehrt. Ich will damit sagen, dass auch **extracolische**, also die außerhalb des Darmes zugreifenden **Untersuchungen**, wie z. B. der Ultraschall oder die Magenspiegelung in Erwägung zu ziehen sein werden.

Die Funktionsdiagnostik richtet sich auf die Diagnose von Funktionsstörungen und die können beispielsweise in einem gestörten Wechselspiel zwischen Schließmuskelfunktion und Entleerungsvorgang auf Grund diverser Erkrankungen im Beckenbodenbereich zurückzuführen sein. Das findet man bei Frauen, die mehrfach Kinder geboren haben, die womöglich mehrere Dammschnitte oder gar einen Dammriss erlitten haben. Das findet man in Kombination mit Blasen- und Gebärmuttererkrankungen. Das findet man z. B. bei Patienten, die über Jahre hinweg an einem Bandscheibenvorfall, der nie operiert wurde, laborieren, und das findet man bei Patienten mit den verschiedensten Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems. Das findet man häufig auch bei Diabetikern, bei denen derartige Nervenleitungsstörungen bestehen. Da kommt man über ein so genanntes **Defäkogramm**, also eine spezielle Röntgendiagnostik darauf, die im Zuge des Entleerungsvorganges durchgeführt wird.

Die **anorektale Sphinktomanometrie** ist die Messung des Spannungs- und auch des Entspannungsvermögens der Schließmuskulatur.

Letztendlich gibt es die verschiedensten Formen der Verstopfung, die mit dem Reizdarm überhaupt nichts zu tun haben, wie z. B. die so genannte **Slow Transit Constipation**, also die Verstopfung, die aufgrund einer verlangsamten Darmpassage besteht und im Bereich der Darmwandnerven lokalisiert ist. Da kann man natürlich sehr gut messen, wie lange es dauert, bis etwas, was der Patient vorne hinein kriegt, hinten wieder raus kommt. Das ist die Bestimmung der Transitzeit.

Der **Laktosebelastungstest** ist etwas, das zunehmend an Bedeutung gewinnt. Wir können uns nicht schlüssig erklären warum, aber die Milchzuckerunverträglichkeitsreaktionen nehmen in den letzten Jahren und Jahrzehnten nicht mehr linear sondern exponentiell zu. Das muss wohl in den sich kontinuierlich verschlechternden Ernährungsgewohnheiten in der westlichen Welt seine Ursachen haben. Aber Milchzuckerunverträglichkeit, die sehr viele Symptome des Reizdarms konkret imitiert, ist eine sich häufende Erkrankung, leicht durch diätetische Maßnahmen zu beeinflussen, nur draufkommen muss man.

Und unten steht ganz klein und zuletzt der **psychiatrische Status**, aus dem einfachen Grund, weil gerade Reizdarmpatienten immer wieder Gefahr laufen, weil sie allen Untersuchungen zu Folge keine "wirkliche Krankheit" bieten, als psychosomatisch abgestempelt und zum Psychiater abgeschoben zu werden.

Natürlich wissen wir heute, dass sämtliche funktionellen Störungen des Gastrointestinaltrakts eine gewisse psychische Komponente haben. Nur ich warne davor diese über zu bewerten. Ich sage nicht, dass sie nicht ihren Stellenwert in der Gesamtdiagnostik und in der Untersuchung des ganzen Patienten hat. Aber ich warne immer wieder davor, das Reizdarmsyndrom ausschließlich als psychische Erkrankung hinzustellen.

Alle diese Erkrankungen haben eine Interaktion mit der Psyche des Patienten. Und es ist für mich natürlich nachvollziehbar, dass jemand, der diese Beschwerden mehr oder weniger ausgeprägt hat, der alle diese Untersuchungen hinter sich hat, dass der natürlich auch verzweifeln kann. Dass er natürlich auch depressiv werden kann, insbesondere dann, wenn er schon beim zwölften Arzt ist und der nimmt ihn immer noch nicht ernst. Das verstehe ich schon. Nur weiß ich nicht, ob hier nicht Henne und Ei, nämlich psychische Alteration und Reizdarmsyndrom in ihrer Kausalität miteinander verwechselt werden. Ich weiß nicht, ob die psychische Disposition so unbedingt im Vordergrund stehen muss, um ein Reizdarmsyndrom zu kriegen, oder ob nicht langsam aber sicher die Chronizität der Erkrankung sich auf das Seelenleben des Patienten auswirkt. Das sind Patienten, die 10, 15, 20 mal am Tag zur Toilette gehen, sozial desintegriert sind und ihren Beruf verlieren! Da frage ich mich dann: Muss man einen psychischen Schaden haben, um diese Krankheit zu kriegen, oder wird man langsam aber sicher verrückt, wenn man den halben Tag am WC verbringt? Daher steht psychiatrischer Status an letzter Stelle, und nicht deswegen, weil ich aus der morphologischen

Medizin komme.

Die **Differentialdiagnosen** sind mir ein Anliegen, weil man sie auf der einen Seite im Hinterkopf haben muss. Auf der anderen Seite darf man sich durch sie nicht verrückt machen lassen. Die häufigste Differentialdiagnose ist die **entzündliche Erkrankung des Dünn- und Dickdarmes**; die nachzuweisen sollte wirklich keine große Kunst sein.

Damit komme ich zugleich zu dem Punkt **Gastritis** und **Reizmagen**. Alle Erkrankungen, die eine entzündliche Ursache haben, sind in der medizinischen Terminologie mit -itis hinterlegt. Da gibt es einmal die **Ileitis Terminalis**, den **Morbus Crohn**, den viele von Ihnen sicherlich vom Hörensagen kennen werden. Da gibt es weiters die **Colitis ulcerosa** (Colon = Dickdarm, -itis = Entzündung, ulcerosa = mit Geschwürsbildung). Beide sind ganz wesentliche und unbedingt gegen den Reizdarm abzugrenzende Krankheitsbilder. Sie sind dann viel aggressiver und manchmal auch operativ zu behandeln.

Das sind Krankheitsbilder, die man natürlich in der Differentialdiagnose in Erwägung ziehen muss, weil sie nämlich in der nicht akuten Phase - d. h. oft zu Beginn, aber auch manchmal im Intervall zwischen den akuten Phasen - genau jene Symptome bieten, die Ihnen als die obligaten oder als die fakultativen des Reizdarmsyndroms dargestellt wurden. Diese Differentialdiagnose zu stellen das kann in einem vernünftigen Spital der Portier. Denn da gibt es ganz einfache Laboruntersuchungen, die eine Entzündung nachweisen lassen. Da gibt es natürlich alle Arten von Mastdarm- und Dickdarmspiegelung mit Gewebsprobeentnahme und histopathologischer Untersuchung, und die sind schlüssig. Ich gebe zu, dass zwischen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn Probleme in der Abgrenzung bestehen können. Aber diese beiden Erkrankungen als eindeutig entzündlich gegenüber dem Reizdarmsyndrom - das garantiert keine entzündlichen Bilder aufweist - abzugrenzen, das kann nicht schwierig sein.

**Neoplastische Erkrankungen** am Dickdarm, also **Dickdarmkrebs**: Das ist eine in ihrer Häufigkeit ebenfalls in den letzten Jahren zunehmende Erkrankung. Wir haben derzeit in Österreich rund 4500 Ersterkrankungen im Jahr und die Überlebensaussichten der Betroffenen hängen ab von dem Zeitpunkt, zu dem die Krankheit identifiziert wird - vom Tumorstadium.

Ein Stadium 1 eines Dickdarmkarzinoms hat heute durchaus eine 90 bis 95prozentige Heilungsperspektive, vom Stadium 3 sterben 70 Prozent der Patienten innerhalb der ersten 3 Jahre und das Stadium 4 ist unbehandelt zwischen 6 und 12 Monaten zu überleben. Sie sehen also, Dauerheilung hier im frühen Stadium, keine Heilung im fortgeschrittenen Stadium, dazwischen liegt die ganze Palette der kolorektalen Karzinome mit ihrer Prognose in Abhängigkeit vom Tumorstadium zum Diagnosezeitpunkt. Das heißt, diese Erkrankungen sollten wir nicht nur im Hinterkopf haben, die sollten wir uns ganz vorne überlegen. Die gilt es sicher auszuschließen. Da kann man wohl nicht guten Gewissens sagen: "Wir machen jetzt eine 3, 6, 9, 12monatige Probetherapie und wenn die nicht greift, dann machen wir halt eine Kolonoskopie". Das ist nicht zu vertreten. Wenn ich den leisesten Verdacht auf ein Dickdarmkarzinom habe, dann wird nicht zugewartet. Zuwarten bedeutet, dem allfälligen Krebs Zeit zu lassen, von einem heilbaren Stadium in ein sicher tödliches Stadium zu wechseln. Da liegen oft nur Monate dazwischen. Die **Slow Transit Constipation** ist über die Transitzeit einfach als solche zu erkennen und ist auch wesentlich weniger häufig - abgesehen von den diabetischen Formenkreisen - als sie vermutet wird.

Was die **Defäkationsstörungen** anderer Genese angeht, habe ich auf die ganzen Beckenbodenerkrankungen unter dem Überbegriff **Pelvic Floor Disorders** - die meist ihre Ursache an den peripheren Nerven des Beckenbodens haben - bereits hingewiesen. Über die **Laktoseintoleranz**, die Milchzuckerunverträglichkeit haben wir gesprochen und worüber man natürlich auch nachdenken muss, sind die Ballaststoffkomponente und der Flüssigkeitsanteil der Nahrung.

Insbesondere bei der obstipierten Form des Colon irritabile ist das in der Differentialdiagnose natürlich ganz wichtig. Zum Thema **Ballaststoffe und Flüssigkeitszufuhr** in der Nahrung könnten wir einen ganzen Tag lang reden. Nicht immer führen bei der Verstopfung vermehrt zugeführte Ballaststoffe zum gewünschten Erfolg. Ballaststoffe können ganz im Gegenteil in die Elementarkatastrophe führen, wenn sie reichlich konsumiert werden, aber nicht mit der entsprechenden Flüssigkeitsmenge. Ich habe Patienten operiert, bei denen sich bei der Öffnung des Darms eine Pressspannwalze hätte gewinnen lassen können als Ursache für den Darmverschluss. Was war das? Im Prinzip waren es Müsli- und Leinsamenesser, die ihre Verstopfung damit beheben wollten, aber nicht bedacht haben, dass ein

Esslöffel Leinsamen mindestens 300 Kubikzentimeter Wasser mit Kohlensäure braucht, um aufzuquellen. Ballaststoffe und Flüssigkeit in der Nahrung stehen in einem unmittelbaren funktionalen Zusammenhang und nicht immer sind die Effekte die, die man sich wünscht.

Ich glaube, Ihnen nicht sagen zu müssen, wie häufig das Reizdarmsyndrom ist, je nach der Sensibilität, welche die Ärzteschaft dafür entwickelt. Das ist natürlich auch ganz unterschiedlich. Es gibt Aussagen, dass das Reizdarmsyndrom **zwischen 10 und 30 Prozent der Bevölkerung** betrifft. Nach meinem persönlichen Dafürhalten sind 10 Prozent zu wenig, 30 Prozent ist für mich eine klassisch amerikanische Übertreibung, aber irgendwo dazwischen wird die Wahrheit schon liegen. Nicht alles, was heute als Reizdarmsyndrom bezeichnet wird, ist auch ein solches. Daher halte ich die 30 Prozent für zuviel. Auf der anderen Seite glaube ich aber durchaus, dass viele Reizdarmsyndrome sich undiagnostiziert durch die Gegend in unserem Land der Spitzenmedizin leiden.

Wie oft wird denn bei uns diese Diagnose gestellt?

**55 000 mal jährlich mit 70 000 Medikamenten-Verordnungen.**

Und damit ist das nicht nur eine häufige, sondern für den Hauptverband der Sozialversicherungsträger auch eine sehr teure Erkrankung. Mag sein, dass das mit ein Grund ist, warum die Pharmaindustrie sich so intensiv auf diesen Bereich gestürzt hat. Die Medikamente - ich brauche darauf im Detail nicht eingehen - sind entweder nicht zugelassen worden oder inzwischen wegen schwerwiegender Nebenwirkungen wieder vom Markt verschwunden, in Österreich wie in den USA. Diejenige, die in den Bereich des Serotonin, eines Neurotransmitters eingreifen - sie haben sicherlich von den so genannten 5HT3 Antagonisten und 5HT4 Agonisten schon gehört - weisen unterschiedliche Rezeptoren im Zwischenhirn des Menschen auf, wo man dachte, angreifen zu können. Die Nebenwirkungen waren teils katastrophal, die Medikamente sind wieder verschwunden. Im Vordergrund steht - und das ist oft Ausdruck der Verzweiflung der Patienten - die **Selbstmedikation**. Wir haben uns das angeschaut. Was sind denn die Verordnungen, was wird denn alles so verkauft? Da kommt man drauf, dass von den 70 000 Medikamenten-Verordnungen gar nicht alle ärztliche Verordnungen, sondern viele quasi Selbstmedikation durch den Patienten sind. Sowohl Medikamente aber auch diverse Tees, Pflanzenmedikamente (sogenannte **Phytotherapeutika**), also Dinge, die rezeptfrei zu erhalten sind, weiters alle möglichen Schmerzmittel - einen hohen Stellenwert nimmt da gerade das Buscopan ein. Je nachdem, ob es sich um die obstipierte oder die diarrhoische Form des Reizdarms handelt - eben **Abführmittel** oder **Mittel gegen Durchfall**. Sehr viel passiert ohne ärztliche Betreuung. Wenn man Beschwerden hat und geht zu seinem Arzt und der schickt einen wieder fort mit den Worten "Sie haben nichts", dann ist einmal die Betreuung nicht gegeben. Aber man hat seine Beschwerden und was bleibt einem übrig, wenn das beim dritten Arzt ebenso passiert, als zur Selbstmedikation zu greifen, die dann oft auch nicht ganz ungefährlich ist, weil eben alle potenten Mittel, die eine Wirkung haben, auch ganz beträchtliche Nebenwirkungen haben. Das gilt auch für scheinbar so harmlose Mittel wie das Johanniskrautöl.

**Johanniskraut** ist ein sehr gängiges Phytotherapeutikum, weil es allgemein als nervenberuhigend und fast für alles als hilfreich beworben wird, erhältlich in allen möglichen Zubereitungsformen (Tropfen, Kapseln etc.), von in- und ausländischen Unternehmen angeboten, sogar über das Internet zu erhalten. Nur was ist in der letzten Zeit passiert? Das Gesundheitsstaatssekretariat am Sozialministerium hat in die so genannte "Rote-Hand-Liste" Johanniskrautölpräparate aufgenommen, d. h. eine Verordnungswarnung ausgegeben, weil das Johanniskrautöl so harmlos nun wieder nicht ist, weil es abhängig von der Dosis mit zahlreichen anderen Medikamenten in **verstärkende oder abschwächende Wechselwirkung** tritt. Und da geht es um Mittel wie z. B. Marcoumar (= ein die Blutgerinnung hemmendes Medikament), das bei vielen Patienten nach Herzinfarkt oder Blutgerinnungsstörungen in der Peripherie verordnet wird. Es wird in seiner Wirkung durch Johanniskrautöl verstärkt und spontan auftretende Blutungen können die Folge sein. Es schwächt die Wirkung von Herzglykosiden wie Digitalis ab. Wenn Sie heute ein Herzglykosid wegen ihrer Herzschwäche kriegen, dann brauchen Sie dies wahrscheinlich wirklich dringend, wenn Sie es wegen Herzrhythmusstörungen kriegen, ebenso. Alles, was die Wirkung des Medikamentes abschwächt, kann Sie in einen lebensgefährlichen Zustand bringen. Johanniskrautöl kann auf einige Blutzuckermittel verstärkend wirken. Der daraus resultierende Zustand der Unterzuckerung kann insbesondere für einen allein stehenden Menschen lebensbedrohlich sein. Was will ich damit sagen? Am Beispiel des Johanniskrauts - ohne jetzt irgendetwas verteufeln zu wollen - sieht man, dass auch die pflanzlichen Präparate in ihren Wirkungen und damit Nebenwirkungen nicht zu unterschätzen sind. Die Selbstmedikation, auch mit diesen Medikamenten, sollte einer gewissen kritischen Kontrolle durch den Patienten, Apotheker oder Arzt unterzogen sein. Wir dürfen nicht vergessen, dass viele unserer heute chemisch hergestellten Medikamente in ihrer Ursprungsform aus Pflanzen gewonnen werden. Alle kennen das, z. B. Digitalis aus dem Fingerhut und dergleichen mehr. Pflanzen beinhalten

teilweise hochpotente Wirkstoffe, und ich bitte Sie, bei Phytotherapeutika den Beipackzettel genau anzuschauen und auf Neben- und besonders auf Wechselwirkungen (Interaktionen) mit anderen Medikamenten zu achten.

Was soll denn ein **Therapieziel** beim Reizdarmsyndrom sein? Die Erkrankung ist **gutartig**. Das glauben viele Patienten, die seit 20 Jahren daran leiden und eigentlich die Wände hochgehen könnten, nicht. Der Verlauf ist **meist chronisch**. Wir haben es mit einem Beschwerdebild zu tun, das wir unterschiedlich erfolgreich behandeln können, das aber über lange Zeiträume des Patientenlebens immer wieder auftreten wird. Jede Therapie, die wir machen, muss eine ausgesprochene Langzeittauglichkeit aufweisen. Neben der Wirksamkeit und der Nebenwirkungsfreiheit, auch bei lang dauernder Verwendung, dürfen keine Gewöhnungseffekte auftreten. Das sind die Voraussetzungen für eine **Langzeittherapie** und auf diese müssen wir uns beim gegenwärtigen Wissensstand der Schulmedizin schlicht und einfach einstellen. Ich kann Ihnen nicht sagen, dass wir kurz davor stehen, den Durchbruch zu schaffen und die Medizin Sie in den nächsten Wochen oder Monaten von allem befreien wird, woran Sie leiden. Wir können Ihnen helfen, aber wir bekommen die Krankheit nicht weg. Wir werden Sie und Sie selbst werden sich längerfristig behandeln und damit umgehen müssen. Kurz zusammenfassend die Therapie: Die **Patientenaufklärung** steht an erster Stelle, aber erst nach **umfassender Diagnostik**. Wenn ich genau weiß, dass Sie an einem Reizdarmsyndrom leiden, dann werde ich Sie detailliert darüber aufklären, was das ist und für Sie bedeutet. Ich werde Ihnen glauben, dass es Ihnen schlecht geht und Sie müssen mir bitte glauben, dass Sie daran nicht sterben werden. Wenn wir auf dieser Vertrauensbasis zusammenkommen, haben wir eigentlich gewonnen.

Ernährungsgewohnheiten und Maßnahmen, die in die Lebensführung eingreifen, können einen positiven Effekt haben, so wie eine bestehende Neigung zur Reizdarmsymptomatik, die bei schlechten Ernährungsgewohnheiten oder in extrem belastenden Lebenssituationen ganz einfach manifest wird. Die Psychotherapie steht wieder an dritter Stelle. Medikamentös können wir auch ein bisschen etwas tun. Nach dem derzeitigen Stand der Zulassung haben wir eigentlich ein **spezifisches darmselektives krampflösendes Medikament** in Form des **Colofac**. Alles worauf wir gewartet haben, alles was wir in Studien aufwendig getestet haben, alles was wir geglaubt haben, Ihnen bald anbieten zu können, hat sich leider nicht bewahrheitet. **Spasmolytika** sind **krampflösende Medikamente**, die meisten von Ihnen werden das **Buscopan** kennen, aber natürlich ist das kein spezifisches auf den Darm wirkendes Medikament, sondern eines, das überall an der glatten Muskulatur angreift. Es erfüllt die Anforderungen der Langzeittauglichkeit nicht, sollte daher nur im Anfall und eher zurückhaltend gegeben werden. Ebenso wie **Loperamid (Immodium)**, wenn die Durchfälle auf andere Art überhaupt nicht mehr zu beherrschen sind. Mit dem **Prepulsid** haben wir unser liebes Problem. Es ist ein sehr gut wirksames Prokinetikum, hat nicht nur in meinen, sondern allen österreichischen Ärzthänden nichts angerichtet, musste aber trotzdem in seiner Indikation dramatisch eingeschränkt werden, weil in Amerika bei einigen wenigen, unter Millionen von Patienten, Herzrhythmusstörungen aufgetreten sind. Man konnte diese zwar nicht mit letzter Sicherheit und eindeutig in Zusammenhang mit dem Cisaprid bringen, allerdings ist es aus der Langzeitmedikation weg und darf nur auf ärztliche Verordnung und unter regelmäßiger EKG-Kontrolle verschrieben werden. Mir tut es leid, denn es war ein sehr gutes Mittel für viele chronisch obstipierte Reizdarm-Patienten.

Nachdem wir jetzt unsere allgemeinen Informationen ausgetauscht haben, komme ich zu einigen **Fallberichten**.

1) Eine 42-jährige Frau hatte jahrzehntelang Abführmittel eingenommen. Dann hat man die ganzen bildgebenden Untersuchungen gemacht und festgestellt, dass der Dickdarm lang ist. Es gibt unterschiedliche Konstitutionstypen des Menschen. So wie Menschen unterschiedlich ausschauen, so schauen natürlich auch alle Röntgenbilder als Passfotos vom Dickdarm unterschiedlich aus. Es ist sehr schwer zu sagen was eine Normvariante ist und was krankhaft ist. Es gibt Menschen mit einem sehr kurzen Dickdarm (in der Stammesgeschichtlichen Entwicklung mehr den Fleischfressern zuzuordnen) und welche mit einem sehr langen Dickdarm (Pflanzenfresser). Die Bezeichnung: "abnormal langer Dickdarm" ist irreführend, denn es gibt keine Zentimeterangabe für eine normale Dickdarmlänge. Selbst die findigsten Normierer sind noch nicht soweit, eine EU-Einheitsdarmlänge, bezogen auf die Körpergröße, definieren zu können. Was wurde bei dieser Frau gemacht? Dieser "abnormal lange Dickdarm" wurde auf eine vermeintlich normale Länge zusammengekürzt, indem man schlicht 40 cm weggeschnitten hat. Das würde im Regelfall zu Durchfallerkrankungen führen, nicht aber bei dieser Patientin. Sie hatte eine obstipierte Form eines Colon irritabile, daher hat diese Entfernung von 40 cm keinerlei Änderung der Beschwerden herbeigeführt, weil die restlichen 70-120 cm haben natürlich die Reizdarmsymptomatik voll weiter ausgelebt. Wenn man der Patientin jetzt krampflösende Medikamente gibt (Mebeverin seit Jahren), dann ist sie völlig beschwerdefrei. Aber

immerhin musste sie eine ausgedehnte und als solche sinn- und erfolglose Dickdarmoperation durchmachen.

2) Die 34-jährige Frau, ebenfalls an chronischer Verstopfung leidend, hat viele Jahre hindurch Abführmittel genommen. Irgendjemand hat dann gesagt "Verkrampfung des Schließmuskelapparates". Auch eine Diagnose, die nicht ganz einfach zu stellen ist. Trotz anorektaler Manometrie, bei der die Normwerte sehr weit auseinander gehen, ist es nicht ganz einfach, die wirklich pathologischen Werte zu definieren. Die Patientin ist untersucht worden, dann hat man diese Diagnose gestellt und etwas gemacht, was eigentlich eine Katastrophe ist: Man hat eine operative Teildurchtrennung des Schließmuskels vorgenommen, den Inneren der beiden Schließmuskel in einem operativen Eingriff durchtrennt. Jetzt hat sie das gleiche Problem - trotzdem nur einmal pro Woche Stuhl - und wenn sie den hat, dann geht das so voll in die Hose wie die ganze Operation. Sie ist nämlich inkontinent. Was hier auf den Chirurgen zukommt ist relativ schwierig, nämlich eine operative Wiederherstellung des Schließmuskels, was auch nur innerhalb einer gewissen Zeit eine Perspektive bietet. Sämtliche Schließmuskelsersatzplastiken aus Bein- und Oberschenkelmuskeln, wie auch aus Kunststoff, sind noch nicht immer erfolgversprechend. Bei dieser Patientin verlief die Rekonstruktion gottlob erfolgreich. Sie steht als Reizdarm-Patientin unter entsprechender Dauermedikation und ist beschwerdefrei.

3) Die 49-jährige Frau hatte unter Stress Durchfälle. Was hat man daraus geschlossen? Reizdarm. Das ist immer noch ein Reflex, der in vielen Ärzten steckt. In dem Moment, wo wir eine psychische, psychosomatische Komponente auch nur irgendwo riechen, ersparen wir uns jede weitere Untersuchung und stellen die Diagnose Reizdarm. Die Geschichte ist gelaufen wie immer. Die Frau hat sogenannte Stopfmittel bekommen (Immodium). Dann hat man ihr noch ein Beruhigungsmittel dazugegeben. Vom Beruhigungsmittel war sie müde, hatte weiter Durchfälle und keine wie immer geartete Besserung. Man hätte vielleicht noch Antidepressiva geben können, dann hätte sie die gleichen Durchfälle gehabt, nur wären sie ihr wahrscheinlich egal gewesen. Nichts desto trotz - die Patientin (durchaus mündig) hat sich mit diesem Zustand nicht zufrieden gegeben - kam dann in kompetente Hände und es wurde eine klassische Ileitis terminalis, ein Morbus Crohn mit ausschließlichem Dünndarmbefall, diagnostiziert. Sie hat die entsprechende Therapie erhalten und befindet sich seit vielen Monaten in Remission. Es war auch wichtig diese Diagnose zu stellen, denn der Morbus Crohn hat unbehandelt eine ganz lästige Eigendynamik, bildet Fisteln, verursacht Bauchfellentzündungen, führt zum Darmdurchbruch und kann die verschiedensten lebensbedrohlichen Zustände entwickeln. Wenn die Patientin sich mit der Erstdiagnose zufrieden gegeben hätte, dann hätte sie möglicher Weise schwerwiegende Spätfolgen erlitten.

4) Unser nächster Fall ist ein 51-jähriger Mann. Wenn es Männer trifft, dann meist in fortgeschrittenem Alter. Bei Frauen ist die Erstmanifestation in wesentlich jüngerem Lebensalter, durchschnittlich um 15 Jahre früher festzustellen als bei Männern. Dieser Herr hatte krampfartige Bauchschmerzen, zweimal pro Woche heftige Durchfälle (übel riechend). Ohne weiterführende Abklärung ist er unter der Diagnose Reizdarmsyndrom symptomatisch mit krampflösenden Mitteln und warmen Umschlägen behandelt worden. Die Beschwerden haben zugenommen und daraus wurde ein Darmverschluss. Die richtige Diagnose bei der Notoperation war ein fortgeschrittener Dickdarmkrebs mit Lebermetastasen und 11 Monate später ist der Patient verstorben. Sie sehen, dass die Symptome bei den vier Fällen "Allerwelts-symptome" sind: krampfartige Bauchschmerzen, Änderung der Stuhlkonsistenz, Änderung der Stuhlfrequenz. Aus den Symptomen allein die Diagnose abzuleiten, ohne die Untersuchungen durchzuführen, halte ich für bedenklich.

Bevor wir in eine Fragestunde - oder wie immer sie das nennen möchten - eintreten, eine Zusammenfassung aus meiner chirurgischen Sicht: Für diese besteht - das kann ich von den Konsensuskonferenzen zum Thema Reizdarmsyndrom berichten - bei den anderen Disziplinen auch eine große Zustimmung. Wir sind uns mit den Internisten und den internistischen Gastroenterologen weitestgehend über die Diagnose und Therapie des Reizdarmsyndroms einig. Es handelt sich um eine gutartige und schwere, vom Patienten als bedrohlich empfundene Erkrankung. Wir brauchen überhaupt nicht darüber reden, dass diese unter Umständen jahrzehntelang oder lebenslänglich auftretenden Symptome eine schwere Erkrankung repräsentieren. Die Lebensqualität eines Patienten ist schwerstens beeinträchtigt. Dramatische Geschichten - wie Verlust der Arbeitsfähigkeit - sind Gott sei Dank selten, kommen aber vor. Die soziale Isolation kann natürlich auch bei einer diarrhoischen Form des Reizdarms durchaus vorkommen. Da die Patienten - die Amerikaner haben den Ausdruck erfunden - "Doc-Hoppers" sind, also von Arzt zu Arzt wechseln, sollten wir uns fragen, ob die Patienten oder die Ärzte daran schuld sind. In manchem Fall führt das dazu, dass die konsequente Untersuchung nicht, dafür andere doppelt und dreifach durchgeführt werden. Das ist natürlich auch



problematisch. Wenn ich jemanden zum ersten Mal sehe, der eine lange Patientenkarriere und viel Krankengeschichte mitbringt, dann wird es wahrscheinlich gar nicht notwendig sein, alle oder auch nur einen Teil der Untersuchungen zu wiederholen. Wenn aber auf der anderen Seite Patienten mit den vorgeschlagenen Untersuchungen immer unzufrieden sind und lieber den Arzt wechseln, als sich untersuchen zu lassen, dann liegt das Verschulden wohl bei beiden Beteiligten. Oft ist es der Fall, dass keine konsequenten Untersuchungen da sind und - was vor allem beim Reizdarmsyndrom nach meinem Dafürhalten sehr wichtig ist - keine wirkliche Vertrauensbasis im Arzt-Patienten-Verhältnis besteht. Wenn Sie das Gefühl haben, dass Sie grundsätzlich in guten Händen sind, dann sagen Sie das Ihrem Arzt, aber auch wenn Sie das Gefühl haben, dass er jetzt mit seinem Latein am Ende ist. Die Ehrlichkeit von beiden Seiten ist eine Grundvoraussetzung für eine Kooperation, Patientenaufklärung, Psychotherapie, Medikamentengabe - dazu brauche ich eigentlich nichts mehr zu erzählen.

Was macht denn dann der Chirurg beim RDS? Meine Aufgabe bestand darin, Ihnen klarzumachen, dass Sie mich nicht brauchen. Und damit danke ich für die Aufmerksamkeit.

Die ÖPRD bedankt sich beim Vorstand der Chirurgischen Abteilung am Donauklinikum Tulln, Prim. Univ. Doz. Dr. Peter Lechner, für die Zustimmung zur Veröffentlichung seiner Ausführungen.