

Österreichische Patienteninitiative Reizdarm

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

Vortrag vom 16. Juni 2010 anlässlich des 67. Klubabends mit dem Thema:

Diagnose Reizdarm – Was kann noch alles dahinter stecken?

**Reizdarm: „Ein ungelöster Kriminalfall???“
Ist wirklich alles untersucht worden? (Resorptionsstörungen etc.)
Relevantes aus der Praxis.**

Vortragender: OA Dr. Peter Minar, Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzfach Gastroenterologie und Hepatologie, Oberarzt im Sanatorium Hera, Leiter der Gastroenterologischen Ambulanz, 1090 Wien.

Ordination: Rosenhügelstraße 209, 1230 Wien
Tel. 01 / 889 86 16
Krankenkassen: BVA, SVA, VA sowie Privat.

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 OA Dr. Peter Minar.**
- C. Diskussion.**

A. Begrüßung, Einleitung.

Christine Strimitzer: Guten Abend meine sehr verehrten Damen und Herren, ich darf Sie recht herzlich begrüßen zu unserem heutigen Klubabend. Gleichfalls begrüße ich sehr herzlich unseren Vortragenden, Herrn Dr. Minar, und bedanke mich für die Bereitschaft, uns für den heutigen Abend zur Verfügung zu stehen. Der Titel des Vortrages ist Ihnen bekannt:

**Diagnose Reizdarm – Was kann noch alles dahinter stecken?
Reizdarm: „Ein ungelöster Kriminalfall???“
Ist wirklich alles untersucht worden? (Resorptionsstörungen etc.)
Relevantes aus der Praxis.**

In einem Vorgespräch haben wir sehr ausführlich besprochen, was wir noch nicht erschöpfend in Vorträgen gehört haben. Das Thema Reizdarmsyndrom war immer von einer anderen Seite „durchleuchtet“ worden und heute wird Herr Dr. Minar in einige Details sehr intensiv einsteigen, wo der ein oder andere nach Hause kommen wird und denkt, das könnte viel-

leicht bei mir zutreffen, um dann weitere Untersuchungen bei seinem behandelnden Arzt zu besprechen.

Ich habe kürzlich in einer medizinischen Zeitschrift eine Vorschau gelesen mit dem Titel: „Reizdarmsyndrom. – Ein Bündel von Darmerkrankungen wird unter diesem Begriff zusammengefasst.“ Das ist schon ein wenig einschlägig in unseren heutigen Vortrag – und auch Herr Dr. König hat darüber in seinem Vortrag, den wir im Vorjahr gehört haben, einiges in diesem Zusammenhang durchblicken lassen.

Die Ärzte sind in der Forschung noch nicht so weit, doch es wird sich hoffentlich bald herausstellen, dass die ein oder andere Symptomatik doch nicht zum Reizdarmsyndrom gehört und darum bin ich auch schon sehr interessiert auf diesen angekündigten Beitrag in der Fachzeitschrift „FORUM Gesundheit“. Wie gesagt, Herr Dr. Minar wird heute in einigen Punkten bereits darauf hinweisen.

Bitte merken Sie sich Ihre Fragen auf dem vorbereiteten Notizzettel vor – Herr Dr. Minar wird uns im Anschluss für die Diskussion zur Verfügung stehen.

Ich darf nunmehr das Wort Herrn Oberarzt Dr. Minar übergeben – und darf Sie, Herr Doktor, bitten, mit Ihrem Vortrag zu beginnen.

B. Vortrag OA Dr. Peter Minar.

Ich bedanke mich für die schönen einleitenden Worte. Es wurde jetzt schon vieles vorweggenommen, was auch ich zur Einleitung sprechen wollte. Im Prinzip geht es mir eigentlich darum, dass man diese **Diagnose Reizdarm** womöglich wegbringt und durch etwas anderes, was man leichter behandeln kann, ersetzt.

Reizdarm – Reizmagen

Eine zunehmende Erkrankung?

Eine aussterbende Diagnose?

Darum ist immer die Frage, was kann denn noch alles dahinter stecken. Ich habe in einigen Vorträgen von Ihnen gelesen und habe den Inhalt ein bisschen studiert. Sie werden sicherlich festgestellt haben, dass es in den meisten Vorträgen darum geht, könnte nicht doch noch etwas anderes dahinter stecken – hat man nicht doch etwas übersehen. Es ist gesprochen worden über die Chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, über die Zöliakie, über die Psychosomatik. Das sind eigentlich alles Gebiete, die versuchen, den Reizdarm zu erklären.

Das Interessante ist ja, den Moment, wo ich den Reizdarm „erklären“ kann, ist er keiner mehr! Und das Ziel sollte eigentlich sein, dass man alle Patienten von dieser Diagnose wegbringt und zu einer anderen Diagnose zuführt, die man leichter behandeln kann. Wenn das alles gelingt, dann würde sich die Selbsthilfegruppe Reizdarm „fast auflösen“ – es hätte jeder eine „Diagnose“ und „fällt hier nicht mehr herein!“

In Wirklichkeit ist es aber so, dass viele Patienten nachkommen. Auch wenn viele ausscheiden, weil sie eine neue Diagnose bekommen, sind sie kein Reizdarmpatient mehr. Die neue Diagnose wird behandelt, jetzt geht es ihnen gut – daher ist diese Gruppe für sie nicht mehr

„interessant“. Aber es gibt immer wieder Nachkommende und so wird diese Organisation weiterhin lange Zeit bestehen.

Die vorstehende Überschrift „Reizdarm – Reizmagen“ habe ich nur angeführt, weil das synonym zu verwenden ist, meistens geht es um den Reizdarm, aber man kann den Reizmagen nicht ausschließen. Man müsste eigentlich einen generellen Ausdruck finden, wo dies alles drinnen ist, z. B. im Zusammenhang mit Verdauungstrakt oder so ähnlich.

Es ist interessant, man hat den Eindruck, diese Erkrankung ist im zunehmen. Es kommen immer mehr Patienten, man hört immer mehr von diesen Beschwerden, die man sich nicht erklären kann, weil man nicht weiß, warum das so ist – und viele leiden darunter. Sie brauchen nur die Zeitungen aufschlagen, die Gesundheitsbeilagen, z. B. die Kronen-Zeitung, es geht immer irgendwie um den Darm, wo kann man noch etwas finden – wo kann man etwas vergessen.

Ich bin eher der Meinung, man sollte daran arbeiten, dass es sich schön langsam um eine aussterbende Diagnose handelt. Denn je mehr wir wissen über Krankheiten, je mehr wir an Befunden erheben können, je mehr bildgebende Verfahren es gibt, um so eher sollte es uns gelingen, von dieser Diagnose weg zu kommen, von dieser so genannten Verlegenheits-Diagnose. Das heißt somit, ich habe nichts anderes gefunden und darum nenne ich es Reizdarm! Wir wollen also möglichst viele Möglichkeiten finden, davon weg zu kommen.

Der Untertitel „Reizdarm – ein ungelöster Kriminalfall“ ist mir in so ferne eingefallen, weil man Vergleiche sucht, denn dann kann man manches viel besser erklären. Und ein Kriminalist, ein Kriminalinspektor, der ist eigentlich in einer ähnlichen Situation wie wir als Ärzte. Er kommt zu einem ungelösten Kriminalfall und er muss auch untersuchen, wie ist es denn passiert, wann ist es passiert, warum – wie kann man es verhindern, kann man wen einsperren!

Und bei uns ist es auch so, wir müssen hören, was sagt uns der Patient, wann hat er die Beschwerden, wie treten die auf und da komme ich irgendwie zu einer Lösung. Und manches Mal gelingt es dem „Kriminalinspektor“ eben auch nicht, den Täter zu fassen und er hat dann viele ungelöste Fälle. Und jetzt kann man sich damit zufrieden geben – gut, da nehme ich den Aktenordner und alles, was ich nicht lösen kann, das sind die ungelösten Fälle – und das ist so!

In der Medizin ist es so ähnlich, wenn ich nichts finde, dann sage ich „Sie haben einen nervösen Darm, einen Reizdarm“ und dann schauen wir, dass wir dies irgendwie symptomatisch in den Griff bekommen. Aber das ist immer unbefriedigend. Erstens ist es keine effektive Lösung und zum anderen hat man immer im Hinterkopf, doch etwas übersehen zu haben. Oder bei der nächsten Kontrolle muss man jetzt wieder alles nachschauen, ob der Patient nicht trotzdem etwas entwickelt hat. Wir wären alle dankbar, sowohl der Patient als auch der Arzt, etwas zu finden, wo man einhaken kann, um aus dem „Ordner der ungelösten Fälle in den Ordner der gelösten Fälle“ geben zu können.

Und wenn jetzt ein Kriminalinspektor von seinem neuen Vorgesetzten einen Auftrag bekommt, alle „ungeklärten Morde der letzten zehn Jahre aufzuarbeiten – was muss er machen? Er muss sich die gesamten Akten hernehmen, um zu studieren, und schauen, wer ist aller einvernommen worden, wie sind die Zeugen befragt worden, ist alles gefragt worden und genügt es, wenn steht – der Zeuge ist einvernommen worden? Oder muss ich mich genau erkundigen, was ist derjenige genau befragt worden, wie ist er befragt worden?“

Und genau so ähnlich ist es bei uns in der Medizin auch. Die Frage ist, ist wirklich alles untersucht worden und wenn ja, ist es ordentlich untersucht worden. Es genügt oft nicht, wenn der Patient zum Arzt sagt – bei mir ist ohnedies schon alles angeschaut worden, es ist in den Magen hineingeschaut, in den Darm hineingeschaut – man hat nie etwas gefunden. Das

besagt noch gar nichts. Man muss wissen, ist bei der Darmspiegelung komplett herumgeschaut worden, hat man in den Dünndarm hineingeschaut, sind dort Biopsien entnommen worden und was steht dann in dem Befund? Ist das wirklich alles fassbar? Es ist wie bei der Kriminalistik, ein wirkliches Aktenstudium notwendig!

Wenn der Patient jetzt zu mir in die Ordination kommt oder in die Ambulanz – mit dem Beschwerdebild – es hat sich alles wieder verschlechtert, es geht ihm alles auf die Nerven, und er möchte wissen, ob er nicht doch etwas anderes hat und bringt den gesamten Ordner mit allen Befunden, dann bleibt nichts anderes übrig, als das durchzuackern, ist wirklich alles untersucht worden, ist wirklich nichts offen!

Wir werden somit versuchen, in dieser nächsten halben Stunde in dieser Richtung ein bisschen etwas herauszuarbeiten und auch ein wenig ausschmücken mit dem, was es in der Praxis eigentlich dazu gibt. Es gibt immer Geschichten bei Patienten, Krankengeschichten dazu und das wollen wir erarbeiten. Ein Bekannter hat mir ein Demo-Modell geschickt, das ist der Darm, so wie er uns Probleme macht!



Ich möchte, bevor wir ins Detail gehen, so wie alle anderen Kollegen auch, die vor mir gesprochen haben, die **Symptome zum Reizdarmsyndrom** aufzählen, die ja jeder von Ihnen kennt:

Symptome:

Bauchschmerzen

Blähungen

Durchfall (Diarrhoe)

Verstopfung (Obstipation)

Oder beides zusammen

Besserung nach Stuhlgang (ist oft charakteristisch)

Ungestörte Nachtruhe (meistens)

Diese Symptome, die kennen wir alle. Aber das Wichtigste sind die Alarmsymptome. Die sind zwar in fast allen Vorträgen – wie ich erfahren konnte – aufgeführt, aber ich möchte dies auch machen, weil das wirklich wichtig ist.

Es gibt bestimmte Symptome, die passen nicht zum Reizdarmsyndrom und wenn das auftritt, dann muss man unbedingt noch einmal nachschauen.

Alarmsymptome:

Blut im Stuhl

Gewichtsverlust

Fieber

Pathologische Laborbefunde (Anämie, Entzündungsparameter, Eisenmangel)

Zu Blut im Stuhl: Wenn Blut im Stuhl auftritt, muss man unbedingt nachschauen.

Zu Gewichtsverlust: Wenn jemand aus unerklärlichen Gründen Gewicht verliert und die Ernährungsgewohnheiten nicht geändert hat, die körperlichen Aktivitäten gleich belassen hat, es ist alles gleich geblieben, aber er kann den Gürtel plötzlich enger schnallen, das ist ein Alarmsignal. Man muss sich nicht immer auf die Waage stellen – meistens merkt man es an der Kleidung, ob man ab- oder zunimmt.

Zu Fieber: Wenn jemand Fieber hat, das passt auch nicht zum Reizdarm.

Zu Pathologischen Laborbefunden: Wenn Blut abgenommen wird und ins Labor geschickt wird und es gibt pathologische Befunde, z. B. erhöhte Leberwerte, erhöhte Bauspeicheldrüsenserfermente, pathologische Stuhlbefunde – das passt alles nicht zum Reizdarm. Beim Reizdarm ist die Definition, dass hier alles normal ist. Wenn ich hier etwas finden würde, könnte ich es ja sofort behandeln und die Beschwerden würden sich bessern.

Entzündungsparameter, z. B. Eisenmangel, das ist ein Parameter, der uns stutzig machen müsste – das zeigt an, dass sich irgend etwas im Körper „abspielt“.

Und jetzt kommen wir schön langsam zu den Ersatzdiagnosen, die uns vielleicht helfen, das Syndrom REIZDARM aufzunehmen und ich beginne von oben nach unten.

Ersatzdiagnosen:

Refluxkrankheit

„Gastritis“ (Helicobacter pylori)

Gallensteinleiden (Cholelithiasis)

Resorptionsstörungen

Zöliakie

Pankreasinsuffizienz (Bauchspeicheldrüsenfehlfunktion)

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)

Divertikulose

Adhäsionen (Verwachsungen)

Mikroskopische Colitis (Collagen-Colitis, lymphocytäre Colitis)

Malignome

Zu Refluxkrankheit: Vorher habe ich Ihnen aufgezeigt, dass der Magen – der Reizmagen – auch dazugehört. Und eine sehr häufige Erkrankung ist die Refluxkrankheit. Reflux heißt übersetzt „zurückfließen“, das ist die Erkrankung, wo Magensaft (Magensäure), in die Speiseröhre zurückfließt. Das bekannteste Symptom ist das Sodbrennen, aber das ist nicht einmal das häufigste Symptom. Es gibt viele Symptome, die sich nur im HNO-Bereich abspielen, aber auch im Bauchraum. Die Beschwerden von Refluxkrankheit, wie z. B. Schmerzen, wenn die Säure „hier wütet“, kann dies nach links, nach rechts, in den Rücken, in den gesamten Bauchraum, ausstrahlen.

Charakteristisch ist dafür eher, dass sich die Symptome bessern, wenn man etwas isst. Wenn Sie essen, wird die Säure gebunden. Das ist eigentlich immer ein gutes Zeichen – alles, was sich durch das Essen bessert – ist immer beruhigend. Umgekehrt ist es viel schlechter. Ähnlich, wenn sich etwas bessert durch Bewegung, das ist immer günstig. Wenn sich etwas bessert in Ruhe, das ist immer schlecht. Soweit zur Refluxkrankheit!

Zu „Gastritis“: Die Gastritis ist eine Erkrankung, die sehr häufig ist. Schon „der Qualtinger“ hat gesagt in einem seiner Kabarettis „jeder anständige Wiener hat eine Gastritis“. Ich habe es deshalb unter Anführungszeichen gesetzt, weil das eigentlich so eine „Wald- und Wiesen-Diagnose“ ist. Wenn man Bauchschmerzen hat und das spielt sich meist heroben ab, dann erwähnt man immer – der hat eine Gastritis.

In Wirklichkeit ist es eine histologische Diagnose, d. h. nicht einmal die Endoskopie, wo man die Schleimhaut mit freiem Auge sehen kann, ist wirklich verlässlich für die Diagnose der Gastritis oder das Ausmaß der Gastritis. Vielmehr muss man eine Biopsie entnehmen und unter dem Mikroskop wird dann genau beschrieben, ist es eine akute oder eine chronische Gastritis; dann gibt es Aktivitätszeichen und es gibt den Helicobacter-Typ.

Vielleicht nur zur Begriffsbestimmung – Gastritis heißt übersetzt Entzündung der Magenschleimhaut. „Gaster“ ist der Magen und die Endung „-itis“, das ist immer die Entzündung. Und dieser Helicobacter – das ist ein Bakterium, das im Magen sitzt, meist am Magenausgang, kann sich aber auch über den gesamten Magen ausbreiten. Die Beschwerden sind auch sehr „bunt“. Das muss nicht immer nur ein Schmerz in diesem Bereich sein, wo der Magen ist.

Eine „Geschichte“ aus der Praxis: Ich habe einen guten Freund, der hat ein italienisches Lokal, wo ich auch sehr gerne hingehere, um zu essen und auch er isst sehr gerne. Nur hat er seine eigenen Speisen nie so richtig vertragen, auch nicht die Getränke – Bier und Wein – jeweils kurz nach dem Essen war er immer aufgebläht, hat Durchfälle bekommen etc. Ich hätte gewettet, er hätte eine Resorptionsstörung – Milchzucker-, Fruchtzucker-, Histaminunverträglichkeit, dass er eben das nicht „verarbeiten“ kann. In Wirklichkeit hat er das bereits alles geprüft gehabt, es war alles negativ, d. h. man hat gesucht und gesucht und nichts gefunden. Aber bei der Gastroskopie hat man den Helicobacter pylori festgestellt.

Das ist ein Bakterium, dieser Helicobacter pylori, wird antibiotisch behandelt – ähnlich wie eine Lungenentzündung – die Bakterien waren weg und er war frisch und gesund. Er hat also die klassischen Symptome gehabt eines Reizmagens oder Reizdarmes und wir haben aber nur den Helicobacter als pathologisches Substrat gefunden, erfolgreich behandelt und er war gesund!

Also – auch die Gastritis gehört ausgeschlossen. Diese beiden vorstehenden Diagnosen werden bestätigt oder ausgeschlossen durch die Endoskopie und durch die Histologie – die Gewebeproben.

Zu Gallensteinleiden (Cholelithiasis): Ein häufiger Befund sind Gallensteine – Steine in der Gallenblase. Das bekannteste Symptom – das ist die Gallenkolik. Jeder, der es schon

einmal gehabt hat, der vergisst es nie! Und jeder kennt sicherlich in seinem Bekanntenkreis jemanden, der sich schon mit diesen Schmerzen gewunden hat.

Die Gallenkolik ist aber schon die Komplikation des Gallensteinleidens. Bevor es soweit kommt, macht ein Gallenstein oft ganz uncharakteristische Beschwerden, z. B. einfach Blähungen oder einfach ein Symptom, dass man etwas im Bauch verspürt. Das ist eher essensabhängig, wie man etwas isst, wodurch die Gallenblase betätigt wird und nicht richtig funktionieren kann durch die Steine, verspürt man, dass irgend etwas nicht in Ordnung ist. Man verspürt es im Bauch und das ist immer ein schlechtes Zeichen. Normalerweise verspürt man seine Organe nicht; wenn man sie spürt, dann ist das schon immer ein Hinweis, „da stimmt etwas nicht“.

Die Gallensteine werden mit einer einfachen Untersuchung gefunden – das ist der Ultraschall. Wir werden später noch zu den sinnvollen Untersuchungen kommen.

Zu Resorptionsstörungen: Ein eigenes Kapitel – das sind die sogenannten Resorptionsstörungen. Resorbieren heißt aufnehmen. Alles was man isst, kommt zunächst einmal in den Magen. Da kommt die Salzsäure dazu, da werden die Speisen ein bisschen aufgeschlossen und wenn dies ausreichend passiert ist, dann gehen die Speisen vom Magen in den Zwölffingerdarm und in den Dünndarm.

Gleich hinter dem Magen – da mündet der Gallengang – und es mündet auch der Ausführungsgang der Bauchspeicheldrüse. Da kommen alle Verdauungsenzyme dazu. Für alles was wir essen, brauchen wir Enzyme, um es zu zerlegen, um die einzelnen Nahrungsmittel in ihre Bestandteile zu zerlegen. Und die werden so weit zerlegt, dass sie durch die Darmwand des Dünndarms aufgenommen - resorbiert werden können.

Und wenn jetzt in diesem Aufschließen, diesem Zerlegen der Speisen, irgendwo etwas fehlt – ein Enzym – dann wird der entsprechende Nahrungsbestandteil nicht aufgeschlossen – geht durch – und macht Probleme. Das geschieht charakteristischer Weise schon sehr bald nach dem Essen, oft schon während des Essens. Man isst, mit dem Essen ist man noch nicht fertig, es schmeckt sehr gut – aber wie die ersten Teile schon den Magen verlassen, funktioniert die Verdauung nicht und man bekommt schon Blähungen, Völlegefühl, Steingefühl im Magen, man verträgt es nicht.

Das ist somit schon ein Hinweis, dass man hier an eine gestörte Resorption denken muss. Charakteristisch ist auch, dass diese Patienten einen großen Leidensdruck haben, aber grundsätzlich „gesund“ sind! Derjenige ist nicht „krank“, er kann arbeiten, er kann Sport betreiben. Er hat eben das Pech, wenn er das „Falsche“ isst, geht es ihm schlecht. Wir werden dann über die Resorptionsstörungen noch genauer und detailliert sprechen.

Zu Zöliakie: Ein eigenes Krankheitsbild, das auch bereits einmal sehr ausführlich besprochen wurde vom Prof. Gschwantler, das ist die Zöliakie. Ich erwähne es hier nur kurz, das ist eine Unverträglichkeit gegen GLUTEN. Das ist in den weißen Getreidesorten drinnen und in allen Speisen, die mit dem entsprechenden Mehl zubereitet werden. Charakteristischer Weise kommt es bei der Zöliakie zu einem Verschwinden der Dünndarmzotten.

Wenn Sie sich vorstellen, die Schleimhaut im Zwölffingerdarm und Dünndarm, die ist mit hohen Zotten versehen, damit die Oberfläche groß ist, damit also viel resorbiert werden kann. Und bei der Zöliakie verschwinden die Zotten! Das klinische Erscheinungsbild ist sehr bunt, es kann gehen von Durchfall, Blähungen, aber auch mitunter nur irgendwelche Mangelerscheinungen, wie z. B. Eisenmangel oder auch über sekundäre Resorptionsstörungen, wo man den Milchzucker nicht verträgt, weil er ganz einfach nicht resorbiert wird. Das möchte ich nur so am Rande erwähnen.

Zu Pancreasinsuffizienz (Bauchspeicheldrüsenfehlfunktion): Ein wichtiges Organ – ich habe es vorher schon einmal erwähnt – das ist die Bauchspeicheldrüse. Das ist neben der Leber die wichtigste Verdauungsdrüse. Wie man etwas isst – über Reflexe wird sie sofort aktiviert – und schickt für alle Speisen die entsprechenden Enzyme dazu. Und wenn sie aus irgend einem Grund nicht richtig funktioniert und das kann sein – einfach so, ohne dass sie irgendwie sichtbar oder wesentlich krank gewesen sein muss, dann werden alle Speisen nicht gut verdaut. Dann gibt es keine bestimmten Speisen, sondern generell – wie man etwas isst, fühlt man sich nicht wohl.

Das wird im Labor getestet, ob die Bauchspeicheldrüse gut funktioniert – da werden wir dann noch darüber sprechen.

Zu chron. entzündl. Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa): In einem anderen Vortrag wurde über die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen gesprochen, das war gleichfalls Prof. Gschwantler, er hat das sehr ausführlich besprochen. Da gibt es den Morbus Crohn und die Colitis ulcerosa. Die Ausdrücke sollten Ihnen, als ständige Mitglieder dieses Arbeitskreises, bekannt und geläufig sein.

Der Morbus Crohn hat auch noch einen anderen Namen – man nennt diese Krankheit „Ileitis terminalis“. Warum heißt dies so? Ileum, das ist der Dünndarm-Abschnitt, der eigentlich der letzte Abschnitt ist, bevor es in den Dickdarm hineingeht. Das Ileum mündet im rechten Unterbauch in den Dickdarm. Und eine Entzündung des Ileums ist die Ileitis. Und wenn es im ganz letzten Stück ist, dann ist es das „terminalis“ – terminalis ist immer das Ende. Charakteristischer Weise sitzt der Morbus Crohn sehr häufig nur in diesem Abschnitt.

Wenn Sie sich jetzt erinnern – was ist noch alles zu untersuchen? Ist wirklich alles untersucht worden? – Bei Patienten mit uncharakteristischen Bauchbeschwerden, Durchfall, Blähungen ist es eigentlich verpflichtend, wenn man schon eine Koloskopie durchführt, dass man bis in dieses „Terminalis-Ileum“ hineinschaut und dort eine Gewebeprobe entnimmt.

Wenn Sie alle schon eine Koloskopie hinter sich haben, dann schauen Sie zu Hause nach, ob wirklich bis in das „Term.-Ileum“ geschaut und auch etwas herausgezwickelt wurde. Auch hier gibt es entzündliche Veränderungen, die man mit freiem Auge nicht unbedingt sehen kann. Sie können aufschreiben, was Sie zu Hause alles nachschauen werden – welche Befunde etc.

Zu Divertikuloze: Divertikel sind ein häufiger Befund beim Dickdarm – so ab dem 50. Lebensjahr. Divertikel sind sackartige Ausstülpungen, die nach außen weghängen. Die Divertikel haben nur eine dünne Wand, ein dünnes Häutchen, und können dazu führen, dass sich der Stuhl drinnen sammelt, dass sich das entzündet. Die Entzündung spielt sich dann außen ab und dann kann die Entzündung Probleme machen. Das kann man spüren, dass sich der Darm verkrampft – reflektorisch – oder wenn die Entzündung außen das Bauchfell mit beteiligt und es kann in weiterer Folge zu Verwachsungen kommen.

Zu Adhäsionen (Verwachsungen): Man nennt diese Verwachsungen Adhäsionen. Wenn Sie sich vorstellen, Sie haben alle schon einmal einen Dickdarm gesehen auf Bildern und Zeichnungen – speziell im linken Unterbauch ist der Dickdarm sehr verschlungen, dieser Teil heißt auch Sigma. Speziell dort findet man häufig die Divertikel. Dort spielen sich auch die Entzündungen ab.

Wenn Sie sich jetzt vorstellen, da liegt eine Darmschlinge neben der anderen, es entzündet sich ein Divertikel, dann verklebt das mit der „Nachbarschlinge“. Und wenn das oft genug passiert, dann verlieren beide Teile dieses Darmabschnittes ihre Beweglichkeit, weil sie zusammenhängen.

Wenn jetzt eine normale Peristaltik kommt und den Stuhl durchpressen möchte, dann ist normalerweise die Voraussetzung, dass alles schön elastisch ist und nachgibt. Und wenn Adhäsionen vorhanden sind, dann tut sich die Peristaltik schwer. Da kommt sie zu einem Widerstand, dann „taucht es an“, denn der Stuhl muss ja durch und das spürt man als krampfartigen Unterbauchschmerz. Wenn es dann dort passiert, also darüber geht, und nach dem Stuhlgang, dann ist alles wieder leichter und besser.

Diese Adhäsionen nachzuweisen, das ist gar nicht so leicht. Es gibt also kaum ein bildgebendes Verfahren, z. B. Ultraschall oder Computer-Tomographie, wo das auf einem Bild nachgewiesen werden kann. Man sieht es, wenn man röntgenologische Untersuchungen macht, wo es um die Peristaltik geht – man kann bei einem Dickdarm-Röntgen sehen, wie bewegt sich denn der Darm, ist das alles durchgängig, aber auch das ist nicht sicher.

Eine gute Möglichkeit Adhäsionen zu sehen ist die Darmspiegelung. Wahrscheinlich haben schon alle von Ihnen eine Darmspiegelung gehabt, mindestens 1 mal, sicherlich mit unterschiedlichen Erfahrungen. Und Sie haben sicherlich auch festgestellt, es kann hin und wieder schmerzen. Ein Schmerz tritt dann auf, wenn während der Untersuchung ein „Zug“ auf den Darm ausgeübt werden muss. Normalerweise, wenn der Darm schön frei beweglich ist, dann wird er auf das Gerät aufgestülpt, aufgefädelt. Das ist so eine Technik, wie wenn Sie einen Gummi in einen Hosenbund einziehen. Das Gerät geht jeweils ein Stück nach vorne und der Darm rutscht darauf. Und wenn das so funktioniert, dann kommt man schon bei 60 bis 70 cm recht weit hinauf, d. h. man kann schon ganz oben sein.

Da liest man im Befund – das können Sie nachlesen – z. B. bis 140 cm unauffällig, d. h. es wurde das gesamte Gerät verbraucht – 1 ½ Meter! Und es kann nicht angenehm sein im Bauch; manchmal ist es notwendig, aber meistens braucht man viel weniger, nur die Hälfte des Gerätes und der Rest wird aufgefädelt. Und man merkt sofort, wenn es irgendwo Verwachsungen gibt, dann geht das eben nicht. Dann lenkt man die Spitze des Gerätes in den Darm – man möchte das auffädeln, aber es geht nicht, es hängt!

Und dann kann man schon sagen, wenn ich als Endoskopiker große Probleme habe da durchzukommen, weil es überall hängt, dass der Patient wahrscheinlich auch Beschwerden hat, denn der Darminhalt in der anderen Richtung hat genau das gleiche Problem. Dann hat man in diesem Fall auch schon die Lösung – dann ist es auch kein Reizdarm mehr, sondern eine Adhäsion.

Es ist nicht ganz einfach es wirklich zu beweisen oder dann zu finden, dass das „gelöst“ wird. Da gibt es auch so „Geschichten“ aus der Ordination, wo man weiß von der Endoskopie und vom Beschwerdebild, da gibt es sicher bereits Adhäsionen. Auch wenn der Patient im Bauchraum bereits operiert wurde, speziell nach gynäkologischen Operationen, kommt es naturgemäß häufig zu Verwachsungen. Und jetzt aber einen Chirurgen zu finden, der in die Bauchdecke „hineinschaut“, eine Laparoskopie durchführt und Adhäsionen sucht, das ist mitunter gar nicht so einfach.

Manche Patienten haben einen relativ langen Leidensweg bis sich doch ein Chirurg findet. Da ist z. B. eine Patientin, die ist bei einem Chirurgen angestellt, sie ist Endoskopieschwester, aber sie wollte sich nicht dort endoskopieren lassen. Sie ist zu mir gekommen, sie hatte auch einmal ein Geschwür gehabt, musste operiert werden und es hat auch eine Nahtstelle im Darm gegeben. Und für mich war das ganz klar, es muss hier irgendwo Adhäsionen geben. Das war ein Leidensweg von ein bis zwei Jahren bis ihr eigener Chirurg, wo sie angestellt war, dann gesagt hat – na gut, jetzt operieren wir halt! In Wirklichkeit hatte sie nicht nur multiple (viele) Verwachsungen gehabt, sondern auch dort wo die Nahtstelle war, das ist auch teils zugegangen. Das muss also auch korrigiert werden.

Aber dieses Beschwerdebild passt 100 %-ig zum Reizdarm. An diese Verwachsungen (Adhäsionen) sollte also immer gedacht werden, schon von Ihnen und teilen Sie das Ihrem In-

ternisten mit, ob das nicht auch schuld sein kann. Wenn diese Verwachsungen dann gelöst werden, geht es dem Patienten gut. Es ist nur die Frage – wie lange. Wenn sich Verwachsungen entwickeln, dann entwickeln sich die auch immer wieder. Sie werden gelöst und es kann durchaus sein, dass sie in 1 Jahr vielleicht wieder da sind, aber dann ist man wenigstens 1 Jahr lang beschwerdefrei. Auch daran sollte man denken!

Zu mikroskopische Colitis: Dann gibt es eine sogenannte „Mikroskopische Colitis“. Wenn jemand Durchfälle hat, uncharakteristische Bauchbeschwerden, aber hauptsächlich Durchfälle, die nicht unmittelbar mit der Nahrung zusammenhängen, dann wird man eher den Dickdarm anschauen als den Magen. Und dann sollte man unbedingt aus dem sogenannten „Terminal ileum“ Biopsien entnehmen und an mindestens **einer** Stelle oder besser an mehreren Stellen des Dickdarms.

Die Schleimhaut kann mit freiem Auge völlig unauffällig sein, unter dem Mikroskop aber findet man dann mitunter Entzündungszeichen.

Da gibt es **die Collagen-Colitis** und **die lymphocytäre Colitis**.

So genau brauchen wir das gar nicht wissen, Sie sollen nur gehört haben, es gibt eine mikroskopische Colitis, die man eben nur unter dem Mikroskop erkennen kann, daher sollten unbedingt Biopsien entnommen werden. Prüfen Sie einmal, ob Sie wegen der Durchfälle eine Darmspiegelung gehabt haben und ob auch aus unauffälliger Schleimhaut etwas herausgenommen wurde und ob auch im Befund steht „unauffällige Schleimhaut“.

Zu Malignomen: Natürlich gehören auch Malignome (das sind bösartige Erkrankungen – Krebs) ausgeschlossen, das sollte auf keinen Fall übersehen werden, das wollen wir auch noch kurz erwähnen.

In einigen dieser Vorträge bei Ihnen – der Chirurg hat es gebracht, auch Frau Prof. Moser – wurde über den Begriff der Visceralen Hypersensibilität referiert.

Viscerale Hypersensibilität:

**Normale Verdauungstätigkeit schmerzt
Antidepressiva senken die Schmerzschwelle.**

Hypersensibilität heißt übersetzt nichts anderes als: Visceral, das ist Eingeweide bezogen und Hypersensibilität eine Überempfindlichkeit, eine verstärkte Schmerzempfindung im Verdauungstrakt. Er war lange nicht klar, ob es das wirklich gibt, aber mittlerweile ist es erwiesen – das gibt es! Und man sieht es auch bei der Darmspiegelung, bei der Coloskopie, dass Patienten, wenn man das Gerät nur ganz wenig bewegt, man tut fast gar nichts – das als leichten Schmerz verspüren. Aber der Patient leidet, er leidet ständig, auch wenn er gerade nicht endoskopiert wird.

Es wird geforscht, aber es gibt bis jetzt keine bekannten Ansatzpunkte, dass man das jetzt gezielt medikamentös behandeln könnte.

Zu: Normale Verdauungstätigkeit schmerzt.

Man kann das so ausdrücken, dass die normale Tätigkeit des Darmes schmerzt. Also man verspürt den Darm, die Verdauungsorgane, obwohl sie **normal arbeiten** und wenn das wehtut, dann ist die Frage, wie kann man das bessern.

Es hat sich folgendes herausgestellt:

Zu: Antidepressiva senken die Schmerzschwelle.

Es hat sich herausgestellt, dass manche Antidepressiva hier sehr gut wirken, in dem sie die Schmerzschwelle senken. Das ist für einen Patienten auch nicht immer ganz einfach einzusehen. Wenn man ihm jetzt ein Antidepressivum verschreibt, dann muss man ihm erklären, dass das nichts mit Traurigkeit zu tun hat und auch nicht mit der Stimmungslage, sondern dass hier eine gewisse Wirkung oder Nebenwirkung dieser Medikamente ausgelöst wird, die Schmerzschwelle zu senken.

Es wird dies auch benützt, wenn der Patient Schmerzen hat mit der Wirbelsäule, Gelenksbeschwerden. Braucht man hohe Dosierungen von Antirheumatika, dann gibt man ein Antidepressivum dazu und die Dosis für Schmerzmittel sinkt dramatisch.

Ich wollte dies nur der Vollständigkeit halber erwähnen.

Psychosomatik!

Und der Übergang zur Psychosomatik ist dadurch eigentlich schon gegeben. Dass der Bauch, die Eingeweide, hier schmerzen können, obwohl keine Entzündung etc. da ist – entsteht durch diese viscerale Hypersensibilität und diese ist sehr oft auch psychisch bedingt.

Es kann der Schmerz dadurch verursacht sein, aber auch die Motilität. Ich will Ihnen ein Beispiel erzählen. Es gibt Patienten, die können am Vormittag nicht so ohne weiteres außer Haus gehen, weil sie zu Durchfällen neigen und speziell – immer wenn sie fort gehen müssen – haben sie noch dreimal Stuhlgang und dann können sie erst das Haus verlassen. Und wenn man sie dann fragt, wie das ist, wenn sie nichts vorhaben, wenn sie nur zu Hause bleiben, dann ist nichts. Und dann kann man nur sagen, der Darm, der kann das nicht wissen, ob man jetzt fort geht oder zu Hause bleibt – das muss sich anderswo abspielen! Das spielt sich sicherlich im Psychischen ab, dass der Patient entweder vor lauter Angst, wenn er unterwegs ist und Durchfall bekommt, ihn auch schon bekommt – das gibt es – oder dass das, was zu erledigen ist, z. B. etwas Spezielles einzukaufen oder auf ein Amt zu gehen, so schwierig ist, dass er deshalb schon Durchfall bekommt.

Aber das sind alles Dinge, daran kann man forschen, da gibt es „Profis“, wie z. B. Frau Prof. Moser, die sich mit dem beschäftigt und hier muss man auch wesentlich in der Vergangenheit ein bisschen forschen, um zu suchen, ob es nicht dramatische Erlebnisse im Leben, schon in der Kindheit des Patienten, gegeben hat. Das kann Scheidung der Eltern sein, sexueller Missbrauch usw., was im späteren Leben zu Funktionsstörungen im Verdauungstrakt führen kann.

Aber auch hier ist es so, wenn eine Ursache gefunden wird, die man gezielt angehen kann, dann gehört dies ja schon zu den gelösten Fällen und kann aus dem „Ordner der ungelösten Fälle“ herausgenommen werden.

Resorptionsstörungen.

Wir wollten über die Resorptionsstörungen ein wenig genauer sprechen. Man kennt einige Störungen, die kann man genau messen, die kann man eruieren:

- **Lactose (Milchzucker)**
- **Fructose (Fruchtzucker)**
- **Histamin**
- **Pancreasinsuffizienz**

Zu Resorptionsstörung Lactose: Eine der häufigsten, das ist die Resorptionsstörung bei Lactose. Dazu ist folgendes zu sagen – Lactose ist Milchzucker und das Enzym, das man dazu braucht, damit die Lactose aufgespalten wird, das ist die Lactase. Wenn man davon zu wenig hat, dann geht alles, wo Lactose drinnen ist, mehr oder weniger unverdaut durch und man hat ziemlich früh Probleme.

Diese Fähigkeit, Milchprodukte zu vertragen, ist bei vielen Menschen noch nicht möglich, es hat sich auch noch nicht voll entwickelt. Es gibt auch ganze Volksstämme, Rassen, z. B. die Chinesen, die Japaner, die haben fast alle eine Lactose-Intoleranz, das ist genetisch bedingt. Da kann niemand etwas dafür – das ist so!

Es gibt aber auch eine erworbene Lactose-Intoleranz – wir werden dann noch genauer darüber sprechen.

Zu Resorptionsstörung Fructose: Fruchtzucker ist der Zucker, der in Früchten und Gemüse drinnen ist.

Zu Resorptionsstörung Histamin: Histamin ist ein interessantes Kapitel, da werden wir auch noch extra darüber sprechen.

Zu Resorptionsstörung Pancreasinsuffizienz: Auch zu den Resorptionsstörungen gehört, wenn die Bauchspeicheldrüse nicht funktioniert, diese sogenannte Pancreasinsuffizienz.

+++++

Lactose-Intoleranz: Sprechen wir genauer zur Lactose-Intoleranz. Lactose ist ein Disaccharid (Zweifachzucker), der sich zusammensetzt aus Glucose und Galactose (Traubenzucker und Schleimzucker). Das Enzym Lactase spaltet die Lactose in diese zwei Zuckersorten, dann wird es schön resorbiert und kann aufgenommen werden und macht keine Probleme.

Wie gesagt, es kann angeboren und erworben sein – erworben z. B. durch chronische, entzündliche Erkrankungen des Verdauungstraktes, wo bestimmte Teile plötzlich ausfallen und nicht gut funktionieren können. Man prüft es mit Blut- oder Atemtest.

Im Blut wird es so gemacht, da wird der Nüchternblutzucker bestimmt, man trinkt Lactose und nach 1 und 2 Stunden misst man nochmals den Blutzucker.

Beim Atemtest wartet man, bis das „durchgeht“. Wenn das nicht gespalten wird, dann wird die Lactose erst im Dickdarm von den Bakterien gespalten, den Wasserstoff atmet man ab und je nach dem, wie viel da drinnen ist, erscheint es als normal oder pathologisch.

Die Therapie ist im Prinzip einfach, wie bei allen Resorptionsstörungen, das, was man nicht verträgt, lässt man weg. Diese Taktik hat natürlich irgend wann ein Ende, denn wenn man alles, was man nicht verträgt, weglassen würde, dann bliebe nur mehr der Reis über und das wäre wohl kein abwechslungsreicher Speiseplan.

Aber man kann die Enzyme, die fehlen, ersetzen. Dieses Enzym Lactase kann man in der Apotheke kaufen, das wird leider nicht rezeptiert, denn es fällt unter Nahrungsergänzungsmittel.

Fructose-Intoleranz / Fructose-Malabsorption: Bei der Fructose ist es so ähnlich. Hier wird der Fruchtzucker nicht vertragen, d. h. nicht zerlegt, die Diagnostik ist ein wenig einfacher, das kann man klinisch einfach testen. Wenn man süßes Obst, Weintrauben, Birnen, einen saftigen Apfel oder sonstiges Obst isst, und man verträgt das nicht, dann hat man eigentlich schon die Diagnose. Man braucht es also nicht extra prüfen. Es wird im Prinzip so geprüft wie die Lactose, nur müsste der Patient noch einmal ins Labor gehen und das ganze noch einmal durchmachen. Man braucht es nicht unbedingt, man kann das klinisch prüfen. Die Therapie ist Diät und Enzymersatz.

Den Enzymersatz hat es bis vor kurzem nicht gegeben, jetzt gibt es ein Mittel, das heißt „Fructosin“, man kann auch dieses Enzym, welches eben fehlt, in der Apotheke kaufen.

Histamin-Intoleranz: Ein interessantes Gebiet ist das Histamin. Normalerweise müssten Sie das alles, was ich Ihnen hier erzähle, schon wissen, bzw. gehört haben. Bei Ihnen allen, die Sie hier sitzen, mit der Diagnose Reizdarmsyndrom, sollte das ein oder andere schon geprüft worden sein.

Das Histamin ist eine Substanz, die wird einerseits im Körper selber produziert, und ist verantwortlich bei entzündlichen Reaktionen, bei allergischen Reaktionen, z. B. wenn Sie eine Biene sticht und es schwillt an – da ist primär das Histamin dafür verantwortlich. Das Histamin kann Blutdruckschwankungen, Kopfschmerzen, aber auch Verdauungsstörungen jeder Art verursachen. Es wird das körpereigene Histamin durch eine Blutabnahme gemessen.

Es gibt zwei Enzyme, die man gut kennt und nachweisen kann – diese können das Histamin abbauen, wenn es mit der Nahrung zugeführt wird. Histamin ist in vielen Speisen und Getränken drinnen, wie in Rotwein, in Käse, im Fisch, in Schokolade, also in allen Dingen, die gut schmecken, da kann überall sehr viel davon drinnen sein – in unterschiedlichster Menge. Beim Fisch kann es beispielsweise so sein, dass der Fisch, wenn er ganz frisch ist, ganz wenig Histamin hat, nur wenn er 1 Tag liegt, dann ist er zwar auch noch frisch, schmeckt gut, aber hat schon das Zehnfache an Histamin drinnen. Es ist demnach möglich, wenn man einen Thunfisch isst, dass man nach einer Stunde einen ganz hoch-roten Kopf bekommt, weil schon so viel Histamin drinnen war.

Die zwei histamin-abbauenden Enzyme heißen: Diamino-Oxidase und das Vitamin B 6. Je nach dem was fehlt, kann man dies rezeptiert bekommen und in der Apotheke besorgen. Diamino-Oxidase muss man kaufen, Vitamin B 6 kann man auf Krankenkassen-Rezept bekommen. Warum das so ist, das weiß ich nicht – das ist gesetzlich so geregelt. Das eine fällt unter Nahrungsergänzungsmittel und das andere unter Medikament.

Wenn die Diagnose Histamin-Intoleranz herausgefunden ist, wird man noch der Diätologin vorgestellt, man hält sich an die Anweisungen und dann hat man eine neue Lebensqualität.

Sinnvolle Diagnostik.

Jetzt sind wir eigentlich schon so weit, dass wir sprechen können, welche mögliche Diagnostik ist denn jetzt sinnvoll. Wenn Sie jetzt zum Arzt gehen mit Ihren vielerlei Beschwerden, wie Bauchschmerzen etc., was sollte denn alles durchgeführt und **wie** sollte das alles durchgeführt werden.

Ich erzähle Ihnen das jetzt, dass Sie es prüfen können – grob prüfen können – ist das wirklich alles so durchgeführt worden bei mir. Wenn nicht, dann gehen Sie nochmals zu Ihrem Arzt und fordern Sie ihn richtig:

- **Anamnese und klinische Untersuchung**
- **Labor**
- **Ultraschall**
- **Gastroskopie (incl. Biopsien aus Duodenum)**
- **Coloskopie (incl. Biopsien aus term. Ileum)**
- **Röntgen – CT – MRT (Motilität, Stenosen)**

Das Wichtigste ist die **Anamnese**. Die Anamnese hat leider den Nachteil, dass sie lange dauert, ist somit sehr zeitaufwändig und das ist das, was die Ärzte am wenigsten haben. Bei der Anamnese ist es wichtig, Sie haben das bei mir schon herausgehört, zu erfragen, wann tritt denn ein Symptom auf – tritt das kurz nach dem Essen auf oder im Zusammenhang mit dem Essen. Denn davon hängt es ab, ob man sich eher den oberen Verdauungstrakt anschaut.

Wenn jemand sagt, ich bekomme immer Durchfall nach dem Essen, dann ist es nicht sinnvoll, sich den Dickdarm anzusehen, denn der ist noch „unschuldig“, der kann noch „gar nichts dafür“. Da muss man eher in oberen Abschnitten „nachschaun“.

Die Anamnese ist sehr wichtig! Und welche Untersuchung kommt jetzt als nächste? Wenn der Patient sagt, es ist völlig egal was ich esse, ich bekomme prinzipiell Durchfall, auch wenn ich nichts esse, dann rentiert es sich, den Dickdarm als erstes anzusehen.

Natürlich auch die klinische Untersuchung ist gleich wichtig – das ist zwar auch etwas, was mitunter sehr zeitaufwändig ist, überhaupt wenn der Warteraum voll ist. Ich bin sicher, es gibt genügend Kollegen, die diese Untersuchung immer mehr vernachlässigen. Aber zumindest das Abtasten des Bauches ist eine Grundvoraussetzung, damit man sieht wie groß ist die Leber, ist die Milz vergrößert, tut etwas weh wenn man drückt, ist z. B. ein spastischer Darm zu tasten. Es gibt schon so viele Hinweise – das ist schon einmal die Grundvoraussetzung.

Eine **Laboruntersuchung** sollte grundsätzlich auch durchgeführt werden. Wenn unmittelbar davor der Patient bei der Gesundenuntersuchung war und es war alles in Ordnung, braucht man nicht noch einmal nachschauen. Aber wenn das schon wieder 1 Jahr oder länger her ist, dann kann man ruhig eine ganze Palette durchführen, u. z. von: Entzündungsparametern, Leberwerten usw.

Ob man die speziellen Resorptionstests macht, wie Lactose, Fructose, Histamin etc., das kann man unter Umständen, wenn man einen sicheren Hinweis hat, gleich mitmachen, aber besser erst im zweiten Schritt. Aber in jedem Fall gehört eine Labor-Untersuchung gemacht.

Eine nicht belastende und fast überall zur Verfügung stehende Untersuchungsmethode ist der **Ultraschall**. Die Ultraschall-Untersuchung bereitet keine Schmerzen, kann beliebig oft durchgeführt werden. Man braucht auch kaum eine Vorbereitung, wie gesagt, fast gar keine. Und wenn nicht zu viel Luft im Bauch ist, dann sieht man fast alles. Der Ultraschall ist dann

nur begrenzt aussagekräftig, u. z. durch die Luft im Bauchinneren und wenn jemand stark unter Blähungen leidet, da kann es schon sein, dass man die Bauchspeicheldrüse z. B. nie sieht, weil da ist der Magen darüber, der Dickdarm darüber, da kommt man dann nicht hin.

Wenn jemand schlank ist, keine Fettschichten hat, keine Blähungen hat, dann kann man mit dem Ultraschall so gut untersuchen, dass man fast keine ergänzenden Untersuchungen braucht. Man sieht eigentlich alle Organe ausreichend, außer Magen und Darm. Die sieht man auch und da kann man durch spezielle Fragestellungen, bei den entzündlichen Darmerkrankungen beispielsweise, erkennen, dass eine Wand verdickt ist oder abnorme Flüssigkeitsansammlungen da sind. Aber ob eine Schleimhaut gerötet ist oder eine Gastritis vorhanden ist, dafür ist der Ultraschall nicht geeignet.

Da brauchen wir dann die Endoskopie, z. B. die **Gastroskopie** – und da ist es schon wichtig, wenn Sie nachschauen in Ihren Befunden, wie ist das durchgeführt worden, ist alles gesehen worden und ist überall herausgezwickelt worden. Zumindest sollte an zwei Stellen des Magens biopsiert worden sein, ganz unten und ein Stückchen höher oben und bei Blähungen und Durchfällen immer auch aus dem Zwölffingerdarm. Die Zöliakie ist nur verlässlich, wenn die Biopsie aus dem Zwölffingerdarm entnommen ist. Sie wird dadurch bestätigt oder ausgeschlossen.

Und je nach dem, welche Symptomatik im Vordergrund steht, kann man die **Coloskopie** gleich mit einplanen oder auch in einem zweiten Schritt, aber meistens gehört sie auch gleich zu Beginn dazu. Auch hier ist das aller wichtigste, ist ganz herum geschaut worden, steht das wirklich im Befund. Wenn allerdings steht „Beeinträchtigung durch Stuhlreste, nur minimale Befunderhebung möglich“, dann ist nicht vollständig und auch nicht aussagekräftig endoskopierte worden. Und es sollte unbedingt im Befund stehen, dass aus dem Dünndarm biopsiert wurde.

Die **Röntgen-Untersuchungen**, die haben einen hohen Stellenwert und bekommen ihn durch die neue Technologie auch immer mehr. Ein konventionelles Röntgen, so wie es früher war, mit Kontrastmittel, verliert schon immer mehr an Bedeutung. Aber Computertomographie und Magnetresonanztomographie liefern sehr gute Befunde – auch für den Darm – für die Ausführungsgänge von Leber, Galle und Bauchspeicheldrüse. Da kann man nachschauen, ob vielleicht das eine oder andere in der Krankengeschichte mit dabei ist. Wann man einen Patienten dort hin schickt, das muss der Spezialist im Einzelfall entscheiden.

Ich bin am Ende angelangt und hoffe, dass Sie noch ein bisschen mehr Einblick bekommen haben, vor allem in die Diagnostik, was wirklich effizient sein kann. Schauen Sie nach, ob bei Ihnen all diese Dinge gemacht worden sind und das Ziel sollte sein, dass der „Ordner Reizdarm“ möglichst viel an Umfang verliert.

**Danke für Ihre Aufmerksamkeit
und
viel Spaß und Erfolg
beim Durchforsten Ihrer
Krankengeschichte.**

Ich stehe Ihnen nunmehr gerne für Ihre Fragen in diesem Zusammenhang zur Verfügung.

C. Diskussion.

Frage: Kann bei der Diagnose Reizdarmsyndrom zusätzlich eine Entzündung im Dünndarm vorhanden sein?

Dr. Minar: Es gibt grundsätzlich zwei Möglichkeiten. Man kann von oben ein bisschen hineinschauen bei der Gastroskopie und von unten bei der Coloskopie. Entzündliche Veränderungen spielen sich meistens ganz unten ab. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Arzt von oben und von unten nichts findet, dass dazwischen noch irgend etwas ist, ist relativ gering. Und wenn sonst nirgends etwas gefunden wird, man hat aber das Gefühl, da steckt vielleicht eine chronisch entzündliche Darmerkrankung dahinter – irgend wo in der Mitte des Dünndarmes – dann gibt es zwei Möglichkeiten.

Die eine ist, eine Kapsel zu schlucken, die fährt durch den Dünndarm und fotografiert ununterbrochen. Das wirkt wie ein Spiegel. Das dauert einige Stunden – man kann also feststellen, wo sie ist – bis sie den Dünndarm verlassen hat. Da werden alle Bilder dieser Kapsel im Computer aufgezeichnet und da gibt es mittlerweile auch schon Programme, die das für den Untersucher verkürzt. Der müsste sich jetzt drei Stunden voll konzentriert dort hinsetzen, damit er keine Rötung oder Unregelmäßigkeit übersieht. Diese neueren Computerprogramme filtern das selber heraus und machen den Beobachter darauf aufmerksam.

Die Kapsel hat nur den Nachteil, dass man keine Gewebeproben entnehmen kann und es gibt schon Geräte, mit denen man den Dünndarm untersuchen kann. Das sind spezielle Endoskope, die sozusagen ein Endoskop im Endoskop haben. Das kann man von oben und von unten machen bis zu einem bestimmten Punkt. Dann wird dort ein Ballon aufgeblasen und sozusagen die Endoskopspitze an dieser Stelle fixiert und dann sozusagen ein weiteres Stück vorgeschoben. Dann wird **dort** ein Ballon aufgeblasen und fixiert und das andere wieder nachgeschoben.

Das ist sehr zeitaufwändig, für den Patienten auch nicht ganz unbelastend. Da braucht man eigentlich schon einen Anästhesisten dazu, der die Sedierung bis hin zur Narkose, übernimmt. Das kann auch zwei bis drei Stunden dauern, bis man ganz durch ist. Das ist aber die effizienteste Untersuchung, weil da kann man auch Biopsien entnehmen. Manchmal kommt man von oben bis zum Dickdarm durch, aber es kann sich nicht immer ausgehen. Der Dünndarm wird hier auch aufgefädelt und das Stück, das fehlt, kann man dann von der anderen Seite machen. Da geht man von unten hinein, sodass man den gesamten Dünndarm gesehen hat. Es gibt aber nur sehr wenige Spezialisten, die das machen, das geschieht speziell in großen Krankenhäusern.

Frage: Seit dem ich Schmerzmittel vom Neurologen bekommen habe, ist bei mir eine ganz arge Verstopfung eingetreten. Was kann ich da machen?

Dr. Minar: Ich bin kein Neurologe, aber die Verstopfung, die durch solche Medikamente verursacht wird, bekommt man üblicherweise leicht in den Griff. Alle haben sicherlich schon eine Darmspiegelung hinter sich gebracht und wissen, da muss man etwas trinken, u. z. drei bis vier Liter einer Spüllösung. Das funktioniert immer. Und für die Behandlung einer Verstopfung ist dieses Mittel nur ein bisschen modifiziert, das sind kleine Säckchen, und dieses Mittel heißt Movicol, das ist ein Pulver.

Da ist nichts anderes drinnen, als diese Spüllösung. Man löst es jeweils in einem Glas Wasser auf und wie viel Sie davon brauchen, das finden Sie selber heraus. Das können drei, vier oder fünf Säckchen sein und diese Lösung trinken Sie über den Tag verteilt. Dann schauen Sie, was am nächsten Tag passiert, bekommen Sie Durchfall, dann war es zu viel, tut sich nichts, war es zu wenig. Je nach dem, nehmen Sie zwei Säckchen weniger oder zwei Säck-

chen mehr. Das Faszinierende bei diesem Movicol ist, es ist ja kein Abführmittel, sondern es ist eigentlich eine modifizierte Spüllösung. Nur spült es den Darm nicht frei, sondern es bringt den Stuhl in so eine Konsistenz, wie Sie es gerne hätten.

Weiters ist sehr günstig, dass man sich positiv daran gewöhnt, d. h. Sie brauchen jetzt vielleicht fünf Säckchen, damit der Stuhl jeden oder jeden zweiten Tag funktioniert, nach drei oder vier Wochen brauchen Sie vielleicht nur mehr drei oder vier Säckchen und in einem halben Jahr brauchen Sie nur mehr ein halbes Säckchen oder gar nichts, weil der Darm über das Nervensystem es wieder lernt, dass der Stuhl normal ankommen soll.

Bei den üblichen Abführmitteln läuft man Gefahr, dass man immer mehr braucht. Und dann hat man schon so viel, dass es nicht mehr richtig wirkt und was macht man dann! Das Movicol ist eben für diese Situation hervorragend, man gibt es auch bei Schmerzpatienten, denn jedes Schmerzmittel stellt auch den Darm ruhig und da kann man das Movicol gleich dazu geben und dann ist die Verstopfung in der Regel kein Thema mehr.

Frage: Bei mir wurde eine Collagen-Colitis festgestellt, wie kann ich diese am besten in den Griff bekommen?

Dr. Minar: Das ist auch ein interessantes Kapitel, das konnte früher nicht festgestellt werden. Man muss sich vorstellen, die Endoskopie gibt es seit ca. 30 Jahren und die histologischen Untersuchungen werden von Jahr zu Jahr besser. Darum konnte man diese Diagnose früher gar nicht stellen.

Jetzt wird alles biopsiert und unter dem Mikroskop angeschaut, getestet und Studien gemacht und dann kommt man darauf, dass es so etwas wirklich gibt. Diese Collagen-Colitis stellt man unter der Schleimhaut fest. Da ist so eine Collagen-Schicht unter der Schleimhaut, die Durchfall verursacht. Man weiß aber nicht, wo dies herkommt, man weiß auch nicht wie lange die Collagen-Colitis dauert, ob sie vielleicht in einer Woche wieder weg ist. Üblicherweise wird das mit Cortison behandelt und dann verschwindet es in der Regel wieder.

Die Collagen-Colitis kommt zwar vereinzelt immer wieder, da muss man dann dem Patienten so gesehen immer wieder eine geringe „Erhaltungsdosis“ geben, so 5 mg Cortison – und dann genügt das meist.

Frage: Bei mir wurden am Darm Verwachsungen festgestellt, was kann man da tun, um die Beschwerden zu beheben?

Dr. Minar: Das ist etwas ganz Schlimmes, wenn der Patient dazu neigt. Tatsache ist, das kann solche Beschwerden machen, das kann bis zu einem Darmverschluss führen, dadurch dass sich solch eine Verwachsung in eine Darmschlinge „hineinlegt“ und sich selber „stranguliert“, dass kein Stuhl mehr durchgeht. Das reicht schon über arge Beschwerden hinaus und es ist schon ein gewisser Risikofaktor auch dabei.

Frage (in weiterer Folge): Warum werde ich dann nicht gleich operiert? Es traut sich offenbar kein Chirurg darüber – so hat es für mich den Anschein.

Dr. Minar: Normalerweise sind die Chirurgen recht schnell beim Operieren, aber wenn es etwas mit Adhäsionen zu tun hat, da sucht jeder Chirurg eine Ausrede – na, wer weiß, ob es wirklich Adhäsionen sind, ob es nicht doch etwas anderes ist. Eine Patientin wurde auf Gefäßverengung behandelt, das war es aber nicht – sie hatte „nur“ Verwachsungen und wurde immer mit krampflösenden Medikamenten behandelt. Das kann schon eine Zeitlang gut gehen. Da gibt es das Buscopan und das Colofac.

Das Colofac ist ein alt bewährtes Medikament, das wunderbar vertragen wird und speziell die Darmmuskulatur entkrampft und lockert. Die Beschwerden bei vorhandenen Adhäsionen entstehen ja dadurch, dass der Darm das überwinden möchte. Es ist dann wie ein Kreislauf, wenn irgendwo ein spastischer Darmabschnitt ist, dann kommt eine andere peristaltische Welle und trifft solch einen Spasmus und dieses Zusammentreffen ist ganz schrecklich. Und wenn man das löst, dann geht die nächste Welle wieder normal drüber und es kann funktionieren.

Es kann allerdings auch den Darm wieder so ruhig stellen, dass die Stuhlfrequenz dadurch sinkt, das ist aber eher selten. Das Colofac ist ein Basis-Therapeutikum und wenn wirklich so ein kolikartiger Schmerz da ist – so ein starker – dann brauchen Sie Buscopan-Dragees, da nehmen Sie aber am besten gleich zwei, denn einmal eines ist sicherlich zu wenig.

Frage: Wenn man eine Collagen-Colitis hat, bringt man die mit Cortison weg, oder bleibt das?

Dr. Minar: Das ist ein wenig schwierig zu beantworten. Es ist so, dadurch dass die Schleimhaut-Architektur nicht normal ist, da ist so eine Collagenschicht unter der Schleimhaut drinnen, das ist eben solch eine entzündliche Reaktion – eine entzündliche Formation – in dieser Schleimhaut und das Cortison nimmt diese Entzündungszeichen und es verschwinden auch die Collagenschichten.

Wenn man dann den Patienten kontrolliert und er ist beschwerdefrei, hat er unter dem Mikroskop wieder eine normale Schleimhaut. Das kann sich ganz zurückbilden. Wie schon vorstehend erwähnt, kann aber auch eine geringe Erhaltungs-Dosis notwendig werden.

Frage: Wie gut sind die Pfefferminzöl-Kapseln – haben die eine gute Wirkung?

Dr. Minar: Die sind empfehlenswert anzuwenden, sind sehr gut in der Wirkung – die Colpermin-Kapseln. Man muss bei diesem Pfefferminzöl nur trachten, dass man das eine halbe Stunde vor dem Essen einnimmt, also wenn man sie nimmt, muss man mit der Nahrungszufuhr ein bisschen warten. Die Kapsel muss Zeit haben, den Magen zu verlassen, sonst ist das Pfefferminzöl im Magen und da nützt es nichts, da haben Sie nur den Geschmack und sonst nichts – keine Wirkung.

Dieses Pfefferminzöl entfaltet eine regulatorische Wirkung. Da können harte Stühle weich werden, weiche Stühle können härter werden, Blähungen können verschwinden, Spasmen können nachlassen.

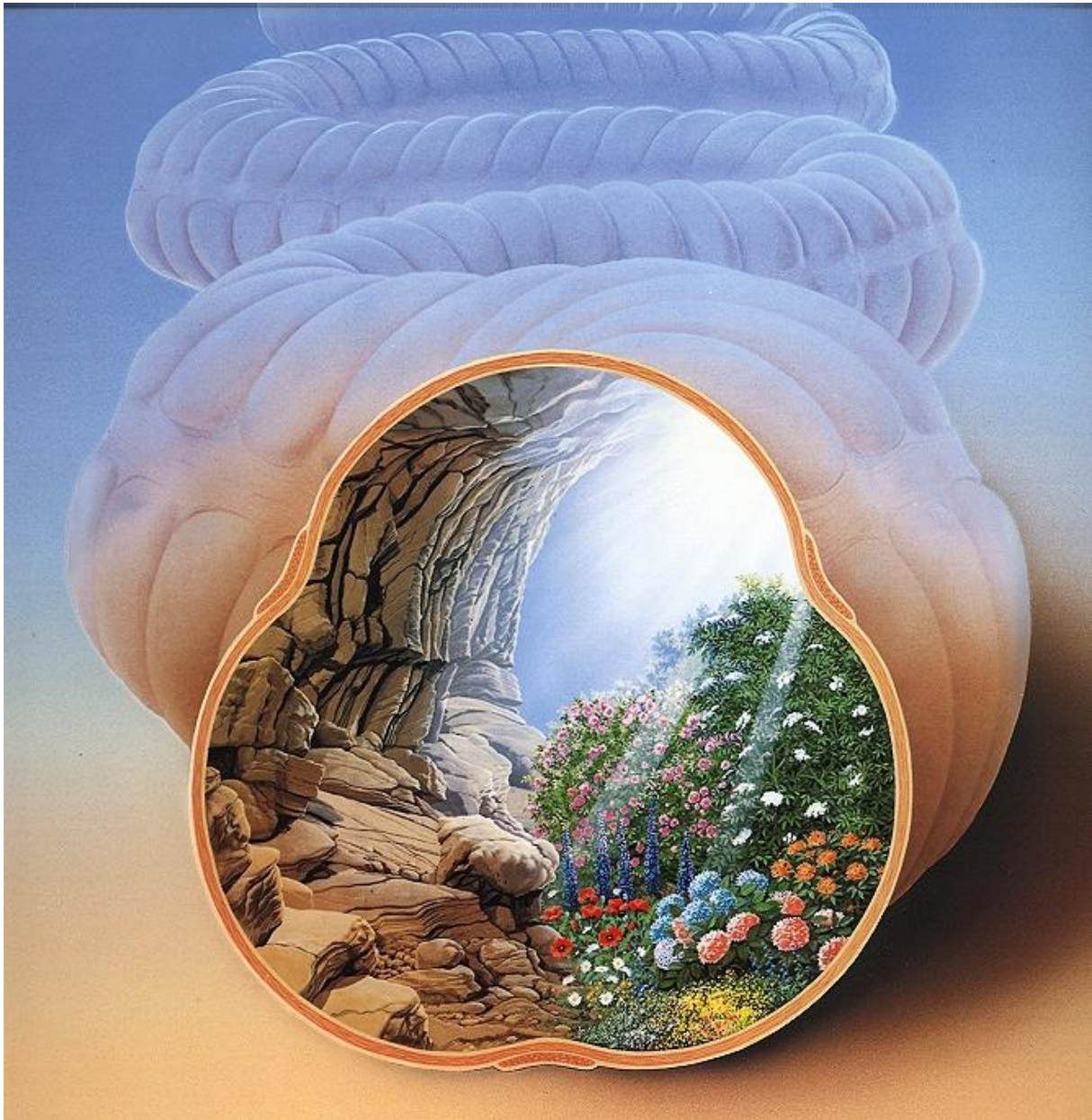
Wenn es keine weiteren Fragen mehr gibt, dann beenden wir die Diskussion.

Christine Strimitzer: Ich bedanke mich im Namen unserer Organisation ganz herzlich bei Herrn Oberarzt Minar für die interessanten Ausführungen und hoffe immer wieder aufs Neue, dass wir dem Ziel einer adäquaten Therapie beim Reizdarmsyndrom bald ein kleines Stückchen näher kommen werden.

Ich darf Sie alle, im Namen der Österreichischen Patienteninitiative Reizdarm, jetzt in den anderen Saal bitten – da haben wir unseren kleinen Imbiss vorbereitet. Es kann vielleicht

hier noch ein kleiner Erfahrungsaustausch als Abrundung des Abends vorgenommen werden.

Die Österreichische Patienteninitiative Reizdarm bedankt sich bei Herrn Oberarzt Dr. Minar für die Zustimmung zur Veröffentlichung seiner Ausführungen, in Form der schriftlichen Weitergabe des Vortrages an die Mitglieder.



Wien, 20. August 2010