

IBS (Irritable Bowel Syndrome, IBS)

Das Reizdarmsyndrom – Diagnostik und Therapie

Zusammenfassung

Bis zu 25% aller ambulanten gastroenterologischen Patienten leiden an einem Reizdarmsyndrom (RDS, international « IBS » für « irritable bowel syndrome », « Colon Irritabile »). Die Diagnostik des RDS ebenso wie die Wahl der passenden medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapieverfahren sind komplex und für Arzt und Patienten eine Herausforderung. Der Einsatz international gebräuchlicher Kriterien, aktuell die Rom Kriterien in ihrer 3. Iteration, erleichtert die Diagnosefindung und hilft bei der Identifizierung potenzieller Therapieansätze.

Patienten sind oft verunsichert über ihre Diagnose einer „funktionellen Magen-Darmerkrankung“; ihnen wird vermittelt sie „hätten nichts“ oder „nichts Ernstes“ und „müssten damit leben“.

Diese Art der Aufklärung ist für leidende Patienten nicht hilfreich. Neben der diagnostischen Herausforderung für Arzt und Patient (Welche Abklärung braucht es? Zu welchem Doktor gehe ich? Brauche ich einen Spezialisten? Es wurde nichts gefunden – den Test nochmal wiederholen? Fehlen noch Untersuchungen?) besteht eine therapeutische Herausforderung (Kommt das vom Essen? Auf was muss ich verzichten? Brauche ich eine Ernährungsberatung? Brauche ich Medikamente? Für immer? Spielt die Psyche eine Rolle? Brauche ich dafür professionelle Hilfe?) und eine mentale Herausforderung (Was ist los mit mir? Warum ich? Ist dies eine lebenslange Krankheit? Kann ich normal arbeiten? Was wird mein Partner sagen? Werde ich Darm-Krebs bekommen? Was passiert während der Schwangerschaft?).

Viele Patienten können mit wenigen oder ohne Medikamente behandelt werden bez. verzichten auf einige Nahrungsmittel, während andere eine Vielzahl von Medikamenten, spezialisierte Ernährungsberatung, spezielle Abklärungen (wie Nahrungsmittelbelastungstests), wiederholte Aufklärung und „re-assurance“, psychologische Unterstützung und ggf. sogar Physiotherapie benötigen. Die Kombination aus diesen Methoden wird an wenigen Zentren angeboten.

Wir im IBSnet sind interessiert und suchen weitere Interessenten, welche das Kaleidoskop diagnostischer und therapeutischer Optionen beim Reizdarmsyndrom erweitern möchten oder einfach an funktionellen Magen-Darm Erkrankungen interessiert sind.

Symptome

IBS äussert sich bei den meisten Patienten durch Stuhlunregelmässigkeiten und abdominelle Beschwerden. Die charakteristischen klinischen Beschwerden eines IBS wurden erstmals 1978 von Manning zusammengefasst. Die Praxis IBS auf der Basis von Symptomkonstellationen zu diagnostizieren ist nicht unumstritten. So hatten die Manning-Kriterien in Validierungsstudien meist eine nur moderate Sensitivität (58–94%) und Spezifität (55–93%). Validierungsstudien bezüglich der Rom-I- bis -III-Kriterien sind nur spärlich vorhanden; eine kürzlich publizierte Arbeit zeigte eine Sensitivität der aktuell gebräuchlichen Rom-III-Kriterien (Tab. 1) für die Diagnose eines IBS durch Allgemeinpraktiker von 75%.

Tabelle 1: Rom III Kriterien für ein Reizdarmsyndrom	
Symptome	<p>Rezidivierende abdominale Schmerzen oder abdominelles Unwohlsein für mindestens 3 Tage pro Monat während der letzten 3 Monate in Zusammenhang mit mindestens zwei der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschwerdeverbesserung nach der Defäkation • Beschwerdebeginn in Zusammenhang mit Änderung der Stuhlfrequenz • Beschwerdebeginn in Zusammenhang mit Änderungen der Stuhlkonsistenz
Voraussetzung für Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Erfüllen der Kriterien für ≥ 3 Monat • Symptombeginn vor ≥ 6 Monaten

Gemäss den Rom-Kriterien werden 4 klinische Subtypen eines IBS unterschieden (Tab. 2). Diagnostisch hinweisend sind weiterhin ein Gefühl der unvollständigen Entleerung, Schleimabgang oder abdominale Blähungen. In der Anamnese sollten auf der einen Seite IBS-Kriterien erfragt, auf der anderen Seite Alarmsymptome und deren resultierende Differentialdiagnosen abgefragt werden.

Tabelle 2: Subtypen des Reizdarmsyndroms	
RDS-O („Obstipation“)	harter klumpiger Stuhlgang bei $\geq 25\%$ aller Defäkationen und flüssiger Stuhl bei $< 25\%$ aller Defäkationen
RDS-D („Diarrhö“)	flüssiger Stuhlgang bei $\geq 25\%$ aller Defäkationen und harter Stuhl bei $< 25\%$ aller Defäkationen
RDS-M („gemischt“)	harter klumpiger Stuhlgang bei $\geq 25\%$ aller Defäkationen und flüssiger Stuhl bei ebenfalls $\geq 25\%$ aller Defäkationen
RDS-U („undefiniert“)	Stuhlgewohnheiten ausserhalb der oben beschriebenen Häufigkeitsverteilungen

Untersuchungen

Leider gibt es keine diagnostischen Untersuchungen, die den pathogenetischen Prozess eines IBS direkt nachweisen. Ein IBS kann somit nicht diagnostisch bewiesen werden und seine Symptomatik überschneidet sich mit anderen gastrointestinalen Erkrankungen.

Gerade im ersten Jahr nach Diagnosestellung eines IBS ohne ausführliche Basisabklärung und rein nach positiver Symptomkonstellation ist die Inzidenz anderer gastrointestinaler Erkrankungen (insbesondere M. Crohn und Kolonkarzinom) erhöht. Somit wird vor Neudiagnose eines IBS eine gründliche Basisabklärung empfohlen (Tab. 3), um eine behandelbare organische Ursache der Beschwerden auszuschliessen. Im Gegensatz dazu sollten nach Diagnose eines IBS in Abwesenheit neuer Aspekte repetitive diagnostische Untersuchungen, wie z. B. regelmässige Darmspiegelungen, vermieden werden.

Eine Darmspiegelung zur Kolonkarzinomvorsorge ist bei Patienten > 50 Jahre immer indiziert. Jüngere Patienten mit Diarrhö sollten zum Ausschluss einer mikroskopischen Kolitis einmalig koloskopiert werden (inklusive Stufenbiopsien). Hier sind Biopsien aus dem rechten Kolon oder Kolon transversum

Proben aus dem Rektosigmoid überlegen. Die deutschen Leitlinien, nicht jedoch z. B. die amerikanischen Leitlinien, empfehlen prinzipiell eine Koloskopie auch bei allen jüngeren Patienten mit Verdacht auf IBS.

In einer Metaanalyse konnte bei Patienten mit positiven diagnostischen Kriterien eines IBS eine 4-fach erhöhte Prävalenz einer bioptisch nachweisbaren Zöliakie gezeigt werden. Daher sollte eine Zöliakie zumindest serologisch untersucht werden. Darüber hinaus erfüllen viele Patientinnen mit Endometriose, entzündlichen Erkrankungen des kleinen Beckens oder Ovarialkarzinomen im Frühstadium die diagnostischen Kriterien eines IBS. Eine gynäkologische Beurteilung inklusive endovaginaler Sonographie ist bei Patientinnen mit vermutetem IBS daher angezeigt. Die diagnostische Aussagekraft einer Abdomensonographie im Rahmen der Diagnostik eines Reizdarmsyndroms ist nicht belegt. Diese einfache, kostengünstige und sichere Untersuchung ist jedoch zum Ausschluss einer Vielzahl von Differenzialdiagnosen geeignet und wird als Teil der Basisdiagnostik empfohlen.

Ein erhöhtes fäkales Calprotectin ist ein Hinweis auf eine (chronisch) entzündliche Darmerkrankung, was bei bekannter Überlappung von IBS- und IBD-Symptomen hilfreich sein kann. Eine exokrine Pankreasinsuffizienz wurde bei bis zu 6,1% von Patienten mit vermutetem IBS diagnostiziert und kann mit einem Elastasetest im Stuhl gesucht werden.

Tabelle 3: Basisabklärungen im Rahmen einer Neudiagnose RDS	
Anamnese	Detailliertes Abfragen von Symptomen unter Benutzung der Rom III oder Manning Kriterien plus Zusatzsymptome, Ausschluss von Alarmsymptomen Orientierendes Erfragen psychiatrischer Komorbiditäten (Depression, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörung)
Status	Körperliche Untersuchung einschliesslich digital-rektaler Untersuchung
Laboruntersuchungen im Blut	Differentialblutbild, Elektrolyte, Kreatinin, Transaminasen, Cholestaseparameter, Pankreasamylase oder Lipase, CRP und TSH Zöliakie-Antikörper: Anti-Transglutaminase IgA, IgA quantitativ
Stuhluntersuchungen	Bei Diarrhö: Stuhlparasitologie, fakultativ Calprotectin, Pankreaselastase
Bildgebung	Sonographie Abdomen Bei Frauen gynäkologische Zuweisung mit endovaginalem Ultraschall zum Ausschluss Ovarialkarzinom, Endometriose, entzündliche Prozesse
Koloskopie	Bei Personen >50 Jahre und/oder Alarmsymptomen obligat Bei RDS-D: obligat zum Ausschluss IBD, mikroskopische Kolitis Bei allen anderen fakultativ, gemäss einiger Leitlinien empfohlen
Routinemässige Untersuchungen im Verlauf bei gesichertem RDS ohne neue Aspekte	
Anamnese	Erfragen Symptomverlauf unter Therapie Orientierendes Erfragen psychiatrischer Komorbiditäten
Apparative Untersuchungen	Keine

Therapie

Die Therapie eines IBS ist individuell und sollte den Symptomen, aber auch Präferenzen des Patienten entsprechen. Entsprechend einer komplexen Pathogenese scheint es viele effektive Therapieansätze zu geben. Realistische Erwartungen sind eine Beschwerdebesserung mit besserem Funktionieren im Alltag; eine komplette Beschwerdefreiheit wird dagegen selten erreicht.

Eine stabile Arzt-Patienten-Beziehung ist die Basis für einen Therapieerfolg. Das wichtigste Werkzeug dafür ist eine offene Kommunikation. Einfache Gesten wie Empathie, interessiert Nachfragen sowie die rückfragende Wiederholung von Patientenaussagen (aktives Zuhören) erhöhen nachweisbar Compliance, Vertrauen und Zufriedenheit der Patienten. Die wichtigsten Schritte einer patientenzentrierten Behandlung des IBS sind in Tab. 4 zusammengefasst. Bei milden Beschwerden kann eine genaue Aufklärung über das Krankheitsbild, ggf. Beruhigung, ausreichend sein. Immer sollten aggravierende Faktoren wie Nahrungsmittelintoleranzen gesucht werden. Bei schwererer Krankheitsausprägung sollten dagegen pharmakologische und nichtmedikamentöse Therapieansätze ausgeschöpft werden.

1	Befragung des Patienten unter Benutzung offener Fragen, Empathie
2	Krankheitsverständnis und Ängste des Patienten erfragen
3	Erklärung des Krankheitsbildes
4	Erwartungen des Patienten einschätzen und Grenzen der Therapie aufzeigen
5	Aktives Einbeziehen des Patienten in Therapieentscheidungen
6	Gestaltung der Therapie in Hinblick auf die Vorbehalte und Interessen des Patienten
7	Aufbau einer langfristigen Arzt-Patientenbeziehung

Ernährung und Lebensstil

Die Mehrzahl (70–80%) der IBS-Patienten führen Exazerbationen ihrer Erkrankung auf bestimmte Nahrungsmittel zurück. In einer Befragung von 1200 IBS-Patienten führten kleinere Mahlzeiten (69%), Vermeiden fetter Speisen (64%) und eine Erhöhung des Faseranteiles in der Nahrung (58%) zu einer Symptombesserung.

FODMAPs („Fermentable Oligo-, Di-, Monosaccharides, And Polyols“) bezeichnen eine Vielzahl von Molekülen, die im Dünndarm nur ineffizient absorbiert werden können. Im distalen Verdauungstrakt sind diese Stoffe einerseits osmotisch aktiv andererseits werden sie durch Bakterien unter Gasbildung fermentiert. Bei genügend hoher Belastung und Prädisposition (insbesondere erhöhter viszeraler Schmerzempfindlichkeit) kann es dann zu IBS-typischen Symptomen kommen.

Im Vergleich zu Gesunden weisen IBS-Patienten eine höhere Prävalenz von Laktosemaldigestion und Laktoseintoleranz auf. Andere relevante FODMAPs (z. B. Fruktose, Raffinose, Fruktan, Sorbitol) sind vor allem in bestimmten Früchten und Gemüsesorten sowie Weizenprodukten enthalten. Eine professionelle Ernährungsberatung und das Führen eines Ernährungstagebuches kann dann hilfreich sein, um symptomauslösende Nahrungsmittel erkennen und meiden zu können. So führte bei IBS-Patienten mit einer Fruktosemalabsorption die Einhaltung einer FODMAPs-Diät in 80% der Fälle zu einer Symptombesserung. Unklar ist noch, wie Patienten für eine FODMAP Therapie ausgewählt werden sollen.

Grundsätzlich ist die strikte Einhaltung der Diät der wichtigste Faktor für einen Therapieerfolg. Auch körperliche Aktivität ist ein essenzieller Therapiebestandteil. Es konnte gezeigt werden, dass bereits 3- bis 5-mal 30 min Bewegung pro Woche die Symptome eines IBS bessern kann.

Medikamentöse Therapie

Stuhlregulation

Für IBS-O stellen Ballaststoffe und Laxanzien eine breit verwendete Basistherapie dar. Der gewünschte Effekt besteht in einer Erhöhung der Stuhlmasse mit konsekutiver Stimulation der Motilität und Symptomerleichterung. Es können pflanzenbasierte Wirkstoffe wie indischer Flohsamen (Psyllium), Sterculia oder Kleie, aber auch ähnlich wirkende Laxanzien (Makrogole) verwendet werden. Für Patienten mit Blähungen und abdomineller Distension sollte auf Kleie verzichtet werden, da diese Symptome durch Kleie verstärkt werden können. Ohne Evidenz durch Studien, aber in der Praxis verbreitet, ist der Einsatz dieser Substanzgruppen, insbesondere Psyllium, beim IBS-D. Da diese Stoffe im Darm Wasser binden, kommt es bei Obstipation zu einer weicheren Stuhlkonsistenz, während bei leichter oder mässiger Diarrhö eine Festigung der Stuhlkonsistenz möglich ist. Ein Therapieversuch mit dieser kostengünstigen und sicheren Substanzgruppe ist somit bei jedem IBS-Patienten gerechtfertigt. Dabei sollte dem Arzt bewusst bleiben, dass Effekte nur in Einzelstudien, nicht jedoch in grossen Metaanalysen gezeigt werden konnten.

Nicht überall in Europa verfügbar sind die neuesten Medikamente, die sich durch die Aktivierung von körpereigenen Chlorid-Kanälen auszeichnen. Lubiproston und Linaclotid konnten ihre Wirksamkeit bezüglich Besserung der Stuhlfrequenz und Konsistenz sowie globale Besserung von IBS-Symptomen in grossen randomisierten kontrollierten Studien, auch wenn über 1 Jahr eingenommen, beweisen (Tab. 5 – neue Medikamente).

Substanzklasse	Wirkstoff	Wirkansatz	Für	Effekt	Zulassung
Serotonin-rezeptorantagonist	Alosetron	Antagonismus am 5HT4 Rezeptor	RDS-D	Stuhlfestigung, Reduktion abdomineller Schmerzen	USA (unter Auflagen) Ob Zulassung in Europa unklar
Proston (Prostaglandin E1-Derivat)	Lubiproston	Aktivierung eines Chloridkanals (CLC-2) in Darmmukosa mit Einstrom von Chlorid, Bikarbonat und Wasser	RDS-O	Erhöhung Stuhlfrequenz, weichere Konsistenz, Reduktion abdominaler Schmerzen	USA, Japan (Schweiz, England für therapie-refraktäre Obstipation)
Guanylatzyklase-Aktivator	Linaclotid	Aktivierung eines Chloridkanals (CFTR) via cGMP mit Einstrom von Chlorid, Bikarbonat und Wasser	RDS-O	Erhöhung Stuhlfrequenz, weichere Konsistenz, Reduktion abdominaler Schmerzen	USA, Japan, Europa (Schweiz ausstehend)

Bei Patienten mit IBS-D ist ein Therapieversuch mit Loperamid, einem Opioid ohne zentralgängige Wirkung, indiziert. Es kann als Reservemedikament bei plötzlicher Drangsymptomatik Sicherheit im Alltag vermitteln, ist jedoch bei abdominalen Schmerzen mit Vorsicht einzusetzen. Eine empirische Therapie mit dem Gallensäurebinder Cholestyramin ist ebenfalls einen Versuch wert. Gemäss einer Metaanalyse können bei 68% aller IBS-D-Patienten Gallensäureabsorptionstörungen diagnostiziert werden, die abhängig vom Schweregrad des Gallensäureverlusts in 70–96% der Fälle auf eine Behandlung mit Cholestyramin ansprechen.

Spasmolytika

Spasmolytika bieten sich für die Behandlung von IBS bei abdominalen Krämpfen und Schmerzen an. Die Gruppe der Spasmolytika ist bezüglich Wirkmechanismen heterogen und umfasst neben Anticholinergika auch Kalziumkanalantagonisten, Opioidrezeptoragonisten und Naturheilmittel. Trotz heterogener Datenlage und grosser Unterschiede zwischen Einzelsubstanzen ist ein positiver Gruppeneffekt der Spasmolytika anerkannt. Butylscopolamin ist ein Muskarinrezeptorantagonist, für den in placebokontrollierten Studien eine Besserung abdomineller Symptome gezeigt wurde (RR 0,63, CI 0,51–0,78). Pinaverium ist ein Kalziumkanalantagonist mit relaxierender Wirkung an glatter

Muskulatur. Für diese Substanz konnte in kontrollierten Studien eine Wirkung auf die Schwere der IBS Symptomausprägung, insbesondere auf abdominelle Schmerzen, gezeigt werden.

Dampfextrahiertes Pfefferminzöl gehört zu den ältesten Mitteln gegen Reizdarm. Es kann insbesondere bei abdominalen Schmerzen gegeben werden. Die „number needed to treat“ (NNT) mit diesem potenten Spasmolytikum liegt bei 2,5 Patienten; dieser Effekt wurde in Metaanalysen bestätigt. Da es zudem kostengünstig und sicher ist und von Patienten als natürliches Präparat geschätzt wird, stellt es eine sehr häufig rezeptierte Substanz für IBS-Patienten dar.

Naturheilmittel

Naturheilmittel werden oft von Patienten verlangt, andererseits werden sie bereits häufig als Selbstmedikation eingesetzt. Naturheilmittel werden als Einzel- oder Kombinationspräparate verwendet. Es bestehen länderabhängig deutliche Unterschiede in den jeweiligen Präparationen, die zunehmend z. B. in Internetapotheken bestellt werden können und daher breit verfügbar sind.

Einzelpräparate

Kurkuma wird eine spasmolytische Komponente nachgesagt, es wird insbesondere im Nahen Osten eingesetzt. Ein überzeugender Wirkungsnachweis in kontrollierten Studien ist jedoch ausstehend. *Fumaria officinalis*, ein Extrakt aus dem in Mitteleuropa wachsenden Erdrauch, zeigte in einer kontrollierten Vergleichsstudie gegenüber Placebo keine signifikante Wirksamkeit. Positive Effekte von Johanniskraut konnten ebenfalls nicht gefunden werden. Im Gegensatz zu den oben erwähnten Präparaten ist die Wirkung von Pfefferminzöl gut dokumentiert (s. unter Spasmolytika).

Mischpräparate

Als Kombinationspräparate werden STW-5 (Iberogast), bestehend aus einer Vielzahl alkoholischer Auszüge von Heilkräutern sowie das in der Schweiz nach tibetischem Rezept hergestellte Mischpräparat Padma Lax, eingesetzt. Für diese Präparate konnte in kontrollierten Studien eine Wirkung bezüglich Schmerzen und Globalsymptomen (STW-5) bzw. Schmerzen, Obstipation und Flatulenz (Padma Lax) nachgewiesen werden.

Für einige Mischpräparate aus der chinesischen Medizin (z. B. Tong Xie Ning) wurde in kontrollierten Studien eine Wirkung gezeigt, andere chinesische Mischpräparate wie Tong Xie Yao Fang zeigten für IBS keine positiven Effekte in kontrollierten Studien.

Antidepressiva

Für die Behandlung aller Formen therapierefraktärer Symptome des Reizdarms werden seit langem trizyklische Antidepressiva und selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) verwendet. Der Einsatz ist dabei nicht auf Patienten mit assoziierter Depression oder Angststörung beschränkt. Als Wirkmechanismen werden eine analgetische Komponente in den Viszera sowie eine Modifikation der beim Reizdarm wichtigen Achse zwischen Darm und Gehirn postuliert. Wichtig ist eine gute Patientenaufklärung über den gewünschten analgetischen (nicht antidepressiven) Effekt sowie die niedrige Dosierung, die unterhalb der für eine Depression gebräuchliche Dosierung liegt (z. B. einmal tgl. 10–25 mg Amitriptylin).

Ausser im Falle intolerabler Nebenwirkungen sollte jedes Medikament mindestens 6 Wochen eingenommen werden, bevor ein fehlendes Ansprechen konstatiert wird. Die Wirksamkeit von Antidepressiva auf abdominelle Schmerzen ist unbestritten und wurde in mehreren kontrollierten Studien gezeigt; bezüglich Stuhldrang und Stuhlfrequenz konnte nicht immer ein signifikanter Effekt erreicht werden. In Metaanalysen zeigte sich eine positive Wirkung der Antidepressiva auf abdominelle Schmerzen (NNT 5), Gesamtbeurteilung (NNT 4) und Symptomenscores (NNT 4). Tri- und tetrazyklische Antidepressiva werden aufgrund ihres anticholinergen (somit obstipierenden) Wirkungsprofils besonders für die Behandlung von IBS-D verwendet. Für SSRI bestehen dagegen hauptsächlich positive Daten zur Wirksamkeit bei IBS-O.

Antibiotika

Als Behandlung gegen abdominelle Blähungen und Schmerzen bei IBS-D hat die darmselektive antibiotische Therapie in den letzten Jahren wieder einen Aufschwung erlebt. In den aktuellen Studien wurde dabei auf eine Testung einer bakteriellen Überwucherung verzichtet. Die Datenlage erscheint insbesondere für Rifaximin günstig, das in einer Dosis von 3×550 mg an einer grossen Kohorte von IBS-D Patienten 2 Wochen getestet wurde. Nach 10 Wochen (also 8 Wochen nach Therapieende)

zeigte sich eine Verbesserung bezüglich Blähungsgefühl, Schmerzen und globaler Symptomenbeurteilung. Gemäss retrospektiven unkontrollierten Daten kann mit einem Anhalten des Therapieerfolgs für durchschnittlich 4 Monate gerechnet werden. Beschwerderezidive wurden bei einer kleinen Subpopulation von Patienten bis zu 3 Mal erfolgreich mit Rifaximin behandelt. Aufgrund der limitierten Datenlage sollte über eine erneute Therapie jedoch individuell entschieden werden.

Psychotherapie

Therapiemethoden wie eine dynamische Psychotherapie, kognitive oder verhaltenstherapeutische Ansätze bieten sich bei Patienten an, die einer medikamentösen Therapie eher kritisch gegenüberstehen und für einen psychotherapeutischen Ansatz zu begeistern sind.

Obwohl ein starker Placebo Effekt nicht auszuschließen ist, scheinen sowohl die klassische Psychotherapie als auch die kognitive und verhaltenstherapeutische Therapie sowohl in Bezug auf IBS-spezifische Angst und Depression als auch bezüglich gastrointestinaler Symptome wirksam zu sein. In einer grösseren Studie zur Behandlung funktioneller Darmbeschwerden war eine kognitive Verhaltenstherapie einer alleinigen Patientenedukation signifikant überlegen (Ansprechrate 70% vs. 30%, NNT 3). Die Wirksamkeit von progressiver Muskelrelaxation und autogenem Training konnte in Einzelstudien ebenfalls gezeigt werden.

Alternative Heilmethoden

Hypnose und Akupunktur

Auch alternative Therapieverfahren sind für die IBS-Behandlung wissenschaftlich untersucht worden. So wurde für die Hypnosetherapie im Vergleich zu einer Psychotherapie bei 30 Fällen eines schweren IBS eine Verbesserung der Schmerzwahrnehmung, der Lebensqualität und der Stuhlgewohnheiten verzeichnet. Für Patienten mit therapierefraktärem IBS konnte in einer aktuellen Studie die Lebensqualität stärker verbessert werden als mit einer medizinisch-medikamentösen Therapie allein. Im Gegensatz dazu hat sich die Akupunktur in mehreren Studien als wirkungslos erwiesen.

Zusammenfassung

- Bei Erstdiagnose eines IBS sollte auf Anamnese und Diagnostik grössten Wert gelegt werden, da eine sichere Diagnose den weiteren Verlauf und letztendlich die Lebensqualität des Patienten bestimmt.
- Eine Wiederholung apparativer Diagnostik bei bestehendem IBS ohne neue klinische Aspekte ist zu vermeiden.
- Die Therapie eines IBS sollte individuell an jeden Patienten sowie dessen Bedürfnisse und Symptome angepasst werden.
- Evaluation und Anpassung von Nahrungsgewohnheiten und körperlicher Aktivität sind ein wichtiger Bestandteil jeder IBS-Abklärung und Therapie.
- Als Basistherapie empfiehlt sich eine gute Stuhlregulation, die mit natürlichen Substanzen, aber auch mit neuen Substanzklassen (additiv) erreicht werden kann.
- Abdominelle Schmerzen können mit Spasmolytika, Naturheilmitteln und sekundär mit Antidepressiva behandelt werden.
- Bei abdominalen Blähungen als Leitsymptom sind darmselektive Antibiotika evtl. wirksamer als andere Medikamente.
- Die Kombination medikamentöser Therapie mit psychotherapeutischen Verfahren, evtl. auch alternativen Therapiemethoden, ist sinnvoll.