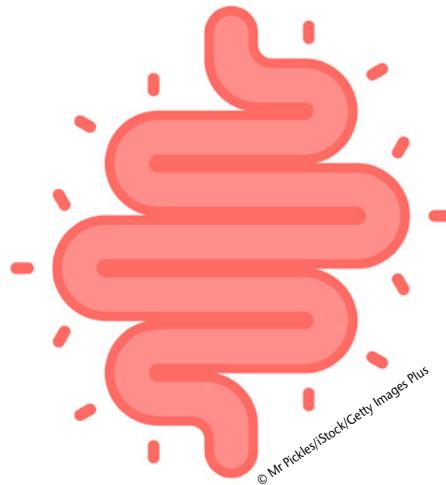


■ Das Reizdarmsyndrom: Update zur aktualisierten Leitlinie Teil 2

Sabine Poschwatta-Rupp

■ „Die Pädagogische Hochschule Tirol is(s)t Planetary Health“

Johanna Huber



Das Reizdarmsyndrom: Update zur aktualisierten Leitlinie

Teil 2: Therapie, RDS bei Kindern und Fazit

Sabine Poschwatta-Rupp

Von der Fachwelt lange erwartet, erschien im Sommer 2021 die aktualisierte S3-Leitlinie zum Reizdarmsyndrom (RDS; *Irritable Bowel Syndrom*, IBS) [1]. Es hatte in einigen Themenbereichen viel Diskussionsbedarf gegeben, sodass die Leitlinienkommission einen „Zwischenstopp“ in Form einer Konsultationsfassung einlegte, die allen Interessierten im Juni 2020 für einen Monat zur Ansicht und Abgabe von Diskussionsbeiträgen auf der Homepage der DGVS zur Verfügung stand. Diese Kommentare wurden bei der Erstellung der finalen Fassung überprüft, zum Teil berücksichtigt oder für die nächste Fassung vorgemerkt. Die wichtigsten Aktualisierungen werden in diesem zweiteiligen Beitrag vorgestellt (■▶ Teil 1 ist in der vorausgehenden Juniausgabe erschienen [2]).

Therapie

Die AutorInnen der Leitlinie bezeichnen das vielschichtige Krankheitsbild des Reizdarmsyndroms sehr treffend als:

„... gemeinsame Endstrecke unterschiedlicher ätiopathogenetischer und pathophysiologischer Prozesse“ [1].

Daher muss die Therapie stets individuell und interdisziplinär erfolgen. Offensichtlich unterliegen eher ängstliche, depressiv veranlagte Personen

sowie solche mit vermehrter Somatisierungsneigung im Vergleich mit Personen ohne diese Eigenschaften dem Risiko, ein postinfektiöses RDS zu entwickeln. Daher sollten diese psychischen Faktoren bei der Anamnese erhoben werden. Ihre Berücksichtigung kann den Therapieerfolg deutlich verbessern. Bei entsprechender Indikationsstellung werden flankierend psychotherapeutische Elemente, Strategien zur Stressvermeidung sowie Selbsthilfestrategien u. a. empfohlen. Für Stressmanagement-

programme und Entspannungstechniken liegen Evidenzen vor. Hinsichtlich einer nachhaltigen Wirkung ist die Datenlage allerdings noch spärlich. Um eine optimal angepasste Behandlung sicherzustellen, wird die Verwendung einer vereinfachten RDS-Schweregradeinstufung empfohlen. Die Einteilung in leichte, schwere und mittelschwere Verlaufsformen der Schul-/Arbeitstagesoll anhand der Anamnese erfolgen (♦ Tabelle 2, zitiert aus [1], nach [3]).

Parameter	Leicht	Mittelschwer	Schwer
Zeitliche Konstanz der Beschwerden	gelegentlich	häufig	ständig
Ausprägung der Beschwerden ^a	leicht	mäßig	schwer
Beeinträchtigungen im Alltag ^b	gering	mäßig	stark

Tab. 2: Schweregrade des RDS (zitiert aus [1], Seite 68f; mod. nach Drossmann et al. [3])

^a z. B. Intensität der Bauchschmerzen auf einer 11-stufigen numerischen Skala: leicht: 1–3; mittelschwer; 4–7; schwer: 8–10

^b z. B. Fehltag in Schule, Krankschreibungen: leicht: 0–5 %; mittelschwer: 6–10 %; schwer: > 10 %“

Ernährungstherapie

Aufgrund der veränderten Sichtweise, das RDS eher an pathophysiologischen Veränderungen wie Störungen des enterischen Nervensystems (ENS) der Darm-Hirn-Achse sowie dem Auftreten subklinischer Entzündungen zu messen, gewinnt die Ernährungstherapie noch mehr an Bedeutung. Auch die Erwartungshaltung vieler PatientInnen ist nicht zu unterschätzen. Allein die Beratungssituation und die therapeutische Zuwendung werden positiv bewertet. Es ist ein gewisser Placebo-Effekt sowie Suggestion zu erwarten, die zu einer Linderung führen können. Zwar ist ein Einfluss der Ernährung auf die RDS-Entstehung pathophysiologisch nicht gesichert, aber hinsichtlich der Entstehung und Schwere der Symptome ist sie durchaus relevant. Die AutorInnen der Leitlinie weisen auch in diesem Kapitel noch einmal auf die erforderliche Abgrenzung gegenüber Nahrungsmittelunverträglichkeiten und -allergien hin. Eine zentrale Empfehlung ist folgende:

„Empfehlung 5-1: Es können keine einheitlichen Ernährungsempfehlungen für alle Patienten mit einem Reizdarmsyndrom gegeben werden. Es gibt aber zahlreiche individuelle Ernährungsempfehlungen, die sich an den jeweiligen Symptomen orientieren.“ [1]

Statt einer „Pauschaldiät“ geht es darum, den/die PatientIn zu begleiten, die individuellen Unverträglichkeiten zu identifizieren und persönliche Lösungswege gemeinsam mit ihm/ihr zu entwickeln. Längerfristige Eliminationsdiäten sollten regelmäßig auf die Notwendigkeit ihrer Fortsetzung überprüft werden.

Als häufige Beispiele individueller Unverträglichkeiten werden Alkohol, Fett, Hülsenfrüchte, schwer verdauliche Kohlenhydrate (z. B. FODMAPs), Getreideprodukte, Salicylate und Zwiebeln genannt [4].

Kontroverse Diskussion um die Low-FODMAP-Diät

Eine Sonderstellung bei den Eliminationsdiäten räumt die Leitlinienkommission der „Low-FODMAP-Diät“ ein. Über den Untersuchungszeitraum von 18 Monaten seien weder Mangelerscheinungen noch Einschränkungen

der ernährungsbezogenen Lebensqualität aufgetreten, der klinische Erfolg sei aber anhaltend gewesen ([1], Daten aus [5, 6]).

Die Empfehlung der Low-FODMAP-Diät wird bei Schmerzen, Blähungen und Diarrhö als dominante Symptome ausgesprochen, bei Obstipation wird sie als mögliche, probatorische Option mit Supplementation löslicher Ballaststoffe angeboten ([1], Daten aus [7]). Die Durchführung der Ernährungstherapie soll in drei Stufen erfolgen: (1) Elimination (6–8 Wochen)

(2) Toleranzfindung zur individuellen Testung der Verträglichkeit fermentierbarer Kohlenhydrate
(3) Langzeiternährung.

Der Prozess soll unter begleitender medizinischer Ernährungsberatung stattfinden [1].

Diese Empfehlung wird vom Arbeitskreis Diätetik in der Allergologie der DGAKI nicht unterstützt (III Abschnitt Ernährungsdiagnostik, Teil 1 [2]), u. a. aufgrund des Fehlens präbiotischer Lebensmittel und der damit verbundenen nachteilige Effekte auf das intestinale Mikrobiom. Vielmehr solle stets die individuelle Begleitung im Vordergrund stehen. Zudem sollte die Relevanz der Tryptase-Inhibitoren als immunologische Triggerfaktoren weiter untersucht werden. Hierzu liefert eine Studie an Labortieren interessante Hinweise [8].

Probiotika

Während die Empfehlung zum Einsatz des Antibiotikums Rifampicin bei RDS aus verschiedenen Gründen abgestuft wurde (Wirksamkeit nicht eindeutig, in Deutschland für die Indikation RDS nicht zugelassen, möglicherweise Resistenzentwicklungen bei wiederholter oder längerer Anwendung), werden Probiotika ausdrücklich empfohlen. Unter Probiotika werden hier übrigens nicht wie in der offiziellen Definition ausschließlich vitale Mikroorganismen verstanden, sondern eine heterogene Produktgruppe einschließlich devitalisierter Zubereitungen.

Die Auswahl der Bakterienstämme sollte in Abhängigkeit von der Symptomatik getroffen werden. Für die Wirksamkeit liegt eine gute Evidenz aus zahlreichen Einzelstudien und Metaanalysen vor. Signifikante Verbesserungen konnten sowohl für Einzelsymptome als auch Lebensqualität und allgemeine Zufriedenheit der StudienteilnehmerInnen dokumentiert werden.

Da manche Studien eher Pilotcharakter haben, ist es allerdings nicht sicher, ob alle Ergebnisse reproduzierbar sind, aber eine probatorische Therapie wird einstimmig empfohlen. ♦ Tabelle 3 zeigt eine Übersicht oft eingesetzter Probiotika, deren Wirksamkeit in randomisierten, kontrollierten Studien an RDS-PatientInnen untersucht wurden. Diese Zusammenstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern stellt lediglich eine Auswahl dar.

Positiv getestete probiotische Stämme bzw. Multispeciespräparate (exemplarische Auswahl) Probiotischer Stamm	Referenzen
<i>Bifidobacterium infantis</i> 35624	[e1–e4]
<i>Bifidobacterium longum</i> NCC3001	[e5]
<i>Bifidobacterium animalis</i> DN173010	[e6, e7]
<i>Bifidobacterium bifidum</i> MIMBb75	[e8]
<i>Lactobacillus plantarum</i> 299v (DSM 9843)	[e9–e13]
<i>Lactobacillus brevis</i> KB290	[e14, e15]
<i>Lactobacillus acidophilus</i> NCFM	[e16, e17]
<i>Lactobacillus gasseri</i> CP2305	[e18]
<i>Lactobacillus reuteri</i> (DSM 17938)	[e19, e20]
<i>Lactobacillus casei</i> Shirota	[e21, e22]
<i>Bacillus coagulans</i> MTCC 5856	[e23, e24]
<i>Escherichia coli</i> (DSM 17252)	[e25]
<i>Saccharomyces cerevisiae</i>	[e26–28]
Multispecies Produkte	[e29–e40]

Tab. 3: Übersicht oft eingesetzter Probiotika, deren Wirksamkeit in randomisierten, kontrollierten Studien an RDS-PatientInnen untersucht wurden, mit Literaturbelegen (nach Tabelle 7-1 aus [1])

Medikamentöse Therapie

Auch in der medikamentösen Therapie wird eher probatorisch für drei Monate vorgegangen, denn aufgrund der Heterogenität des RDS existiert keine Standardtherapie. Zur individuellen Anpassung sollte vorab der RDS-Typ klar definiert sein. Bei der Auswahl des Wirkstoffs gegen ein Leitsymptom sollte eine Verschlechterung anderer Symptome vermieden werden (z. B. bei Laxantien, die z. T. Blähungen verursachen können).

RDS bei Kindern

Auch wenn die Datenlage bei weitem noch nicht mit der des RDS beim Erwachsenen vergleichbar ist, zeigt sich doch zunehmend, dass RDS auch bei Kindern eine relevante und ernstzunehmende, behandlungsbedürftige Erkrankung ist. Die Prävalenz eines RDS bei Kindern wird aktuell mit 8,8 % angegeben [9]. Laut KIGGS-Studie [10] gehören Bauchschmerzen bei den 11- bis 17-Jährigen neben Kopfschmerzen zu den häufigsten Schmerzformen. Chronische Bauchschmerzen im Kindesalter scheinen langfristig mit einem erhöhten Risiko für weitere somatische Symptome und psychiatrische Störungen einherzugehen. Möglicherweise stellen Bauchschmerzen im Kindesalter auch einen Risikofaktor für die Entwicklung eines RDS im Erwachsenenalter dar. Familiäre Häufungen von RDS sprechen für eine genetische Veranlagung.

Als ätiologische Faktoren scheinen bakterielle Gastroenteritiden, Harnwegsinfektionen sowie Kuhmilchallergie im Säuglingsalter relevant zu sein. Bei chronischen Bauchschmerzen können psychische bzw. soziale Faktoren bedeutend sein. Umgekehrt kann sich ein RDS auch auf die psychische Verfassung und die soziale Situation auswirken.

Für die Diagnostik werden eine ausführliche Anamnese und gründliche klinische Untersuchung einschließlich überschaubarer Basislabordiagnostik vorgeschlagen. Auch psychische und soziale Faktoren, u. a. Stress, Ängste,

Depression und emotionale Probleme sollen in der Anamnese erfasst werden. Ein besonderes Augenmerk hinsichtlich differenzialdiagnostischer Abklärung soll auf Bauchschmerzen sowie Auffälligkeiten der Stuhlfrequenz und -konsistenz liegen. Eine weiterführende Diagnostik wird nur bei deutlichen Hinweisen auf eine somatische Erkrankung oder Alarmzeichen empfohlen [1].

Zur Definition des RDS bei Kindern und Jugendlichen werden die sog. Rom IV-Kriterien [11] empfohlen, da mehrere Metaanalysen für eine gute Anwendbarkeit und Validität dieser Kriterien sprechen. Da die Diagnostik bei Kindern bis zu 12 Jahren in hohem Maß von den Angaben der Eltern abhängt, kommt die Rom-Definition mit beobachtbaren Kriterien sehr entgegen [11, 12].

Die therapeutische Begleitung sollte vor dem Hintergrund des RDS als Störung der Darm-Hirn-Achse interdisziplinär, d. h. gemeinsam mit psychotherapeutischen Fachkräften und einer psychosozialen Betreuung erfolgen, bei refraktären Fällen auch unter Hinzuziehung eines Kindergastroenterologen. Auch die Einbeziehung und Schulung der Eltern zum Umgang mit den Schmerzen ihrer Kinder nach dem biopsychosozialen Bauchschmerzmodell wird in der Leitlinie betont [1]. Aufgrund der gestörten Darm-Hirn-Achse können psychische Faktoren an der Entstehung und Chronifizierung von Bauchschmerzen beteiligt sein. Empfehlungen können auch für kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze sowie darmzentrierte Hypnotherapie abgegeben werden. Auch das Führen eines Symptomtagebuches kann zur Reduktion der Schmerzfrequenz unterstützend beitragen [13].

Eine pharmakologische Therapie sollte bei Kindern nur in besonderen Ausnahmen in Betracht gezogen werden. Bei Obstipation werden osmotische Laxantien wie Macrogol empfohlen [1]. Die Ernährungstherapie basiert auf einer ausgewogenen Mischkost. Ist eine altersentsprechende, ausgewogene Ernährung gewährleistet, sollte sie beibehalten werden. Zusätzliche Ballaststoffgaben werden derzeit aufgrund mangelnder Datenlage nicht empfohlen. Auch für eine FODMAP-reduzierte Diät liegt bei Kindern keine Evidenz vor. Probiotika werden als Option vorgeschlagen, insbesondere für Kinder mit einer infektiösen Gastroenteritis in der Vorgeschichte oder bei prädominanter Diarrhö [1, 14]. Von komplementärmedizinischen Verfahren wie TCM, Akupunktur u. a. rät die Leitlinienkommission bei der Behandlung von Kindern mit RDS eher ab.

Dr. Sabine Poschwatta-Rupp
Ernährungskonzepte
Gothaer Str. 17, 35396 Gießen
info@ernaehrungskonzepte.de



Fazit: Die aktuellen Empfehlungen im Überblick

- Regelmäßige, ausgewogene Mahlzeiten und moderate Bewegung: Es liegen Hinweise für eine Relevanz vor, auch wenn die Daten noch widersprüchlich sind. Daher wird eine Empfehlung zur gesunden Lebensführung ausgesprochen [1, 15].
- Die individuelle Beratung sollte im Vordergrund stehen; individuelle Unverträglichkeiten sollen dabei berücksichtigt werden.
- Restriktive Diäten sollten vermieden werden, um mittel- bis langfristig eine Mangelernährung zu verhindern. Im Falle einer FODMAP-armen Kost sollte diese stets professionell begleitet und an die individuellen Toleranzen angepasst werden.
- Bei RDS-O sowie RDS-D können lösliche Ballaststoffe erwogen werden. Diese sollten stufenweise eingeführt und die Zufuhrmengen an die Toleranz angepasst werden. Psyllium und Methylcellulose sind offensichtlich besonders gut geeignet, da sie keine zusätzliche Gasbildung provozieren. Von Nahrungsergänzungsmitteln (abgesehen von bestimmten Probiotika) wird abgeraten.
- Probiotika werden empfohlen, sollten aber nach Indikation und Datenlage ausgewählt werden. Eine Kombination ausgewählter Probiotika mit Ballaststoffen kann synergistische Effekte zeigen.
- Nach wie vor kann keine Empfehlung zur Prävention von RDS durch bestimmte Ernährungsmaßnahmen ausgesprochen werden.
- Hausärzte und Hausärztinnen spielen im interdisziplinären Ansatz eine wichtige Rolle. Es sollte bei Bedarf auch eine begleitende Psychotherapie in Betracht gezogen werden.
- Indikationen und Verfahren für eine begleitende Psychotherapie sind formuliert und tabellarisch zusammengefasst (Tabelle 6.1, 6.2, S. 88f in [1]). In Einzelfällen kann auch eine flankierende psychopharmakologische Therapie erwogen werden.
- Es wird auf Strategien zur Stressvermeidung hingewiesen, da Stress als wichtiger pathogenetischer Triggerfaktor gilt. Diese adjuvanten Maßnahmen ersetzen jedoch nicht eine Psychotherapie.
- Für Kinder werden pragmatische Diagnostikstrategien sowie differenzierte und interdisziplinäre therapeutische Ansätze empfohlen.

Interessenkonflikt

Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Zitierweise

Poschwatta-Rupp S: Das Reizdarmsyndrom: Update zur aktualisierten Leitlinie. Teil 2: Therapie, RDS bei Kindern und Fazit. *Ernährungs Umschau* 2022; 69: S49–S2.e4–5.

Literatur

1. Layer P, Andresen V, Allescher H, et al.: Update S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Reizdarmsyndroms der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM). Juni 2021. AWMF-Registriernummer: 021/016.
2. Poschwatta-Rupp S: Das Reizdarmsyndrom: Update zur aktualisierten Leitlinie. Teil 1: Definition, Pathophysiologie und Diagnostik. *Ernährungs Umschau* 2022; 69: S41–48.
3. Drossman DA, Chang L, Bellamy N, et al.: Severity in irritable bowel syndrome: a Rome Foundation Working Team report. *Am J Gastroenterol* 2011; 106: 1749–59; quiz 1760.
4. Böhn L, Storsrud S, Tornblom H, Bengtsson U, Simren M: Self-reported food-related gastrointestinal symptoms in IBS are common and associated with more severe symptoms and reduced quality of life. *Am J Gastroenterol* 2013;108: 634–41.
5. O’Keeffe M, Jansen C, Martin L, et al.: Long-term impact of the low-FODMAP diet on gastrointestinal symptoms, dietary intake, patient acceptability, and healthcare utilization in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil* 2018; 30.
6. Moayyedi P, Quigley EM, Lacy BE, et al.: The effect of dietary intervention on irritable bowel syndrome: a systematic review. *Clin Transl Gastroenterol* 2015; 6: e107.
7. Nagarajan N, Morden A, Bischof D, et al.: The role of fiber supplementation in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2015; 27: 1002–10.
8. Bellinghausen I, Weigmann B, Zevallos V, et al.: Wheat amylase-trypsin inhibitors exacerbate intestinal and airway allergic immune responses in humanized mice. *J Allergy Clin Immunol* 2019; 143: 201–12.e204.
9. Korterink JJ, Diederik K, Benninga MA, Tabbers MM: Epidemiology of pediatric functional abdominal pain disorders: a meta-analysis. *PLoS One* 2015;10: e0126982.
10. Ellert U, Neuhauser H, Roth-Isigkeit A: [Pain in children and adolescents in Germany: the prevalence and usage of medical services. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 2007; 50: 711–7.
11. Schmulson MJ, Drossman DA: What is new in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil* 2017; 23: 151–63.
12. Poschwatta-Rupp S: Reizdarmsyndrom in der Ernährungstherapie. Teil 2: Therapie, RDS bei Kindern und Ausblick. *Ernährungs Umschau* 2019; 66: M100–08.
13. Wallander JL, Madan-Swain A, Klapow J, Saeed S: A randomised controlled trial of written self-disclosure for functional recurrent abdominal pain in youth. *Psychol Health* 2011; 26: 433–47.
14. Newlove-Delgado TV, Martin AE, Abbott RA, et al.: Dietary interventions for recurrent abdominal pain in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 3: CD010972.
15. Ohlsson B, Manjer J: Physical inactivity during leisure time and irregular meals are associated with functional gastrointestinal complaints in middle-aged and elder subjects. *Scand J Gastroenterol* 2016; 51: 1299–307 (Abstract).

Die Literaturstellen e1–e40 finden Sie online unter www.ernaehrungs-umschau.de bei diesem Artikel.