

Was ist ein Reizdarmsyndrom?

Die Diagnose Reizdarm wird gerne gestellt,
wenn die Ursachen der Beschwerden für den
Arzt einfach nicht zu erkennen sind.
Was steckt dahinter?

Reizdarm – eine unklare Diagnose?

Sehr verschiedene Ursachen können hinter einem Reizdarmsyndrom stecken. Die wichtigsten werden in diesem Kapitel skizziert.

Um das Reizdarmsyndrom einheitlich beschreiben zu können, haben im Jahr 1992 verschiedene Gastroenterologen eine Definition des Krankheitsbildes erstellt. Das war notwendig, denn in der Vergangenheit hatten sich zahlreiche diverse Begriffe für dasselbe Krankheitsbild etabliert. So gab es neben der Diagnose Reizdarmsyndrom Bezeichnungen wie Colon irritabile, chronische funktionelle Darmerkrankung, Dyspepsie u. v. m. Nachdem das erste Treffen in Rom stattfand und sich die Gruppe Rome-Foundation nannte, wurden die von ihr erstellten Kriterien für die Diagnose eines Reizdarmsyndroms Rom-Kriterien genannt. Diese wurden 1999, 2006 und zuletzt 2016 neu aufgestellt (Rom-1- bis Rom-4-Kriterien).

Allein die Tatsache, dass wir bis heute bereits die 4. Revision der Rom-Kriterien haben, zeigt, dass sich Gastroenterologen selbst nicht ganz so einig sind, worum es sich bei einem Reizdarmsyndrom wirklich handelt. Dann stellt sich aber die Frage, wie »richtig« diese Kriterien sind.

Die derzeitigen Rom-4-Kriterien, anhand derer die Diagnose Reizdarmsyndrom gestellt werden darf, lauten wie folgt:

- Symptombeginn mindestens 6 Monate vor Diagnosestellung.
- Beschwerden an mindestens einem Tag pro Woche in den letzten 3 Monaten.
- Wiederkehrende Bauchschmerzen assoziiert mit mindestens 2 der folgenden Kriterien: Zusammenhang mit der Stuhlentleerung, Änderung der Stuhlfrequenz, Änderung der Stuhlkonsistenz.

Einig sind sich Gastroenterologen also nur darin, dass Änderungen der Stuhlkonsistenz (Durchfall, Verstopfung), der Stuhlfrequenz (häufiger, seltener Stuhlgang) und Schmerzen bestehen müssen. Eine solche Definition gilt aber für fast *alle* Darmerkrankungen, die über einen längeren Zeitraum bestehen und bei denen der Arzt noch keine Diagnose gefunden hat, denn der Darm kann nur mit Schmerzen, Blähungen, Änderungen der Stuhlfrequenz und der Stuhlkonsistenz reagieren. So wie die Leitsymptome bei

Lungenerkrankungen Atemnot und bei Muskelerkrankungen Muskelschmerzen oder Muskelschwäche sind, so sind die in den Rom-Kriterien genannten Beschwerden die Leitsymptome von Darmerkrankungen. Sie sagen eigentlich nur aus, dass eine Darmerkrankung bereits über 6 Monate besteht, also chronisch ist, und man die Ursache dafür (noch) nicht gefunden hat. Statt dem Patienten zu sagen: »Leider weiß ich nicht, was Sie haben«, diagnostizieren Ärzte dann einfach ein Reizdarmsyndrom.

Einteilung des Reizdarmsyndroms

Diese Situation ist sowohl für Patienten als auch für Ärzte äußerst unbefriedigend, denn kein Arzt sagt gerne: »Ich weiß nicht, was Sie haben.« In meinen Augen gibt es aber kein Reizdarmsyndrom, sondern nur unzureichend abgeklärte Darmbeschwerden. Die Diagnose Reizdarmsyndrom müsste

eigentlich ersetzt werden durch »chronische Darmbeschwerden unbekannter Ursache«. Und damit Untersuchungen nicht unnötig wiederholt durchgeführt werden, sollte bei dieser Diagnose nachfolgend angegeben werden, welche Untersuchungen bisher schon gemacht wurden.

Auch die Einteilungen nach Leitsymptomen oder Entstehung (siehe Kasten) sind eher unbefriedigend. Statt schmerzdominantes Reizdarmsyndrom ließe sich auch »Bauchschmerzen unklarer Ursache«, statt IBS-D und IBS-C »Durchfall oder Verstopfung unbekannter Ursache« und statt IBS-A »Verdauungsbeschwerden unbekannter Ursache« sagen. Dass es nach Antibiotikagabe eine Zeit lang zu Verdauungsbeschwerden kommen kann, ist bekannt. Ebenso ist es nichts Neues, dass es nach einem schweren Darminfekt eine Weile dauert, bis sich der Darm wieder erholt hat. Die Einteilung in verschiedene Arten von Reizdarmsyndromen bringt uns auch nicht wirklich weiter.

Unterteilung nach vorherrschenden Leitsymptomen oder nach Entstehung

Einteilung nach Leitsymptom

- IBS-P (Schmerz-dominantes Reizdarmsyndrom; englisch: Pain dominant IBS)
- IBS-D (Diarrhö-dominantes Reizdarmsyndrom; englisch: Diarrhea dominant IBS)
- IBS-C (Obstipations-dominantes Reizdarmsyndrom; englisch: Constipation dominant IBS)
- IBS-A (alternierendes Reizdarmsyndrom; englisch: IBS with alternating complaints)

Einteilung nach der Entstehung

- IBS nach Antibiotikagabe (post-Antibiotika IBS)
- IBS nach einem Darminfekt (postinfektiöses IBS)
- u. a.

(IBS = englisch: Irritable Bowel Syndrome für Reizdarm)

Es ist nur eine Beschreibung der Symptome oder des zeitlichen Auftretens. Umso wichtiger ist die Frage: Wie kommt es zu all diesen Beschwerden?

Reizdarmbeschwerden sind ein Sammelsurium an Beschwerden, die auftreten, wenn irgendeine Krankheit des Verdauungstraktes über einen längeren Zeitraum besteht. Dazu gehören vor allem Entzündungsreaktionen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Verdauungsstörungen (Störung der Aufspaltung von Nahrungsmitteln im Darm), Störungen der Darmwandfunktion und solche der Darmmotorik. All diese Möglichkeiten möchte ich im Folgenden einzeln betrachten.

Entzündungsreaktionen

Immer, wenn im Körper Schmerzen entstehen, muss als Erstes das Vorhandensein einer Entzündung in Betracht gezogen werden. Diese Entzündung kann durch Mikroorganismen wie Bakterien, Pilze, Viren oder

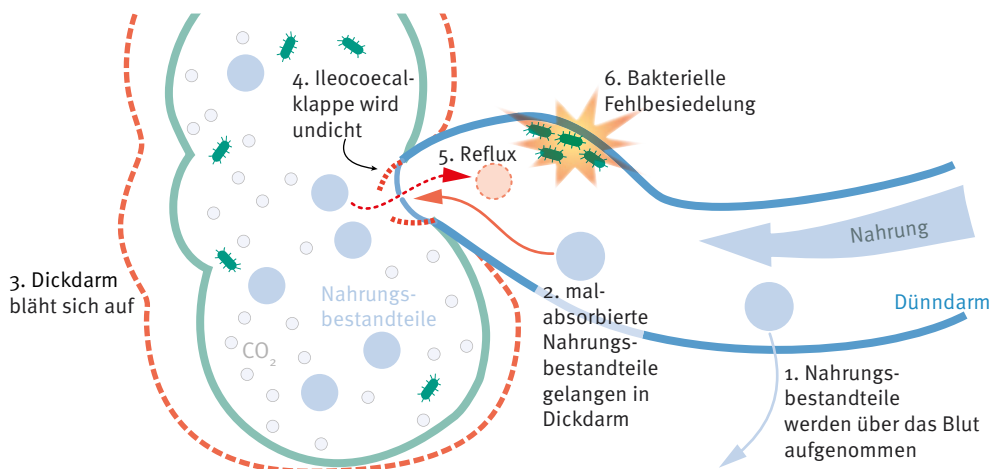
durch Parasiten entstehen. Es gibt aber auch sogenannte sterile Entzündungen. Diese entstehen nicht durch Bakterien oder andere Mikroorganismen, sondern durch eine überschießende Reaktion des Immunsystems, zum Beispiel bei Autoimmunerkrankungen, rheumatischen Krankheiten etc.

Im Darm gibt es aber noch eine weitere Form der Entzündung, die eine wichtige Rolle bei der Entstehung des Reizdarmsyndroms spielt, schulmedizinisch aber nicht als solche anerkannt wird. Dabei handelt es sich um eine Entzündung durch »normale« Darmbakterien.

Die Rolle des Mikrobioms

Wir teilen die Darmbakterien oft in »gute« und »böse« Bakterien ein. Diese Einteilung ist aber nur teilweise richtig, denn auch, wenn sich nur »gute« Bakterien zu stark vermehren, stellt das für den Darm eine Bedrohung dar und er muss sich dagegen wehren. Das tut er, indem er eine Entzün-

❖ **Bakterielle Fehlbesiedelung (SIBOS):** Malabsorbierte Nahrungsmittel gelangen in den Dickdarm und werden dort vergoren. Dadurch entstehen Gase, die den Dickdarm aufblähen. Die Ileocecalklappe wird dadurch undicht, was den Reflux von Nahrungsmitteln und Bakterien zur Folge hat.



dungsreaktion startet, als ob er sich gegen böse Bakterien zur Wehr setzen müsste. Früher bezeichnete man diesen Zustand auch als Dysbiose, heute spricht man eher von Fehlbesiedelung oder Englisch von SIBOS (small intestinal bacterial overgrowth syndrome). Gemeint ist damit eine Überwucherung mit »schlechten« Bakterien. Aber es kann damit auch nur ein Ungleichgewicht in der Bakterienpopulation oder eine ungünstige Verteilung der Bakterien in den verschiedenen Darmabschnitten gemeint sein.

Während im Dickdarm relativ viele Bakterien vorkommen und dort sogar eine wichtige Funktion erfüllen, ist das im Dünndarm nicht der Fall. Im Dickdarm ist eine Besiedelung von 10^{15} (eine Billiarde) Keimen als ganz normal anzusehen, im Dünndarm ist jedoch jede Bakterienkonzentration von mehr als 10^5 (hunderttausend) Keimen pro Milliliter Darminhalt schon krankhaft. Und das ist unabhängig davon, ob es sich um »gute« oder »schlechte« Bakterien handelt.

Was bewirken Pro- und Präbiotika?

Für die Behandlung der Bakterienflora gibt es eine Unmenge an teilweise teuren Präparaten, die unter der Bezeichnung Probiotika, Präbiotika oder Symbiotika verkauft werden. Probiotika sind Präparate mit »guten« Bakterien. Doch nachdem man nie weiß, welche Art von Mikroorganismen im Darm gerade im Überfluss vorhanden ist, ist eine Zufuhr von Probiotika nicht sehr sinnvoll, obwohl es auch hier einige wenige Ausnahmen gibt.

Präbiotika dagegen sind Stoffe, die den »guten« Bakterien als Nahrung dienen und sie zur Vermehrung anregen sollen. In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass es kein Nahrungsmittel gibt, mit dem

sich ausschließlich »gute« Keime heranzüchten lassen. In dieser Hinsicht sind Bakterien wie Ratten, die so ziemlich alles fressen, was ihnen angeboten wird. Mit Präbiotika erreicht man also nur eine Vermehrung aller (guter wie schlechter) Bakterien. Das von der Werbung vermittelte Bild, man könne mit diesem oder jenem Nahrungsmittel eine Selektion gewünschter Bakterien erreichen, ist leider falsch. Zum Nutzen von Pro- und Präbiotika mehr in den Kapiteln »Warum Präbiotika nicht funktionieren können« (Seite 111) und »Das Problem mit Probiotika« (Seite 106).

Chronische Infekte

Dass Infekte zu Entzündungsreaktionen und damit auch zu Schmerzen führen können, ist bekannt. Patienten mit Bauchbeschwerden wird beim Arzt Blut abgenommen und es wird eine Stuhlprobe eingeschickt. Als Patient ist man dann der Ansicht, dass damit alles abgeklärt wurde, um Infekte des Darms auszuschließen.

Das ist aber nicht der Fall. Es gibt so viele verschiedene Darmbakterien, die zu Krankheiten führen können, dass gar nicht alle untersucht werden können. Das Problem bei der Stuhluntersuchung besteht darin, dass der Arzt jeden Keim oder Parasit, der nachgewiesen werden soll, explizit im Labor anfordern muss, sonst werden diese Untersuchungen nicht durchgeführt. Meistens schreiben Ärzte aber auf den Anforderungsschein nur »Stuhluntersuchung auf pathogene Keime erbeten«. Dabei werden je nach Labor und Krankenkasse des Patienten nur wenige Keime untersucht. Oft erfolgt die Untersuchung lediglich auf das Vorhandensein von Salmonellen und Shigellen. Ärzte, die sich nicht speziell mit Darmerkran-

kungen befassen, sind sich dessen oft nicht bewusst. So kommt es, dass viele pathogene Keime nur deshalb übersehen werden, weil ihre Untersuchung nicht angefordert wurde.

Schließlich ist auch noch die Qualität der Untersuchung von Stuhlproben in den verschiedenen Laboren höchst unterschiedlich. Das gilt vor allem für den Nachweis von Parasiten. Um Parasiten auffindig zu machen, muss sich ein Laborant an ein Mikroskop setzen und eine Stuhlaufschwemmung lange und mühsam durchsuchen. Viele Untersucher haben entweder nicht die Ausbildung oder die Ausdauer, um danach zu suchen. Ich habe selbst über 10 Jahre gebraucht, bis ich Labore gefunden hatte, in denen Parasiten nicht nur gesucht, sondern auch tatsächlich gefunden wurden. Ich kannte Stuhllabore, die im Stuhlbefund angaben »alles in Ordnung« oder, um in der Medizinersprache zu sprechen, alles »OB«, obwohl der Patient selbst bereits einen Wurm aus seinem Stuhl herausgezogen hatte. Bei der bakteriellen Diagnostik gibt es ebenso große Qualitätsunterschiede. Während manche Labore sehr gute Trefferquoten haben, weil sie den Erregernachweis mittels PCR-Nachweis

führen, finden andere Labore gar nichts, weil sie diese Methoden nicht anwenden.

Chronische nicht infektiöse Entzündungen

Lang anhaltende Entzündungen des Darmes werden unter dem Begriff chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) zusammengefasst und sind jedem Arzt bekannt. Zumindest, wenn es sich um eine der Hauptvertreter der CED handelt, nämlich die Colitis ulcerosa und den Morbus Crohn. Diese beiden Erkrankungen werden gut und sicher diagnostiziert. Dazu wird eine Magenspiegelung (Gastroskopie) und eine Dickdarmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt (Seite 160).

Bei jeder Entzündung im Darm spielt die sogenannte Abschilferungsrate des Darmepithels eine wichtige Rolle. Dafür gibt es aber keine apparativen Untersuchungen. Was aber ist eine Abschilferungsrate? Der Darm bildet sich ständig neu. Nach 3 bis 5 Tagen hat jeder Mensch eine vollkommen neu aufgebaute Darmschleimhaut. Dabei werden alte Darmepithelien abgeschilfert, um neuen

Speziallabore kritisch betrachten

Warnen möchte ich vor Laboren, die sich als Spezialisten für Stuhldiagnostik ausweisen und Gesamtuntersuchungen für teures Geld anbieten. Das Problem bei diesen Untersuchungen besteht darin, dass sie gar nicht funktionieren können, weil die meisten Keime unter Sauerstoffeinwirkung absterben – und das passiert bei jeder Gewinnung von Stuhlproben. Das Ergebnis der Stuhluntersuchung liefert

zwar auf Hochglanzpapier gedruckte Befunde mit einer Auflistung der verschiedenen Keime, schön eingeteilt in Gruppen wie immunmodulierende, protektive, mukonutritive und neuroaktive Mikrobiota (manchmal wird sogar ein Resilienzindex angegeben). All diese Informationen sind für die Therapie nicht verwertbar, sie kosten nur viel Geld.

Darmepithelien wieder Platz zu machen. So wie sich eine Schlange häutet, regeneriert sich der Darm ständig von selbst. Diese alten Schleimhautreste werden einerseits verdaut und andererseits von Bakterien vergoren. Es findet also eine ständige Selbstverdauung (Autodigestion) statt. Man schätzt, dass etwa ein Drittel der gesamten Eiweißkalorien, die uns als Nahrung dienen, durch Autodigestion zur Verfügung gestellt werden. Autodigestion ist also ein wichtiger Ernährungsbestandteil. Bei jeder Entzündung der Darmwand wird der Umsatz an abgeschilfertem Dünndarmepithel erhöht und die Autodigestion nimmt zu. Da sich in den Darm-schleimhautepithelien viele schwefelhaltige Aminosäuren befinden, ist das Epithel sehr schwefelhaltig und dient daher vor allem als Nahrung für schwefelreduzierende Bakterien. Diese Bakterien bilden daraus ziemlich giftige und übelriechende Schwefelalkohole, sogenannte Mercaptane, die ihrerseits zu Funktionsstörungen der Darmschleimhaut und zu Verdauungsbeschwerden führen können. Ein Teufelskreis, bei dem sich die Entzündung selbst unterhält.

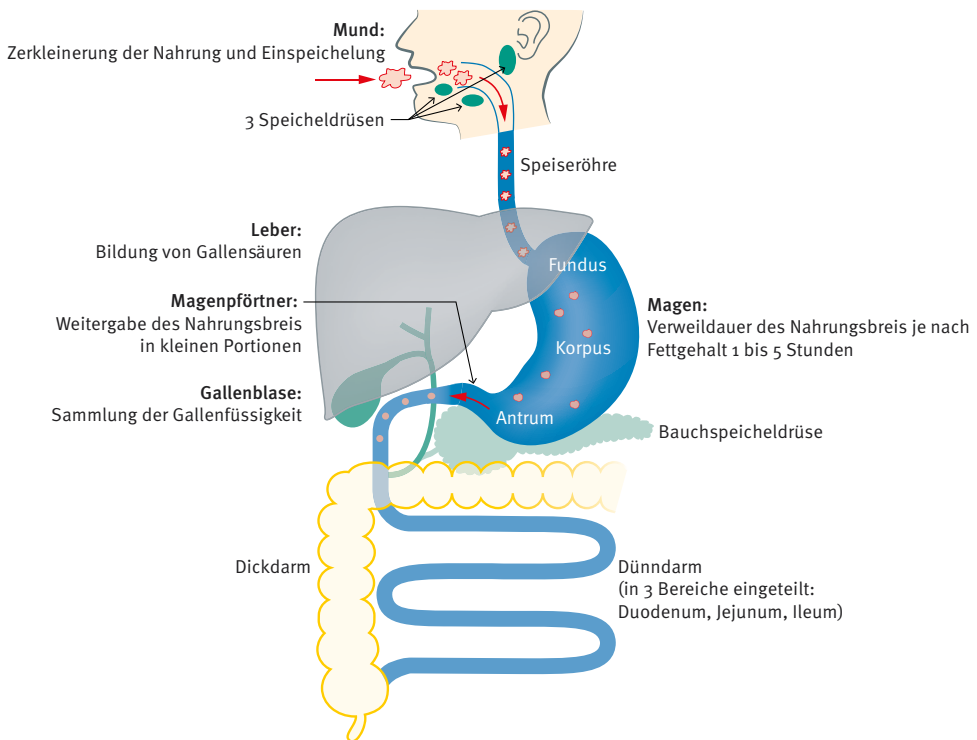
Hinweis Kreatorrhö

Nimmt die Autodigestion zu, lässt sich das an einem besonders übelriechenden Stuhl erkennen. Mediziner nennen das Kreatorrhö, womit gemeint ist, dass viel Eiweiß vergoren wird und über den Stuhl verloren geht. Kreatorrhö kann aber auch durch exzessiven Eiweißkonsum wie Fleisch, Fisch, Milch und Eier zustande kommen. Vor allem die Einnahme von proteinreichen Nahrungsergänzungsmitteln wie Eiweißshakes, Gewichtsreduktionsmitteln oder »Kraftfutter«, das gerne in Fitnessstudios verkauft wird, sind in diesem Fall die Auslöser einer Kreatorrhö. Wenn also der Stuhl auffallend schlecht riecht, sollten Sie versuchen, einige Tage die Eiweißzufuhr zu reduzieren. Riecht der Stuhl danach besser, können Sie davon ausgehen, dass Sie sich falsch ernährt haben. Riecht er aber nicht besser, dann sollten Sie sich einer eingehenden gastroenterologischen Untersuchung unterziehen, denn es könnte sich um vermehrte Autodigestion handeln, was immer als Krankheitszeichen und Hinweis für eine Entzündungsreaktion zu werten ist.

Zähneputzen *vor* dem Essen

Der Ort mit den meisten Mikroben im menschlichen Körper ist der Mund. Hier befinden sich noch mehr Keime als im Stuhl! Diese Keime wachsen vor allem in den Zwischenräumen der Zähne und ernähren sich durch Speisereste der vorangegangenen Mahlzeit. Alle diese Keime schluckt man dann mit dem Essen und nicht alle können durch Speichelproteine abgetötet werden. Es ist daher wichtig, die Zähne *vor* dem Essen und nicht danach

zu putzen. Wer die Zähne danach putzt, hat die Keime schon alle geschluckt. Außerdem führt Zähneputzen nach dem Essen eher zu Zahnputzschäden als davor. Das postprandiale Wachstum, also das Wachstum der Bakterien nach dem Essen, ist sogar erwünscht, um die Immunantwort zu stimulieren. Vor der nächsten Mahlzeit also immer die Zähne putzen und auf Zwischenmahlzeiten verzichten.



◆ Schematische Darstellung des Verdauungstrakts

Störungen der Verdauung

Die Verdauung ist ein komplexer Prozess, bei dem die Nahrung in ihre Einzelteile zerlegt, verwertet und unverwertbare Stoffe wieder ausgeschieden werden. Funktioniert dieser Ablauf nicht reibungslos, kann es zu Beschwerden kommen.

Kurzer Überblick über die Verdauung

Unter Verdauung versteht man die Aufspaltung von Nahrungsbestandteilen und deren Aufnahme durch die Darmwand. Wenn die Verdauung nicht gut funktioniert, kann das entweder daran liegen, dass man sich falsch ernährt oder aber, dass ein Defekt in der Verdauung vorliegt. Die Verdauungsstörungen können angeboren oder nur vorüber-

gehend sein. Da vorübergehende Defekte monatelang bestehen können, sind sie auch als Ursache für Reizdarmbeschwerden abzuklären.

Vorverdauung im Mund

Zunächst wird die Nahrung im Mund durch Kauen zerkleinert. Dabei erfolgt vor allem durch Speichelenzyme schon eine Art Vorverdauung. Die Wirkung dieser Speichelenzyme lässt sich daran erkennen, dass Kohlenhydrate immer süßer schmecken, je länger sie gekaut werden, da die Kohlenhydrate in süße Zuckerbestandteile aufgespalten werden.

Zur Veranschaulichung, was schon alles im Mund passiert, sei erwähnt, dass man bisher nicht weniger als 240 verschiedene

Substanzen im Speichel gefunden hat. Man kann sich also vorstellen, wie viele Verdauungsstörungen schon allein durch zu kurzes Kauen bedingt sind! Ohne die Vorverdauung im Mund kann eine ausreichende Nachverdauung im Darm gar nicht erfolgen. Durch den Speichel wird nicht nur die Verdauung eingeleitet, sondern es werden auch Keime abgetötet, die sich in der Nahrung befinden und Allergene zerstört. Wer also schlingt, anstatt zu kauen, züchtet sich auch allein durch das hastige Essen eine Fehlbesiedelung im Darm heran.

In der Speiseröhre

Ist das Essen erfolgreich gekaut und eingespeichelt, wird der Speisebrei geschluckt. Beim Schluckvorgang erfolgt keine Verdauung. Störungen des Schluckvorganges (Dysphagie) können aber ein wichtiger Hinweis dafür sein, dass die gesamte Darmmotorik nicht gut funktioniert. Symptome wie Kloßgefühl im Hals, das Gefühl des Steckenbleibens von Nahrungsmitteln in der Speiseröhre, Sodbrennen oder Aufstoßen weisen auf solche Motilitätsstörungen des Verdauungstraktes hin. Solche Beschwerden sollten dem Arzt unbedingt mitgeteilt werden, denn sie sind für die weitere Abklärung eines Reizdarmsyndroms von großer Bedeutung.

Starke Säure im Magen

Als Nächstes gelangt der Speisebrei in den Magen. Hier wird die Verdauung durch verschiedene Enzyme fortgesetzt und die Nahrung durch Einwirkung der Magensäure fast bakterienfrei gemacht. Nur ganz wenige Keime können sich bei einem pH-Wert von 1,5 bis 2 noch am Leben halten, dazu gehört auch der bekannte *Helicobacter pylori*. Die Magensäure ist so stark, dass man sich den Finger verätzen würde, könnte man ihn

Trinken bei Mahlzeiten

Getränke werden nicht gekaut, gelangen sofort in den Magen und verdünnen den Magensaft. Dadurch wird die Wirkung der Verdauungssäfte verringert und die Verdauung gestört. Trinken und Essen sollten daher möglichst zeitlich getrennt werden. Im Normalfall rinnt die Flüssigkeit aber an der sogenannten kleinen Krümmung am Speisebrei vorbei und gelangt so direkt in den Dünndarm. Deshalb spielen kleine Flüssigkeitsmengen während der Mahlzeit keine so große Rolle.

hineintauchen. Durch sie werden nicht nur wichtige Verdauungsschritte eingeleitet und Mikroorganismen abgetötet, sondern auch Allergene zerstört. Wer ständig Medikamente schluckt, die die Magensäure blockieren, darf sich nicht wundern, wenn es zu Verdauungsstörungen und Allergien kommt. Es ist gar nicht so selten, dass Säureblocker über Jahre hinweg eingenommen werden. Dann kommt es nicht nur zu Verdauungsstörungen, sondern auch zu Ernährungsstörungen der Knochen und des Gehirns. Osteoporose, Alzheimer und andere Zivilisationserkrankungen sind die Folgen.

Verdauung im Dünndarm

Flüssigkeit und Nahrungsbrei befinden sich als Nächstes im Dünndarm, der 3 bis 5 Meter lang ist. Der erste Abschnitt, der Zwölffingerdarm (Duodenum), ist der eigentliche »Hochleistungsabschnitt« der Verdauung. Hier gelangen Gallen- und Bauchspeicheldrüsensaft in den Darm. Die Säure wird innerhalb von Sekunden neutralisiert, ja