



# Kurs



## Lernziele dieser Fortbildungseinheit:

### In 1 Stunde kennen Sie:

- Symptomatik und diagnostische Verfahren sowie
- medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapieoptionen der funktionellen Dyspepsie und des Reizdarmsyndroms

## Funktionelle Magen-Darm-Erkrankungen

# So enttarnen Sie die Gastro-Teufel

Funktionelle Dyspepsie und Reizdarmsyndrom sind die häufigsten funktionellen Magen-Darm-Erkrankungen. Der Begriff „funktionell“ ist nicht mit einer psychosomatischen Störung gleichzusetzen. Er weist vielmehr darauf hin: Den charakteristischen Beschwerden liegen Funktionsstörungen zugrunde, ohne dass strukturelle Veränderungen nachweisbar sind. Die Prognose ist zwar gut, doch die betroffenen Patienten stehen unter erheblichem Leidensdruck – eine Herausforderung für den behandelnden Arzt.

Viele Patienten, die sich dem Hausarzt oder Gastroenterologen vorstellen, leiden an funktionellen Magen-Darm-Erkrankungen. Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer. Im Frühjahr 2006 wurden auf der Rom-III-Konsensuskonferenz die neuen Definitionen der funktionellen gastrointestinalen Erkrankungen festgelegt – auf Symptomen basierend. Funktionelle Dyspepsie und Reizdarmsyndrom sind die häufigsten Vertreter dieser Krankheitsgruppe. Andere Störungen wie funktionelle Diarrhö oder funktionelle Obstipation werden deutlich seltener beobachtet.

In den westlichen Industrieländern klagten rund 20 bis 30% der Bevölkerung über chronische oder rezidivierende dyspeptische Beschwerden, während 10 bis 20% der Erwachsenen über Symptome eines Reizdarmsyndroms berichten. Nicht selten liegt ein sogenanntes Overlap-Syndrom vor: Dabei werden sowohl Kompo-

nenten der funktionellen Dyspepsie als auch des Reizdarmsyndroms beobachtet. Genau genommen handelt es sich aber um verschiedene Entitäten.

### Funktionelle Dyspepsie

Sättigungsgefühl schon nach wenigen Bissen, Schmerzen im Oberbauch, Völlegefühl oder Übelkeit: Patienten mit funktioneller Dyspepsie (FD) klagen über unterschiedliche Beschwerden, die oft auch fluktuieren. Nach der Rom-III-Konferenz kann eine FD diagnostiziert werden, wenn

- die in Kasten 2 dargestellten Kriterien erfüllt sind,
- die Symptome mindestens drei Monate lang bestanden haben und
- vor mindestens sechs Monaten erstmals aufgetreten sind.

Darüber hinaus listet Rom-III je nach vorherrschender Symptomatik zwei Untergruppen der funktionellen Dyspepsie auf:

- PDS („postprandial distress syndrome“), durch Mahlzeiten ausgelöste oder verstärkte Beschwerden: Bei dieser Unterform der funktionellen Dyspepsie kommt es mehrmals pro Woche nach einer normalen Mahlzeit zu einem störenden postprandialen Völlegefühl und/oder zu einem beschleunigten Sättigungsgefühl, was dazu führt, dass die Mahlzeit vorzeitig beendet wird.
- Epigastrisches Schmerzsyndrom („epigastric pain syndrome“; EPS): Typisch für diese Unterform einer funktionellen Dyspepsie sind intermittierende Schmerzen (oder Brennen) im Epigastrium. Die Beschwerden treten mindestens einmal pro Woche oder häufiger auf, ihr Schweregrad ist als „mindestens mittelschwer“ einzustufen.

### Diagnostik

Stellt sich ein Patient erstmals mit rezidivierenden, auf den Oberbauch bezogenen Beschwerden vor, müssen im Rahmen der Anamnese und körperlichen Untersuchung folgende Alarmsymptome ausgeschlossen werden:

- unbeabsichtigter Gewichtsverlust von über 3 kg,
- wiederholtes oder persistierendes Erbrechen,
- Anämie,

- zunehmende Dysphagie,
- Schmerzen beim Schlucken,
- positive Familienanamnese für Malignome im Magen-Darm-Trakt,
- früher dokumentiertes Malignom oder gastroduodenales Ulkus.

Zudem sollte ausgeschlossen werden, dass der Patient Acetylsalicylsäure\* oder nichtsteroidale Antirheumatika einnimmt.

Falls der Patient über typische Refluxbeschwerden klagt und retrosternales Brennen angibt, sollte man unter der vorläufigen Diagnose einer gastroösophagealen Refluxkrankheit eine Therapie mit einem Protonenpumpeninhibitor (PPI) beginnen. Wenn trotz adäquater PPI-Behandlung weiterhin Beschwerden eines PDS oder EPS bestehen, spricht das gegen das Vorliegen einer Refluxkrankheit.

### Laboruntersuchungen

Folgende Laboruntersuchungen werden empfohlen: Blutbild, CRP oder BSG, Blutzucker, Elektrolyte, alkalische Phosphatase, Transaminasen sowie TSH.

### Helicobacter-pylori-Diagnostik

Bei Patienten ohne Alarmsymptome kann zunächst z.B. mit dem <sup>13</sup>C-Harnstoff-Atemtest nach einer Besiedelung mit *H. pylori* gesucht werden. Fällt der Test positiv aus, schliesst sich eine Eradikationsbehandlung an. Diese führt zur Heilung der häufig vorhandenen peptischen Ulzera. Falls trotz erfolgreicher Eradikation weiterhin Symptome bestehen bleiben, kann eine säuresuppressive Therapie mit einem PPI erwogen werden.

### Ösophagogastroduodenoskopie

Liegen Alarmsymptome vor oder ist der Patient älter als 45 bis 50 Jahre, sollte jedoch eine Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) veranlasst werden. Je älter ein Dyspepsiepatient ist, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine strukturelle Läsion vorliegt. Deswegen ist eine neu aufgetretene Dyspepsie bei Patienten über 50 Jahre als Alarmsymptom zu werten und entsprechend abzuklären.

### Abdomensonographie

Eine Ultraschalluntersuchung wird heute als „erweiterte körperliche Untersuchung“ betrachtet und kann von Fall zu Fall hilfreich sein. Jedoch ist ihr Nutzen in der Abklärung funktioneller dyspeptischer Beschwerden nicht evidenzbasiert.

## Therapie

Fallen die oben beschriebenen Untersuchungen alle negativ aus, kann eine funktionelle Dyspepsie diagnostiziert werden. Für die meisten Patienten ist die vermeintlich „frohe Nachricht“, dass in den zahlreichen Tests und Untersuchungen keine Ursache für ihre Beschwerden gefunden wurde, wenig befriedigend. Schliesslich haben viele von ihnen einen erheblichen Leidensdruck und sehnen sich nach Linderung. Bei anderen überwiegt die Sorge, sie könnten an einer schwerwiegenden Erkrankung leiden.

### Nichtmedikamentöse Behandlung

Wichtig für den weiteren Verlauf ist eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Im Vordergrund steht die Aufklärung des Patienten über die Mechanismen, die seine

Beschwerden auslösen: Der Patient muss ein Krankheitskonzept vermittelt bekommen, das er versteht. Negative Befunde sind genau zu erklären, damit teure Wiederholungsuntersuchungen und „Arzt-Hopping“ vermieden werden. Ausserdem muss der Patient wissen: Seine Erkrankung ist bisher zwar nicht heilbar, aber keinesfalls lebensbedrohlich, und in den meisten Fällen wird eine Linderung der Symptome erreicht.

Prinzipiell hilfreich ist auch eine Ernährungsberatung. Zwar muss keine spezifische Diät eingehalten werden, doch Getränke und Lebensmittel, die die Symptome auslösen oder verschlimmern (z.B. Alkohol oder stark säurehaltige Nahrungsmittel) sind in kleineren Mengen zu konsumieren. Massnahmen zum Stressabbau, ausreichende körperliche Aktivität und Entspannungs-

➔ TABELLE 1  
Pharmakotherapie der funktionellen Dyspepsie – der Symptomatik entsprechend

Hauptsymptom	Medikament(en)klasse	Nebenwirkungen
Völlegefühl/frühes Sättigungsgefühl	<b>Prokinetika</b> • Metoclopramid* • Domperidon* <b>Phytopharmaka</b> • Kombinationspräparat aus Auszügen v. <i>Iberis amara</i> * u.a.	Agitiertheit  Exanthem, Pruritus (sehr selten)
Nüchternschmerz und Sodbrennen	<b>Protonenpumpeninhibitoren</b> • Omeprazol* • Esomeprazol* • Pantoprazol* • Lansoprazol* • Rabeprazol* <b>H<sub>2</sub>-Blocker</b> • Ranitidin* • Famotidin*  H <sub>2</sub> -Blocker werden häufig eingesetzt, doch eine signifikante Überlegenheit versus Placebo ist nicht eindeutig belegt	Erbrechen, Durchfall, Leberfunktionsstörungen  Übelkeit, Erbrechen, Cholestase, Transaminasenanstieg
Starke Schmerzen	<b>Trizyklische Antidepressiva</b> • Amitriptylin • Doxepin*	Mundtrockenheit, Übelkeit, Erbrechen
Übelkeit und Erbrechen	<b>Prokinetika</b> • Metoclopramid • Domperidon	Agitiertheit

### → KASTEN 1

## Wie kommt es zu funktionellen Magen-Darm-Erkrankungen?

Für die Entstehung funktioneller gastrointestinaler Störungen scheinen verschiedene pathophysiologische Vorgänge von Bedeutung zu sein:

- postentzündliche Veränderungen
- immunologische Schleimhautphänomene
- Motilitätsstörungen
- viszerale Hypersensitivität
- gestörte Hirn-Darm-Interaktion
- genetische Prädisposition
- psychosoziale Faktoren
- Stress

Es gibt keine Therapie, die bei allen Patienten zur Linderung der Symptome führt. Dies spricht dafür, dass unterschiedliche Störungen die Beschwerden auslösen können.

übungen können ebenfalls hilfreich sein. Einige Autoren beschreiben eine günstige Wirkung der Hypnose-therapie.

### Medikamentöse Behandlung

Wenn sich die Beschwerden durch nichtmedikamentöse Massnahmen nicht ausreichend lindern lassen, ist eine Arzneimitteltherapie zu erwägen: Verschiedene Medikamentenklassen stehen zur Verfügung, doch keine dieser Substanzen führt zuverlässig bei allen Patienten zur Besserung der Symptome. Die Wahl des Mittels richtet sich nach den jeweiligen Hauptbeschwerden (Tab. 1). Die Wirkweise sollte dem Patienten vermittelt werden. Keinesfalls dürfen unrealistische Hoffnungen im Hinblick auf den Therapieerfolg geweckt werden. Eine medikamentöse Langzeittherapie ist nicht angezeigt.

## Reizdarmsyndrom

Bauchschmerzen oder abdominelles Unwohlsein, Obstipation und Diarrhö sind typisch für das Reizdarmsyndrom (RDS). Die Beschwerden lassen nach der Defäkation häufig nach. Die Diagnose Reizdarmsyndrom kann gestellt werden, wenn die typischen Rom-III-Kriterien vorliegen (Kasten 3) und wesentliche Differenzialdiagnosen ausgeschlossen sind.

Je nach vorherrschender Stuhlkonsistenz (bestimmt mit der Bristol-Konsistenzskala) lassen sich folgende RDS-Untergruppen unterscheiden:

- RDS mit Diarrhö: breiiger oder wässriger Stuhl bei >25 % und harter oder klumpiger Stuhl bei <25 % der Defäkationen.
- RDS mit Obstipation: klumpiger oder harter Stuhl bei >25 % und breiiger oder wässriger Stuhl bei <25 % der Defäkationen.
- RDS vom gemischten Typ: klumpiger oder harter Stuhl bei >25 % und weicher (breiiger oder wässriger) Stuhl bei >25 % der Defäkationen.
- RDS vom unspezifischen Typ: Auffälligkeit der Stuhlkonsistenz. Die Kriterien der drei oben aufgeführten Untergruppen werden jedoch nicht erfüllt.

## Diagnostik

Mithilfe einer sorgfältigen Anamnese sollte die Beziehung zwischen Bauchschmerzen bzw. abdominellem Unwohlsein, Stuhlgewohnheiten und Stuhlkonsistenz erfasst werden. Darüber hinaus sind Alarmsymptome gezielt abzufragen:

- Gewichtsverlust,
- Fieber,
- Blut im Stuhl,
- progredientes Beschwerdebild,

- Beginn der Symptomatik nach dem 50. Lebensjahr,
  - Störung des Nachtschlafs durch Diarrhö.
- Alarmsymptome sollten umgehend abgeklärt werden. Sie sind zwar nicht typisch für ein RDS, doch eine gravierende Erkrankung kann von einem RDS begleitet sein. Prinzipiell sind Ernährungsgewohnheiten und Medikamenteneinnahme zu erfragen. Ausserdem sollte eine „orientierende psy-

### → KASTEN 2

## Hauptkriterien der funktionellen Dyspepsie

1. Eines oder mehrere der folgenden Symptome müssen vorliegen:

- frühes Sättigungsgefühl
- störendes Völlegefühl nach den Mahlzeiten
- Schmerzen im Epigastrium
- Brennen im Epigastrium

2. Kein Nachweis einer strukturellen Veränderung, welche die vorhandenen Beschwerden mit grosser Wahrscheinlichkeit erklären würde; eine Ösophagogastroduodenoskopie muss erfolgt sein.

(Punkt 2 betrifft ausschliesslich ältere Patienten.)

### → KASTEN 3

## Rom-III-Kriterien für das Vorliegen eines Reizdarmsyndroms (RDS)

### RDS-Hauptkriterien<sup>1</sup>

Abdominelle Schmerzen oder abdominelles Unbehagen an mindestens drei Tagen pro Monat während der vorangegangenen drei Monate, die mit mindestens zwei der folgenden Symptome einhergehen:

- Besserung durch Defäkation
- Auftreten mit Änderung der Stuhlfrequenz assoziiert
- Auftreten mit Änderung von Stuhlkonsistenz/-aussehen verbunden

### Unterstützende Kriterien

- Stuhlfrequenz >3-mal/Tag
- Stuhlfrequenz 3-mal/Woche
- abnorme Stuhlkonsistenz (weich/wässrig)
- abnorme Stuhlkonsistenz (klumpig/hart)
- heftiges Pressen bei der Defäkation
- imperativer Stuhl drang
- Blähungen, Schleimabgang, Gefühl der inkompletten Entleerung

<sup>1</sup> Die Hauptkriterien müssen erfüllt sein, ohne dass der Patient Laxanzien einnimmt.

chosomatische Diagnostik“ erfolgen. RDS-Patienten klagen nicht selten über weitere Beschwerden wie Rücken- oder Kopfschmerzen bzw. Fibromyalgiesymptome.

Die körperliche Untersuchung (Anämiezeichen, abdominelle Raumforderung?) dient dem Ausschluss wichtiger organischer Erkrankungen. Auf Narben früherer Operationen ist zu achten, und das Gewicht des Patienten sollte dokumentiert werden. Die weitere Diagnostik orientiert sich an Dauer und Schweregrad der Beschwerden, Patientenalter, Familienanamnese und psychosozialen Faktoren.

**Laboruntersuchungen**

Folgende Tests sollten durchgeführt werden: Blutbild, BSG oder CRP, Elektrolyte, Blutzucker, alkalische Phosphatase, Transaminasen und TSH. Vor allem bei Durchfall empfiehlt sich eine Stuhluntersuchung auf Bakterien und Parasiten.

**Abdomensonographie**

Eine Ultraschalluntersuchung wird von der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zum Ausschluss wichtiger intraabdominaler Erkrankungen empfohlen und dient der „überzeugenden Patientenführung“. Ihr Nutzen bei der Abklärung von RDS-Beschwerden ist allerdings nicht evidenzbasiert.

**Koloskopie oder Sigmoidoskopie**

Bei Patienten unter 50 Jahren ist eine Darmspiegelung zwar nicht obligat, sie besitzt jedoch den höchsten Stellenwert bei der differenzialdiagnostischen Abklärung (z.B. Tumor, Melanosis coli oder chronisch-entzündliche Darmerkrankung). Bei positiver Familienanamnese für kolorektale Karzinome ist die Indikation zur Koloskopie grosszügig zu stellen. Wenn Patienten über Durchfälle klagen, sollten eine Ileoskopie und Biopsien erfolgen.

**H<sub>2</sub>-Atemtest mit Laktosebelastung**

Diese Untersuchung ist zwar nicht obligat, wird aber bei Milchunverträglichkeit zum Ausschluss einer Laktoseintoleranz empfohlen und sollte auch erwogen werden, wenn Patienten über Diarrhö und Blähungen als Leitsymptom klagen.

**Sprue-Diagnostik**

Da einerseits die Prävalenz der Sprue bei RDS-Patienten erhöht ist und andererseits manche Sprue-Patienten RDS-Symptome

aufweisen, kann eine Sprue-Diagnostik gerechtfertigt sein (serologische Testung auf Endomysium-AK oder TG-AK, bei positiver Serologie bioptische Untersuchung).

**Therapie**

Auch für Patienten mit Reizdarmsyndrom gilt: Die alleinige Mitteilung, dass sich durch die Untersuchungen keine Ursachen für die subjektiven Beschwerden finden liessen, erscheint wenig hilfreich. Aufgabe des Arztes ist die Vermittlung der Tatsache, dass die Symptome zwar unangenehm, aber nicht bedrohlich sind, und die Verdeutlichung der Mechanismen, die den Beschwerden

zugrunde liegen. Der Patient sollte darauf hingewiesen werden, dass die Lebensqualität (zeitweise) eingeschränkt sein kann, die Mortalität durch das Reizdarmsyndrom aber nicht erhöht ist.

**Nichtmedikamentöse Behandlung**

Der Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung und die Beratung sind sehr wichtig. Stehen Obstipation oder Diarrhö im Vordergrund, erscheint eine Ernährungsberatung sinnvoll, doch der Einfluss der Ernährung sollte beim RDS nicht überschätzt werden. Ein Ausschluss bestimmter Nahrungsmittel ist

**TABELLE 2**

**Medikamentöse Therapie des Reizdarmsyndroms – der Symptomatik entsprechend**

Hauptsymptom	Medikament(en)klasse	Nebenwirkungen
Abdominelle Schmerzen	<b>Phytopharmaka</b> • Pfefferminz-/Kümmelöl • Kombinationspräparat aus Auszügen v. Iberis amara u.a) <b>Spasmolytika</b> • Mebeverin • Butylscopolamin	Aufstossen, Sodbrennen Exanthem, Pruritus (sehr selten)  Übelkeit, Diarrhö, Müdigkeit
Starke Schmerzen	<b>Trizyklische Antidepressiva</b> • Amitriptylin • Imipramin	Mundtrockenheit, Übelkeit, Erbrechen
Obstipation	<b>Ballaststoffe und Quellmittel</b> • z.B. Plantago ovata* <b>Osmotische Laxanzien</b> • Lactulose • Lactitol <b>Hydragoge Laxanzien</b> • Bisacodyl* • Natriumpicosulfat* <b>Rektale Entleerungshilfen</b>	Verstärkte Blähungen  Bauchkrämpfe, leichter Durchfall
Diarrhö	<b>Antidiarrhoika</b> • Loperamid • Opium-Tropfen	Übelkeit, Erbrechen Sedierung, Abhängigkeitspotenzial
Blähungen	<b>Bakterienpräparate</b> • E. coli* Nissle 1917 • Bifidobacterium infantis*	Diarrhö

## IMPRESSUM

## Selecta®

Medical Tribune Supplement  
© 2009  MEDICAL TRIBUNE

Verlag und Herausgeber  
swissprofessionalmedia AG

Chefredaktor  
Winfried Powollik

Verantwortlicher Redaktor  
Dr. rer. nat. Ralf Behrens

Redaktion  
Dr. med. Petra Genetzky  
Esther Breger, Victor Leutner (Korrektorat)

Redaktionsassistentin  
Zdenka Bieri

Herstellung und Produktionssteuerung  
Patrik Brunner

Layout  
Stefanie Eggimann

Illustrationen  
Corbis

Anzeigenmarketing  
Biagio Ferrara, Tel.: 058 958 96 45

Anzeigenadministration  
Marianne Vogt, Tel.: 058 958 96 10  
Anzeigenpreisliste vom 1.1.2009

Verlagsleitung  
Winfried Powollik

Geschäftsleitung  
Oliver Kramer

Adresse  
swissprofessionalmedia AG  
Medical Tribune  
Grosspeterstrasse 23, Postfach  
CH - 4002 Basel  
Medical Tribune-Online:  
www.medical-tribune.ch  
E-Mail: kontakt@medical-tribune.ch

Druck  
Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG  
Leibnizstrasse 5, D-97204 Höchberg

Bankverbindung  
Postcheck Basel, Kto.-Nr. 40-27 104-5

Bezugsbedingungen  
Einzelpreis Fr. 12.-, Jahresabonnement Medical Tribune Fr. 156.-, Studenten Fr. 114.- (inkl. Porto und MwSt). Das Abonnement kann mit einer Frist von vier Wochen zum Jahresende schriftlich gekündigt werden. Mit der Einsendung eines Manuskriptes erklärt sich der Urheber damit einverstanden, dass sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Ausgaben, Sonderproduktionen und elektronischen Medien der Medical Tribune Group und der verbundenen Verlage veröffentlicht werden kann.

ISSN-Nr.: 0257-8794

@ [www.medical-tribune.ch/selecta](http://www.medical-tribune.ch/selecta)

nur gerechtfertigt, wenn ein Patient auch tatsächlich empfindlich reagiert, z.B. durch vermehrte Blähungen nach dem Verzehr von Hülsenfrüchten. Hilfreich kann auch eine Beratung im Hinblick auf körperliche Aktivität, Stressabbau und Entspannungsübungen sein.

### Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Behandlung (Tab. 2) beschränkt sich auf die Therapie einzelner Symptome. Bei (leichten) Bauchschmerzen kann zunächst ein Versuch mit einem pflanzlichen Mittel (z.B. auf der Basis von Pfefferminzöl\*) unternommen werden. Pfefferminzöl wirkt auf die glatte Muskulatur des Gastrointestinaltrakts und soll Krämpfe lindern. Auch Spasmolytika wie Butylscopolamin\* oder Mebeverin\* können eingesetzt werden, doch die Patienten werden damit nicht immer schmerzfrei.

Lassen sich RDS-Schmerzen mit den genannten Mitteln nicht ausreichend lindern, kommt ein niedrig dosiertes trizyklisches Antidepressivum wie Amitriptylin\* oder Imipramin\* in Betracht. Ein trizyklisches Antidepressivum ist auch bei psychiatrischer Begleiterkrankung indiziert.

Bei Patienten, die vorrangig über Obstipation klagen, sollte zunächst der Ballaststoffanteil in der Nahrung erhöht und ein Quellmittel verabreicht werden. Prinzipiell ist darauf hinzuweisen, dass ausreichend getrunken wird und sportliches Training wichtig ist. Des Weiteren kommt die zeitlich begrenzte Therapie mit einem Laxans in Frage, wobei osmotische Laxanzien wie Lactulose\* und Lactitol\* zu verstärkten Blähungen und hydragoge Laxanzien zu leichten Durchfällen führen können.

Stehen Durchfälle im Vordergrund der Beschwerden, kann Loperamid\* verordnet werden. Damit wird die Darmtransitzeit verlangsamt, die Stuhlfrequenz reduziert und eine bessere Stuhlkonsistenz erreicht. Alternativ kommen Opium\*-Tropfen in Betracht, jedoch wegen der Sedierung und des Abhängigkeitspotenzials nur für kurze Zeit.

### Magen/Darm und Psyche

Psychische Erkrankungen wie Depression oder Angststörung gehen häufig mit funktionellen gastrointestinalen Erkrankungen einher. Auch psychosoziale Faktoren wie Missbrauch in der Kindheit oder Stress können die Symptome einer

funktionellen Magen-Darm-Erkrankung triggern bzw. verschlimmern. Dennoch sollten psychosoziale Faktoren nicht vornehmlich als Ursache von FD- oder RDS-Symptomen angesehen werden. Bei Patienten mit relevanten psychischen Auffälligkeiten kann jedoch eine Psychotherapie oder eine Behandlung mit Psychopharmaka sinnvoll sein.

\* Siehe Präparate-Index Seite 31

#### → KASTEN 4

### Neue Medikamente gegen das Reizdarmsyndrom

Die konventionelle medikamentöse Behandlung des Reizdarmsyndroms führt häufig nur zu einem Teilerfolg. Deshalb setzen viele Mediziner grosse Hoffnung auf Medikamente, die den Serotoninstoffwechsel modulieren. Der Neurotransmitter Serotonin steuert zahlreiche Funktionen des Gastrointestinaltrakts. Experten gehen davon aus, dass ein gestörter abdominaler Serotoninstoffwechsel bei der Entstehung des Reizdarmsyndroms eine zentrale Rolle spielt.

Alosetron\* ist ein 5-HT<sub>3</sub>-Rezeptor-Antagonist, der bei diarrhöbetontem Reizdarmsyndrom hilft und vor allem bei Frauen wirkt. Wegen potenzieller schwerer Nebenwirkungen (ischämische Kolitis, ausgeprägte Obstipation) ist Alosetron derzeit allerdings nur in wenigen Ländern zugelassen.

#### ? PEER-REVIEWED

Unter dem wissenschaftlichen Patronat von Professor Dr. Volker Eckardt, Abteilung Gastroenterologie der Deutschen Klinik für Diagnostik, Wiesbaden, hat die *Medical Tribune* in Wiesbaden diesen Kurs gemeinsam mit der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen erstellt.

Über die Akademie läuft die Fortbildung von über 28 000 Ärztinnen und Ärzten. Neben der Zertifizierung organisiert und konzipiert sie unter der Leitung von Professor Dr. Ernst-Gerhard Loch, Wiesbaden, eigene Fortbildungsmassnahmen.

Wir möchten Ihnen diese hochkarätige Fortbildung für Ihr Selbststudium empfehlen. Wie Sie vorgehen, erfahren Sie auf S. 11.

## ? FRAGEN ZUR ZERTIFIZIERUNG

# Fragen zur zertifizierten Fortbildung „Funktionelle Magen-Darm-Erkrankungen“

Beachten Sie bitte: Bei jeder Frage ist jeweils nur eine Antwort möglich.

- 1. Welches Symptom zählt nicht zu den Hauptkriterien der funktionellen Dyspepsie?**

  - Frühes Sättigungsgefühl.
  - Postprandiales Völlegefühl.
  - Schmerzen im Epigastrium.
  - Brennen im Epigastrium.
  - Blutiges Erbrechen.
- 2. Welche Aussage trifft zu?**

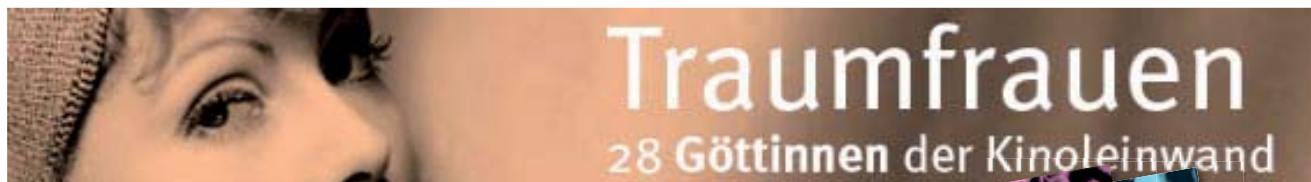
  - Patienten mit Reizdarmsyndrom klagen nicht selten auch über Kopf- oder Rückenschmerzen.
  - Funktionelle Magen-Darm-Erkrankungen sind immer psychosomatisch bedingt.
  - Das Reizdarmsyndrom betrifft fast nur Männer.
  - Funktionellen gastrointestinalen Störungen liegt stets ein Serotoninmangel zugrunde.
  - In den westlichen Industrienationen sind rund 5 % der Erwachsenen von chronischen oder rezidivierenden dyspeptischen Beschwerden betroffen.
- 3. Welche Aussage trifft zu? Bei der Therapie eines Patienten mit funktioneller Dyspepsie steht an erster Stelle:**

  - Aufklärung über das Krankheitsbild, Beratung.
  - Gabe eines Prokinetikums.
  - Verordnung eines trizyklischen Antidepressivums.
  - Behandlung mit einem H<sub>2</sub>-Blocker.
  - Verschreibung eines Protonenpumpeninhibitors.
- 4. Welche Aussage trifft zu? Bei Verdacht auf Reizdarmsyndrom ...**

  - ... muss auch bei Patienten unter 30 Jahren umgehend eine Koloskopie erfolgen.
  - ... lässt sich die Diagnose sonografisch sicherstellen.
  - ... sind Laboruntersuchungen überflüssig.
  - ... kann ein H<sub>2</sub>-Atemtest mit Laktosebelastung sinnvoll sein.
  - ... beginnt die Diagnostik mit einem Kolon-Kontrasteinlauf.
- 5. Gastrointestinaltrakt und Psyche: Welches Statement ist falsch?**

  - Der Neurotransmitter Serotonin steuert verschiedene Funktionen des Magen-Darm-Trakts.
  - Die funktionelle Dyspepsie wird immer durch psychische Ursachen ausgelöst.
  - An der Entstehung funktioneller Magen-Darm-Erkrankungen kann eine gestörte Interaktion zwischen Gehirn und Darm beteiligt sein.
  - Depressionen und Angststörungen gehen nicht selten mit einer funktionellen Magen-Darm-Erkrankung einher.
  - Bei Patienten mit Reizdarmsyndrom und entsprechenden psychischen Auffälligkeiten kann eine Psychotherapie sinnvoll sein.

Antwort-Coupon: auf S. 31 oder online auf [www.medical-tribune.ch/selecta](http://www.medical-tribune.ch/selecta)



## ? Alles gewusst? So finden Sie's heraus!

- Auf unserer Website [www.medical-tribune.ch/selecta](http://www.medical-tribune.ch/selecta) können Sie Ihre Lösungen eingeben und erfahren umgehend, ob Sie richtig liegen.
- Sie können uns Ihre Lösungen natürlich auch per Post oder Fax schicken; dazu bitte den Coupon auf S. 31 ausfüllen, ausschneiden und senden an: Medical Tribune, Stichwort „Selecta“, Grosspeterstrasse 23, Postfach, 4002 Basel, oder per Fax: +41 (0)58 958 96 90.

Welchen Weg Sie auch wählen, Fehler werden kommentiert, sodass Sie eine möglichst hohe Lernkurve erreichen werden. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Einsendung absolut vertraulich.

### Und das können Sie gewinnen:

Unter allen Teilnehmern verlosen wir ein Paket mit fünf Filmen aus der DVD-Edition „Traumfrauen – 28 Göttinnen der Kinoleinwand“, die die Kinoredaktion der *Süddeutschen Zeitung* zusammengestellt hat. Freuen Sie sich auf Ikonen der Weiblichkeit, grosse Charakterdarstellerinnen und glamouröse Diven.

**Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!**

Dieses Online-Angebot ist nicht gleichzusetzen mit E-Learning, sondern dient lediglich zur elektronischen Beantwortung der Fragen aus unserer Printausgabe der Selecta – CME mit Medical Tribune. Zu unserem E-Learning-Angebot, den Online-Trainern, geht's hier lang: [www.medical-tribune.org/trainerc](http://www.medical-tribune.org/trainerc)