

13. Kurpfälzisches Koloproktologen-Gespräch

am 25. 11. 2000 in Mannheim

Der große Formenkreis der „funktionellen Verdauungsstörungen“ weitet sich weiter aus; immer mehr Patienten kommen mit diesen Problemen zu uns, und wir wollen ihnen kompetent helfen! Heute wissen wir, dass sich hinter diesem Symptomenkomplex eine Vielzahl sehr wohl diagnostizierbarer Einzelstörungen verbergen kann. In den vergangenen Jahren wurde eine Reihe neuer diagnostischer Verfahren entwickelt, die uns eine gezielte Einschätzung der Probleme erlauben. Damit wird auch ein sehr viel differenzierteres therapeutisches Vorgehen möglich als noch vor wenigen Jahren. Gerade die Diagnostik des chronisch verstopften Patienten, aber auch das Reizdarmproblem hat den Schwerpunkt – mit zukünftig steigender Tendenz – in der ambulanten Betreuung.

Kondylome sind in der Praxis ein zunehmendes Problem. Gibt es wirklich nur spitze und breite Kondylome? Wie ist der Stellenwert der operativen und der konservativen Therapie?

Um sich hier mit den neuesten Aspekten und Möglichkeiten vertraut zu machen, trafen sich über 100 koloproktologisch interessierte Kollegen aus dem südwestdeutschen Raum zum 13. Kurpfälzischen Koloproktologen-Gespräch in Mannheims Rosengarten. Mögen die folgenden Kurzfassungen den Lesern der „coloproctology“ vielleicht die eine oder andere Anregung geben.

*Dr. Jens J. Kirsch
Dr. Freya Reinhard
Enddarm-Zentrum Mannheim*

Der chronisch verstopfte Patient

1. Warum? Woher? Pathophysiologie und Diagnostik

Die Obstipation ist ein weit verbreitetes Phänomen, zwischen 5 und 10% unserer Bevölkerung leiden unter diesem Syndrom. Man schätzt, dass etwa 800 000 Arztbesuche jährlich deshalb zustande kommen. Betroffen sind dabei vor allem Frauen und ältere Menschen. Ansprechpartner sind primär der Hausarzt und der Internist; der Gastroenterologe wird häufig erst aufgesucht, wenn alle gängigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen abgeschlossen sind. Die Therapie besteht in 85% in der Verabreichung eines Abführmittels.

Physiologie der Verdauung: Die normale Transitzeit der Nahrung im Verdauungstrakt beträgt 24–60 Stunden. Bei Obstipation ist diese Zeit auf 60–120 Stunden verlängert. Prinzipiell gibt es zwei Möglichkeiten der Störung: Bei der Slow-Transit-Obstipation ist der Transport durch den gesamten Darm verlangsamt, bei der Outlet-Delay-Obstipation handelt es sich um eine Störung durch eine verzögerte Entleerung aus dem Rektosigmoid. Eine therapeutische Konsequenz ergibt sich aus dieser Differenzierung nicht.

Definition: Die normale Stuhlfrequenz liegt zwischen 3-mal pro Woche und 3-mal pro Tag, das normale Stuhlgewicht beträgt 30–150 g/Tag, davon sind etwa 70% Wasser. Bei der Obstipation ist der Stuhl *zu selten, zu wenig, zu hart, zu schmerzhaft*. Differenzierter werden die Obstipationskriterien in den Rom-II-Kriterien definiert. Danach handelt es sich um eine Obstipation, wenn folgende Bedingungen während wenigstens 2 Wochen erfüllt sind:

1. Pressen bei > 25% der Stuhlgänge
2. Harter Stuhlgang bei > 25% der Stuhlgänge
3. Gefühl der unvollständigen Entleerung bei > 25% der Stuhlgänge
4. Gefühl der anorektalen Obstruktion bei > 25% der Stuhlgänge
5. Manuelle Unterstützung bei > 5% der Stuhlgänge
6. Weniger als drei Stuhlgänge pro Woche

Physiologie: Die von vielen Menschen als notwendig angesehene tägliche Entleerung ist oft durch eine Furcht begründet, bei ungenügender Entleerung toxische Stoffe im Körper zu retinieren. Dies ist völlig unbegründet, da im Stuhl keinerlei toxische Stoffe enthalten sind. Der Stuhl besteht zu zwei Drittel aus Wasser, hinzu kommen die physiologische Bakterienflora sowie Nahrungsreste. Durch die Einwirkung der Bakterien auf die Nahrungsreste entstehen Gase (CO₂, Methan, H₂). Aus dem Abbau der Fette resultieren kurzkettige Fettsäuren, die wichtig sind für den Stoffwechsel der Darmepithelien. Die Obstipation ist daher sicherlich subjektiv belästigend, gesundheitlich aber völlig ungefährlich.

Regulierende Faktoren: Im Allgemeinen werden Ballaststoffe als regulierende Faktoren angesehen. Bei Vergleichen großer Bevölkerungsgruppen gibt es eine Korrelation zwischen Stuhlgewicht und Ballaststoffzufuhr; im Einzelfall ist ein Ballaststoffmangel als Ursache für die Obstipation selten nachzuweisen. Ein Versuch mit ballaststoffreicher Kost ist immer gerechtfertigt, bei Auftreten von starken Nebenwirkungen (Blähungen) sollte aber abgebrochen werden. Eine ungenügende Flüssigkeitszufuhr wird ebenfalls oft als Ursache für die Obstipation angeschuldigt. Die Beweise hierfür sind nicht sehr überzeugend. Der Körper produziert täglich etwa 10 Liter Flüssigkeit (Speichel, Magensaft, Galle, Pankreassaft, Dünndarmsaft). Es ist schwer vorstellbar, dass zum Beispiel durch die Zufuhr von einem zusätzlichen Liter eine wesentliche Verdünnung des Stuhls stattfindet.

Die Rolle der körperlichen Bewegung ist ebenfalls nicht sicher geklärt, es gibt keinerlei Untersuchungen, die zeigen, dass durch eine Zunahme der körperlichen Bewegung das Stuhlgangverhalten positiv beeinflusst wird.

Ursachen: Bei den Ursachen unterscheiden wir funktionelle von organischen Ursachen. Zu den funktionellen Ursachen zählen: Änderung der Lebensumstände, Schichtarbeit und zum Beispiel Krankenhausaufenthalt mit Bettlägerigkeit.

Die organischen Ursachen können mechanischer Natur sein: Tumoren, Hernien, Invagination, Adhäsionen, Schwangerschaft. Divertikel zählen zu den entzündlichen Ursachen. Bei den systemischen Ursachen stehen Hypothyreoidismus sowie Hypokaliämie im Vordergrund. Bei den neurologischen Ursachen dominieren das Colon irritabile und die multiple Sklerose. Medikamente verursachen häufig eine Obstipation, bekannt sind die Erscheinungen nach der Einnahme von Opiaten, Anticholinergika, Ganglienblockern, Antidepressiva, Antazida, Analgetika, aber auch bei chronischem Laxanzienabusus. Lokale, proktogene Ursachen sind: Analfissur, Fistel, Hämorrhoiden, Ulzerationen und Sphinktersklerose sowie ein interner Prolaps.

Diagnostik: Zu den Basisuntersuchungen zählen neben Anamnese und klinischer Untersuchung gezielte Laboruntersuchungen (Schilddrüse, Kalium) sowie die digital-rektale Untersuchung. Das erweiterte Untersuchungsprogramm besteht in der Sonographie des Abdomens, einer Koloskopie (evtl. Röntgenographie des Kolons). Selten durchgeführte Untersuchungen sind die Bestimmung der Transitzeit sowie die Defäkographie.

Fazit: Die Obstipation ist ein häufiges, in vielen Fällen subjektiv belästigendes Symptom; bei hartnäckigen oder neu auftretenden Fällen sollte in jedem Fall eine ausführliche Diagnostik durchgeführt werden.

Prof. Dr. med. Achim Weizel
Diakonie-Krankenhaus Mannheim

2. Was tun in der Praxis?

– Konservative Therapie

Obstipation ist eines der häufigsten gastroenterologischen Probleme. Etwa 12% der erwachsenen Bevölkerung leiden unter seltenem Stuhlgang, hartem Stuhl verbunden mit großen Pressanstrengungen und/oder einem Gefühl der unvollständigen Entleerung oder bedürfen eventuell manueller Defäkationshilfen. Die sog. habituelle Obstipation, bei der kein pathophysiologischer Hintergrund feststellbar ist, stellt mit 85% die häufigste Obstipationsform dar.

Die Therapie der chronischen Obstipation, definiert mit weniger als drei Stuhlgänge/Woche, beruht leider aufgrund fehlender großer kontrollierter Studien nicht auf einer evidenzbasierten Medizin. Allgemeine Lebensführungsmaßnahmen wie ausreichende körperliche Bewegung, eine Trinkmenge von mehr als 2 Liter pro Tag, eine ballaststoffreiche Ernährung und das Einhalten einer sog. Stuhlgangszeit sind zwar oft im Patientenberatungsgespräch enthalten, führen jedoch in weniger als 50% der Betroffenen zu einer Besserung der Obstipation. Die oft empfohlenen Ballaststoffe in Form von wasserlöslicher Hemizellulose, enthalten in Obst, Flohsamen (z.B. Mucofalk®), oder Zellulose in Weizenkleie oder Leinsamen führen nur in ca. 40% der obstipierten Patienten zu einer Besserung. Darüber hinaus ist die Patientencompliance bedingt durch die Nebenwirkungen wie Völlegefühl und/oder Meteorismus oft gering. Auch die osmotisch wirksamen Laxanzien wie die salinischen Präparate (Bittersalz, Glaubersalz, Karlsbader Salz) und Laktulose sind oft verbunden mit Tenesmen. Dagegen induzieren die synthetischen, osmotisch wirksamen Laxanzien, wie das hochmolekulare, nicht resorbierbare Polyethylenglycol (Macrogol® oder Isomol®) ein zuverlässiges, nebenwirkungsfreies Abführen. Dieses bislang für Darmreinigungen vor Endoskopien und Operationen genutzte Prinzip ist seit Jahren als oral anwendbares Macrogol 3350 plus Elektrolyte erfolgreich im Einsatz. Eine andere Substanzgruppe, die Antiresorptiva, in Pflan-

zen vorkommende Anthranoide (z.B. Agiolax®, Bekunis®, Neda Fruchtwürfel®) und die synthetischen Diphenylmethanderivate (Dulcolax®), sind in ihrer natürlichen Struktur im Dünndarm praktisch nicht wirksam und werden erst im Kolon zu Substanzen metabolisiert, die konzentrationsabhängig die Resorption von Elektrolyten und Wasser hemmen und in höheren Konzentrationen zu einer Sekretion von Elektrolyten und Wasser in das Lumen des Kolons führen. Schließlich kommen noch die in ihrer Zusammensetzung stark variierenden lokalen rektalen Entleerungshilfen wie Klysmen und Suppositorien zum Einsatz. Diese Substanzen werden oft in Kombination eingesetzt und bewirken eine lokale bzw. mechanische Entleerung.

Basis jeglicher Obstipationstherapie sollte jedoch das gemeinsame Gespräch mit dem Patienten sein, in dem ein Konsens gefunden werden sollte. Wichtig erscheint, dass die Patienten bewusst angehalten werden, ihrem Stuhltrieb immer nachzugeben, um somit gegebenenfalls regelmäßig nach Mahlzeiten eine Konditionierung des Darms herzustellen.

*PD Dr. Birgit Kallinowski,
Innere Medizin IV,
Universitätsklinikum Heidelberg*

3. Was tun in der Klinik?

– Operative Therapie

Vom Anfang des 20. Jahrhunderts bis in die 80er Jahre war das idiopathische Megakolon die überwiegende Indikation zur chirurgischen Intervention bei chronischer Obstipation. Mittlerweile sind weitere Krankheitsbilder hinzugekommen: die Slow-Transit-Obstipation und die anorektalen Entleerungsstörungen. Dagegen verbleibt die habituelle Obstipation eine Domäne der konservativen Therapie. Da es sich bei der chronischen Verstopfung um eine benigne Erkrankung handelt, ist die Indikation zur operativen Intervention nur bei unzureichender konservativer Therapie gegeben.

Slow-Transit-Obstipation: Da 90% der gastrointestinalen Transitzeit auf das Kolon entfallen, zielt die chirurgische Therapie auf eine subtotale oder (totale) Kolektomie hin. In Bezug auf die Obstipation zeigt die Kolektomie in 90% Erfolg. (21 Studien: 61–100%). Eine Persistenz der chronischen Verstopfung besteht trotz ausgedehnter Resektion in 10% fort. Aufgrund dessen ist andererseits in knapp 20% mit einer Diarrhö, in 14% mit Kontinenzproblemen zu rechnen. Da es sich um einen großen chirurgischen Eingriff handelt, sind die postoperativen Komplikationen nicht zu vernachlässigen: Ileus 18%, Reoperationsrate 14%.

Subtotale Resektionen erreichen in Bezug auf die Obstipation dagegen nur eine Erfolgsrate von 58–77%. Die in den letzten Jahren praktizierte ausführliche präoperative Diagnostik scheint tendenziell eine Verbesserung des Operationserfolgs zu erreichen: 89% versus 80% bei eingeschränkter Diagnostik. Als negative Prädiktoren für den Operationserfolg können gelten: atypische Symptomatik wie z.B. Schmerzen, begleitende psychiatrische Überlagerung, generalisierte Motilitätsstörungen und synchron bestehende Entleerungsstörungen. Führen obige Resektionen nicht zum Erfolg, so stehen als Alternativen ein ileoanaler Pouch, eine Stomaanlage oder eine antegrade programmierte Kolonspülung zur Verfügung.

Anorektale Entleerungsstörungen: Speziell hier ist eine differenzierte, präoperative, diagnostische Abklärung für die Therapiewahl unabdingbar. Liegt eine anorektale Koordinationsstörung vor, ist mit Hilfe eines Biofeedbacktrainings in 78% (19 Studien: 58–100%) eine Besserung der Entleerungsproblematik zu erreichen. Beim Anismus ist die Botulinumtoxininjektion indiziert. Bei der häufigsten morphologischen Entleerungsstörung – der Rektozele – konkurrieren transanale mit transvaginale Verfahren. Mit 69% versus 79% (26 Studien: 46–97%) ist die transanale Raffung nur tendenziell gering besser. Ist eine Enterozele – meist eine Sigmoidozele – Ursache der Entleerungsbehinderungen,

lässt sich mit einer Resektion des betroffenen Darmabschnitts in 87% eine Verbesserung der Problematik erreichen (fünf Studien: 76–100%). Da es sich speziell bei den obstructiven Beckenbodenfunktionsstörungen in der überwiegenden Mehrzahl um komplexe Störungen handelt, findet sich auch meist eine Kombination verschiedener pathologischer Veränderungen, wie z.B. eine Beckenbodensenkung mit Kontinenzstörungen und Rektozele und Enterozele! Dies ist bei der Therapiewahl zu berücksichtigen.

Nur die Kenntnis der differenzierten Pathophysiologie ermöglicht den Einsatz einer umfassenden Diagnostik, um eine möglichst optimale Indikation zur Therapie zu treffen. Dies ist in Kombination mit der adäquaten Operationstechnik eine unabdingbare Voraussetzung für zufriedenstellende Therapieergebnisse. Da bisher in allen Studien maximal ein Evidenzgrad 2 erreicht wird, sind prospektiv randomisierte Studien zu fordern. Neue Erkenntnisse der Grundlagenforschung sollten darüber hinaus unsere chirurgische Therapie in der Zukunft noch optimieren können.

*PD Dr. Alexander Herold
Enddarm-Zentrum Mannheim*

Neues zum Reizdarm

1. Standards und neue Aspekte

Nach dem Konsensusbericht der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) von 1999 sollte die Diagnose Reizdarmsyndrom gestellt werden, wenn ein Patient trotz fehlenden Nachweises struktureller oder biochemischer Normabweichungen unter Verwendung routinemäßig verfügbarer Untersuchungsmethoden über folgende Symptome klagt, die länger als 3–6 Monate anhalten bzw. immer wieder auftreten:

1. Abdominelle Schmerzen, oft in Beziehung zur Defäkation

2. Veränderung der Defäkation in mindestens zwei der folgenden Aspekte: Frequenz, Konsistenz, Passage
3. Häufige Assoziation mit abdomineller Distension und/oder Blähungen.

Der Pathomechanismus des Reizdarmsyndroms ist bis zum gegenwärtigen Tag nicht geklärt. Wahrscheinlich liegen der Erkrankung jedoch mehrere primäre Störungen zugrunde, die in unterschiedlichem Ausmaß Art und Schwere des Leitsymptoms beeinflussen können. Zu diesen Mechanismen gehören: Störungen der viszeralen Sensibilität (peripher und/oder zentral), Störungen der intestinalen Motorfunktionen, Störungen des autonomen/zentralen Nervensystems, vorausgegangene Darminfektionen, Alteration des intestinalen Immunsystems, genetische Disposition, Umwelteinflüsse bzw. psychosomatische Störungen. Das Konzept der viszeralen Überempfindlichkeit („visceral hyperalgesia“) ist bislang als einziges durch übereinstimmende Studien belegt. Für alle übrigen pathophysiologischen Konzepte gibt es widersprüchliche oder nicht bestätigte Ergebnisse. Die Mehrzahl der Patienten mit Reizdarmsyndrom konsultiert trotz rezidivierender oder chronischer Beschwerden keinen Arzt. Nur etwa 20% der Betroffenen suchen ärztlichen Rat. Mögliche Gründe für einen Arztbesuch sind z.B. Schwere der Symptome, eingeschränkte Lebensqualität, Patientenangst, insbesondere Karzinophobie, allgemeines Krankheitsverhalten (individuelle Symptommengewichtung), sekundärer Krankheitsgewinn.

Eine kausal begründete Therapieempfehlung für das Reizdarmsyndrom ist aufgrund fehlender gesicherter pathogenetischer Erkenntnisse derzeit nicht möglich. Einsatz und Intensität symptomatischer therapeutischer Maßnahmen sollten sich nach dem individuellen Schweregrad und Leitsymptom des Reizdarmsyndroms richten. Folgende Faktoren geben dem behandelnden Arzt Anhaltspunkte über Schweregrad der Erkrankung und daraus resultierender Therapieintensität:

- Einschränkung der Lebensqualität
- Darmbezogene Beschwerden
- Anzahl der eingenommenen Medikamente
- Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit
- Anzahl der Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte
- Häufigkeit der Arztwechsel
- Anzahl und Intensität diagnostischer Maßnahmen
- Krankheitsdauer

Entsprechend dem individuellen Schweregrad umfasst eine individuell angepasste Stufentherapie des Reizdarmsyndroms folgende Maßnahmen:

Allgemeinmaßnahmen: Klare Diagnosevermittlung mit Interpretation der Untersuchungsergebnisse (*Rückversicherung des Patienten*). Aufklärung über Wesen und Ursachen der Beschwerden, d.h. *Entwicklung eines Krankheitsmodells*. Vermeidung wiederholter Diagnostik. Wiederholte Arzt-Patienten-Gespräche zur Ausbildung eines stabilen Vertrauensverhältnisses (*therapeutisches Bündnis*). Förderung der *Patienten-Eigenverantwortung*. Konfliktlösung in psychosozialen Bereichen sowie Identifikation und Abbau beruflicher wie privater Stressfaktoren. Aufzeigen unterschiedlicher medikamentöser Maßnahmen. Einfach erlernbare Entspannungsübungen und allgemeine körperlich kräftigende Maßnahmen. Hilfreich ist die Führung von *Patiententagebüchern* über ausreichend lange Zeiträume (mindestens 2–4 Wochen), auch nach Einleitung spezifischer therapeutischer Maßnahmen zur Erfolgskontrolle.

Ernährungsberatung: Eine spezifische Diät existiert für das Reizdarmsyndrom nicht. Hilfreich ist dagegen eine *individuelle Ernährungsberatung*, die darüber informiert, dass bestimmte Nahrungsmittel und Genussstoffe wie fette Speisen, Hülsenfrüchte, Alkohol und Gewürze Beschwerden auslösen bzw. verschlimmern können. Hierzu können auch Nikotin, Koffein und Milchprodukte zählen. Der Einsatz von Ernährungsprotokollen zur Identifikation beschwerdeauslösender Nah-

rungsbestandteile ist in diesem Zusammenhang sinnvoll.

Ballaststoffe sollten beim Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp, Diarrhötyp und Schmerztyp mit Stuhlnunregelmäßigkeiten eingesetzt werden. Als geeignete Ballaststoffe bieten sich Gelbildner im Vergleich zu Faserstoffen wegen ihrer geringeren Blähwirkung und damit höheren Patientenakzeptanz an. Zu den wasserlöslichen Gelbildnern zählen z.B. Pektin, Muzilagenosa, Hemizellulose, Psyllium/*Plantago afra, ovata* (sog. Flohsamenpräparate).

Abführmittel: Wenn Ballaststoffe allein zur Stuhlregulierung nicht ausreichen, sollten Laxanzien bei Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp in Kombination mit Ballaststoffen eingesetzt werden. Sinnvoll sind osmotische (Laktulose bzw. polyäthylenglykohlhaltige Trinklösungen) bzw. sekretorisch-antiresorptiv wirkende Mittel vom Typ des Bisacodyl.

Medikamente: Medikamente sollten beim Reizdarmsyndrom immer *symptomgerichtet und zeitlich begrenzt* verwendet werden.

Anticholinergika sind bei *akuten krampfartigen Schmerzzuständen* als Suppositorien indiziert. Bevorzugt werden sollten z.B. Butylscopolamin, Drofenin sowie die in niedriger Dosierung anticholinerg wirkenden trizyklischen Antidepressiva wie z.B. Amitryptilin.

Muskelrelaxanzien sind bei Reizdarmsyndrom vom Schmerztyp empfehlenswert. Hierzu gehören Mebeverin, Kalziumblocker (Pinaverium) und Pfefferminzöl.

Prokinetika vom Typ der substituierten Benzamide wie z.B. Metoclopramid und Cisaprid (wegen Induktion von Herzrhythmusstörungen vom Markt genommen) verstärken als 5HT₄-Agonisten die propulsive intestinale Peristaltik und sind beim Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp sinnvoll, wenn andere stuhlregulierende Maßnahmen (siehe oben) nicht erfolgreich sind. Sie führen zu einer Bes-

serung des Allgemeinbefindens, Zunahme der Stuhlfrequenz, Abnahme von abdominalen Schmerzen und Laxanzienbedarf.

Antidiarrhoika (Loperamid, Diphenoxylat/Atropin, Opiumtropfen) werden ausschließlich beim Diarrhö-dominanten Reizdarmsyndrom empfohlen. Die Dosierung sollte *streng individuell* erfolgen.

Gallensäurebinder vom Typ des Cholestyramin wirken bei Patienten mit idiopathischem Gallensäureverlustsyndrom und chologener Diarrhö. Auch ihre Dosierung sollte individuell erfolgen.

Derzeit fehlen gesicherte Studiendaten zur Wirksamkeit von *oberflächenaktiven Substanzen* (Dimethylpolysiloxan), *Bakterienpräparaten*, *Phytotherapeutika* beim Reizdarmsyndrom.

Antimykotika sind beim Reizdarmsyndrom nicht indiziert, auch wenn in der Stuhlkultur ein positiver Nachweis für *Candida* vorliegt.

Psychopharmaka (z.B. Amitryptilin, Imipramin, Trimipramin, Doxepin) sind beim Reizdarmsyndrom vom Schmerztyp sinnvoll. Sie entfalten neben psychotropen auch neuromodulatorische und anticholinerge Wirkungen. Diese Substanzen sollten Patienten mit *mittelschweren bis schweren therapierefraktären Schmerzen* vorbehalten werden bzw. bei Patienten mit *gesicherten psychiatrischen Begleiterkrankungen* eingesetzt werden.

Psychotherapie: Die Indikation zur Psychotherapie ist gegeben, wenn eine klinisch relevante psychische Störung vorliegt, psychosoziale Faktoren beim Reizdarmsyndrom im Einzelfall eine wichtige Rolle spielen, allgemeine und pharmakotherapeutische Maßnahmen unzureichenden Erfolg haben bzw. die Beschwerden langjährig persistieren. Zur Anwendung kommen *verhaltenstherapeutische Kombinationsverfahren, kognitive Verhaltenstherapie, progressive Muskelentspannung*

und *Hypnotherapie*. Eine Kombination verschiedener Verfahren kann sinnvoll sein.

Behandlungsperspektiven: Moderne medikamentöse Therapiekonzepte zielen auf eine *Modulation der viszeralen Hyperalgesie* beim Reizdarmsyndrom. Hierzu gehört als wichtigste wirksame Substanzklasse die Gruppe der *5HT₃-Antagonisten* (Alosetron), die bei Patientinnen mit Reizdarmsyndrom vom Schmerztyp ohne Obstipation eine deutliche Symptombesserung bewirkt, wegen Nebenwirkungen (schwere Obstipation, ischämische Kolitis) jedoch wieder vom Markt genommen werden musste. Über die *Modulation von Kappa-Opioid-Rezeptoren* wirkt *Fetodolin* beim schmerzdominanten Reizdarmsyndrom symptomlindernd. Allerdings fehlen hierzu bislang Daten in größeren multizentrischen Studien.

Literatur

- Hotz J, et al. Konsensusbericht: Reizdarmsyndrom – Definition, Diagnosesicherung, Pathophysiologie und Therapiemöglichkeiten. Konsensus der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. *Z Gastroenterol* 1999;37:685–700.

*PD Dr. Manfred von der Ohe
IV. Medizinische Klinik
Universitätsklinikum Mannheim*

2. Naturheilkundliche Therapieansätze

Wir haben unserer Zivilisation einige Bequemlichkeiten zu verdanken. Wir haben mehr als genug zu essen; wir wohnen bequem, wir jetten um die Welt, die Medizin ist technisch auf dem höchsten Stand und beschert uns immer höhere Lebenserwartungen. Aber trotz aller Fortschritte werden immer neuere Krankheitsbilder beschrieben, die zu den Zivilisationserkrankungen gezählt werden. Das sog. Reizdarmsyndrom gehört ebenfalls in diese Rubrik.

Der niedergelassene Mediziner kennt das Krankheitsbild nur zu gut: kolikartige Schmer-

zen im Oberbauch, Obstipation, Diarrhö oder wechselweise beides. Neuere Untersuchungen weisen auf eine Beteiligung von Serotonin in dem komplizierten Zusammenspiel physiologischer und psychologischer Faktoren hin, die das Krankheitsbild bestimmen. Für den Therapeuten und Patienten bedeutet die Diagnose Reizdarmsyndrom: Schnelle Hilfe ist selten möglich.

Was aber tun Patienten, die unter quälenden Reizdarmsymptomen leiden und nicht die schnelle Hilfe bekommen, die sie wünschen? Viele Patienten suchen dann Hilfe in der Naturheilkunde. Die Möglichkeiten einer naturheilkundlichen Therapie des Reizdarmsyndroms sind recht vielfältig. Zum Einsatz kommen homöopathische Einzelmittel und Komplexhomöopathie sowie Nosodenpräparate. Wichtig für den Erfolg der Behandlung ist sicherlich die Abklärung zur Notwendigkeit einer begleitenden Gesprächstherapie. Bei 60% aller Reizdarm-Patienten liegen psychische Störungen wie Depressionen, Angstgefühle oder Lebensstress vor. In den meisten Fällen bietet sich daher auch der begleitende Einsatz entsprechender Präparate an.

Die ganzheitliche Behandlung zielt auf die Wiederherstellung der aus der Balance geratenen biologischen Gleichgewichte Arbeit/Regeneration, Bewegung/Ruhe, Spannung/Entspannung, Nahrungsaufnahme/Ausscheidung ab.

*Dr. rer. nat. Cornelia Friese-Wehr
Weinheim/Bergstr.*

Kondylome – sind sie so einfach wie sie aussehen?

Klassische Condylomata acuminata im Genitoanalbereich sind aufgrund ihres typischen Erscheinungsbildes leicht zu diagnostizieren im Gegensatz zu den Condylomata plana, die oft nur als infiltrierte, gerötete Areale in Erscheinung treten und mit einem Analekzem verwechselt werden können. Dies betrifft auch

die bowenoide Papulose, die als anale, intraepitheliale Neoplasie mitunter mit Condylomata acuminata vergesellschaftet ist.

Eine ganze Reihe von Dermatosen können mit Condylomata acuminata verwechselt werden: Condylomata lata, Lymphangiome, Marisken und Analpapillen, um nur die wichtigsten zu nennen. Insbesondere bei atypischem Befund ist daher immer eine histologische Abklärung anzustreben.

Inwieweit Buschke-Loewenstein-Tumoren Riesenkondylome darstellen oder bereits verrukösen Karzinomen gleichzusetzen sind, ist bis heute Gegenstand von kontroversen Auffassungen. Wahrscheinlich handelt es sich dabei um ein Kontinuum zwischen Condylomata acuminata und verrukösen Karzinomen.

Die Therapie der Condylomata acuminata gestaltet sich als außerordentlich schwierig, da mit allen zur Verfügung stehenden Therapieverfahren (Podophyllin, Kryotherapie, Lasertherapie, 5-Fluorouracil und Interferon), ebenso wie mit operativen Maßnahmen hohe Rezidivraten bis 70% resultieren.

In unseren Händen hat sich jedoch die wasserunterstützte elektrokaustische Abtragung als sehr wertvolle Therapieoption erwiesen, da mit diesem Verfahren nur geringfügige Gewebsdestruktionen und somit relativ rasche Abheilungsraten realisiert werden können.

Wir streben immer die vollständige Entfernung sämtlicher Kondylome, also auch im Bereich der gesamten analen Zirkumferenz, in einer Sitzung an, einschließlich evtl. vorhandener intraanaler Kondylome. Der Stellenwert einer präoperativen und postoperativen Behandlung mit Imiquimod ist derzeit nicht sicher etabliert.

Ein Kondylombefall bei Kindern muss prinzipiell an Missbrauch denken lassen. Allerdings können auch klassische Warzenviren im anogenitalen Bereich makroskopisch kondylomidentische Veränderungen hervorrufen.

Hier empfehlen sich ggf. aus forensischen Gründen aufwendige und kostspielige molekularbiologische Untersuchungen zur Virustypisierung.

Wir plädieren für die frühzeitige Entfernung von Kondylomen auch bei Kindern, da der Zeitpunkt einer in einem hohen Prozentsatz zu erwartenden Spontanremission nicht vorhersehbar ist.

Die postoperative Nachsorge mit frühzeitiger Erfassung und Therapie evtl. Kondylomrezidive ist von großer Bedeutung. Es empfehlen sich zunächst einwöchige Nachsorgetermine bis zur völligen Abheilung. Bei immunsupprimierten Patienten sind insgesamt besonders rezidivfreudige Verläufe zu erwarten. Auch besteht hier die erhöhte Gefahr einer malignen Transformation. Diesem Umstand muss durch Verlaufshistologien Rechnung getragen werden.

*Prof. Dr. Wolfgang Hartschuh
Universitäts-Hautklinik Heidelberg*