

## I. DIAGNOSTIK

### A. ANAMnese

Typisch für die Funktionelle Dyspepsie (FD) sind:

- Oberbauchschmerzen,
- frühes Sättigungsgefühl,
- Druck- und Völlegefühl,
- nicht-saures Aufstoßen,
- Übelkeit, Erbrechen,
- Sodbrennen<sup>1</sup>, saures Aufstoßen (als Begleitsymptom).

Typisch für das Reizdarmsyndrom (RDS) sind:

- Leitsymptom: abdominale Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation mit Erleichterung nach dem Stuhlgang,
- Stuhlnormregelmäßigkeiten oder Gefühl der inkompletten Stuhlentleerung,
- Meteorismus/Blähungen,
- Flatulenz.

### B. WEITERE DIAGNOSTIK

**Wichtig:** Ausschluss organischer Erkrankungen! Zu Basisdiagnostik und Vorgehen siehe Abbildungen 1 und 2, Tabelle 2. Zu wichtigen Differentialdiagnosen funktioneller Magen-Darm-Erkrankungen siehe Tabelle 1 (entsprechende diagnostische Maßnahmen siehe Tabelle 3 der Langfassung).

## II. INDIKATION

Angesichts des zumeist sehr hohen Leidensdrucks werden therapeutische Schritte schon bei der ersten Vorstellung des Patienten eingeleitet, oft in Form einer *Therapia ex juvantibus* sofern Alarmzeichen fehlen (Tabelle 2). Diese richtet sich nach der Art und Schwere der vorherrschenden Beschwerden und schließt die Einbindung von Allgemeinmaßnahmen ein. Eine medikamentöse Behandlung länger als acht Wochen ist nur in seltenen Fällen sinnvoll. Insbesondere bei Beschwerdepersistenz oder Veränderung der Symptomatik ist die Verdachtsdiagnose kritisch zu überprüfen und ggf. weiterführende Diagnostik (s. o.) einzuleiten.

## III. THERAPIE

### A. NICHTMEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Siehe Tabelle 3

### B. PHARMAKOTHERAPIE

Nicht immer ist eine medikamentöse Therapie erforderlich! Medikamentöse Maßnahmen stellen nur einen Teilaspekt im therapeutischen Gesamtkonzept funktioneller Magen-Darm-Erkrankungen dar. Insbesondere **Allgemeinmaßnahmen** (Modifi-

kation des Lebensstils), **Patientenaufklärung** und -führung, in seltenen Fällen auch der Einschluss **psychotherapeutischer Interventionen** stehen im therapeutischen Vordergrund und sind zumeist auch begleitend notwendig.

### Funktionelle Dyspepsie

- Bei Notwendigkeit einer Pharmakotherapie werden als Mittel der ersten Wahl **Protonenpumpeninhibitoren (PPI)** (z. B. Omeprazol 10–20 mg/Tag), nachrangig auch H<sub>2</sub>-Antagonisten für etwa vier Wochen empfohlen. Ein Behandlungsversuch mit der halben therapeutischen Dosis (z. B. Omeprazol 10 mg/Tag) ist sinnvoll.
- **Prokinetika** (Metoclopramid, Domperidon) werden aufgrund der unsicheren Datenlage und unerwünschter Wirkungen (s. o.) als Mittel der zweiten Wahl angesehen. Ihr Einsatz kann erwogen werden, wenn ein hinreichender Therapieerfolg unter den voranstehenden Maßnahmen ausbleibt, insbesondere auch dann, wenn **motilitätsbedingte Beschwerden** wie Druck- und Völlegefühl, Übelkeit und nicht-saures Aufstoßen überwiegen.
- Als weitere Therapieoption, insbesondere bei unzureichendem Ansprechen einer säurehemmenden Therapie und einem hartnäckigen, rezidivierendem Verlauf, kann bei positivem Helicobacter-pylori-Befund eine **Eradikation** erwogen werden.
- Bei jüngeren Patienten ohne Alarmsymptome (siehe Tabelle 2) kann eine **Therapia ex juvantibus**, d. h. ohne vorangehende diagnostische Maßnahmen, sinnvoll sein. Hierzu werden PPI als Therapeutika der ersten Wahl für vier bis acht Wochen empfohlen.
- **Antidepressiva** sind keine Mittel der ersten Wahl bei Patienten mit Funktioneller Dyspepsie. Sie können bei einer begleitenden depressiven Erkrankung erwogen werden, sollten jedoch sonst therapierefraktären Patienten vorbehalten bleiben.

Siehe Abbildung 2 und Tabelle 4

### Reizdarmsyndrom

- Beim **diarrhoedominanten** Reizdarmsyndrom Typ I können Quellmittel wie Flohsamen empfohlen werden. Eine verlässliche Wirksamkeit haben aber Antidiarrhoika vom Opioid-Typ wie Loperamid.
- Beim **obstipationsdominanten** Typ II helfen Ballaststoffe, wobei die wasserlöslichen Gelbildner den nichtlöslichen Präparaten vorzuziehen sind. In höheren Dosierungen verursachen sie allerdings häufig Blähungen.
- Bei **krampfartigen** Schmerzen im Rahmen eines Reizdarmsyndroms (Typ III) können anticholinerge Spasmolytika zur Anwendung kommen.
- Der Einsatz von Antidepressiva sollte erst erwogen werden, wenn die voranstehenden Maßnahmen keinen ausreichenden Erfolg zeigen.

Siehe Tabelle 5

<sup>1</sup> Es besteht die Übereinkunft, dass das alleinige Symptom „Sodbrennen“ nicht auf eine FD, sondern auf eine Refluxkrankheit der Speiseröhre hinweist, auch wenn keine Läsionen im unteren Speiseröhrenbereich nachweisbar sind. In diesem Fall dürfte ein chronisch gesteigerter Säurereflux bei guter Schutzfunktion der Ösophagusschleimhaut (hypersensitiver Ösophagus) vorliegen.

Abbildung 1: Basisdiagnostik des funktionellen Magen-Darm-Syndroms

Bei isolierten Magenbeschwerden werden nur Ösophagogastroduodenoskopie, bei isolierten Dickdarmbeschwerden nur Koloskopie oder Sigmoidoskopie und bei sich überlappenden Beschwerden beide Untersuchungsverfahren angewendet.

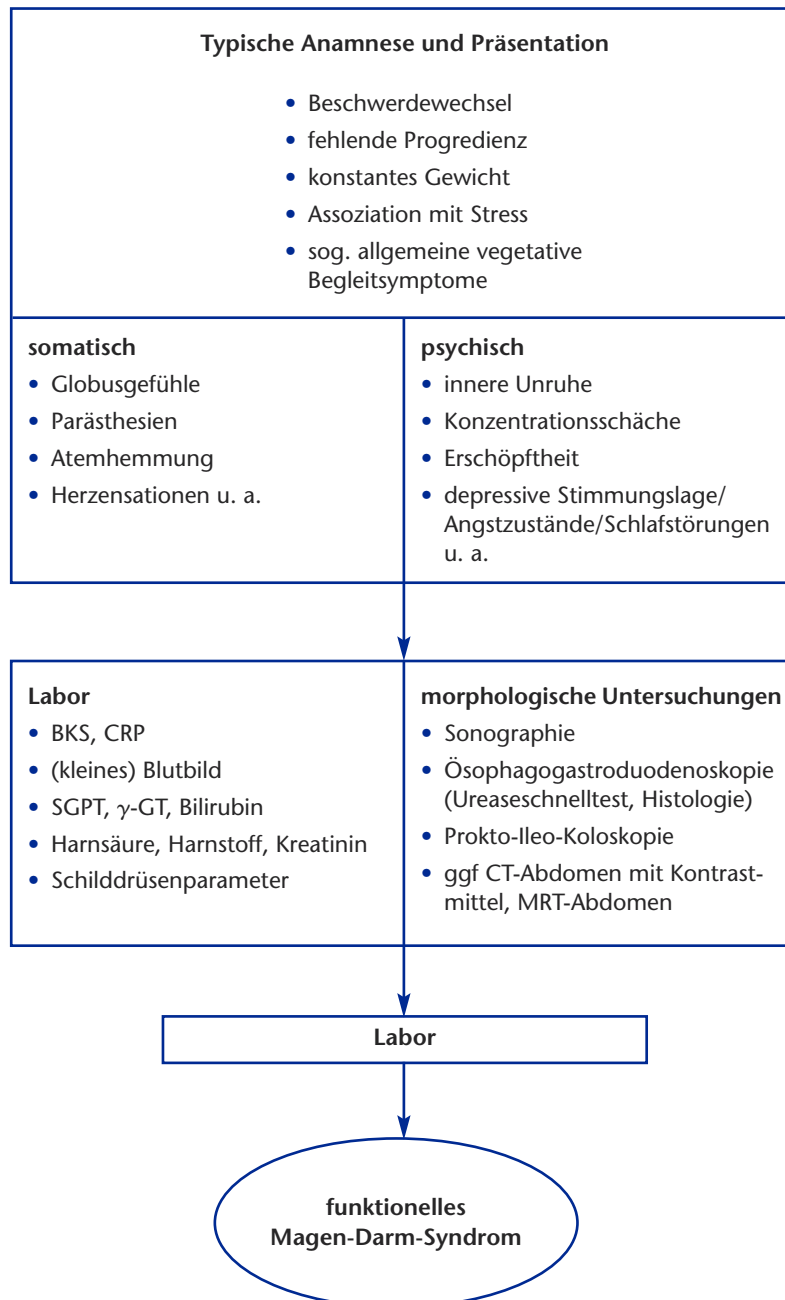
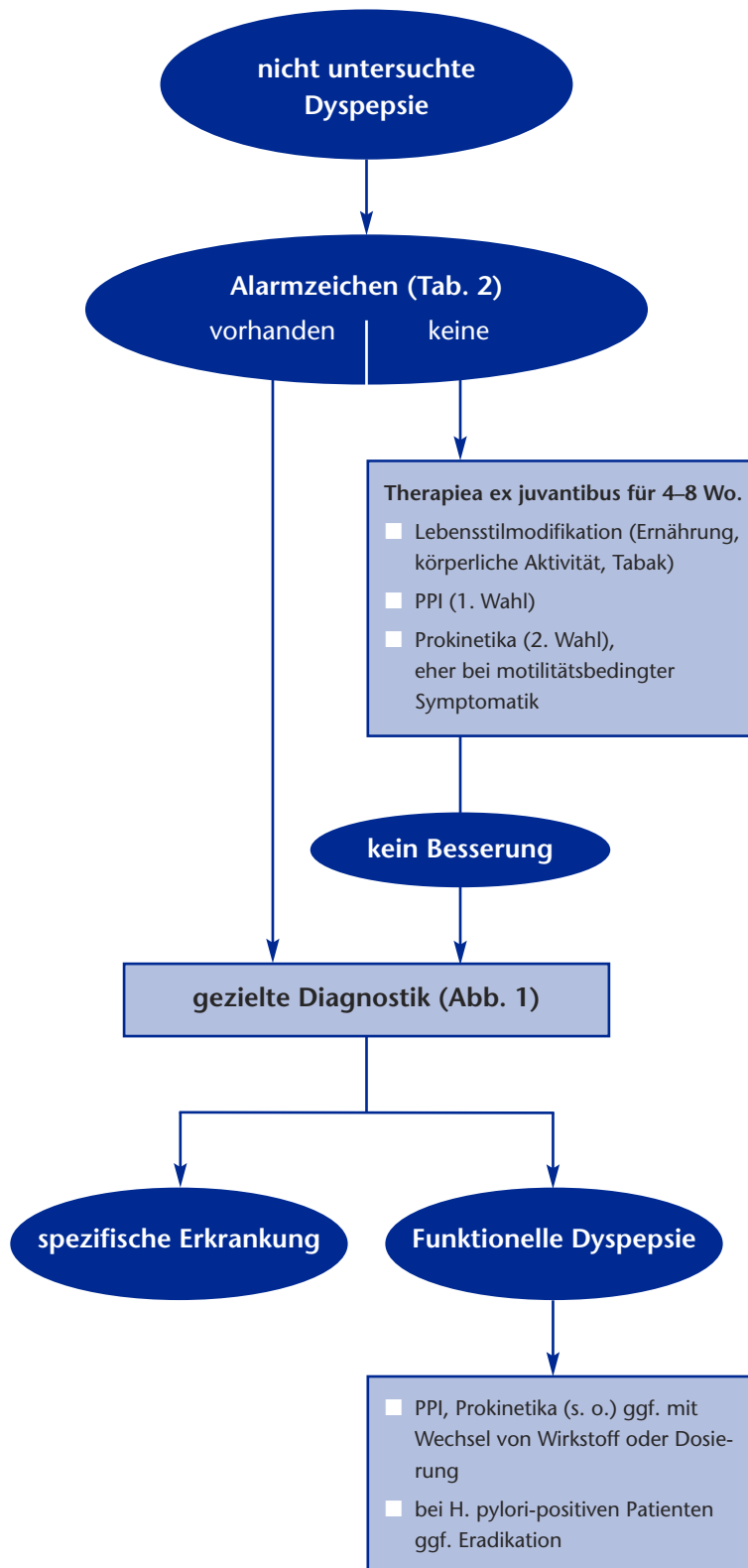


Abbildung 2: Vorschlag zum praktischen Vorgehen bei Funktioneller Dyspepsie



# AUF EINEN BLICK: FUNKTIONELLE DYSPEPSIE/REIZDARMSYNDROM

**Tabelle 1: Wichtige Differentialdiagnosen funktioneller Magen-Darm-Erkrankungen**

- Refluxösophagitis
- Ulcus ventriculi
- Ulcus duodeni
- Magenkarzinom/-lymphom
- chronisch-entzündliche Darmerkrankung
- kolorektales Karzinom
- chronische Divertikulitiden
- Zöliakie
- Lactose-Unverträglichkeit
- Hyper-/Hypothyreose
- Hyperparathyreoidismus
- Diabetes mellitus
- akute Hepatitis
- chronische Hepatitis
- Cholezystolithiasis
- Choledocholithiasis
- chronische Pankreatitis
- infektiöse u. parasitäre Ursachen
- UAW von Medikamenten  
(z. B. NSAR inkl. ASS u. Bisphosphonate)

**Tabelle 2: Alarmsymptome, die zu weiterführender Diagnostik veranlassen sollten (nach 11; 23; 85 der Langfassung)**

- Alter > 50–55 Jahre und neu aufgetretene Beschwerden
- Magen-Darm-Erkrankungen in der Vergangenheit
- familiäre Belastung mit gastrointestinalen Malignomen
- Hämatemesis, Melaena
- Anämie
- Gewichtsabnahme, ungewollt (> 10 % des Körpergewichts)
- Dysphagie, Odynophagie
- persistierendes Erbrechen
- Lymphknotenvergrößerung
- pathologischer abdomineller Tastbefund

4

**Tabelle 3: Allgemeinmaßnahmen, Strategien und Elemente bei der Führung von Patienten mit funktioneller Magen-Darm-Erkrankung**

## Therapiegespräch (Ziele)

### **Aufklärung über Wesen und Ursachen der Beschwerden,**

- klare Diagnosevermittlung, Erläuterung ausgeschlossener Diagnosen,
- Schaffung eines stabilen Vertrauensverhältnisses,
- Entwicklung von einfach verständlichen Krankheitsmodellen,
- Konfliktklärung im psychosozialen Bereich,
- Förderung der Eigenverantwortung,
- Aufzeigen von unterstützenden medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten,
- therapeutisches Bündnis für die Langzeitbetreuung.

### **Ernährungsberatung. Eine spezifische Reizdarmdiät existiert nicht!**

### **körperliche Bewegung**

### **Stressabbau**

### **Entspannungsübungen (autogenes Training u. a.)**

### **Vermeiden wiederholter Diagnostik**

# AUF EINEN BLICK: FUNKTIONELLE DYSPEPSIE/REIZDARMSYNDROM

Tabelle 4: Arzneimittel zur Behandlung der Funktionellen Dyspepsie sowie wichtige unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) und Arzneimittelinteraktionen (IA), pk: pharmakokinetische IA, pd: pharmakodynamische IA. Zu weiteren medikamentösen Optionen siehe Langfassung der Therapieempfehlungen.

Wirkstoff/-Gruppen	Dosierung	Wichtige UAW/IA
<b>Säurehemmende Pharmaka</b>		
<b>H<sub>2</sub>-Antagonisten*</b>		
Ranitidin	1–2 x 150 mg/Tag	<p>UAW: Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Cholestase, Transaminasenanstieg, Pankreatitis, Kreatininanstieg, Gelenk- und Muskelschmerzen, Gynäkomastie, Potenzstörungen, interstitielle Nephritis, Unruhe, Halluzinationen, Depressionen, Polyneuropathien, Myoklonien, Doppelbilder, allergische Reaktionen; Ranitidin: Leukopenie oder Thrombopenie, Herzrhythmusstörungen.</p> <p>IA: Die Aufnahme von Arzneimitteln, deren Resorption pH-abhängig ist, kann durch H<sub>2</sub>-Antagonisten verändert werden (z. B. <i>Ketoconazol</i>, <i>Itraconazol</i>) (pk); Ranitidin erhöht möglicherweise die Plasmakonzentrationen von <i>Theophyllin</i> und <i>Glipizid</i> (pk); <i>Probenecid</i> verzögert die Ausscheidung von Famotidin (pk).</p>
Famotidin	1–2 x 20 mg/Tag	
<b>Protonenpumpeninhibitoren*</b>		
Omeprazol	1 x 10–20 mg /Tag	<p>UAW: Durchfall, Meteorismus, Bauchschmerzen, Blutbildveränderungen, allergische Reaktionen, Muskel- und Gelenksbeschwerden, Schwindel, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Unruhe, Leberfunktionsstörungen, periphere Ödeme, Depressionen; bei Langzeitbehandlung evt. Erhöhung der Frakturrate, Überwucherung mit <i>C. difficile</i>, interstitielle Nephritis.</p> <p>IA: Omeprazol: Wirkungsverstärkung von: <i>Diazepam</i>, <i>Warfarin</i>, <i>Phenytoin</i>; <i>Makrolidantibiotika</i>: Wirkungsverstärkung beider Substanzen (pk); <i>Ketoconazol</i>, <i>Itraconazol</i>: verminderte Resorption aufgrund pH-Änderung durch Protonenpumpenhemmung (pk); Lansoprazol: Wirkungsverstärkung von <i>Theophyllin</i> (pk), verstärkte Blutzuckersenkung von <i>Tolbutamid</i> (pk), <i>Sucralfat</i>: verminderte Resorption von Lansoprazol (pd), <i>Amoxicillin</i>: verlangsamte Resorption; Pantoprazol, Rabeprazol: <i>Ketoconazol</i> (pd), <i>Itraconazol</i> siehe oben; PPI beeinträchtigen möglicherweise die Wirksamkeit von <i>Clopidogrel</i> nach akuten Koronarsyndromen; weitere Interaktionen können nicht ausgeschlossen werden.</p>
Pantoprazol	1 x 20–40 mg /Tag	
Lansoprazol	1 x 15–30 mg /Tag	
Rabeprazol	1 x 10–20 mg/Tag	
Esomeprazol	1 x 20 mg/Tag	
<b>Prokinetika</b>		
Metoclopramid (MCP)	3 x 5–10 mg/Tag	<p>UAW: Kopfschmerzen, Schwindel, Unruhe, Depressionen, Dyskinesien, Hyperprolaktinämie, Blutdruckveränderungen, allergische Reaktionen, Herzrhythmusstörungen.</p> <p>IA: <i>Anticholinergika</i> schwächen die Wirkung ab (pd), Wirkung von <i>Digoxin</i> wird vermindert (pk), MCP reduziert Bioverfügbarkeit von <i>Atovaquon</i> und erhöht die Resorption von <i>Tetracyclin</i>, <i>Pivampicillin</i>, <i>Lithium</i> und <i>Alkohol</i> (pk); <i>Neuroleptika</i>, <i>Antidepressiva</i>, <i>Anxiolytika</i>: Wirkungsverstärkung und Häufung extrapyramidaler UAW (pd).</p>
Domperidon	3 x 5–10 mg/Tag	<p>UAW: Hyperprolaktinämie, allergische Reaktionen, QT-Verlängerung.</p> <p>IA: <i>Anticholinergika</i>: Wirkungsabschwächung (pd); Gefahr weiterer QT-Verlängerung bei Komedikation mit <i>Azol-Antimykotika</i>, <i>Makroliden</i> u. a. über CYP3A4-metabolisierten Substanzen (pk).</p>

\* Zur Behandlung der FD nicht zugelassen.

# AUF EINEN BLICK: FUNKTIONELLE DYSPEPSIE/REIZDARMSYNDROM

Tabelle 5: Arzneimittel beim Reizdarmsyndrom sowie wichtige unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) und Arzneimittelinteraktionen (IA). Zu weiteren medikamentösen Optionen siehe Langfassung der Therapieempfehlungen.

Wirkstoff/-gruppen	Dosierung	Wichtige UAW/IA
<b>Laxanzien</b>		
Quellmittel z. B. Flohsamenpräparate	1–2 x 5 g/Tag	UAW: Krampfartige Magen-Darm-Beschwerden, Elektrolytverluste, Albuminurie, Hämaturie, Pseudomelanosis coli, Überempfindlichkeitsreaktionen. IA: Keine bekannt.
osmotische Laxantien z. B. Lactulose z. B. Macrogol	1–2 x 5–10 g/Tag 1–2 x 10 g/Tag	UAW: Abdominelle Schmerzen, Flatulenz, Diarrhoe, Übelkeit, Erbrechen, Störungen des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes. IA: <i>Diuretika, Glukokortikosteroide, Amphotericin B</i> : Verminderung der Serumkaliumkonzentration; <i>Herzglykoside</i> : verstärkte Glykosidwirkung durch Kaliummangel.
Rektumentleerungshilfen (Lubrikantien) z. B. Glycerin	1–4 x 1–2 g/Tag	UAW: Reizungen der Enddarmschleimhaut.
<b>Antidiarrhoika</b>		
Loperamid	2–6 x 2 mg/Tag	UAW: Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Obstipation, Schwindel, Benommenheit, Mundtrockenheit, Ileus. IA: Keine bekannt. <i>P-Glycoprotein-Inhibitoren</i> wie <i>Chinidin</i> oder <i>Ritonavir</i> erhöhen die Loperamid-Plasmakonzentration.
<b>Spasmolytika</b>		
Mebeverin	3 x 135 mg/Tag	UAW: Hautreaktionen, Schwindel, Müdigkeit. IA: Verminderung der Mebeverin-Wirkung durch <i>Antazida</i> .