Systematisch bei der Differenzialdiagnose vorgehen

Reizdarm, Colitis oder Karzinom?

Aufgrund ihrer Häufigkeit müssen einige Darmerkrankungen bei Reizdarm-Symptomen gezielt ausgeschlossen werden. Mediziner müssen dabei wissen, auf welche Merkmale sie achten sollten und wie sie am besten systematisch vorgehen.

Neue Studien untermauern, wie wichtig eine aktive diagnostische Abklärung bei vermutetem Reizdarmsyndrom ist. "Es ist nicht hinnehmbar, dass auf die Diagnosestellung von relevanten, teilweise ernsthaften und kausal zu therapierenden Krankheiten leichtfertig verzichtet wird", appelliert Prof. Peter Layer vom Israelitischen Krankenhaus Hamburg.

Symptombild des Reizdarmsyndroms imitiert

Dies gelte etwa für die mikroskopische Colitis und besonders für chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED), speziell den Morbus Crohn, die oft erst nach jahrelanger Verzögerung und Fehltherapie aufgedeckt würden.

Beim Internisten Update hat der Gastroenterologe Studien vorgestellt, auf deren Ergebnisse sein Appell gründet.

Eine Metaanalyse [1], in die zehn Studien mit jeweils mindestens 50 Teilnehmern einbezogen wurden, hat ergeben, dass die mikroskopische Colitis bei einem Drittel der Patienten das Symptombild des Reizdarms „perfekt imitiert“. Die korrekte Diagnosestellung gelinge nur mit Koloskopie und Stufenbiopsien, erinnerte Layer.

Leitlinien favorisieren Budesonid als Erstlinientherapie

Eine mikroskopische Colitis liege bei etwa 7% der Patienten mit schwerer chronischer Diarrhoe vor, so Layer. Dabei seien besonders ältere Menschen sowie Frauen betroffen. In Leitlinien werde Budesonid als Erstlinientherapie favorisiert.

© Hannes Magerstaedt / Felix Burda Stiftung

Die korrekte Diagnosestellung gelingt in unklaren Fällen nur mit Koloskopie und Stufenbiopsien.

Nach den Resultaten einer Fall-Kontroll-Studie, in der die Daten von über 20.000 Patienten mit CED und der zehnfachen Zahl gematchter Kontrollpersonen analysiert wurden, gab es bei CED-Kranken dreifach häufiger in der Anamnese ein "Reizdarmsyndrom" [2].

Dies betraf 15% der CED-Patienten (Kontrolle: 5%). Bei 11% (Kontrolle: 5%) lag der Hinweis "Reizdarmsyndrom" schon mehr als ein Jahr vor Diagnose der CED zurück, bei 6% (Kontrolle: 3%) über fünf Jahre.

Ähnlich viele Patienten hatten wegen ihrer Beschwerden langfristig eine Therapie mit Spasmolytika verschrieben bekommen, ohne dass explizit ein Reizdarmsyndrom diagnostiziert worden war.

Bemerkenswert ist für Layer auch eine Studie, in der erstmals der Zusammenhang zwischen Symptomen eines Reizdarmsyndroms und kolorektalen Adenomen und Karzinomen aufgezeigt worden

sei. Die Autoren dieser Studie haben die langfristig erhobenen Daten von Personen analysiert, die an einem Darmkrebs-Screening-Programm teilgenommen, aber kein kolorektales Karzinom hatten [3].

Signifikant mehr kolorektale Karzinome

Sie stellten fest, dass Studienteilnehmer mit Vollbild eines Reizdarmsyndroms (23%) signifikant mehr kolorektale Karzinome entwickelten als beschwerdefreie Kontrollpersonen. Auch für invasive kolorektale Karzinome habe sich eine 20-prozentig erhöhte Prävalenz ergeben, so Layer.

Marlinde Lehmann

Literatur

[1] Clin Gastroenterol Hepatol 2016; 14:659-668.e1

[2] United European Gastroenterol J 2014; 2:505-12

[3] Br J Cancer 2015; 112:171-6