

Leserbrief

Reizdarmsyndrom – Colon irritabile

Leserbrief zu: Schaub N, Schaub N: Reizdarmsyndrom. Schweiz Med Forum. 2012;25:505–13.

Wir haben mit grossem Interesse den Artikel von N. Schaub/N. Schaub über das Reizdarmsyndrom gelesen, welcher eine detaillierte und beinahe vollständige Analyse des komplexen Problems darstellt. Wir haben insbesondere die Idee und den Vorschlag der diskreten und chronischen Schleimhautentzündung oder -reizung aufgegriffen, welche effektiv der Grund des Übels zu sein scheint.

Seit den Arbeiten der Ärztin Catherine Kousmine [1, 2] Mitte des letzten Jahrhunderts wissen wir, dass ein Mangel an essentiellen, mehrfach ungesättigten Fettsäuren die Undurchlässigkeit der Darmschleimhaut im Interzellularraum beeinträchtigt. Dieser Mangel ist ernährungsbedingt und hat sich infolge der Industrialisierung der Nahrungsmittel und der damit verbundenen biologischen Degradation auf Grund der Konservierungstechniken seit dem Zweiten Weltkrieg (Nachschublogistik) entwickelt.

Diese erhöhte Durchlässigkeit der Schleimhaut ermöglicht verschiedenen Substanzen unter Umgehung der zellulären Transportsysteme die Darmwand zu penetrieren – neben der möglichen Begleitpenetration durch Bakterien oder Pilze –, was zu ebendieser diskreten und chronischen Reizung und Entzündung der Schleimhaut und gesamten Darmwand führt, welche dann die normale Peristaltik stört und die beklagten Stuhlnormmässigkeiten und Schmerzen nach sich zieht. Des Weiteren kann man vermuten, dass infolgedessen Stuhlmateriale die Krypten und Zotten füllt und verklebt und damit die Kolonwand quasi versteift, was einerseits teilweise die beobachteten Unverträglichkeiten und auch die pathologischen Gärungsprozesse durch die bakterielle Dysbiose und die damit verbundenen, schmerzhaften Blähungen erklären könnte.

Wenn man diese Arbeitshypothese akzeptieren kann, dann haben wir zwei einfache Methoden zur Verfügung, um dieses komplexe Problem sinnvoll anzugehen:

- 1 Die Reinigung der Kolonschleimhaut mittels der Kolon-Hydrotherapie. Dies ist eine einfache, in kompetenter Hand ungefährliche und nebenwirkungsarme Methode, welche schon im antiken Ägypten, aber auch im Tierreich praktiziert wurde und wird. In der Regel sind 3–5 Sitzungen in ca. wöchentlichem Abstand notwendig, welche leider nur teilweise von den Zusatzversicherungen rückvergütet werden.
- 2 Die Substitution (meist während Monaten) des Organismus mit den fehlenden, mehrfach ungesättigten

Fettsäuren, enthalten in kaltgepresstem Leinsamen-, Raps-, Sonnenblumenöl, in der Nahrung oder allenfalls als rektale Instillation.

Diese zwei therapeutischen Massnahmen sind oft für die betroffenen Patienten sehr wohltuend, und es scheint uns, dass diese mit Vorteil anzuwenden wären, bevor diese leidenden Patienten psychiatrisiert werden.

*Dr. med. André Thurneysen
Allgemeine Medizin FMH
Fribourg*

*Dr. pharm. Christine Probst
Hydrokolotheapeutin ASCA
Fribourg*

Korrespondenz:

Dr. med. André Thurneysen
Allgemeine Medizin FMH
Fribourg
[a.thurneysen\[at\]lacorbieri.ch](mailto:a.thurneysen[at]lacorbieri.ch)

Literatur

- 1 Kousmine C: Sauvez votre corps, Robert Laffont, Paris, 1987.
- 2 Association Médicale Kousmine: La Méthode Kousmine, Editions Jouvence, 1989.

Replik

Mit Interesse haben wir den Leserbrief der Kollegen Thurneysen und Probst auf unseren Übersichtsartikel zum Reizdarmsyndrom (RDS) gelesen. Sie betonen die Bedeutung einer erhöhten Permeabilität der Darmschleimhaut in der Pathophysiologie des RDS und sehen einen Mangel an mehrfach ungesättigten Fettsäuren (MUF) in der heutigen Diät als deren Ursache. Die erhöhte Darmpermeabilität führe über einen vermehrten Influx von Toxinen, Bakterien und Pilzen zu einer chronischen, diskreten Entzündung in der Darmschleimhaut und somit zu den typischen Reizdarmsymptomen.

Eine diskrete Entzündung der Darmschleimhaut ist eines der gut belegten pathophysiologischen Konzepte des RDS. Abgesehen von der postinfektiösen Spielform des RDS ist die Ursache dieser Entzündung jedoch unklar. Neben einer Veränderung in der Zusammensetzung der Mikroflora des Kolons (Dysbiosis) wird eine abnorme Aktivierung von enteralen Nervenfasern mit einer Rekrutierung von Entzündungszellen diskutiert [1]. Durch eine selektive Regulation transzellulärer Transportmechanismen bzw. parazellulärer Permeabilität stellt

die Darmwand bei gesunden Personen eine Grenze zwischen dem Darmlumen bzw. seinem Inhalt (Mikroflora, Nahrungsmittelallergene etc.) und dem Rest des Körpers dar. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen und mikroskopische Kolitis, aber auch Zöliakie sind klar mit einer vermehrten Mukosapermeabilität assoziiert. Diese Permeabilitätssteigerung scheint – graduell wohl weniger stark ausgeprägt und nicht über alle Studien konsistent – auch beim RDS vorzuliegen. Mögliche Ursachen der erhöhten Permeabilität sind neben Medikamenten (z.B. nicht-steroidale Antirheumatika) Zytokine, die von Entzündungszellen ausgeschüttet werden, oder chronischer/akuter Stress (wobei letzteres bisher nur in Tiermodellen gezeigt werden konnte) [2].

Die Kollegen weisen auf die Kolon-Hydrotherapie bzw. Substitution von MUF als Möglichkeit hin, die chronische intestinale Entzündung zu vermindern [3, 4]. Es gibt unseres Wissens keine Daten, die beweisen, dass die Mukosapermeabilität und Dysbiose durch eine Kolon-Hydrotherapie in einer für den Patienten hilfreichen Weise beeinflusst werden kann, d.h., ob der postulierte «Reinigungseffekt» besteht. Hier scheint der probiotische Ansatz erfolgversprechender zu sein [5]. Es gibt zwar Evidenz, dass die Kolon-Hydrotherapie bei postoperativen Defäkationsproblemen und chronisch idiopathischer Obstipation von Nutzen sein kann, allerdings sind diese Erfolge nur von kurzer Dauer und auch mit den handelsüblichen Laxativa oder Einläufen erzielbar. Die einzige verfügbare kritische Analyse des für die Kolon-Hydrotherapie vorliegenden Datenmaterials ergab, dass keine kontrollierten Studien vorliegen, namentlich auch nicht für den Einsatz beim RDS, und dass sie nicht empfohlen werden kann [6]. Im Gegenteil, in den USA werden die teilweise fehlenden Qualitätsstandards in der Ausbildung und Ausrüstung beanstandet. Wir gehen davon aus, dass diese Vorbehalte für die Praxis in der Schweiz nicht gelten. Wiederholte Mitteilungen der Food and Drug Administration (FDA) weisen auf Nebenwirkungen und Komplikationen hin (Elektrolytstörungen, Wasserintoxikation, Darmperforationen, Infektionen) [7]. Mehrfach ungesättigte Fettsäuren (MUF) (Linolsäure, Linolensäure, Arachidonsäure etc.) kommen in kaltgepressten Ölen (Raps, Distel, Traubenkern etc.) und öligen Fischen vor. Eikosanoide (Prostaglandine, Leukotriene, Thromboxane) sind Metabolite der MUF und wichtige Mediatoren von Entzündungsreaktionen. Eine dietätische Substitution von MUF führt zu einer verminderten Prostaglandin-Konzentration [8]. Es gibt gute Daten, dass die regelmässige Einnahme von MUF das Risiko für Ko-

lonkarzinome und kardiovaskuläre Ereignisse vermindert [9]. Ausserdem liegen mehrere Placebo-kontrollierte Studien vor, die einen diskreten Benefit (histologische und klinische Besserung) bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zeigen [10]. Aufgrund der vorliegenden Daten scheint eine Beeinflussung der chronischen mukosalen Entzündung beim RDS durch die Einnahme von MUF zwar möglich, unseres Wissens wurde diese Hypothese jedoch nie in einer Studie geprüft.

Bei der Behandlung von funktionellen gastrointestinalen Erkrankungen (FGIE) ist der Weg von In-vitro-Befunden zu einer für den Patienten hilfreichen Therapie angesichts der individuell komplexen multifaktoriellen Pathogenese weit. Bei den FGIE ist der allen Interventionen innewohnende Placeboeffekt gross und erfordert ein hohes Mass an Selbstkritik in der Erfolgsbeurteilung einer Therapie und klinische Studien von hoher Qualität. Die Behandlungsempfehlungen in unserem Artikel sind evidenzbasiert. Wegen der fehlenden Datenlage empfehlen wir deshalb – wie übrigens auch die deutschen, britischen und amerikanischen Leitlinien – die Kolon-Hydrotherapie bzw. MUF-Substitution für die Behandlung des RDS nicht.

Korrespondenz:

Dr. med. Niklaus Schaub
Kantonsspital Bruderholz
[niklaus.schaub\[at\]ksbh.ch](mailto:niklaus.schaub[at]ksbh.ch)

Literatur

- 1 Simran M, Barbara G, Flint HJ, et al. Intestinal microbiota in functional bowel disorders: a Rome foundation report. *Gut*. 2012, Jul 12. <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302167>.
- 2 Camilleri M, Madsen K, Spiller R, Van Meerveld BG, Verne GN. Intestinal barrier function in health and gastrointestinal disease. *Neurogastroenterol Motil*. 2012;24(6):503–12.
- 3 Kousmine C. *Sauvez votre corps*. Robert Laffont, Paris, 1987.
- 4 Kousmine AM. *La Méthode Kousmine*. Editions Jouvence, 1989.
- 5 Brenner DM, Moeller MJ, Chey WD, Schoenfeld PS. The utility of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2009;104(4):1033–49; quiz 1050.
- 6 Acosta RD, Cash BD. Clinical effects of colonic cleansing for general health promotion: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2009; 104(11):2830–6; quiz 2837.
- 7 Mishori R, Otubu A, Jones AA. The dangers of colon cleansing. *J Fam Pract*. 2011;60(8):454–7.
- 8 Calder PC. Polyunsaturated fatty acids, inflammatory processes and inflammatory bowel diseases. *Mol Nutr Food Res*. 2008;52(8):885–97.
- 9 Cockbain AJ, Toogood GJ, Hull MA. Omega-3 polyunsaturated fatty acids for the treatment and prevention of colorectal cancer. *Gut*. 2012;61(1):135–49.
- 10 MacLean CH, Mojica WA, Morton SC, et al. Effects of omega-3 fatty acids on lipids and glycemic control in type II diabetes and the metabolic syndrome and on inflammatory bowel disease, rheumatoid arthritis, renal disease, systemic lupus erythematosus, and osteoporosis. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2004;89:1–4.