

Wie Luft die Lebensqualität vermindern kann

Meteorismus und Blähungen

Blähungen und ein geblähter Bauch sind ein sehr häufiges Symptom bei Patienten mit und ohne Reizdarmsyndrom. Blähungen und abdominelle Distension werden von bis zu 96% der Reizdarmpatienten (IBS) und 20–30% der Durchschnittsbevölkerung beklagt (1). Diese Beschwerden werden meist als sehr stark wahrgenommen und über 50% berichten von einer deutlichen Einschränkung ihrer Lebensqualität hierdurch (2). Für Reizdarmpatienten sind Blähungen häufig das dominierende Symptom. Abdominelle Distension tritt oft bei Obstipation oder einer Beckenbodendysfunktion auf (3). Die Umfangszunahme des Abdomens kann objektiviert werden und beträgt in einigen Studien bis zu 12cm.

Geschluckte Luft (Aerophagie) ist eine Hauptursache für Gas im Gastrointestinaltrakt. Mehrere Milliliter Luft, vor allem Stickstoff (N₂), werden mit jedem Schluckakt und grössere Mengen beim Schlucken von Nahrung aufgenommen. Rauchen und Kaugummikauen kann diese Menge erhöhen, ebenso das Vorliegen einer Angststörung. Intestinales Gas entsteht weiterhin endogen durch Vergärung (Fermentation) von Darminhalt durch Bakterien. Vor allem nicht absorbierbare oder nicht gespaltene Kohlenhydrate, wie z.B. Laktulose, erzeugen auch bei gesunden Probanden Blähungen und einen Blähbauch, wenn sie unverdaut in das Kolon gelangen und dort fermentiert werden. Die Gasbildung führt zur Distension des Dün- und Dickdarms. Der Transport und die Ausscheidung von intestinalem Gas spielen weiterhin eine grosse Rolle: Es konnte klar eine Verlängerung der Kolontransitzeit bei Patienten mit Blähungen gezeigt werden (4). Die viszerale Hypersensitivität bei Reizdarmpatienten ist die Ursache für die verstärkte Wahrnehmung von intestinalem Gas.

Diagnostik

Neben einem Reizdarmsyndrom können eine Vielzahl von Erkrankungen und auch Medikamente Blähungen hervorrufen (Tab. 1).

Bei Alarmsymptomen wie Gewichtsverlust, Blutungen, Fieber, nächtlichen Symptomen sowie verändertem Stuhlverhalten bei über 50-Jährigen sollte immer eine endoskopische Abklärung (Koloskopie, Gastroskopie) durchgeführt werden. Einige organische Erkrankungen können Blähungen hervorrufen und sollten in die Differenzialdiagnose einbezogen werden (Tab. 1). Bei jungen Patienten ohne Alarmsymptome ist die Durchführung einer Zöliakieserologie empfohlen (5). Malabsorptionsparameter (u.a. Ferritin, Vitamin B12), TSH, Blutbild, CRP sind hilfreiche Laborparameter. Stuhltests auf Calprotectin und Parasiten (*Giardia lamblia*, Würmer) sind ebenso empfohlen. Patientinnen sollten zusätzlich eine gynäkologische Untersuchung durchführen lassen. Wasserstoff- und Methan- Atemtests zur Diagnose von Intoleranzen, wie z.B. einer Laktose- oder Fruktoseintoleranz, oder einer bakteriellen Überwucherung (SIBO) können hilfreich sein.



Dr. med. Martin Wilhelmi
Zürich

Therapie

Finden sich klare Ätiologien (Tab. 1) ist eine ursächliche Behandlung oft entscheidend. Lebensstilmodifikationen wie Sistieren von Nikotin und Kaugummikonsum, Meiden kohlen säurehaltiger Getränke und langsames Essen sind immer empfohlen. Liegt eine Obstipation vor können Blähungen meist durch die Behandlung der Obstipation beseitigt werden. Prosekretorische und motilitätsfördernde Laxativa, wie z.B. Linaclotid (Constella®), Prucaloprid (Resolor) und Lubiproston (Amitizia®) sind hierbei häufig erfolgreich einsetzbar. Ernährungsmedizinisch hat sich vor allem die Reduktion FODMAP-haltiger Lebensmittel etabliert. Das Akronym «FODMAP» steht für «fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides, and polyols», ein Begriff unter dem Kohlenhydratsubtypen mit gleichen Eigenschaften vereint sind. Es handelt sich um kurzkettige Kohlenhydrate, welche schlecht absorbiert wer-

TAB. 1 Differentialdiagnosen bei Blähungen/Meteorismus	
Dysmotilität	Medikamente (u.a. Opiate) Diabetes mellitus Sklerodermie Hypothyreose Pseudoobstruktion Adhäsionen Malignome
Malabsorption	Zöliakie Laktoseintoleranz Fruktoseintoleranz Pankreasinsuffizienz M. Whipple IBD (M. Crohn, Colitis ulcerosa)
Chirurgische Interventionen	Fundoplicatio Magenband/Magenbypass
Infektionen	Bakteriell (z.B. SIBO) Parasiten (Gardiasis, Würmer)
Malignome	Ovarialtumoren/gynäkologische Tumoren Magen-Darm-Tumoren Neuroendokrine Tumoren
Physiologische Konditionen	Schwangerschaft Adipositas
Psychologische Konditionen	Angststörungen (Aerophagie)

den und daher in den unteren Abschnitten des Dünndarms und im Kolon von Bakterien fermentiert werden. Hierbei entsteht vermehrt Darmgas wie H₂, CH₄ und CO₂. Eine Reduktion von Blähungen kann mit dieser Diät in bis zu 82% der Fälle erzielt werden (6). Der Einsatz von Prä- und Probiotika kann hilfreich sein, die Datenlage hierzu ist jedoch heterogen. Phytotherapeutisch kann STW 5

(Iberogast® Tinktur) eingesetzt werden, ebenso haben sich Kiwifrüchte/Kiwipulver insbesondere bei Obstipationstendenz als wirksam erwiesen (7). Biofeedback-Techniken zur Entspannung zeigten in kleinen Studien bei bis zu 70% der Patienten eine Reduktion von Blähungen, Blähbauch und Obstipation. Diese Effekte hielten bis zu 12 Monate an (8). Medizinische Hypnose zeigte in einigen Studien eine deutliche Reduktion von Beschwerden durch Blähungen mit einer Langzeitwirkung (9), sie wird daher aktuell empfohlen, wenn andere Therapieformen versagen.

Take-Home Message

- ◆ Über Blähungen klagen bis zu 96% aller Reizdarmpatienten und 20-30% der Durchschnittsbevölkerung.
- ◆ Neben einer Aerophagie spielt ursächlich die Fermentation von Darminhalt sowie eine Veränderung von Transport und Ausscheidung von Gas eine wesentliche Rolle. Viele organische Erkrankungen gehen mit Blähungen einher.
- ◆ Die Therapie basiert auf dem Vermeiden von Aerophagie, der Reduktion von fermentierbaren Nahrungsbestandteilen, der Behandlung einer allfälligen Obstipation, Phytotherapeutika und Biofeedback-Techniken sowie bei deren Versagen allenfalls auf medizinischer Hypnose.

Dr. med. Martin Wilhelmi

Central-Praxis Gastroenterologie
Weinbergstrasse 26
8001 Zürich
martin.wilhelmi@bluewin.ch

✚ **Interessenskonflikt:** Der Autor hat in Zusammenhang mit diesem Artikel keine Interessenskonflikte deklariert.

Literatur

1. Talley NJ et al: Identification of distinct upper and lower gastrointestinal symptom groupings in an urban population. *Gut* 1998; 42(5): 690-695
2. Sandler RS et al: Abdominal pain, bloating, and diarrhea in the United States: prevalence and impact. *Dig Dis Sci* 2000; 45(6): 1166-1171
3. Chang L et al: Sensation of bloating and visible abdominal distension in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(12): 3341-3347
4. Agrawal A et al: Bloating and distension in irritable bowel syndrome: the role of gastrointestinal transit. *Am J Gastroenterol* 2009; 104(8): 1998-2004
5. Rubio-Tapia A et al: American College of Gastroenterology: ACG clinical guidelines: diagnosis and management of celiac disease. *Am J Gastroenterol* 2013; 108(5): 656-676; quiz 677
6. Halmos EP et al: A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2014; 146(1): 67-75.e5
7. Udani JK, Bloom DW: Effects of Kivia powder on gut health in patients with occasional constipation: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Nutr J* 2013; 12(1): 78
8. Wang J et al: Prospective study of biofeedback retraining in patients with chronic idiopathic functional constipation. *World J Gastroenterol* 2003; 9(9): 2109-2113
9. Palsos OS et al: Hypnosis treatment for severe irritable bowel syndrome: investigation of mechanism and effects on symptoms. *Dig Dis Sci* 2002; 47(11): 2605-2614