



Funktionelle gastrointestinale Störungen

Univ. Prof. Dr. Gabriele Moser

Univ. Klinik für Innere Medizin III

Medizinische Universität Wien

Funktionelle Gastrointest. Störungen

Oberer GI Trakt

Globusgefühl und Rumination 1,5-4,8%
Funktionelle Dysphagie 1,2-2,8%
Aerophagie 2-3%
Funktionelles Erbrechen 1% **7-9%**

Non-cardiac chest pain 5%

Funktionelles Sodbrennen 10,4-13,8%

**Funktionelle
Oberbauchbeschwerden
(F. Dyspepsie) 5-17%**

Rom I - IV

Oft überlappend,
bis 35% in der
Allg. Bevölkerung

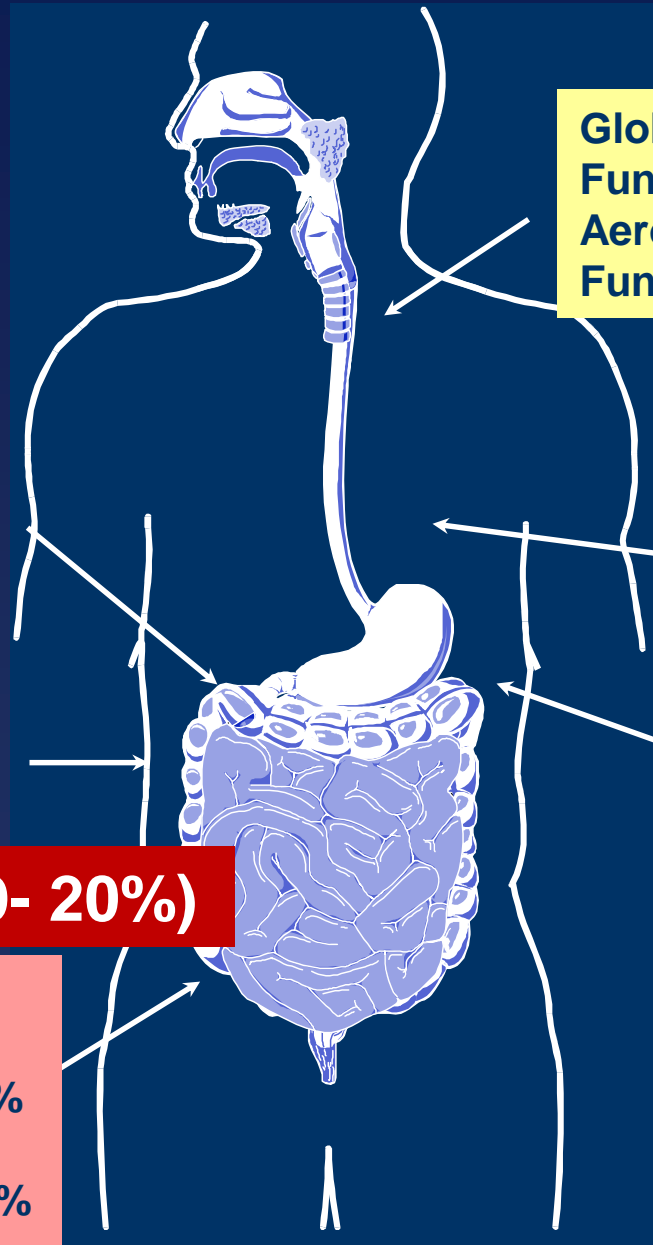
Unterer GI Trakt

Gallenblasendysfunktion und
Sphinkter Oddisindrom 3,5%

Chronischer funktioneller
Bauchschmerz 0,3-10%
Funktionelle Blähung 4-11%

Reizdarmsyndrom (9- 20%)

Funktionelle
Obstipation/ Diarrhoe 3-8%
Funktionelle Inkontinenz 2,8-8%
Proctalgia fugax 2-6,6%
Beckenboden-Dyssynergie 1,6%
Levator ani Syndrome 1%

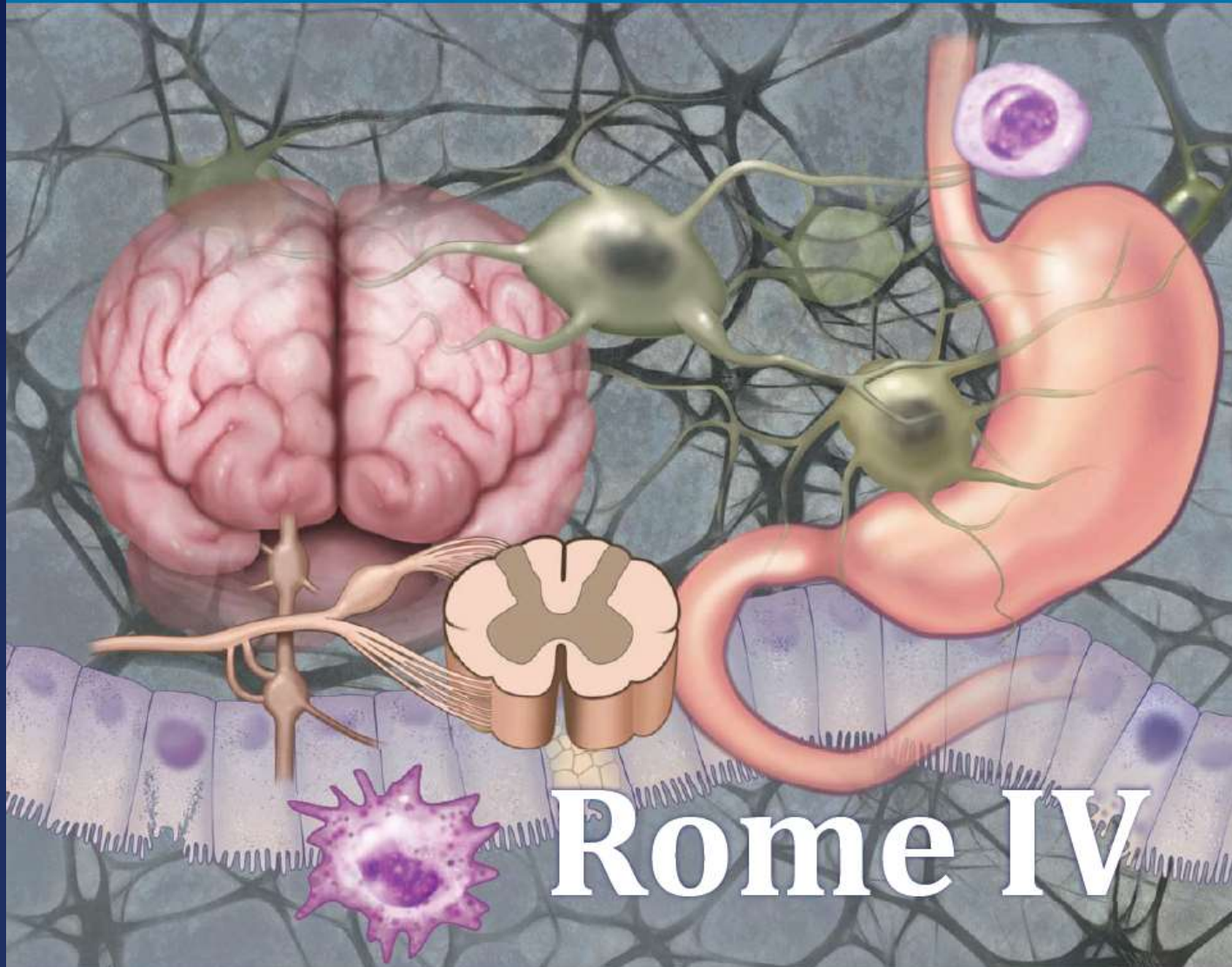


Special Issue

Gastroenterology

www.gastrojournal.org

Volume 150 Number 6 May 2016



Rome IV

Functional Gastrointestinal Disorders:
Disorders of Gut-Brain Interaction

**Funktionelle
Gastro-
intestinale
Störungen**

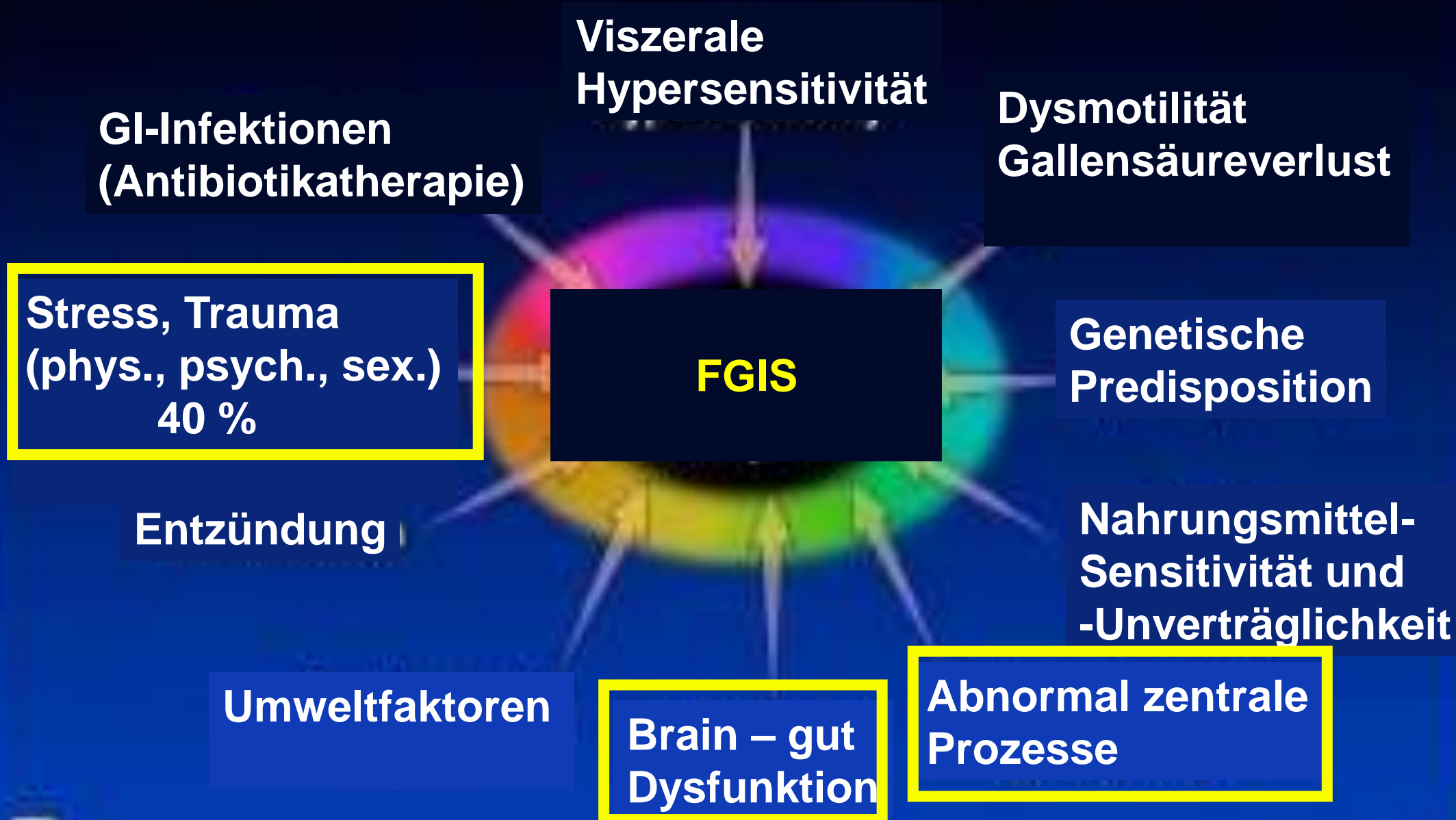
FGIS

Reizdarmsyndrom

Gastroenterology

2016;150:1393–1407

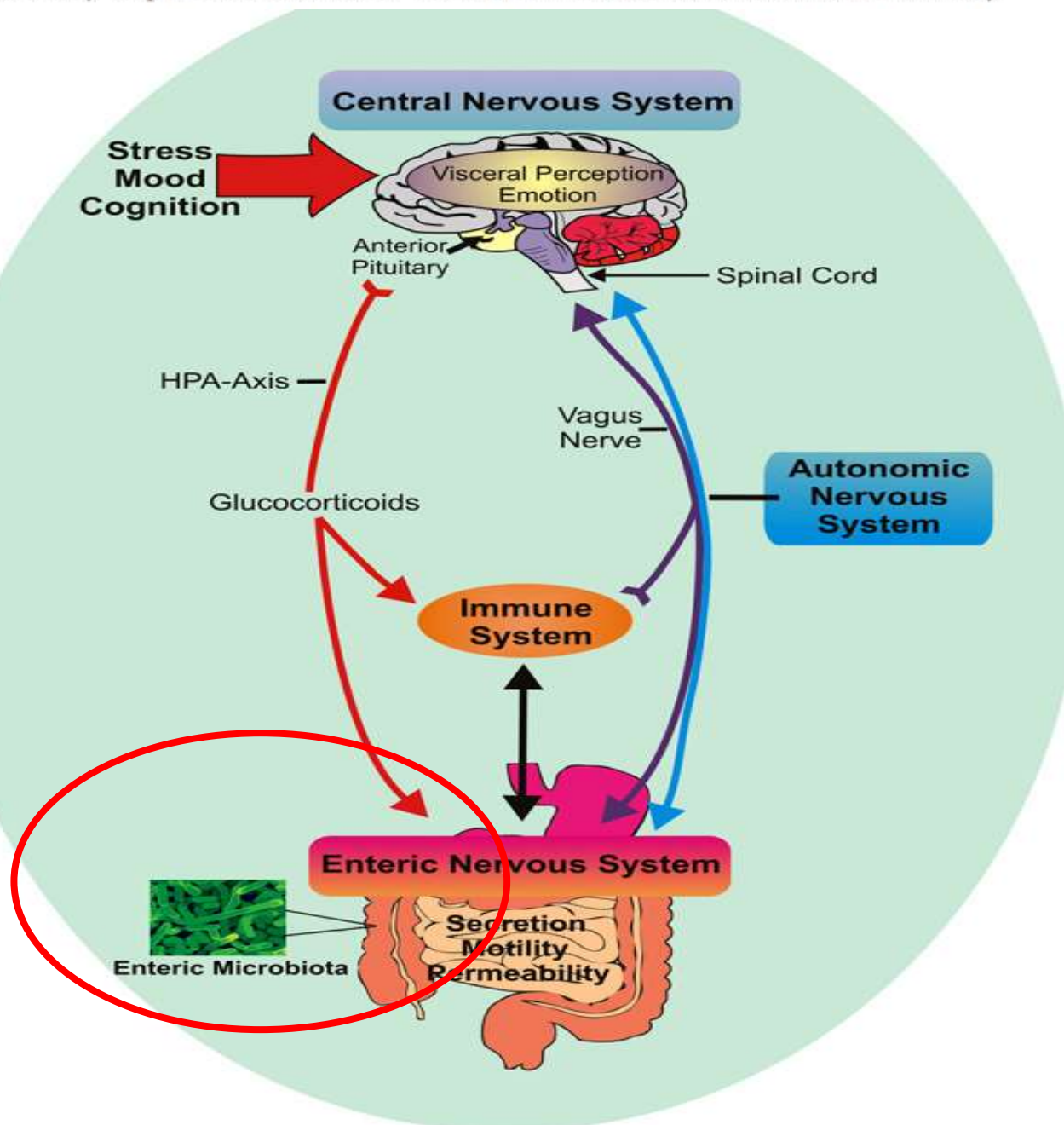
Faktoren, die mit **FUNKTIONELLEN GI STÖRUNGEN (FGIS)** assoziiert sind



The gut-brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems

Marilia Carabotti^a, Annunziata Scirocco^a, Maria Antonietta Maselli^b, Carola Severi^a

University Sapienza, Rome; S. De Bellis, Castellana Grotte, Bari, Italy



Bi-direktionale Kommunikation zwischen Gehirn und dem Magen-Darm-Trakt

J Dore, Hot topics in gut microbiota. United European Gastroenterology Journal Sept 2013 1(5) 311-318

Das Reizdarmsyndrom

ROME IV Kriterien

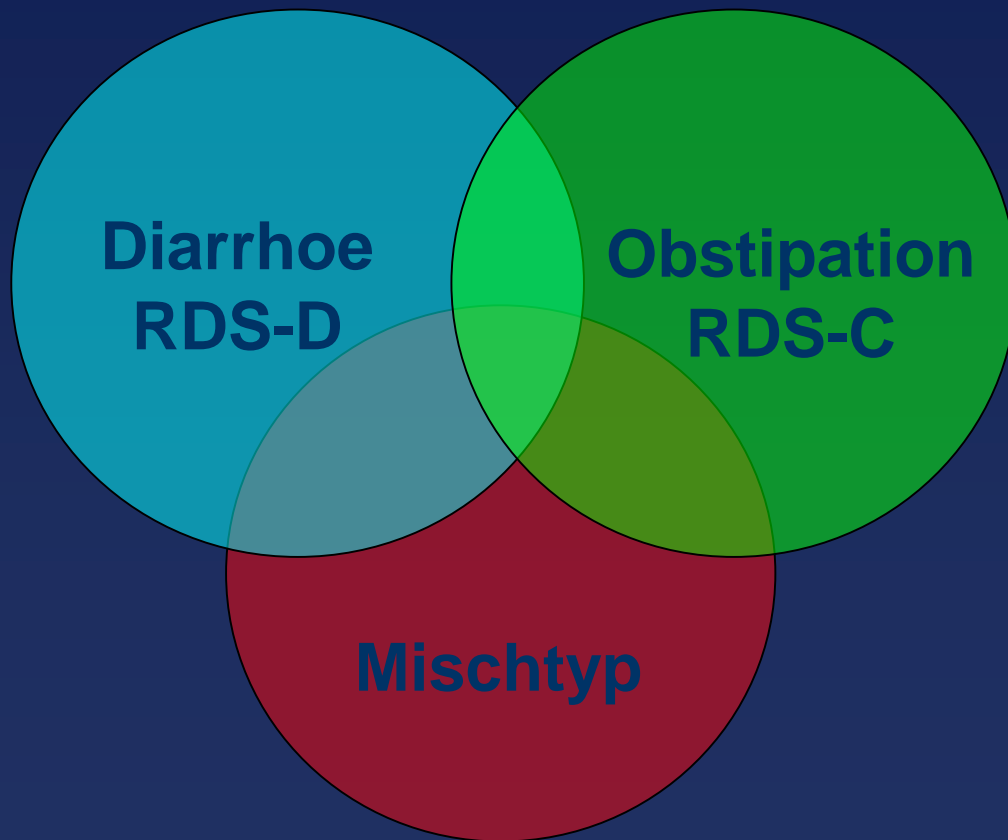
Innerhalb der letzten 3 Monate (zumindest an 1 Tag pro Woche):

Wiederkehrende **abdominelle Schmerzen** (**Hauptsymptom**) und zumindest 2 oder mehr der folgenden Symptome:

- **Im Zusammenhang mit Stuhlgang**
- **Assoziiert mit Änderungen der Stuhlfrequenz**
- **Assoziiert mit Änderungen der Stuhlform**
- **Symptombeginn 6 Monate vor Diagnose**

RDS – Subtypen

RDS

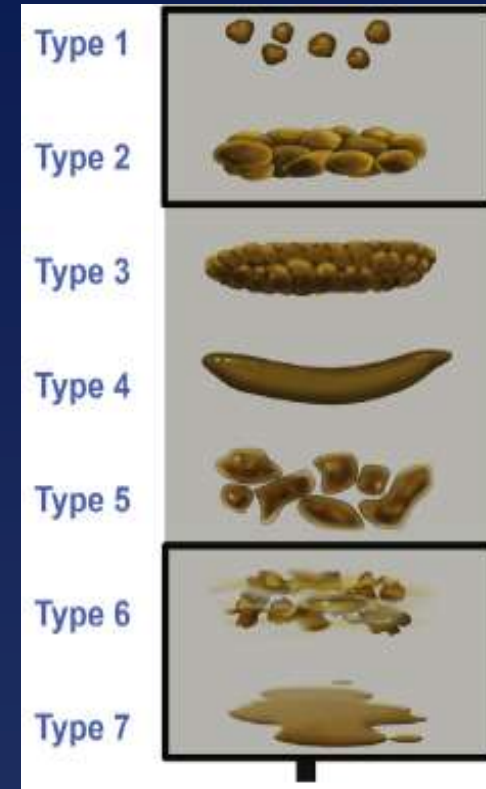


Der Typ

„Nicht klassifizierbar“

ist weggefallen

RDS-M



Reizdarm - Diagnostisches Vorgehen

multidimensionales klinisches Profil (MDCP)

- **Symptomevaluation**

„Rom IV-Kriterien“

- **Anamnese**

→ Psychosoziale
Faktoren?

→ (Stressbelastungen,
depressive oder
Angststörung, Traumata)

**zusätzliche Untersuchungen
je nach Beschwerdebild evtl.
z.B. bei extremer Blähung:
Lactose-, bzw. Glucose H₂-Test**

- **Status**

- **BB, BS, CRP, TTG
(EMA/Gliadin-AK)
Schilddrüsenparam.**

- **Stuhluntersuchung**

→ Calprotectin,
→ Okkultes Blut im Stuhl
→ Stuhlkulturen
→ Wurmeier, Parasiten

- **Endoskopie bei path.
Befunden (Diff.Diagnosen)**

Alarmsymptome / Differenzialdiagnosen

- Blut im Stuhl,
- pos. Familienanamnese
- Fieber
- Gewichtsverlust
- Nächtliche Schmerzen/Koliken
- Anämie
- Entzündungszeichen
- Familienanamnese pos (CED, TU)

Auch PatientInnen mit anderen Krankheiten können RDS-Beschwerden haben!
(z.B. CED, Zöliakie,.....)

CLINICAL GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY 2013;11:956-962

A Positive Diagnostic Strategy Is Noninferior to a Strategy of Exclusion for Patients With Irritable Bowel Syndrome

LUISE M. BEGTRUP,^{*,‡} ANNE LINE ENGSBRO,[§] JENS KJELDSEN,^{*} PIA V. LARSEN,[‡] OVE SCHAFFALITZKY DE MUCKADELL,^{*} PETER BYTZER,[§] and DORTE E. JARBØL[‡]

Rome IV - Funktionelle Dyspepsie (FD)

Innerhalb der letzten 6 Monate (über einen Zeitraum von 3 Monaten) 1 oder mehr der folgenden Symptome, die beeinträchtigend sein sollen:

- Postprandiales Völlegefühl (75–88%)
- Frühes Sättigungsgefühl (50–82%)
- Epigastrischer Schmerz (bei ca. 89–90%)
- Epigastrisches Brennen ohne strukturelle Veränderungen

Und keine organische Erkrankung (ausgeschlossen mit Ösophago-Gastroduodenoskopie), die die Symptome erklären könnte

Nicht ausgeschlossen: histologische Duodenitis, gastroduodenale Dysmotilität....Bei *H. pylori* wird die FD gesondert behandelt:

Funktionelle Dyspepsie – Subtypen (Rom IV)

Postprandiales Disstress-Syndrom (PDS):

An mindestens 3 Tagen pro Woche

- Beeinträchtigendes vorzeitiges Völlegefühl
- Beeinträchtigende vorzeitige Sättigung (vorzeitige Beendigung einer Mahlzeit)

Epigastrisches Schmerzsyndrom (EPS):

An mindestens 1 Tag pro Woche

- Beeinträchtigende Schmerzen im Oberbauch (Auswirkungen auf allg. Aktivitäten)

und/oder

- Beeinträchtigendes epigastrisches Brennen

RDS-M

Diagnostik der funktionellen Dyspepsie

- Genaue **Anamnese** mit Erfassung der Triggerfaktoren (Nahrungsmittel, Nikotin, Medikamente, Alk..Stress) und der Psychosozialen Situation bzw. Einschränkungen
- Unterscheidung zwischen epigastrischem Schmerzsyndrom und postprandialem Disstresssyndrom, Gewichtsverlust?
- **Labor** (Entzündung?, Zöliakie?, Anämie?..), Helicobacterbestimmung kann gemacht werden und ist bei Kindern/Jugendlichen nicht empfohlen
- **Gastroduodenoskopie** (mit Hp.-Untersuchung)
- Die H.P.-positive Dyspepsie wird diagnostiziert, wenn 12 Monate nach einer Eradikation dauerhaft beschwerderei

Zentral mediiertes abdominelles Schmerzsyndrom – (CAPS)

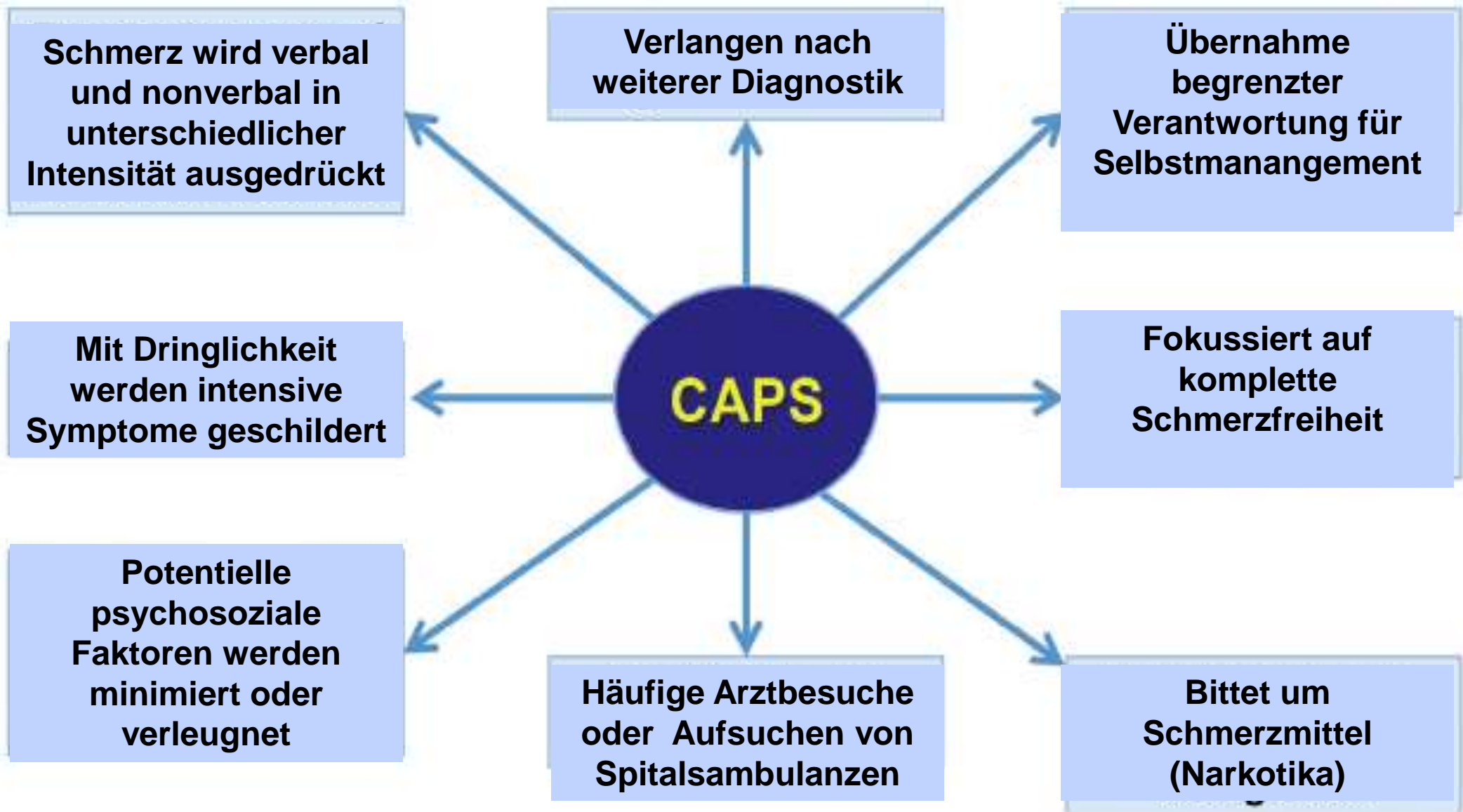
ROM IV - Definition:

- **(Beinahe) Kontinuierlicher Bauchschmerz**
- **Kein (kaum) Zusammenhang zu physiolog. Ereignissen (Essen, Stuhlgang, Menses..)**
- **Schmerz schränkt tägliche Funktionen ein**
- **Der Schmerz ist nicht eingebildet oder simuliert!**
- **Der Schmerz ist nicht durch andere strukturelle oder funktionelle gastrointestinale Strörungen oder Krankheiten zu erklären**

Zentral mediiertes abd. Schmerzsyndrom klinische Charakteristika

ROM IV 2016

Centrally Mediated Disorders of GI Pain 1411



Selbstselektion der Betroffenen

Personen (Non-Patients)

75%



Erst-
Versorgung
20%

Specialty
Practice
4%

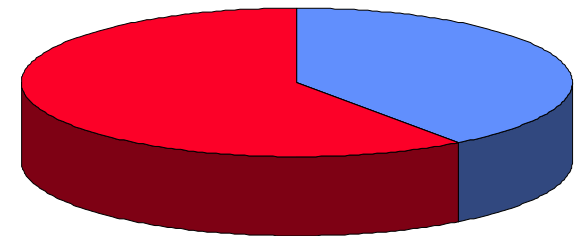
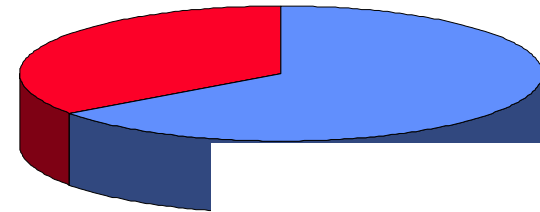
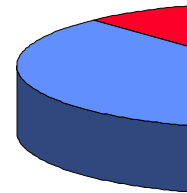
Spezialzentren

Chirurgie

Praktische
ÄrztInnen

Spezialiste
Für Verdau

60% Psychische Störungen
Traumata:
psychischer
physischer oder sexueller
Mißbrauch



AP&T 2019

Systematic review with meta-analysis: the prevalence of anxiety and depression in patients with irritable bowel syndrome

Mohammad Zamani^{1,2}  | Shaghayegh Alizadeh-Tabari¹  | Vahid Zamani³ 

Results: A total of 14 926 articles were initially screened, and finally 73 papers were included. The prevalence rates of anxiety symptoms and disorders in IBS patients were 39.1% (95% CI: 32.4-45.8) and 23% (95% CI: 17.2-28.8) respectively. The ORs for anxiety symptoms and disorders in IBS patients compared with healthy subjects were 3.11 (95% CI: 2.43-3.98) and 2.52 (95% CI: 1.99-3.20) respectively. The prevalence estimates of depressive symptoms and disorders in IBS patients were 28.8% (95% CI: 23.6-34) and 23.3% (95% CI: 17.2-29.4) respectively. The ORs for depressive symptoms and disorders in IBS patients compared to healthy subjects were 3.04 (95% CI: 2.37-3.91) and 2.72 (95% CI: 2.45-3.02) respectively.

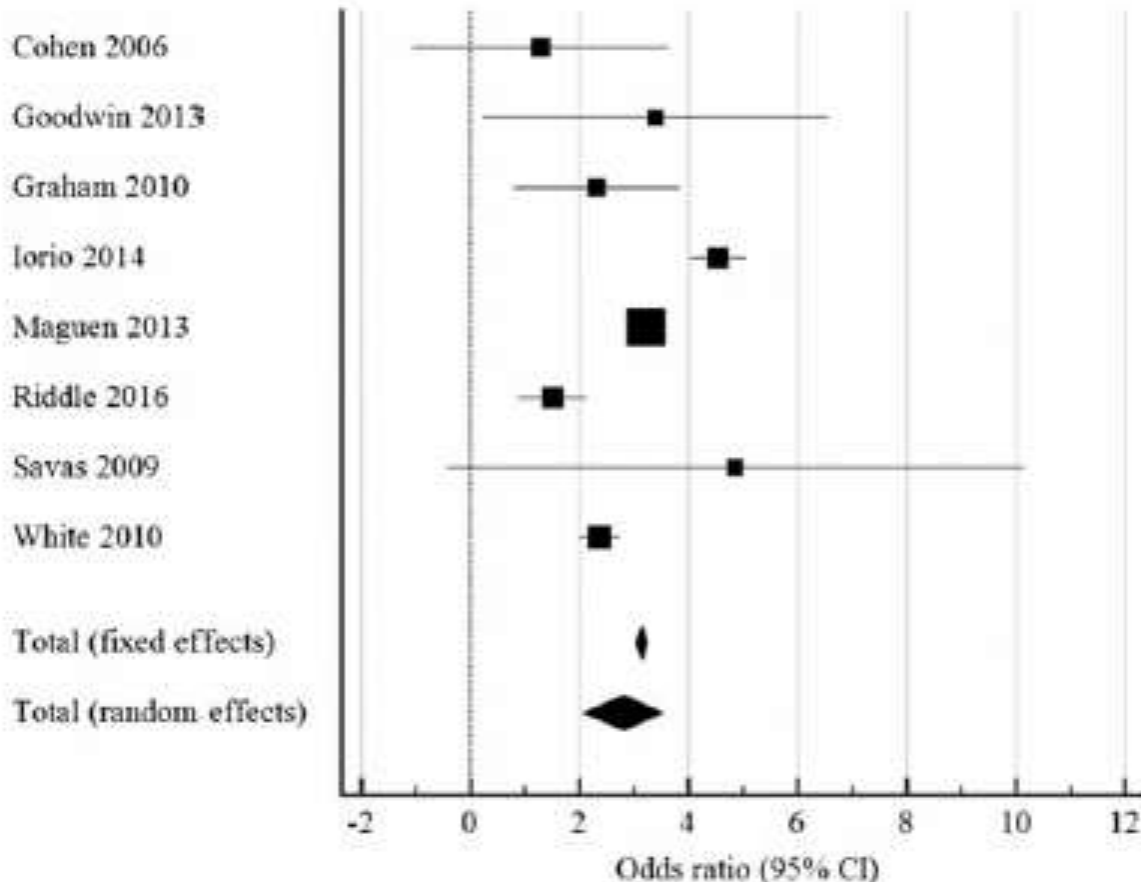
Conclusion: Patients with IBS have a three-fold increased odds of either anxiety or depression, compared to healthy subjects.

META ANALYSIS AND SYSTEMATIC REVIEW

Systematic review with meta-analysis: The association between post-traumatic stress disorder and irritable bowel syndrome

Qin Xiang Ng, ^{*,†} Alex Yu Sen Soh, ^{*} Wayren Loke, [†] Nandini Venkatanarayanan, [‡] Donovan Yutong Lim [§] and Wee-Song Yeo ^{*}

^{*}National University Hospital, National University Health System, [†]MOH Holdings Pte Ltd, and [§]Institute of Mental Health, Singapore; and [‡]University of Nottingham Medical School, Queen's Medical Centre, Nottingham, UK



648,375 subjects.

Traumata (PTSS) sind ein Risikofaktor für das Reizdarmsyndrom
 Odds ratio 2.8
 95% CI: 2,06-3,54

p<0.001

RDS - Behandlungsschritte

SCHWER

Antidepressiva
Realistische Ziele!!
Spezial(Schmerz)zentrum

Rifaximin, Linaclotid, Eluxadoline

MODERAT

Pharmakotherapie

(Spasmolytika, Mebeverin,

Laxantien ,Loperamid, Cholestyramin

Phytopharmaka

Psychotherapie

Bauchgerichtete

Hypnose

FODMAP REDUKTION 6 WO

MILD

Lebensstil- und Diätmodifikation

ALLE

**Aufklärung, Beruhigung, kontinuierliche
Betreuung (Arzt - Patient - Beziehung)**

RDS-THERAPIE (Evidenzgrade)

Aufklärung, Beruhigung -> Arzt -Pat. Beziehung!

Loperamid (A)
Ballaststoffe (B)
(Probiotika)
Cholestyramin (C)
Trizyklische
Antidepressiva (B)
Eluxadolin

Spasmolytika (A)
Phytotherapeutika (A)
Probiotika (A)
Rifaximin (A)
Antidepressiva (A)

Diarrhoe

Obstipation

Schmerzen
Distension
Blähungen

Laxantien (B/C)
Ballaststoffe (A)
Probiotika (A)
Phytotherapeutika
(B)
SSRI (B)
Prucaloprid (B)?
Linaclotid*
(Lubiproston)

Psychotherapie
Hypnose (A) für alle
RDS-Formen!

SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES

Fasiha Kanwal, Section Editor



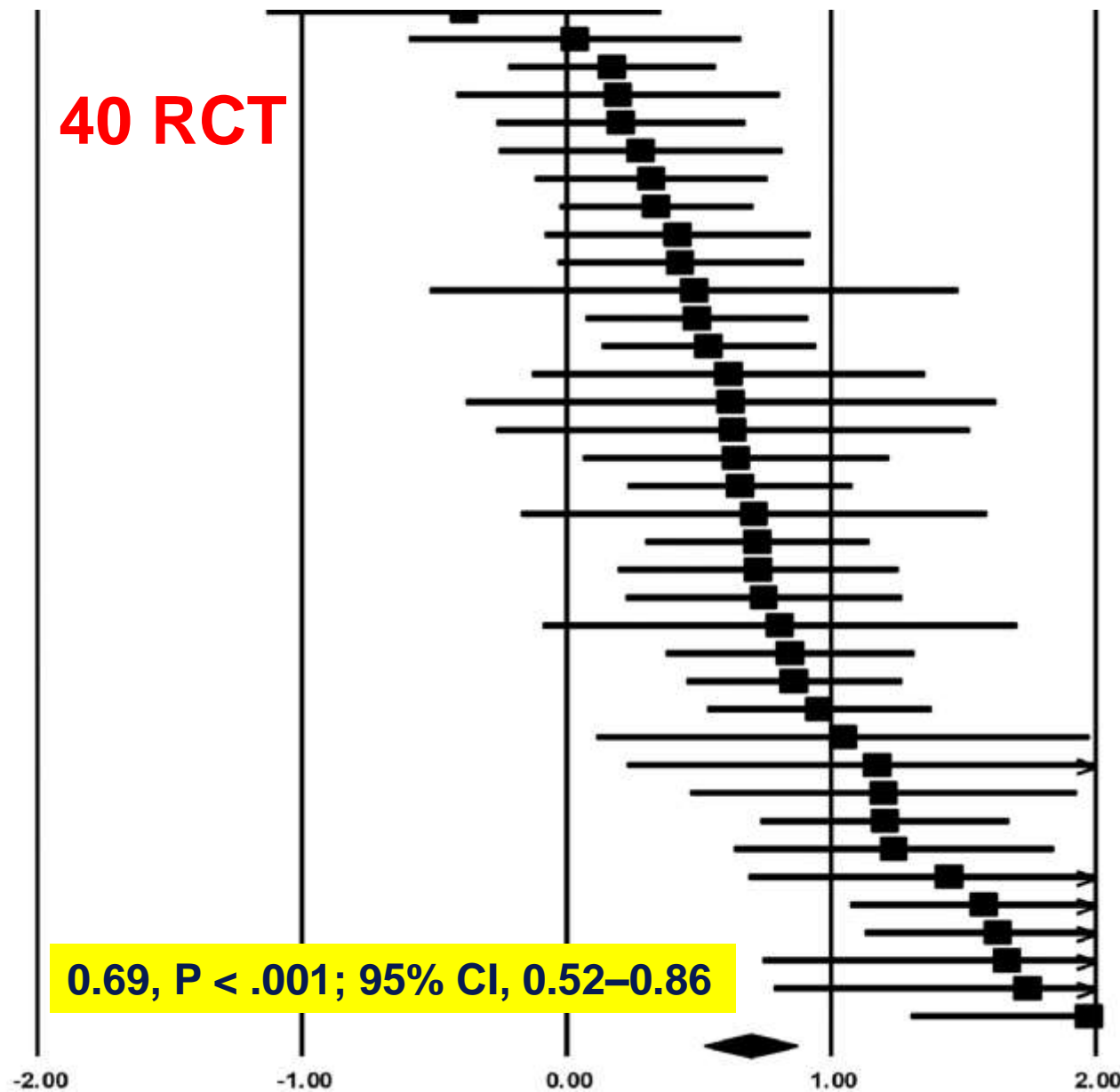
Short-term and Long-term Efficacy of Psychological Therapies for Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis

Kelsey T. Laird,^{*} Emily E. Tanner-Smith,[‡] Alexandra C. Russell,[§] Steve D. Hollon,^{*||} and Lynn S. Walker^{*,§}

I Kacruk et al., 2003	-0.387	0.381	.310
Boyce et al., 2003	0.031	0.321	.924
Creed et al., 2003	0.172	0.202	.394
Corney et al., 1991	0.194	0.313	.535
Labus et al., 2013	0.205	0.241	.396
Craske et al., 2011	0.280	0.275	.308
Heitkemper et al., 2004	0.320	0.225	.156
Blanchard et al., 2007	0.339	0.188	.071
Blanchard et al., 1992 (Study 2)	0.420	0.257	.102
Oerlemans et al., 2011	0.430	0.238	.072
Sanders et al., 2007	0.482	0.511	.346
van der Veek et al., 2007	0.493	0.216	.022
Guthrie et al., 1991	0.537	0.208	.010
Gerson & Gerson, 2003	0.612	0.380	.107
Blanchard et al., 1993	0.621	0.512	.225
Blanchard et al., 1992 (Study 1)	0.628	0.458	.170
Lindfors et al., 2012 (Study 2)	0.640	0.296	.031
Moser et al., 2013	0.656	0.218	.003
Vollmer & Blanchard, 1998	0.709	0.450	.116
Lindfors et al., 2012 (Study 1)	0.720	0.218	.001
Zernicke et al., 2013	0.724	0.272	.008
Moss-Morris et al., 2010	0.745	0.267	.005
Taneja et al., 2004	0.807	0.458	.078
Gaylord et al., 2011	0.844	0.241	.000
Svedlund et al., 1983	0.860	0.209	.000
Deechakawan et al., 2013	0.955	0.218	.000
Fernández & Amigo, 2006	1.045	0.477	.028
Greene & Blanchard, 1994	1.175	0.484	.015
Fernandez et al., 1998	1.199	0.375	.001
Jang et al., 2014	1.203	0.242	.000
Lackner et al., 2008	1.237	0.310	.000
Boltin et al., 2015	1.446	0.387	.000
Lahmann et al., 2010	1.578	0.259	.000
Ljotsson et al., 2010	1.630	0.257	.000
Heymann-Monnikes et al., 2000	1.666	0.474	.000
Palsson et al., 2002	1.743	0.491	.000
Ljotsson et al., 2011a	1.974	0.346	.000
	0.690	0.087	.000

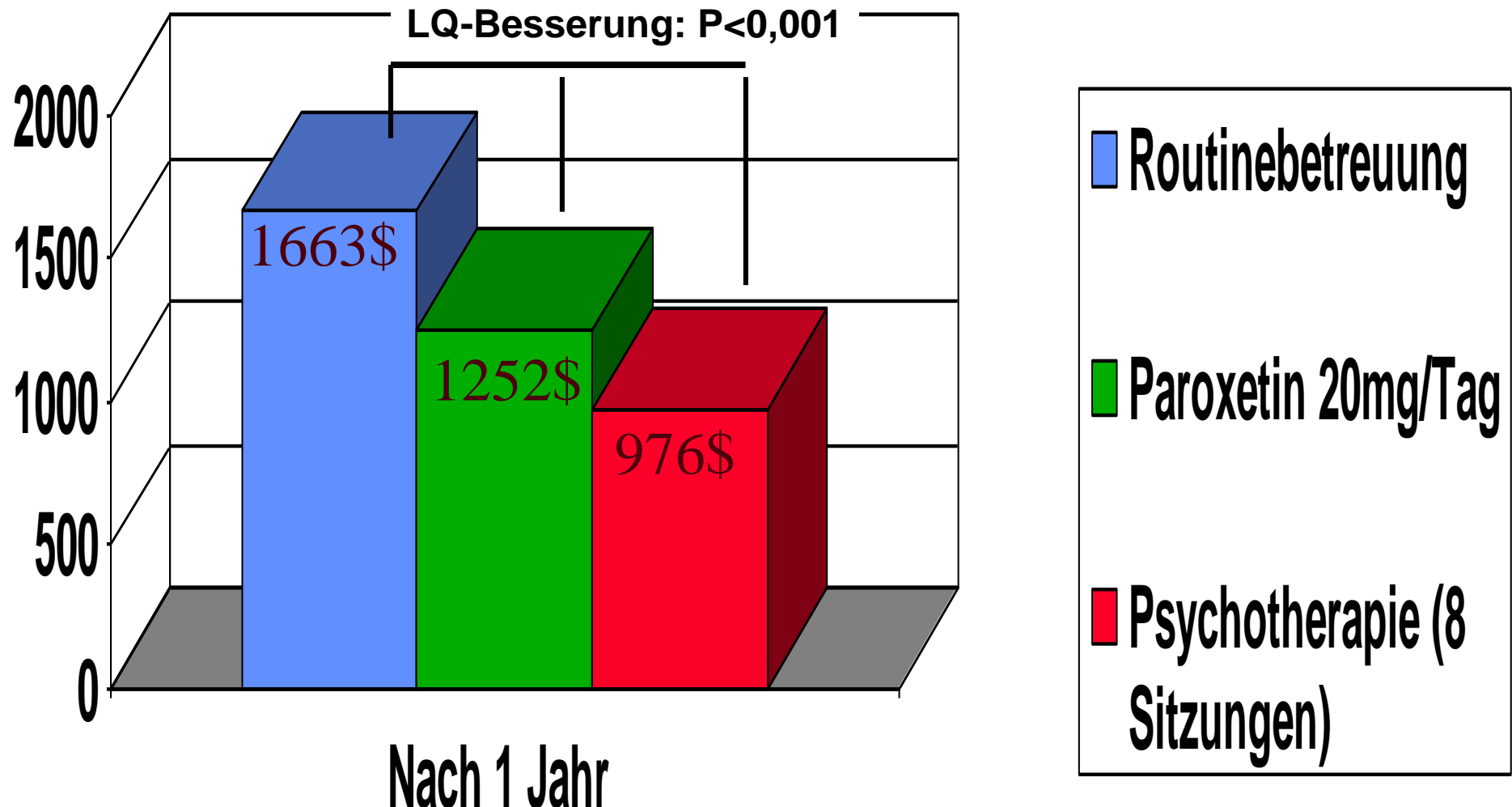
40 RCT

0.69, P < .001; 95% CI, 0.52–0.86



Therapiekosten im Vergleich: Kosten – Nutzen – Analyse spricht für Psychotherapie

Signifikante Kostenreduktion nur bei Psychotherapie



Creed et al.: Gastroenterology 2003

Therapie der Funktionellen Dyspepsie

- Bei EPS (Schmerz) Beginn mit PPI 40mg für 6WO
- Bei PDS (Völlegefühl) Beginn mit STW5 20ggt 3xtgl, bei Symptomresistenz Prokinetika (3-4xtgl),
- HP-Eradikation für Beschwerden der Funktionellen Dyspepsie: Erfolgsrate liegt bei 6-14% (NNT=14)
- Bei Symptompersistenz Antidepressiva (Amitryptilin 10-30mg, Mirtazapin 15mg)
- Psychotherapie / bauchgerichtete Hypnose

The Effect of Psychotherapy in Improving Physical and Psychiatric Symptoms in Patients with Functional Dyspepsia

Mahbobeh Faramarzi, PhD¹2015

Table 2: Gastrointestinal symptom scores in two groups over the trial period

PAGI-SYSM	Baseline		Post treatment			Follow-up1			Follow-up2		
	CCRT (N=24)	Control (N=25)	CCRT (N=21)	Control (N=22)	p-value	CCRT (N=20)	Control (N=21)	P- value	CCRT (N=20)	Control (N=20)	P- value
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)	
Heartburn/regurgitation	12.8 (8.1)	13.9 (8.5)	5.6 ^a (5.3)	12.3 (8.3)	0.004	4.7 ^a (4.2)	12.3 (8.1)	0.030	4.9 ^a (4.3)	12.1 (8.5)	0.003
Nausea/Vomiting	4.0 (3.5)	4.5 (3.6)	1.0 ^a (1.5)	4.4 (3.9)	0.000	0.7 ^{a,b} (0.9)	4.2 (3.0)	0.040	0.9 ^a (1.2)	4.6 (3.1)	0.002
Post-prandial fullness	10.7 (4.5)	10.5 (5.9)	4.3 ^a (2.5)	9.7 (5.6)	0.000	4.1 ^a (3.1)	10.5 (4.9)	0.000	4.4 ^a (2.7)	9.6 (5.3)	0.000
Bloating	6.5 (3.1)	5.8 (2.3)	3.2 ^a (2.0)	6.9 (4.1)	0.000	3.1 ^a (2.1)	5.8 (2.1)	0.000	3.6 ^a (2.3)	6.4 (3.3)	0.005
Upper abdominal pain	5.7 (2.9)	6.9 (2.8)	2.3 ^a (1.7)	7.3 (2.9)	0.003	2.5 ^a (2.1)	7.4 (2.5)	0.007	2.5 ^a (1.9)	7.4 (2.8)	0.040
Lower abdominal pain	3.7 (3.5)	4.1 (3.7)	1.3 ^a (1.5)	4.0 (3.5)	0.002	1.2 ^a (1.9)	3.6 (3.2)	0.030	1.4 ^a (2.0)	4.0 (3.4)	0.030
Total mean score	43.6 (12.4)	45.9 (20.6)	17.8 ^a (10.9)	42.4 (21.0)	0.000	19.4 ^a (11.7)	44.1 (17.9)	0.000	17.8 ^a (10.8)	44.3 (19.5)	0.000

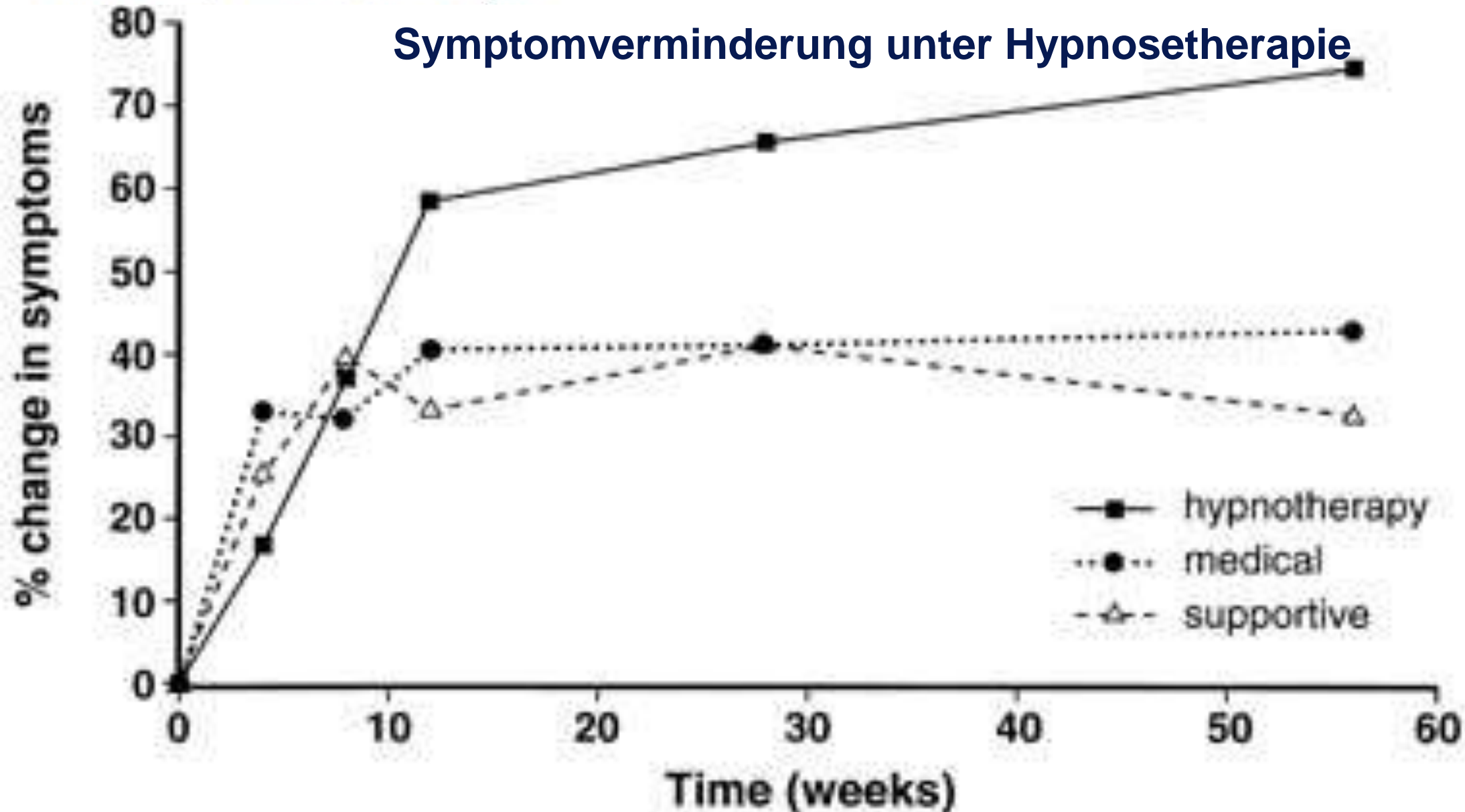
Long-term Improvement in Functional Dyspepsia Using Hypnotherapy

GASTROENTEROLOGY 2002;123:1778-1785

EMMA LOUISE CALVERT,* LESLEY ANNE HOUGHTON,* PATRICIA COOPER,* JULIE MORRIS,† and PETER JAMES WHORWELL*

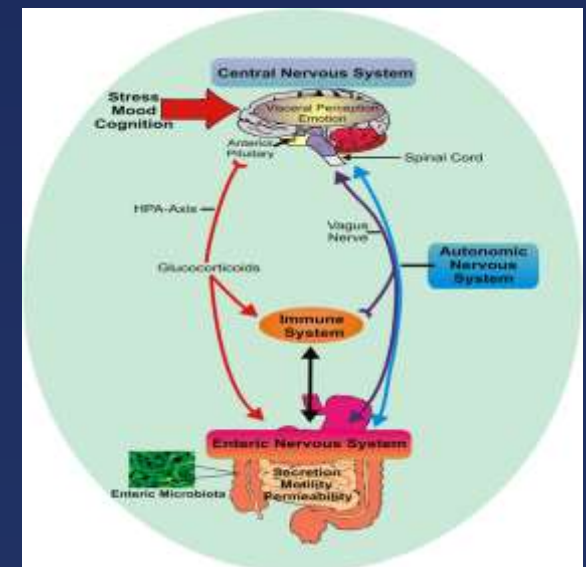
*Department of Medicine and †Department of Medical Statistics, Education and Research Centre, Wythenshawe Hospital, Southmoor Road, Manchester, United Kingdom

Symptomverminderung unter Hypnoseherapie



Zusammenfassung

- Funktionelle GI Störungen sind Störungen der Bauch-Hirn-Interaktion (Definition ROM IV)
- Multiple ätiologische Faktoren
- Schrittweise multidimensionale Behandlung (Diät, med., psych.,)
- Interdisziplinäre (psychosomatische) Behandlung in schweren Fällen erforderlich

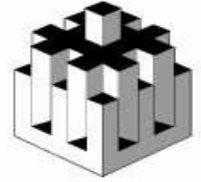


www.gabrielemoser.at
Kurstermine für Bauchhypnose

INFOS zu Studien für RDS: AKH
Montag und Mittwoch
8-11h Tel-Beratung für
RDS-D Betroffene:
01 40400 49700

DANKE FÜR DIE
AUFMERKSAMKEIT

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT
für PSYCHOSOMATIK
in der INNEREN MEDIZIN



Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie



gastroenterologie und Hepatologie

York