

SIBO

Thema | Sonderform der Dysbiose

#SIBO-Syndrom #Overgrowthsyndrom
#Dünndarmfehlbesiedlung
#Therapieschema nach Müller #IMO-Syndrom

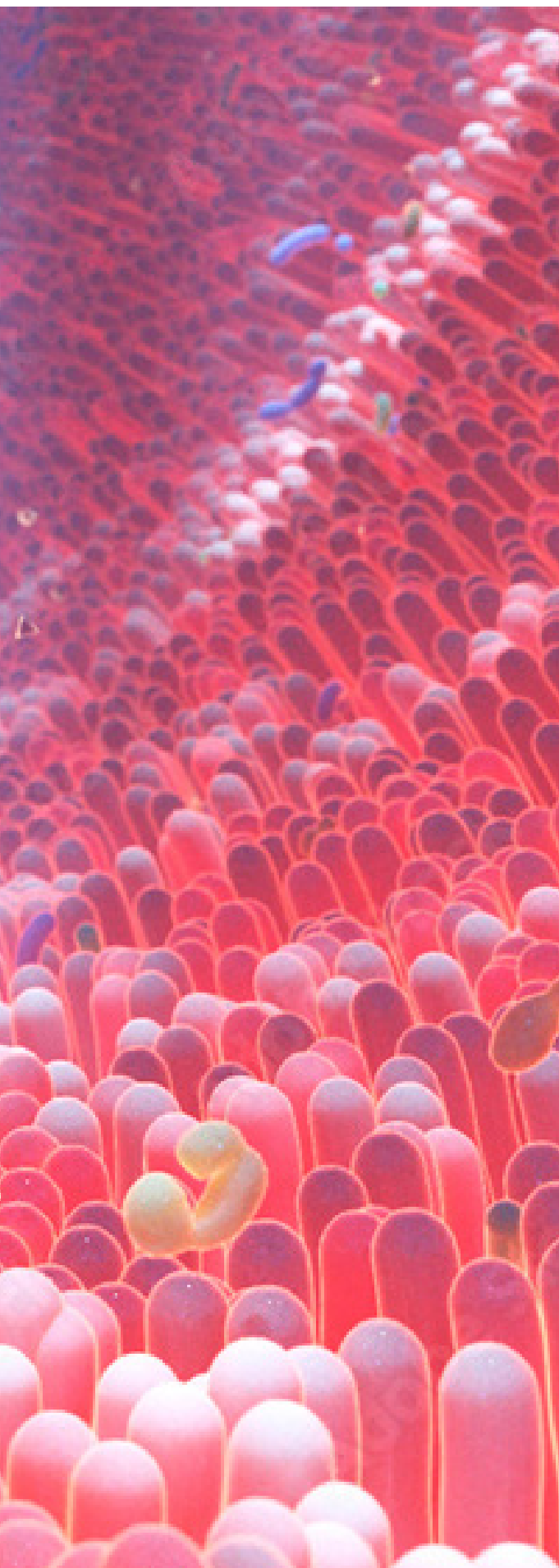


Foto: © Alpha Tauri3D - StockAdobe.com

Fabian Müller

Blähbauch, Stuhlgangsveränderungen oder Bauchschmerzen sind häufige Symptome, die wir bei Patienten sehen, die in unsere naturheilkundliche Behandlung kommen. Häufig haben diese Menschen bereits die Diagnose „Reizdarm“ erhalten. Wir wissen, dass in vielen Fällen eine Veränderung der Mikrobiota vorliegt. Meist liegt der Therapiefokus auf dem Dickdarm. Es zeigt sich aber sehr oft, dass der Dünndarm des Übels Ursache ist. Eine Sonderform der Dysbiose, bei der die Dünndarmflora angegriffen wurde, ist das SIBO-Syndrom. Diese Abkürzung steht für Small Intestinal Bacterial Overgrowth. Diese Fehlbesiedlung des Dünndarms mit Keimen aus dem Dickdarm wurde früher auch als Overgrowthsyndrom bezeichnet. Besondere Sonderformen sind die Überwucherung mit schwefelwasserstoff- oder methanproduzierenden Keimen.

Pathophysiologie

Physiologisch kommen im Dünndarm nur geringe Mengen von Keimen vor. Hauptsächlich finden wir dort Lactobacillen und Enterokokken. Man spricht von einem Small intestinal (Dünndarm) bacterial (bakterielle) overgrowth (Überwucherung) (SIBO-Syndrom), also einer Überwucherung des Dünndarms mit Dickdarmkeimen, wenn mehr als 1.000 koloniebildende Einheiten pro Milliliter im proximalen Jejunum vorhanden sind. Dies geschieht durch das Einwandern von Bakterien der Dickdarm-Mikrobiota in den Dünndarm oder durch die Besiedelung mit Keimen aus dem Mundraum.

Der Begriff IMO-Syndrom setzt sich aus den Anfangsbuchstaben von Intestinal methanogen overgrowth zusammen. Er wurde von der amerikanischen Fachgesellschaft für Gastroenterologie, dem American College of Gastroenterology, im Jahr 2020 als Abgrenzung vom SIBO-Syndrom definiert.

Früher wurde die Pathologie, die hinter einem IMO steckt, häufig als SIBO bezeichnet. Es gibt aber deutliche Unterschiede. Beim SIBO-Syndrom ist der Dünndarm also mit Bakterien überwuchert, die dort nicht hingehören. Beim IMO-Syndrom kann aber nicht nur der Dünndarm, sondern auch der Dickdarm betroffen sein. Deshalb wurde das „S“ aus der Bezeichnung gestrichen.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen SIBO und IMO besteht in dem Gas, welches von den Keimen produziert wird. Beim SIBO wird Wasserstoff oder Schwefelwasserstoff (Schwefelwasserstoff-SIBO) produziert, dagegen wird beim IMO von Keimen Methan produziert. Einer dieser Leitkeime ist der Methanobrevibacter. Anders als der Name vermuten lässt, gehört er aber nicht zu den Bakterien, sondern zu den Archaeen. Er baut Kohlendioxid und Wasserstoff zu Methan und Essigsäure um. Diese Archaeen stellen eine Art Urbakterien dar. Es gibt aber auch Bakterien, die Methan produzieren: Methanococcus maripaludis, Bacteroides thetaiotaomicron, Clostridium perfringens, Clostridium histolyticum, Helicobacter pylori und Bifidobacterium infantis. Nachdem also nicht nur Bakterien, sondern auch Archaeen, am IMO-Syndrom beteiligt sind, wurde das „B“ zu einem „M“ abgeändert.

Symptome

Blähbauch, Blähungen, Bauchschmerzen, Mundgeruch und weicher bis flüssiger Stuhl sind die Leitsymptome des SIBO-Syndroms. Beim IMO-Syndrom treten die gleichen Symptome auf, nur dass es häufig auch zu Verstopfung kommt. Auch Malassimilation, Gewichtsverlusten und Mangelzuständen von Mikronährstoffen treten häufig auf. Meist besteht ein sekundärer Lactasemangel. Extraabdominal findet man auch Gelenkschmerzen, Anämie oder Rosazea. In vielen Fällen kommt es auch zu einem Leaky-Gut-Syndrom, vereinzelt auch bis zur manifesten Darmentzündung. Die Symptome unterscheiden sich nicht wesentlich von einer „normalen“ Dysbiose.

Diagnostik

Wie können wir nun aber ein SIBO diagnostizieren? Etabliert hat sich ein Wasserstoffatemtest mit Glucose oder Lactulose. Da Glucose zwar hauptsächlich im Jejunum, aber auch bereits im Duodenum resorbiert wird, schließt ein negativer Glucose-Atemtest eine Dünndarmfehlbesiedelung nicht aus. Aus meiner Erfahrung ist der Test mit 10 g Lactulose zuverlässiger. Man beurteilt primär die ersten 90 Minuten. Ein Anstieg von 20 ppm oder mehr über dem Basalwert zeigt ein SIBO-Syndrom an. Bei den Werten, die später gemessen werden, ist ein Anstieg der Wasserstoffkonzentration physiologisch. Ein sehr früher Anstieg oder ein zweigipfliger Verlauf erhärtet den Befund. Ein früher Wasserstoffanstieg bei einem Fructose- oder Laktose-Atemtest deutet auch auf ein SIBO hin. In letzter Zeit wird vermehrt zur Untersuchung des Wasserstoffgehaltes der Ausatemluft auch zusätzlich Methan gemessen. Hiermit kann ein IMO-Syndrom festgestellt werden.

Behandlung

Eine Behandlung, die sich nur auf die Reduktion der Dickdarmkeime im Dünndarm fokussiert, kann häufig frustan verlaufen. Nur 1/3 der Fälle, in denen allein eine Eradikation zur SIBO-Behandlung durchgeführt wird, führen zu einem dauerhaften Erfolg. Deshalb wurde das SIBO-Therapieschema nach Müller entwickelt. Es stellt eine Weiterentwicklung von bekannten Algorithmen dar und basiert auf drei aufeinanderfolgenden Schritten: Ursachenbehandlung, Eradikation und Nachbehandlung.

Ursachenbehandlung

Es sind 32 Ursachen eines SIBO-Syndroms bekannt, die sich in die folgenden Gruppen unterteilen lassen:

- ▶ Störungen der Verdauungsleistung
- ▶ intestinale Mobilitätsstörung
- ▶ Funktionsstörung der Ileocoecalklappe
- ▶ immunologische Störungen und sonstige Ursachen.

Exemplarisch soll nun eine der häufigeren Ursachen vorgestellt werden: die exokrine Pankreasinsuffizienz. Durch die Verminderung des Bauchspeicheldrüsensekrets entstehen zwei Effekte, die ein SIBO auslösen können. Zum einen ist die keimabtötende Wirkung verringert, zum anderen kommen Fett und Eiweiß vermehrt im Dickdarm an, was zu einem vermehrten Wachstum der Dickdarmkeime führt. Die exokrine Pankreasinsuffizienz kann über eine Verminderung der Pankreas-Elastase im Stuhl festgestellt werden. Der Enzymmangel der Bauchspeicheldrüse sollte mit z.B. Verdauungsenzymen mit Rizoenzymen in Nortase 1-3 Kps zu jeder Mahlzeit substituiert werden. Weitere häufige Ursachen sind: Zustand nach Magen-Darm-Infekt, Medikamenteneinnahme (PPI, Opiate, Antibiotika), Adhäsionen im Bauchraum, inkompletter Schluss der Ileocäcalklappe, Magensäuremangel und vegetative Störungen.

SIBO-Eradikation

Die Eradikation oder zumindest deutliche Reduktion der Dickdarmkeime im Dünndarm ist das oberste Ziel. Dies lässt sich aber häufig nicht ohne die Ursachen- und Nachbehandlung erreichen.

Es stehen uns vier verschiedene Therapieoptionen offen:

- ▶ Phytobiotika-Kombimittel
- ▶ Phytobiotika-Einzelmittel
- ▶ Elementardiät
- ▶ Antibiotika

Die wichtigsten phytobiotisch wirkenden Pflanzen sind Oregano, Berberin und Neem. Bei Kombimitteln werden diese noch durch weitere phytobiotisch wirkenden Pflanzen ergänzt. Es sollte zusammen mit dem Patienten der passende Weg individuell ausgewählt werden. Zusätzlich kann der erfahrene Therapeut auch Biofilmdisruptoren einsetzen, um die Wirksamkeit der Phytobiotika oder Antibiotika zu erhöhen.

→ Fabian Müller

Seit 1999 Heilpraktiker in München; Schwerpunkt seiner Praxis ist die ganzheitliche Gastroenterologie. Er verbindet wissenschaftlich abgesicherte Methoden und alternative Heilweisen. Er vermittelt die ganzheitliche Gastroenterologie in Online-Seminaren und ist Dozent bei Verbänden, Schulen und Laboren; Autor von Fachartikeln.



Kontakt: www.elopage.com/s/mueller-fortbildung

Häufig kommt es während der SIBO-Eradikation zu Nebenwirkungen wie Kopf- und Muskelschmerzen, Hautbeschwerden, Brain Fog und Schwäche, zusammengefasst unter dem Begriff Die-off-Phänomen. Es entsteht durch das Absterben der Dickdarmkeime im Dünndarm. Um dieser Symptomatik entgegenzuwirken, sollte ein Mittel eingesetzt werden, welches freigesetzte Toxine im Darmlumen bindet. Weiterhin sollte auf die Stabilisierung der Darmwand hingewirkt werden. Ein Präparat, welches beides gleichzeitig umsetzt, ist Myrrhinil-Intest. Diese Kombination von Kamille, Myrrhe und Kaffeekohle bindet Toxine, stabilisiert die Darmwand und wirkt antiphlogistisch. Die Dosierung sollte je nach Intensität der Symptome 3x täglich 2-4 Dragees betragen.

Nachbehandlung

Direkt im Anschluss an die Eradikation sollte mit der Nachbehandlung begonnen werden. Diese basiert auf vier Säulen:

- ▶ Probiotika
- ▶ Prokinetika
- ▶ SIBO-Diät
- ▶ Kontrollatemtest

Beim SIBO dürfen nur Laktobacillen und Enterokokken eingenommen werden. Mittel mit Dickdarm keimen wie Bifidobakterien oder E. coli sowie Präbiotika müssen gemieden werden. Als Präparat mit Enterokokken und Laktobacillen verordne ich SiboLactoCaps 2-mal täglich 1 Kapsel.

Es enthält 10 Milliarden (1x 10¹⁰) koloniebildende Einheiten und folgende Bakterien:

- ▶ Enterococcus faecium
- ▶ Lactobacillus plantarum
- ▶ Bacillus coagulans
- ▶ Lactobacillus rhamnosus
- ▶ Lactobacillus lactis
- ▶ Lactobacillus casei
- ▶ Lactobacillus acidophilus

Bacillus coagulans ist hierbei ein ganz besonderer Keim, der früher als Lactobacillus sporigens bezeichnet wurde. Im Gegensatz zu anderen Laktobacillen kann er bei schlechten Milieubedingungen Sporen ausbilden und ist deutlich widerstandsfähiger

gegenüber Umwelteinflüssen. Er kann somit im Dünndarm als Erstbesiedler ein passenderes Milieu für die anderen Keime schaffen. Die Einnahmedauer sollte sechs Monate betragen.

Prokinetika tragen dazu bei, dass die wellenförmige Bewegung des Dünndarms, die der Selbstreinigung dient (MMC), unterstützt wird. Beispiele für diese Mittel sind Ingwer, Iberogast Classic, Motilpro oder Dyspep-Intercell. Die SIBO-Diät hat zwei Ziele: Zum einen soll der MMC durch die geeigneten Abstände der Mahlzeiten gefördert werden, zum anderen sollen Substrate, die das Wachstum der übriggebliebenen Dickdarmkeime im Dünndarm fördern würden, reduziert werden. Ein bis zwei Wochen nach dem Ende der Eradikation sollte ein Kontrollatemtest durchgeführt werden, um zu überprüfen, ob die Therapie ausreichend Erfolg hatte. Eventuell muss mit den Eradikationsmaßnahmen nachgearbeitet werden.

Förderung der Dünndarmregeneration

Beim SIBO-Syndrom kommt es fast immer auch zu Störungen der Darmwand, die sich bis zu einem Leaky-Gut-Syndrom hochschaukeln können. Die Dünndarmregeneration unterstütze ich durch viscerale Osteopathie, Phytotherapie, Injektionen in Zustimmungspunkte, Ohrakupunktur und orthomolekulare Mittel. Phytotherapeutisch setze ich Myrrhinil Intest (Repha) 3 x 3 Dragees ein. Die Injektion von Ileum D8 (Wala) und Aquilinum comp. (Wala) in die Zustimmungspunkte B27 (beidseits 1 Cun lateral von S1) und Ohrakupunktur der Punkte Dünndarm, Shen Men und Omega-Achse nach RAC-Testung unterstützt auch die Dünndarmregeneration.

Durch die Förderung der Darmwandregeneration können sich auch die physiologischen Dünndarmkeime besser ansiedeln. Darmwandregenerierende Vitalstoffe sind L-Glutamin, Zink und B-Vitamine. Meist verordne ich 3 x täglich 1 Gramm L-Glutamin zusammen mit Unexym vital. Dieses Präparat enthält neben Zink und B-Vitaminen auch noch mehrere Pflanzen, die das Verdauungssystem unterstützen.

Fazit

Von einer Dünndarmfehlbesiedelung, auch das Small Intestinal Bacterial Overgrowth (SIBO)-Syndrom genannt, spricht man, wenn Dickdarmkeime in den Dünndarm einwandern. Häufig wird dieses Krankheitsbild bei Reizdarmpatienten übersehen. Die Diagnosestellung erfolgt über einen Atemtest am besten mit Laktulose. Die Behandlung nach dem Therapieschema nach Müller basiert auf drei Säulen: Ursachenbehandlung, SIBO-Eradikation und Nachbehandlung. Häufig ist es notwendig, die Förderung der Dünndarmregeneration in die Nachbehandlung zu integrieren.

AKOM