

Schweiz. Gastroenterol. 2023 · 4:118–122
<https://doi.org/10.1007/s43472-023-00110-9>
Angenommen: 6. September 2023
Online publiziert: 6. Oktober 2023
© The Author(s) 2023



Phytotherapie, Yoga und Akupunktur in der Gastroenterologie – alles nur Humbug oder mögliche Therapieansätze?

Philipp Schreiner^{1,3} · Peter Bauerfeind²

¹ Universitätsspital Zürich, Zürich, Schweiz

² Hirslanden-Kliniken St. Anna, Luzern, Schweiz

³ Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine III, Medical University of Vienna, Vienna, Austria

Zusammenfassung

Komplementärmedizinische Therapien werden von Patienten mit gastrointestinalen Beschwerden, insbesondere bei Patienten mit Reizdarmsyndrom („irritable bowel syndrome“, IBS) und bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED), häufig verwendet. Im Gegensatz zum großen Interesse der Patienten ist das Wissen über solche Therapien bei vielen Gastroenterologen, wahrscheinlich bedingt durch die eher schwache Datenlage, meistens gering. In diesem Übersichtsartikel möchten wir die wichtigsten phytotherapeutischen Therapiemöglichkeiten bei IBS und CED beleuchten und versuchen, einen Überblick über die Datenlage von Bewegungstherapien, Yoga und Akupunktur in der Therapie von gastrointestinalen Krankheiten zu geben.

Schlüsselwörter

Phytotherapie · Komplementärmedizin · Yoga · Bewegungstherapie · Akupunktur

Obwohl heutzutage immer mehr Biologie und „small molecules“ zur Therapie von unterschiedlichen Erkrankungen verfügbar sind und die Präzisionsmedizin mit molekulargenetischen Analysen zu einer maßgeschneiderten Therapie führen kann, wünscht sich ein beträchtlicher Teil der Patienten einen komplementärmedizinischen Ansatz oder eine umgangssprachlich „natürliche“ Therapie mit pflanzlichen Produkten. Im Gegensatz zum Englischen, in welchem die „complementary and alternative medicine“ (CAM) durch die National Institutes of Health (NIH) definiert wurde, ist die Naturheilkunde im Deutschen nicht definiert und inkludiert verschiedene Therapiemöglichkeiten, die neben schulmedizinischen Möglichkeiten eingesetzt werden können. Da die Evidenzlage für die allermeisten Maß-

nahmen der Naturheilkunde schlecht bis nicht vorhanden ist, beschränken wir uns in diesem Artikel auf die Therapiemöglichkeiten mit der höchsten Evidenz und limitieren uns auf zwei Krankheitsbilder der Gastroenterologie, die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) und das Reizdarmsyndrom („irritable bowel syndrome“, IBS).

Neben phytotherapeutischen Maßnahmen versuchen wir auch Bewegungstherapien und die Akupunktur genauer zu beleuchten.

Phytotherapien

Flohsamen (Psyllium)

Flohsamenschalen sind schlecht fermentierbare Fasern, welche als Quellmittel wir-



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

ken und somit bei Patienten mit Obstipation, aber auch Diarrhoe, als Stuhlregulator eingesetzt werden können. Randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) konnten bei Patienten mit Obstipation zeigen, dass Flohsamen zur Verbesserung der Stuhlfrequenz und -konsistenz führen [1]. Zusätzlich zeigen mehrere Studien, dass bei Patienten mit IBS und Blähungen die Symptome damit signifikant reduziert werden können [2]. Daten einer erst kürzlich publizierten Studie weisen darauf hin, dass Psyllium bei einer FODMAP-reichen Ernährung mit Inulin zu einer Reduktion der Gasproduktion im Kolon führen kann [3]. Folglich könnte man mit dem Zusatz von Flohsamen zu einer präbiotischen ballaststoffreichen Nahrung der blähenden Wirkung von z. B. Inulin entgegenwirken.

Auch bei Patienten mit einer CED kann Psyllium als Therapie zur Stuhlregulation eingesetzt werden [4]. Einen Benefit auf die intestinale Entzündung wird es jedoch nicht haben.

Obwohl Psyllium unserer Ansicht nach weiterhin zur Stuhlregulation ein ideales und einfaches Mittel ist, können als Alternative bei Patienten mit Obstipation auch täglich zwei grüne Kiwis empfohlen werden. Eine erst kürzlich publizierte randomisiert-kontrollierte Studie bestätigte neben einer Optimierung der Stuhlfrequenz, der Bauchschmerzen auch eine Verbesserung der Lebensqualität [5] durch die Einnahme von grünen Kiwis.

Myrrhe, Kamille und Kaffeekohle (Myrrhinil intest)

Eine Kombination aus Myrrhe, Kamille und Kaffeekohle (Myrrhinil intest [Sanova Pharma GesmbH, Wien, Österreich]) wurde bei Patienten mit einer Colitis ulcerosa (CU) in Remission mit Mesalazin verglichen, wobei nach einem Jahr kein Unterschied bezüglich einer klinischen Verschlechterung nachgewiesen werden konnte [6]. Bei Patienten, die eine Unverträglichkeit oder eine seltene Nebenwirkung auf Mesalazin haben, könnte diese Kombinationstherapie anstatt einer Therapie mit *E. coli* Nissle 1917 versucht werden.

Heidelbeeren

Heidelbeeren sind reich an Anthocyanen, welche eine antiinflammatorische, antioxidative, antimikrobielle und adstringierende Wirkung haben. In einer Pilotstudie mit 9 Patienten mit einer Colitis ulcerosa waren nach einer 9-wöchigen Therapie mit einem Anthocyanin-reichen Heidelbeerextrakt zwei Drittel der Patienten in einer klinischen Remission, und bei allen Patienten sank das fäkale Calprotectin, ein Entzündungsmarker im Darm. Nebenwirkungen traten in dieser Studie keine auf [7].

Kurkuma (Curcuma longa)

Das im indischen Gewürz Kurkuma enthaltene Curcumin ist ein Polyphenol mit einer antientzündlichen und antioxidativen Wirkung, welches in der ayurvedischen Medizin schon seit mehreren tausend Jahren eingesetzt wird. In einer mit 89 Patienten mit CU in Remission durchgeführten RCT konnte gezeigt werden, dass Curcumin in einer Dosierung von 2 g täglich zu einer signifikanten Abnahme der Häufigkeit eines Schubes im Vergleich zu Placebo in einem Beobachtungszeitraum von 6 Monaten führte (4,7 % vs. 20,5 %; $p = 0,04$; [8]). Eine Cochrane-Analyse sowie ein systematisches Review von mehreren RCT folgerte, dass Curcumin als additive Therapie zusätzlich zu Mesalazin zur Aufrechterhaltung der Remission bei CU eingesetzt werden kann [9]. Curcumin kann nicht nur zur Remissionserhaltung, sondern zusätzlich zu Mesalazin auch zur Remissionsinduktion bei einer aktiven CU verwendet werden [10]. Dieselbe Arbeitsgruppe aus Israel hat kürzlich eine kleine randomisierte doppelblind kontrollierte Studie mit 10 Patienten [11] und eine retrospektive Kohortenstudie mit 88 Patienten [12] publiziert, in welchen ein Kombinationspräparat mit Curcumin und QingDai (Indigo) bei Patienten mit einer aktiven CU untersucht wurde. Beide Studien, wenn auch die RCT nur mit wenigen Patienten durchgeführt wurde, bestätigten, dass diese Kombinationstherapie effektiv bei Patienten ohne und sogar mit einer Vortherapie mit Biologika sein könnte. Nebenwirkungen traten keine auf. Da QingDai jedoch eine pulmonalarterielle Hypertonie induzieren könnte (obwohl dies in den israelischen Daten bei Patienten

mit CED nie aufgetreten ist), sollten weitere größere Studien durchgeführt werden, bevor ein breiter Einsatz dieser Kombinationstherapie empfohlen werden kann. Der Einsatz von Curcumin scheint hingegen sicher zu sein, wobei hier heutzutage in den deutschsprachigen Ländern das Problem besteht, dass sehr viele verschiedene Präparate auf dem Markt sind. Die meisten dieser Präparate enthalten keine hohe Dosis Curcumin (sondern nur eine hohe Dosis Kurkuma), sind teuer und beinhalten Piperazin, was theoretisch die Bioverfügbarkeit des Curcumin erhöhen sollte. Diese mögliche Wirkung ist jedoch sehr kurzfristig, nicht stark, und vor allem gibt es keinerlei Hinweise, dass dies einen positiven Effekt auf die Entzündung im Kolon hat.

Kamille und Pfefferminze

Mehrere Studien belegen, dass Pfefferminze wie auch ein Kombinationspräparat mit Pfefferminze und Kamille zur Therapie eines IBS eingesetzt werden kann. Multiple RCT konnten zeigen, dass Pfefferminzöl in einer Dosierung von 3×187 mg bis zu 2×450 mg täglich und einer Therapiedauer zwischen 4 und 12 Wochen zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik im Gegensatz zu Placebo bei Patienten mit einem IBS führt. Eine im Jahr 2020 publizierte Metaanalyse [13] konnte aufzeigen, dass Pfefferminzöl sogar die effektivste Therapie ist, wenn man die globalen Symptome bei Patienten mit IBS analysiert. In dieser Metaanalyse wurden mit Pfefferminzöl keine vermehrten Nebenwirkungen im Gegensatz zu Placebo nachgewiesen. Die „number needed to treat“ (NNT) liegt bei Pfefferminzöl und IBS bei ca. 4, so dass dies sicherlich insgesamt eine nebenwirkungsarme Therapieoption darstellt. Nichtsdestotrotz sollte man bei Patienten mit einer bekannten Refluxsymptomatik vorsichtig sein, wenn man Pfefferminzöl hoch dosiert einsetzt. Dies könnte zu einer Verschlechterung dieser Symptomatik führen.

Ein in den deutschsprachigen Ländern verfügbares Präparat mit einer Kombinationstherapie mit Pfefferminz- und Kümmelöl (Menthacarin® [Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Karlsruhe, Deutschland]) konnte in mehreren kleineren RCT zeigen, dass es bei einer funktionellen Dyspepsie und Blähungen bei Patienten mit IBS ein-

gesetzt werden kann [14]. Pathomechanistisch sollte, neben den analgetischen und spasmolytischen Effekten von Pfefferminzöl, das Kümmelöl antimeteoristisch wirken, was zu einem synergistischen Effekt und einer Reduktion der viszeralen Hypersensitivität führen soll. Eine Metaanalyse bestätigte den positiven Effekt dieser in den deutschsprachigen Ländern erhältliche Kombinationstherapie [15].

Bewegungstherapie

Yoga

Yoga ist eine ganzheitliche Bewegungstherapie mit Ausführung von ruhenden Körperstellungen, Atmungsübungen und Meditation, die seit dem 19. Jahrhundert auch im Westen von vielen Menschen praktiziert wird. Bei Patienten mit IBS gibt es mehrere kleinere Studien, die einen positiven Effekt auf Blähungen, Bauchschmerzen und die Lebensqualität zeigten [16, 17]. Eine erst kürzlich publizierte Studie bestätigte, dass auch eine virtuelle, online durchgeführte Yogastunde einen positiven Effekt auf die IBS-Symptome hat [18]. Insgesamt ist die Datenlage aber schwach, so dass viele Gastroenterologen zögern, Yoga den Patienten zu empfehlen [19]. Da jedoch keiner Sicherheitsbedenken vorliegen, die Therapieoptionen bei IBS limitiert sind und viele Patienten unter einem Bewegungsmangel leiden, sehen wir keine Bedenken, Yoga als additive Therapie bei Patienten mit IBS zu empfehlen.

Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen haben häufig IBS-ähnliche Beschwerden und leiden unter Fatigue, was die Lebensqualität einschränkt. Diese Symptome müssen nicht mit der Entzündung assoziiert sein, was die klassischen Therapieoptionen limitiert. Kleinere Studien mit Yoga bei Patienten mit CED konnten vor allem einen positiven Effekt auf die Lebensqualität, die Fatigue und die mentale Gesundheit zeigen [20, 21]. Die ECCO (European Crohn's and Colitis Organisation) kommt auch zum Schluss, dass Yoga keinen Effekt auf die Symptome bei CED hat, jedoch die Lebensqualität verbessern kann [22].

Akupunktur und Moxibustion

Akupunktur wird schon seit mehreren tausend Jahren in der chinesischen Medizin angewendet und wird seit ca. 1990 zur Therapie von Schmerzen auch in westlichen Ländern eingesetzt. Studien bei Patienten mit IBS zeigen widersprüchliche Daten bezüglich eines Nutzens der Akupunktur. Eine Metaanalyse [23] sowie auch eine RCT bei westlichen Patienten zeigte keine höhere Effektivität einer wahren Akupunktur verglichen mit einer Sham-Akupunktur [24]. Da in der RCT jedoch auch eine Patientengruppe auf einer Warteliste vorhanden war, konnte interessanterweise gezeigt werden, dass beide Interventionen jedoch effektiver waren als keine Therapie [24].

Moxibustion ist ein der Akupunktur ähnliches Heilmittelverfahren in der traditionellen chinesischen Medizin, bei welcher anstatt Nadelstiche die Akupunkturpunkte durch Hitze stimuliert werden. Ähnlich zu den Daten der Akupunktur zeigt Moxibustion eine Verminderung der Symptome bei IBS und eine Steigerung der Lebensqualität, wobei kein Unterschied zu Sham-Interventionen gezeigt werden konnte [25].

Obwohl mehrere Studien bei Patienten mit CED vorliegen, kann wegen der limitierten Datenlage und der geringen Qualität der allermeisten Studien die Akupunktur bei Patienten mit CED nicht generell empfohlen werden [22]. Es sollte angemerkt werden, dass die meisten Akupunkturstudien in einer chinesischen Population durchgeführt wurden und dies in Zukunft wahrscheinlich auch so sein wird.

Physische Aktivität

Eine regelmäßige physische Aktivität gehört neben einer ausgewogenen Ernährung zweifellos zu den wichtigsten Maßnahmen eines gesunden Lebensstils. Mehrere Studien zeigen einen positiven Effekt einer moderaten Aktivität auf gastrointestinale Symptome. Eine RCT über 12 Wochen konnte zeigen, dass sich der IBS-SSS-Score bei Patienten mit einer moderat schweren physischen Aktivität signifikant besserte im Gegensatz zu Patienten, die eine reguläre Therapie erhielten [26]. Eine Metaanalyse, auch wenn die meisten

eingeschlossenen Studien klein und von niedriger Qualität waren, kam zur selben Schlussfolgerung [27].

Auch bei CED spielt die physische Aktivität eine Rolle. Eine prospektive Studie konnte zeigen, dass Personen mit einer niedrigen physischen Aktivität ein höheres Risiko für die Entstehung eines Morbus Crohn haben [28]. Auch auf den Krankheitsverlauf einer bereits diagnostizierten CED kann eine physikalische Therapie einen positiven Effekt haben. Neben einer Verbesserung der Lebensqualität und des Stresses [29] führt physische Aktivität zu einer geringeren Mortalität [30] und kann sogar die Inflammation günstig beeinflussen [31]. Die ECCO [22] sowie auch ein Konsensus-Papier aus den USA [32] empfehlen eine moderate reguläre physische Aktivität bei Patienten mit einer CED.

Massage

Die Idee ist naheliegend, bei Obstipation die Vorwärtsbewegung des Stuhls im Kolon mechanisch von außen zu unterstützen. Tatsächlich gibt es drei kontrollierte Studien, die beide einen positiven Effekt zeigten [33–35]. Es wurde sogar ein Gerät entwickelt, welches eine Massage von außen bei Patienten mit Querschnittslähmung durchführt. Eine Studie dazu ergab eine eindeutige Wirksamkeit [36], während eine andere keine Wirksamkeit zeigte [37]. Als weitere Entwicklung kann man die Verwendung einer kleinen schluckbaren vibrierenden Kapsel erachten, zu dem ebenfalls positive kontrollierte Studien vorliegen [38, 39]. Ein anderer Ansatz ist die elektrische Stimulation von außen unter Verwendung des TENS-Gerätes; ältere Daten waren vielversprechend [40], neuere Daten sind abzuwarten [41].

Diskussion

Obwohl die Evidenzlage bei vielen der o. g. Interventionen gering ist, kann man auch als Schulmediziner heutzutage komplexärmedizinische Ansätze nicht ganz von der Hand weisen. Auch ist das Interesse, vor allem zusätzlich zu den schulmedizinischen Therapieoptionen, bei vielen Patienten groß, und eine gewisse Kenntnis wird auch von uns Gastroenterologen erwartet.

Beim Reizdarm nimmt Psyllium als Stuhlregulator eine zentrale Rolle ein, wobei bei Blähungen Pfefferminzöl oder eine Kombination aus Pfefferminz- und Kümmelöl eingesetzt werden können. Eine regelmäßige physische Aktivität wie auch Yoga kann beim Reizdarm additiv empfohlen werden. Ob auch Akupunktur in der westlichen Population die Symptomatik bessert, ist jedoch noch unklar.

Bei CED muss zwischen einer symptomatischen Therapie und einem Effekt auf die Inflammation unterschieden werden. Die beste Evidenz zur Therapie der Entzündung hat Curcumin, was bei einer CU zusätzlich zu Mesalazin eingesetzt werden kann. Die Kombinationstherapie aus Myrrhe, Kamille und Kaffeekohle sowie eine Therapie mit Heidelbeerextrakt kann, mit nur geringer Evidenz, jedoch keinerlei Sicherheitsbedenken, versucht werden. Eine regelmäßige physische Aktivität sollte bei allen Patienten mit CED empfohlen werden.

Bei Obstipation ist eine Stimulation von außen durch Massage zusätzlich zur medikamentösen Therapie durchaus eine überlegenswerte Alternative.

Fazit für die Praxis

- Das Interesse von Patienten mit gastrointestinalen Beschwerden für die Komplementärmedizin ist groß und viele Patienten nehmen pflanzliche Produkte zu sich, probieren Akupunktur aus oder machen Yoga.
- Trotz der limitierten Datenlage können komplementärmedizinische Ansätze nicht nur als Humbug abgestempelt werden, sondern können additiv vor allem bei funktionellen Beschwerden und teilweise sogar zur Therapie der Entzündung bei CED eingesetzt werden.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Philipp Schreiner
Universitätsspital Zürich
Zürich, Schweiz
Philipp.Schreiner@meduniwien.ac.at

Funding. Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. P. Schreiner und P. Bauerfeind geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Attaluri A, Donahoe R, Valestin J, Brown K, Rao SS (2011) Randomised clinical trial: dried plums (prunes) vs. psyllium for constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 33(7):822–828
2. Moayyedi P, Quigley EM, Lacy BE et al (2014) The effect of fiber supplementation on irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 109(9):1367–1374
3. Gunn D, Abbas Z, Harris HC et al (2022) Psyllium reduces inulin-induced colonic gas production in IBS: MRI and in vitro fermentation studies. *Gut* 71(5):919–927
4. Wong C, Harris PJ, Ferguson LR (2016) Potential benefits of dietary fibre intervention in inflammatory bowel disease. *Int J Mol Sci* 17(6):919. <https://doi.org/10.3390/ijms17060919>
5. Gearry R, Fukudo S, Barbara G et al (2023) Consumption of 2 green kiwifruits daily improves constipation and abdominal comfort—results of an international multicenter randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 118(6):1058–1068
6. Langhorst J, Varnhagen I, Schneider SB et al (2013) Randomised clinical trial: a herbal preparation of myrrh, chamomile and coffee charcoal compared with mesalazine in maintaining remission in ulcerative colitis—a double-blind, double-dummy study. *Aliment Pharmacol Ther* 38(5):490–500
7. Biedermann L, Mwinyi J, Scharl M et al (2013) Bilberry ingestion improves disease activity in mild to moderate ulcerative colitis—an open pilot study. *J Crohns Colitis* 7(4):271–279
8. Hanai H, Iida T, Takeuchi K et al (2006) Curcumin maintenance therapy for ulcerative colitis: randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *Clin Gastroenterol Hepatol* 4(12):1502–1506
9. Kumar S, Ahuja V, Sankar MJ, Kumar A, Moss AC (2012) Curcumin for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 10:CD8424
10. Lang A, Salomon N, Wu JC et al (2015) Curcumin in combination with mesalamine induces remission in patients with mild-to-moderate ulcerative colitis in a randomized controlled trial. *Clin Gastroenterol Hepatol* 13(8):1444–1449.e1
11. Ben-Horin S, Salomon N, Karampekios G et al (2023) Curcumin-QingDai combination for patients with active ulcerative colitis: a randomized double-blinded placebo-controlled trial. *Clin Gastroenterol Hepatol*. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2023.05.023>
12. Yanai H, Salomon N, Lahat A et al (2023) Real-world experience with Curcumin-QingDai combination for patients with active ulcerative colitis: a retrospective multicentre cohort study. *Aliment Pharmacol Ther* 58(2):175–181. <https://doi.org/10.1111/apt.17538>
13. Black CJ, Yuan Y, Selinger CP et al (2020) Efficacy of soluble fibre, antispasmodic drugs, and gut-brain neuromodulators in irritable bowel syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 5(2):117–131
14. Rich G, Shah A, Koloski N et al (2017) A randomized placebo-controlled trial on the effects of menthacarin, a proprietary peppermint- and caraway-oil-preparation, on symptoms and quality of life in patients with functional dyspepsia. *Neurogastroenterol Motil*. <https://doi.org/10.1111/nmo.13132>
15. Madisch A, Frieling T, Zimmermann A et al (2023) Menthacarin, a proprietary peppermint oil and caraway oil combination, improves multiple complaints in patients with functional gastrointestinal disorders: a systematic review and meta-analysis. *Dig Dis* 41(3):522–532
16. Schumann D, Anheyer D, Lauche R, Dobos G, Langhorst J, Cramer H (2016) Effect of yoga in the therapy of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 14(12):1720–1731
17. Nunan D, Cai T, Gardener AD et al (2022) Physical activity for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 6(6):CD11497
18. D'Silva A, Marshall DA, Vallance JK et al (2023) Meditation and yoga for irritable bowel syndrome: a randomized clinical trial. *Am J Gastroenterol* 118(2):329–337
19. D'Silva A, Marshall DA, Vallance JK et al (2023) Gastroenterologist and patient attitudes toward yoga as a therapy for irritable bowel syndrome: an application of the theory of planned behaviour. *J Can Assoc Gastroenterol* 6(1):17–25
20. Cramer H, Schafer M, Schols M et al (2017) Randomised clinical trial: yoga vs written self-care advice for ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 45(11):1379–1389
21. Sharma P, Poojary G, Dwivedi SN, Deepak KK (2015) Effect of yoga-based intervention in patients with inflammatory bowel disease. *Int J Yoga Therap* 25(1):101–112
22. Torres J, Ellul P, Langhorst J et al (2019) European Crohn's and colitis organisation topical review on complementary medicine and psychotherapy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 13(6):673–685e
23. Manheimer E, Wieland LS, Cheng K et al (2012) Acupuncture for irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 107(6):835–847 (quiz 848)

24. Lembo AJ, Conboy L, Kelley JM et al (2009) A treatment trial of acupuncture in IBS patients. *Am J Gastroenterol* 104(6):1489–1497
25. Yang Y, Rao K, Zhan K et al (2022) Clinical evidence of acupuncture and moxibustion for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Public Health* 10:1022145
26. Johannesson E, Simren M, Strid H, Bajor A, Sadik R (2011) Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 106(5):915–922
27. Zhou C, Zhao E, Li Y, Jia Y, Li F (2019) Exercise therapy of patients with irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized controlled trials. *Neurogastroenterol Motil* 31(2):e13461
28. Khalili H, Ananthkrishnan AN, Konijeti GG et al (2013) Physical activity and risk of inflammatory bowel disease: prospective study from the nurses' health study cohorts. *BMJ* 347:f6633
29. Klare P, Nigg J, Nold J et al (2015) The impact of a ten-week physical exercise program on health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a prospective randomized controlled trial. *Digestion* 91(3):239–247
30. Lo CH, Khalili H, Song M et al (2021) Healthy lifestyle is associated with reduced mortality in patients with inflammatory bowel diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol* 19(1):87–95.e4
31. Jones PD, Kappelman MD, Martin CF, Chen W, Sandler RS, Long MD (2015) Exercise decreases risk of future active disease in patients with inflammatory bowel disease in remission. *Inflamm Bowel Dis* 21(5):1063–1071
32. Ananthkrishnan AN, Kaplan GG, Bernstein CN et al (2022) Lifestyle, behaviour, and environmental modification for the management of patients with inflammatory bowel diseases: an international organization for study of inflammatory bowel diseases consensus. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 7(7):666–678
33. Lamas K, Lindholm L, Stenlund H, Engstrom B, Jacobsson C (2009) Effects of abdominal massage in management of constipation—a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 46(6):759–767
34. Birimoglu Okuyan C, Bilgili N (2019) Effect of abdominal massage on constipation and quality of life in older adults: a randomized controlled trial. *Complement Ther Med* 47:102219
35. McClurg D, Harris F, Goodman K et al (2018) Abdominal massage plus advice, compared with advice only, for neurogenic bowel dysfunction in MS: a RCT. *Health Technol Assess* 22(58):1–134
36. Mimidis K, Galinsky D, Rimon E, Papadopoulos V, Zicherman Y, Oreopoulos D (2005) Use of a device that applies external kneading-like force on the abdomen for treatment of constipation. *World J Gastroenterol* 11(13):1971–1975
37. Janssen TW, Prakken ES, Hendriks JM, Lourens C, van der Vlist J, Smit CA (2014) Electromechanical abdominal massage and colonic function in individuals with a spinal cord injury and chronic bowel problems. *Spinal Cord* 52(9):693–696
38. Zhu JH, Qian YY, Pan J et al (2022) Efficacy and safety of vibrating capsule for functional constipation (VICONS): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *EclinicalMedicine* 47:101407
39. Rao SSC, Lembo A, Chey WD, Friedenberg K, Quigley EMM (2020) Effects of the vibrating capsule on colonic circadian rhythm and bowel symptoms in chronic idiopathic constipation. *Neurogastroenterol Motil* 32(11):e13890

Phytothérapie, yoga et acupuncture en gastro-entérologie – foutaises ou approches thérapeutiques envisageables?

Les thérapies de médecine complémentaire sont fréquemment utilisées par les patients souffrant de symptômes gastro-intestinaux, et en particulier les patients atteints du syndrome de l'intestin irritable (SII) et les patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI). Contrairement au grand intérêt des patients, les connaissances des gastro-entérologues sur ce type de traitement sont souvent relativement maigres, sans doute en raison de la faiblesse des données disponibles. Dans cet article de synthèse, nous souhaitons présenter les principales possibilités de traitement phytothérapeutique du SII et des MICI et tenter de fournir un aperçu des données disponibles sur les traitements par le mouvement, le yoga et l'acupuncture dans la thérapie des maladies gastro-intestinales.

Mots clés

Phytothérapie · Médecines non conventionnelles · Yoga · Traitement par le mouvement · Acupuncture

Riassunto

Fitoterapia, yoga e agopuntura in gastroenterologia – tutte bufale o possibili approcci terapeutici?

Le terapie mediche complementari sono frequentemente utilizzate dai pazienti con disturbi gastrointestinali, soprattutto da quelli affetti da sindrome dell'intestino irritabile ("irritable bowel syndrome", IBS) e da quelli affetti da malattia infiammatoria cronica dell'intestino (MICI). Nonostante il grande interesse dei pazienti, la conoscenza di queste terapie da parte di molti gastroenterologi è per lo più scarsa, probabilmente per via della situazione dei dati, che sono piuttosto scarsi. In questo articolo di revisione, vorremmo evidenziare le più importanti opzioni terapeutiche fitoterapiche per la sindrome dell'intestino irritabile e le MICI e cercare di fornire una panoramica della situazione dei dati relativi alle terapie basate sull'esercizio fisico, lo yoga e l'agopuntura nella terapia delle malattie gastrointestinali.

Parole chiave

Fitoterapia · Medicina complementare · Yoga · Terapia basata sull'esercizio fisico · Agopuntura

40. Queralto M, Vitton V, Bouvier M, Abysique A, Portier G (2013) Interferential therapy: a new treatment for slow transit constipation. a pilot study in adults. *Colorectal Dis* 15(1):e35–39
41. Talley NJ, Holtmann GJ, Southwell BR, Fisher D, Koloski NA, Jones M (2022) Letter: non-invasive transabdominal stimulation device for the treatment of chronic constipation—proof-of-principle study in adults. *Aliment Pharmacol Ther* 55(10):1354–1356

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.