

Funktionelle Dyspepsie

Das Therapiearsenal sollte ausgeschöpft werden

Von einer funktionellen Dyspepsie spricht man, wenn mit Hilfe der üblichen Diagnostik keine Ursache der Beschwerden im Oberbauch gefunden werden kann. Liegen keine Warnsymptome vor, empfiehlt sich zunächst ein pragmatisches Vorgehen, das heisst, vor weiterer, invasiverer Diagnostik sollten alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden.

THOMAS FRIELING

Die Grundlagenwissenschaft hat mehrere Erklärungsmodelle für die funktionelle Dyspepsie vorgeschlagen. Von Abweichungen der Motorfunktion, der viszeralen Perzeption oder der zentralen Reizverarbeitung ist unter anderem die Rede. Die Diagnostik und Therapie werden durch die grosse Anzahl der Symptome, die geringe Korrelation zwischen Symptom und Dysfunktion und die Überlappung mit anderen funktionellen Erkrankungen erschwert.

Neben diätetischen Ansatzpunkten sollten bei der medikamentösen Behandlung alle verfügbaren therapeutischen Strategien genutzt werden (Prokinetika, Spasmolytika, Entschäumer, Laxanzien, trizyklische Antidepressiva). Phythopharmaka können einen Teil der vermuteten Pathomechanismen der funktionellen Dyspepsie verbessern. Wesentlicher Kernpunkt der Therapie bleibt aber ein intaktes Arzt-Patienten-Verhältnis. Bei therapierefraktären Patienten ist der Kontakt zu Zentren mit Erfahrung bei funktionellen Verdauungskrankheiten hilfreich.

Was ist eine funktionelle Dyspepsie?

Mit dem Begriff «Dyspepsie» wird ein Spektrum von Beschwerden zusammengefasst, die der Patient im Oberbauch, das heisst zwischen Umbilicus und Processus xiphoideus und seitlich

Merksätze

- Zu den dyspeptischen Beschwerden gehören «epigastrische Schmerzen», «epigastrisches Brennen», «postprandiales Völlegefühl» und ein Gefühl der «frühen Sättigung».
- Eine Gastroskopie bei funktioneller Dyspepsie ist dann sinnvoll, wenn der Patient älter als 55 Jahre ist, bei neu aufgetretenen Beschwerden oder bei Alarmsymptomen.

begrenzt durch die Medioklavikularlinie, lokalisiert. Diese Symptome sind Ausdruck der subjektiven Empfindung des Patienten. Sie beinhalten Schmerzen beziehungsweise Unbehagen («discomfort»), für die der Arzt eine Ursache im Gastro-duodenalbereich vermutet.

Zu den dyspeptischen Beschwerden gehören epigastrische Schmerzen, manchmal von brennender Qualität, postprandiales Völlegefühl, frühe Sättigung, Blähungen im Oberbauch, epigastrisches Brennen, Übelkeit, Erbrechen und Luftaufstossen.

Erkrankung oder Befindlichkeitsstörung?

Im Gegensatz zum Reizdarmsyndrom (IBS) ist eine eigene Krankheitsentität für die funktionelle Dyspepsie bis heute nicht gesichert. Beim Reizdarmsyndrom (IBS) besteht eine überzufällige Häufung von bestimmten Symptomen («cluster of symptoms»). Dies konnte für die funktionelle Dyspepsie bisher in epidemiologischen Studien nicht gezeigt werden. Nach der zurzeit gültigen Definition (Rom III) besteht eine funktionelle Dyspepsie immer dann, wenn ein oder mehrere Symptome wie

- postprandiales Völlegefühl
- frühe Sättigung
- epigastrische Schmerzen
- epigastrisches Brennen und keine strukturellen Veränderungen (einschliesslich Gastroskopie) vorliegen (1). Diese Kriterien sollten für die letzten drei Monate mit Beginn mindestens sechs Monate vor Diagnosestellung erfüllt sein.

Tabelle: Medikamentöse Therapie* bei der funktionellen Dyspepsie je nach vorherrschenden Symptomen

Schmerzen, Brennen, Unbehagen

- Antazida, Sucralfat
- H₂-Blocker
- Protonenpumpenhemmer
- Eradikation H. pylori

Völlegefühl

- Domperidon (Motilium®)
- Metoclopramid (Paspertin®)

Meteorismus

- Phytotherapeutika (Iberis amara/Kamille/Kümmel/Fenchel/Anis/Minze/Melisse/Analgetika/Asafoetida)
- Probiotika

Psyche (Schmerزشwellenanhebung, Stimmungsaufhellung)

- Amitriptylin (Saroten®)
- Imipramin (Tofranil®)
- Trimipramin (Surmontil®)
- Doxepin (Sinquan®)
- Johanniskraut

Bauchschmerzen

- Trosipiumchlorid (Spasmo-Urgenin®)
- Mebeverin (Duspatalin®)
- Pfefferminzöl
- Nitrate
- trizyklische Antidepressiva (anticholinerges Effekt)

*Die Zulassungen sollten beachtet werden

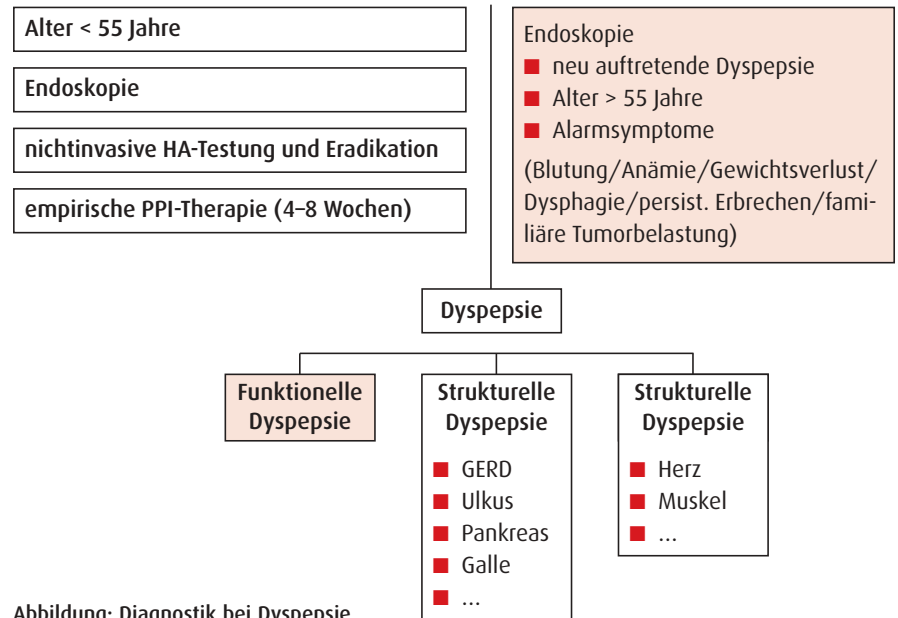


Abbildung: Diagnostik bei Dyspepsie

Wie gehe ich in der Praxis vor?

In der Praxis hat sich ein pragmatisches Vorgehen bewährt, das aus einem Sechspunkte-Management (2) besteht:

1. Anamnestisch eindeutige Zuordnung der Symptome zum oberen Gastrointestinaltrakt
2. Ausschluss Alarmsymptome (vgl. *Abbildung*)
3. Ausschluss ASS- und NSAR-Einnahme
4. Probatorische Therapie mit Protonenpumpenhemmern (Ausschluss Refluxerkrankung)
5. Helicobacter-pylori-Eradikation
6. Gastroskopie.

Dieses Vorgehen entspricht im Wesentlichen auch einer kürzlich publizierten deutschen Empfehlung (3). Hiernach sollten alle Patienten mit neu aufgetretener Dyspepsie, mit Alarmsymptomen beziehungsweise älter als 55 Jahre gastroscopiert werden (*Abbildung*). Bei allen anderen Patienten ist zunächst eine probatorische Protonenpumpenhemmer-Therapie beziehungsweise die nichtinvasive Helicobacter-pylori-Testung mit Eradikation gerechtfertigt.

Die frühe Endoskopie lohnt sich aber häufig, da sie die Patienten vor Tumorängsten befreit, die Patientenzufriedenheit steigern und die Arztbesuche und Kosten senken kann (4).

Diätetische Massnahmen beinhalten mehrere kleinere Mahlzeiten und das Vermeiden von Fett und scharfen Gewürzen. Die medikamentöse Therapie sollte, auch in Kenntnis der oben angegebenen Einschränkungen, symptomorientiert sein. Hierbei muss die gesamte Palette der verfügbaren Wirkprinzipien ausgenutzt werden (siehe *Tabelle*). Neuerdings werden vermehrt Phytopharmaka (z.B. Iberogast®) eingesetzt. Hier haben Untersuchungen am Tier und Menschen eine Stärkung der postprandialen Fundusrelaxation und eine Steigerung der antralen Motilität nachgewiesen. (5, 6). Auch Probiotika lindern möglicherweise bei postinfektiöser funk-

tioneller Dyspepsie, ähnlich wie beim postinfektiösen Reizdarmsyndrom (7), die Beschwerden.

Allgemein ist bei der Therapie der hohe Placeboeffekt von über 60 Prozent zu berücksichtigen, den man sich durchaus zunutze machen kann (8). Die hohe Placeborate dürfte auch der Grund für die hohe Rate an subjektiver Besserung unter der Magenstimulation bei der Gastroparese sein, ohne dass eine Verbesserung der Magenentleerung erzielt wird. Der Magenschrittmacher («gastric pacing») ist daher keine etablierte Therapieoption.

Wesentlicher Kernpunkt der Therapie bleibt weiterhin die intakte Arzt-Patienten-Interaktion. ■

Literatur unter www.allgemeinarzt-online.de

Prof. Dr. med. Thomas Frieling
Med. Klinik II, Klinikum Krefeld
D-47805 Krefeld

Interessenkonflikte: keine

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 6/2007. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.