



© SPL, picturedesk.com

Management der funktionellen Dyspepsie

Neben der Refluxerkrankung ist die Dyspepsie eine der häufigsten Erkrankungen des Menschen. Die Diagnosestellung beruht rein auf der klinischen Symptomatik und dem Ausschluss einer organischen Oberbaucherkrankung. Auch zahlreiche Medikamente verursachen Dyspepsie-ähnliche Symptome wie zum Beispiel Kalziumkanalblocker, Bisphosphonate, Eisenpräparate, Kortikosteroide, Östrogene, verschiedene Antibiotika, NOAKs etc.

Herbert Tilg*



Die Dyspepsie ist ein häufiges Problem im klinischen Alltag und beinhaltet eine Vielzahl von Differentialdiagnosen. Es sind bis zu 20 Prozent der Bevölkerung jährlich betroffen und es handelt sich häufig um eine chronische Erkrankung. Damit hat dieses Beschwerdebild einen substantiellen Einfluss auf Kosten im Gesundheitssystem. Bei rund 25 Prozent finden sich organische Ursachen, während 75 Prozent eine sogenannte funktionelle Dyspepsie (oder „Reizmagen“) und unauffällige Untersuchungsergebnisse aufweisen. Der Symptomenkomplex ist vielseitig und die Patienten kontaktieren ihren Arzt oft mit „Verdauungsstörungen“ beziehungsweise Oberbauchbeschwerden. Bei genauerer Anamnese ergeben sich als Schlüsselsymptome neben epigastrischem Schmerz/epigastrischem Brennen Blähungen, ein postprandiales Völlegefühl, ein rasches Sättigungsgefühl, seltener Übelkeit und Erbrechen. Der häufig verwendete Begriff „Gastritis“ ist für dieses Beschwerdebild allerdings nicht zulässig und wird oft fälschlicherweise verwendet. Im vorliegenden Artikel geht es vorwiegend um das Thema funktionelle Dyspepsie.

Definition

Ähnlich wie beim Reizdarmsyndrom wurden auch für die funktionelle Dyspepsie klinische Kriterien (zuletzt die Rom IV-Kriterien) entwickelt, die auch in der klinischen Praxis zur Definition herangezogen werden können. Die Diagnose funktionelle Dyspepsie wird nach Ausschluss einer organischen Erkrankung angewendet: Dafür ist eine Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD), eine abdominelle Sonographie und ein Basislabor inklusive der Bestimmung von Transglutaminase-Antikörpern zum Ausschluss einer Zöliakie notwendig. Relevant ist auch das Faktum, dass eine funktionelle Dyspepsie in einem größeren Prozentsatz von psychischer Komorbidität (Angststörung, Somatisierung, u.a.) begleitet ist, chronische Schmerzsyndrome und ein Reizdarmsyndrom zusätzlich vorliegen. Auf eine ÖGD kann verzichtet werden, wenn die Patienten unter 50 Jahre sind und Alarmsymptome nicht vorliegen (Gewichtsverlust, Anämie, Erbrechen, nächtliche Beschwerden; siehe Tab. 1). In dieser Patientengruppe wird heute das „test-and-treat Konzept“ verfolgt und eine *Helicobacter pylori*-

Infektion ausgeschlossen beziehungsweise entsprechend behandelt (Ausschluss mittels ¹³C-Harnstoff-Atemtest beziehungsweise mit einer Stuhlantigenbestimmung auf *Helicobacter pylori*). Folgende Definition wird aktuell zur Diagnosestellung einer funktionellen Dyspepsie verwendet:

- Symptome über drei Monate (nicht konsekutiv, mindestens drei Mal wöchentlich) in den letzten sechs Monaten;
- persistierende oder wiederholte Schmerzen/Brennen im Oberbauch und Ausschluss einer organischen Erkrankung;
- zusätzliche Symptome wie rasches Sättigungsgefühl, Völlegefühl, Meteorismus und seltener Übelkeit;
- kein Hinweis, dass sich Beschwerden nach Defäkation bessern oder mit einer Änderung des Stuhlverhaltens assoziiert sind (Diarrhoe beziehungsweise Obstipation, häufig im Wechsel; das heißt Vorliegen eines Reizdarmsyndroms. Hier ist allerdings zu bemerken, dass Dyspepsie und Reizdarm in bis zu 40 Prozent parallel auftreten).

Differentialdiagnosen von Dyspepsie

Die Dyspepsie reflektiert eine funktionelle Erkrankung des oberen Gastrointestinaltraktes und entspricht damit einer Ausschlussdiagnose. Auch wenn die Dyspepsie die häufigste Magenerkrankung darstellt, sind entsprechende Differentialdiagnosen zu berücksichtigen. Zur Orientierung dienen vorwiegend Alarmsymptome und vor allem auch nächtliche Symptome (treten bei Dyspepsie und funktionellen Erkrankungen selten auf; siehe Tab. 1), die zwingend eine Abklärung inklusive ÖGD erfordern. Prospektive Studien haben gezeigt, dass bei Vorliegen von Alarmsymptomen in fünf bis zehn Prozent eine organische Ursache identifiziert werden kann.

Peptische Ulcuserkrankung

Die „klassischen“ Symptome bei *Ulcus duodeni* treten auf, wenn Säure sezerniert wird obwohl der Nahrungsstimulus bereits fehlt. Daher treten die Symptome zwei bis fünf Stunden nach einer Mahlzeit auf, wenn der Magen üblicherweise »

- » schon lange entleert ist. Zusätzlich zeigen sich Symptome vor allem zwischen 23 Uhr und 2 Uhr morgens, nachdem hier die Säureproduktion circadian maximal ist. Es ist jedoch klar festzustellen, dass auch bei der peptischen Ulcuserkrankung „klassische“ Symptome wie bei vielen anderen Erkrankungen häufig fehlen. Symptome (Schmerz, Unwohlsein) treten im rechten/linken Oberbauch oder im Epigastrium auf. Eine Ausstrahlung in den Rücken ist möglich; alleinig aber selten zu beobachten. Die Schmerzen sind oft bohrend und zermürbend, manchmal auch krampfartig. Häufig finden sich in der Folge schmerzfreie Intervalle, die auch Wochen andauern können.

Refluxerkrankung

Diese sehr häufige Erkrankung ist auszuschließen, vor allem weil sich eine Untergruppe der funktionellen Dyspepsie „Reflux-ähnlich“ präsentiert. Damit ist wiederum in der Regel eine endoskopische Untersuchung erforderlich. Typische Refluxsymptome sind neben Sodbrennen Regurgitation, Rülpsen und Thoraxschmerzen. Die Überlappung von Reflux-Erkrankung und Dyspepsie ist klinisch relevant und häufig zu sehen.

Magenkarzinom

Diese Erkrankung kommt bei Menschen, die unter Dyspepsie leiden, extrem selten vor und ist primär zu erwägen bei entsprechenden Alarmsymptomen. Nachdem das Magenkarzinom eher eine Erkrankung des älteren Menschen darstellt, ist das bei der Indikationsstellung für eine endoskopische Untersuchung zu berücksichtigen. Dyspeptische Beschwerden treten naturgemäß auch bei Patienten mit einem Magenfrühkarzinom auf. Alarmsymptome sind dennoch ein sinnvoller Weg, um Patienten mit Verdacht auf ein Malignom zu erfassen. Der negative Vorhersagewert von Alarmsymptomen bezüglich eines Malignoms des Ösophagus beziehungsweise Magens ist klinisch bei Patienten unter 50 Jahren sehr brauchbar. Bei Patienten über 50 Jahren ist diese Korrelation wesentlich schlechter; daher die Empfehlung: alle über 50-Jährigen, die Beschwerden im oberen Gastrointestinaltrakt haben, endoskopisch zu untersuchen.

Cholezystolithiasis

Schmerzen resultierend aus den ableitenden Gallenwegen lokalisieren typischerweise in den rechten Oberbauch oder ins Epigastrium und dauern meist eine Stunde und länger an. Der Schmerz strahlt oft in den Rücken beziehungsweise die Scapula aus und ist begleitet von Unruhe, Schwitzen und Erbrechen. Es folgen oft schmerzfreie Episoden über mehrere Wochen und Monate. Nachdem sowohl Dyspepsie als auch Gallensteine extrem häufig sind, ist ihr gemeinsames Vorkommen eine klinische Herausforderung. Nicht überraschend werden viele solche Patienten einer Cholezystektomie unterzogen, was dann auf die Beschwerden des Patienten keinen bessernden Einfluss nimmt. Hier kann vor allem das Auftreten von nächtlichen Symptomen wiederum helfen, die Dyspepsie von anderen Erkrankungen zu differenzieren.

Pankreatitis

Auch eine akute beziehungsweise eine chronische Pankreatitis kann sich mit ähnlichen Symptomen präsentieren und erfordert in Folge aufwändigere Untersuchungen inklusive Labor und Schnittbildgebung/Endosonographie zur Diagnosesicherung.

Reizdarmsyndrom

Die Dyspepsie und Reizdarm kommen gehäuft parallel vor. Typisch für den Reizdarm ist der abdominale Schmerz im Mittel-/Unterbauch und ein wechselndes Stuhlverhalten begleitet von Meteorismus und reichlich Schleimabgang.

Medikamenten-induzierte Dyspepsie

Im klinischen Alltag ist immer auch daran zu denken, ob das Beschwerdebild i.e. Dyspepsie als Nebenwirkung von Medikamenten aufgetreten ist. Nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) spielen in der Manifestation von Nebenwirkungen und Erkrankungen im oberen Gastrointestinaltrakt unverändert eine zentrale Rolle. Häufig sind NSAR-induzierte Ulzera allerdings asymptomatisch, was klinisch für uns besonders relevant erscheint. Zahlreiche andere Medikamente verursachen Dyspepsie-ähnliche Symptome (Metronidazol, Kalziumkanalblocker, Bisphosphonate, oral verabreichtes Kalium, Eisenpräparate, Colchizin, Kortikosteroide, Östrogene, Levodopa, verschiedene Antibiotika, NOAKs etc.).

Pathophysiologie der funktionellen Dyspepsie

Die zugrundeliegende Pathophysiologie ist unklar und involviert neben gestörter motorischer Tätigkeit/Motilität, viszerale Sensitivität/Schmerzwahrnehmung, Helicobacter pylori-Infektion, eine Störung des gastroduodenalen Mikrobioms und psychosoziale Aspekte. Eine gestörte Magenentleerung findet sich bei 30 bis 80 Prozent aller Betroffenen. Diese manifestiert sich klinisch meist als epigastrischer Schmerz/Brennen, rasches Sättigungsgefühl, Blähung, Übelkeit und auch Gewichtsverlust. Es finden sich eine gestörte Magenentleerung, eine auffällige Verteilung des Mageninhaltes postprandial und eine gestörte Abstimmung der Fundus-Antrum-Interaktion, alles passend zu einer gestörten Magenmotilität.

Insgesamt sind allerdings die Korrelationen von Symptomen mit nachgewiesener Magenentleerungsstörung schlecht. Neben einem Motilitätsproblem liegt bei den meisten Patienten eine gesteigerte viszerale Sensitivität beziehungsweise Hyperalgesie vor. Eine isobare Ballondehnung im Magen ermöglicht die Diagnosestellung; allerdings ist diese Maßnahme im Wesentlichen Studienbedingungen vorbehalten und hat weiterhin nicht Einzug in die klinische Diagnostik gefunden. Interessanterweise besteht auch kein Zusammenhang zwischen gestörter Magenentleerung und viszeraler Hyperalgesie. Damit treten diese beiden Phänomene bei der Dyspepsie meist unabhängig voneinander auf.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Pathophysiologie stellt die *Helicobacter pylori*-Infektion dar. *Helicobacter pylori*, eine wichtige Ursache einer chronisch aktiven Gastritis und von Ulzera im oberen Gastrointestinaltrakt, wurde auch in Zusammenhang mit einer motorischen Störung der glatten Muskulatur gebracht. Allerdings wurde in verschiedenen Studien weder ein Zusammenhang mit gestörter Magenentleerung noch mit viszeraler Hyperalgesie und *Helicobacter pylori* hergestellt. Ein wichtiger Aspekt in der Pathophysiologie der Dyspepsie könnte ähnlich wie beim Reizdarmsyndrom eine postentzündliche Ursache sein.

Psychosoziale Aspekte spielen bei diesem Krankheitsbild eine wesentliche Rolle. Angstzustände, Neurosen und Depression treten gehäuft auf. Diese Aspekte können sowohl ätiologisch eine Rolle spielen als auch konsekutiv auftreten. Vor allem präklinisch gibt es zunehmend Hinweise, dass eine Magen-Darm-Hirnachse von Relevanz ist. Dazu passt auch die Tatsache, dass gewisse Psychopharmaka wie Amitriptylin bei der Dyspepsie Wirksamkeit zeigen. Auch Nahrungsaspekte dürften von größerer Relevanz sein und eine entsprechende genaue Anamnese ist unabdingbar. Hier existiert allerdings unverändert kein klares klinisches Bild, auch wenn fettreiche Mahlzeiten und Kaffee, Alkohol, scharfe Speisen oder Nikotin oft schlecht vertragen werden. Inwieweit, die sogenannte „Nicht-Zöliakie Hypersensitivität“ (das heißt empfindliche Reaktion des oberen Gastrointestinaltraktes auf Nicht-Glutenbestandteile des Weizens inklusive subklinischer mukosaler Inflammation, vor allem im Duodenum) bei der funktionellen Dyspepsie eine Rolle spielt, ist momentan nicht geklärt. Weizenprodukte sind damit ein weiteres Nahrungsmittel, das zumindest kritisch zu hinterfragen ist. Insgesamt ist das Krankheitsbild der Dyspepsie wohl bedingt durch eine komplexe Interaktion psychosozialer und physiologischer Faktoren.

Diagnosestellung

Klinisch lassen sich bei funktioneller Dyspepsie zwei Subtypen beschreiben:

- Postprandiales „Distress“ Syndrom: Es dominieren postprandiales Völlegefühl und rasches Sättigungsgefühl.
- Epigastrisches Schmerzsyndrom: charakterisiert durch epigastrischen Schmerz/Brennen, nicht nur postprandial auftretend.

Diese beiden Formen zeigen allerdings klinisch häufig Überlappungen. Die exakte Anamnese ist wiederum von zentraler Bedeutung und verschiedene Fragen sollten inkludiert sein.

Es existieren keine diagnostischen Untersuchungen, um eine Dyspepsie zu beweisen. Daher beruht die Diagnosestellung rein auf klinischer Symptomatik (epigastrischer Schmerz, Völlegefühl, Blähungen, rasche Sättigung, Übelkeit, Erbrechen; siehe

Rom IV-Kriterien) und dem entsprechenden Ausschluss einer organischen Oberbaucherkrankung.

Folgende Aspekte sind für die Diagnosestellung einer funktionellen Dyspepsie erforderlich:

- Physikalische Untersuchung
- Laboruntersuchung (inklusive Ausschluss einer Zöliakie mittels Transglutaminaseantikörper-Testung)
- HP-Testung
- + Endoskopische Untersuchung (inklusive Duodenalbiopsie; dann endgültige Diagnose einer „funktionellen Dyspepsie“).

Erbrechen ist bei funktioneller Dyspepsie selten und sollte von Regurgitation (Symptom einer Refluxerkrankung) und Rumination unterschieden werden:

- Erbrechen = häufig vorher Übelkeit und oraler Speichelfluss (meist > 100 mL Erbrochenes, Mageninhalt „sauer“).
- Regurgitation = wenig sauer, postprandial, ein bis zwei Mal pro Tag, auch abends im Bett (< 100 mL).
- Rumination = tritt oft mehrmals postprandial auf: entsteht durch Kontraktion der Bauchmuskulatur, „neutraler“ Geschmack, spricht auf Physiotherapie an.

In Österreich ist der Zugang zu endoskopischen Untersuchungen gut gegeben, weswegen sowohl bei Alarmsymptomen als auch bei allen Patienten über 50 Jahren eine endoskopische Untersuchung erfolgen sollte. Häufig wird diese Maßnahme ohnehin durch entsprechenden Patientenwunsch getriggert. Die Zurückhaltung bezüglich ÖGD bei Verdacht auf Dyspepsie und unter 50-Jährigen basiert auf vielen Studien, in denen gezeigt wurde, dass sich hier meist Normalbefunde ergeben (Abb. 1).

Therapie des Reizmagens

Die Behandlung der Dyspepsie ist eine klinische Herausforderung und oft nicht sehr erfolgreich. Ziel ist es nicht, den Patienten symptomfrei zu bekommen, sondern ihm einen besseren »

Tab. 1: Alarmsymptome bei Dyspepsie,...

... bei denen eine endoskopische/bildgebende Abklärung erforderlich ist:

- Gewichtsverlust
- Persistierendes Erbrechen
- Anämie
- Dysphagie
- Hämatemesis
- Tastbare abdominale Resistenz
- Lymphknotenvergrößerung
- Positive Familienanamnese für Magenkarzinom
- Frühere Magenoperation

- » Umgang mit seinen Symptomen zu ermöglichen. Man sollte sich bezüglich Therapie am dominanten Symptom orientieren. Ehe eine medikamentöse Therapie begonnen wird, sind Lebensumstände und „Lifestylefaktoren“ anamnestisch genau zu erfragen. Auch sind Essgewohnheiten zu erfragen und eine entsprechende Umstellung inklusive Portionsgrößen etc. zu empfehlen.

Insgesamt ist ähnlich wie bei Patienten mit Reizdarm vorzugehen. Das ärztliche Gespräch mit Aufklärung über die Natur der Erkrankung steht im Vordergrund. Ganz wesentlich erscheint die Tatsache, dem Patienten seine Diagnose möglichst verständlich zu erklären. Das hilft vielen Patienten und gibt ihnen vor allem das Gefühl, dass ihre Beschwerden ernst genommen werden. Patienten mit Dyspepsie suchen oft verschiedene Ärzte auf - letztlich auch ihre Unzufriedenheit und Frustration mit diesem Krankheitsbild reflektierend.

Die medikamentöse Therapie des Reizmagens basiert auf dem momentanen pathophysiologischen Verständnis dieser Erkrankung. Eine Herausforderung in allen klinischen Studien ist und war die enorm hohe Placebo-Rate (bis zu 70 Prozent), was naturgemäß die Entwicklung und Etablierung einer wirksamen Therapie limitiert. Jegliche Therapie kann nur Symptom-orientiert und nicht kausal sein. Folgende therapeutischen Konzepte werden verfolgt:

- Säuresuppressive Therapien (Protonenpumpenhemmer, H2-Blocker)
- Helicobacter pylori-Eradikationstherapie
- Trizyklische Antidepressiva
- Prokinetika
- Phytotherapeutika
- Bauchhypnose

Protonenpumpenhemmer (PPIs)

Über die Verwendung von PPIs bei Dyspepsie liegen zahlreiche kontrollierte Studien inklusive entsprechender Meta-Analysen vor – mit einer Besserung der Symptomatik bei bis zu 60 Prozent versus 49 Prozent bei Placebo. Aufgrund der Verträglichkeit und Verfügbarkeit stellt die Einnahme eines PPIs heute meist die erste therapeutische Maßnahme dar. Es darf allerdings festgestellt werden, dass die sogenannte „number-needed-to-treat“ (NNT) elf beträgt: das heißt bei vielen Patienten wirkt diese Therapie nicht. Eine zweimal tägliche Dosierung zeigte keinen Vorteil. Falls nach achtwöchiger Therapie kein Nutzen vorliegt, sollte diese Therapie wieder beendet werden. Bei Ansprechen sollte die Indikation für einen PPI halb-jährlich re-evaluiert werden, um eine Dauertherapie zu vermeiden.

Die Kombination eines PPI mit einem Prokinetikum zeigt einen minimalen therapeutischen Vorteil. Ein überzeugender Vorteil von PPI gegenüber H2-Blockern konnte nie gezeigt werden. Damit stellt die Dyspepsie weiterhin eine mögliche Indikation für

Tab. 2.: Management der Dyspepsie: häufige Fehler*

- Überuntersuchung („choosing wisely“): „zu viele endoskopische Untersuchungen“
- Unterlassung einer psychologischen/psychiatrischen Anamnese
- Nichterkennen von Ess-Störungen
- Fehlinterpretation von Erbrechen als Regurgitation/Rumination
- Dauertherapie mit PPIs
- Nichterkennen von Medikamentenunverträglichkeiten
- Inadäquate Zuweisung zur Operation (vor allem Cholezystektomie)
- Nichterkennen der Notwendigkeit einer interdisziplinären Betreuung
- Unbefriedigende Patienten-Arzt-Interaktion
- Nicht rechtzeitige endoskopische Untersuchung bei Alarmsymptomen

*nach Mark Fox. UEG Education 2016; 16:4-6

die Anwendung von H2-Blockern dar. Für die klinische Praxis ist weiterhin wesentlich, dass vor allem der Dyspepsie-Patient mit Reflux-ähnlicher Symptomatik von einer Therapie mit einem PPI oder H2-Blocker profitiert; ein schlechtes Ansprechen zeigt generell der Patient mit primärer Motilitätsstörung mit im Vordergrund stehender Übelkeit. Neuere Präparate wie Gaviscon-Alginat zeigten in Placebo-kontrollierten Studien eine signifikante Symptomreduktion vor allem bei Patienten mit Reflux-dominanter Symptomatik.

HP-Eradikationstherapie

Über die pathogenetische Rolle von Helicobacter pylori wird kontroversiell diskutiert. Bei Patienten, die an Dyspepsie leiden, ist der Helicobacter pylori-Status zu erfassen und die Eradikation eine der frühen sinnvollen Therapiestrategien. In mindestens zwei Studien konnte eine Helicobacter pylori-Eradikationstherapie im Vergleich zu Placebo bei Dyspepsie eine klare Wirksamkeit für die Eradikationstherapie zeigen (NNT von 7). In mindestens vier großen Studien wurde eine Eradikationstherapie mit einer reinen PPI-Therapie verglichen; die Wirksamkeit nach einem Jahr war ähnlich (27 Prozent Besserung nach einem Jahr in der Eradikationsgruppe versus 22 Prozent in der PPI-Gruppe). Große internationale Fachgesellschaften haben die Helicobacter pylori-Eradikationsempfehlung bei Dyspepsie als relative Indikation aufgenommen. Es ist allerdings klar festzustellen, dass ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten erfolgen muss und die Erwartungshaltung bezüglich des Nutzens einer Eradikationstherapie klar definiert werden muss. Damit stellt die Helicobacter pylori-Eradikationstherapie neben einer PPI-Therapie die erste Behandlungsstrategie bei Dyspepsie dar.

Trizyklische Antidepressiva (TCA)

Sollte eine PPI-Therapie beziehungsweise Helicobacter pylori-Eradikationstherapie nicht zur Besserung führen, ist eine Therapie mit einem trizyklischen Antidepressivum zu erwägen. Die Verwendung von trizyklischen Antidepressiva bei Dyspepsie wurde in zahlreichen Studien untersucht. Eine Wirksamkeit scheint vor allem für Amitriptylin vorzuliegen. Es sollte mit einer niedrigen Abenddosis begonnen werden (Amitriptylin 10-25 mg,) um Schwindel und anti-cholinerge Symptome zu vermeiden und eine langsame Dosissteigerung erfolgen (zum Beispiel alle zwei Wochen). Oft reichen solch niedrige Dosen aus; ein Effekt sollte nach zwei bis drei Monaten Therapie erkennbar sein. Die Wirksamkeit dieser Therapien ist nicht dosisabhängig (NNT für TCA 6). Weiters zeigt Mirtazapin (15 mg) einen positiven Effekt vor allem bei Vorliegen von Gewichtsverlust. SSRIs waren in verschiedenen Studien ohne Nutzen.

Die medikamentöse Therapie bei Patienten mit Dyspepsie wird erschwert durch die Tatsache, dass viele Betroffene von „Medikamenten-Allergien“ berichten. Echte Allergien sind allerdings selten; vermutlich reagieren Patienten mit Dyspepsie auf viele externe Reize inklusive Medikamente. Dies sollte die betreuenden Ärzte von Therapieversuchen nicht abhalten.

Prokinetika

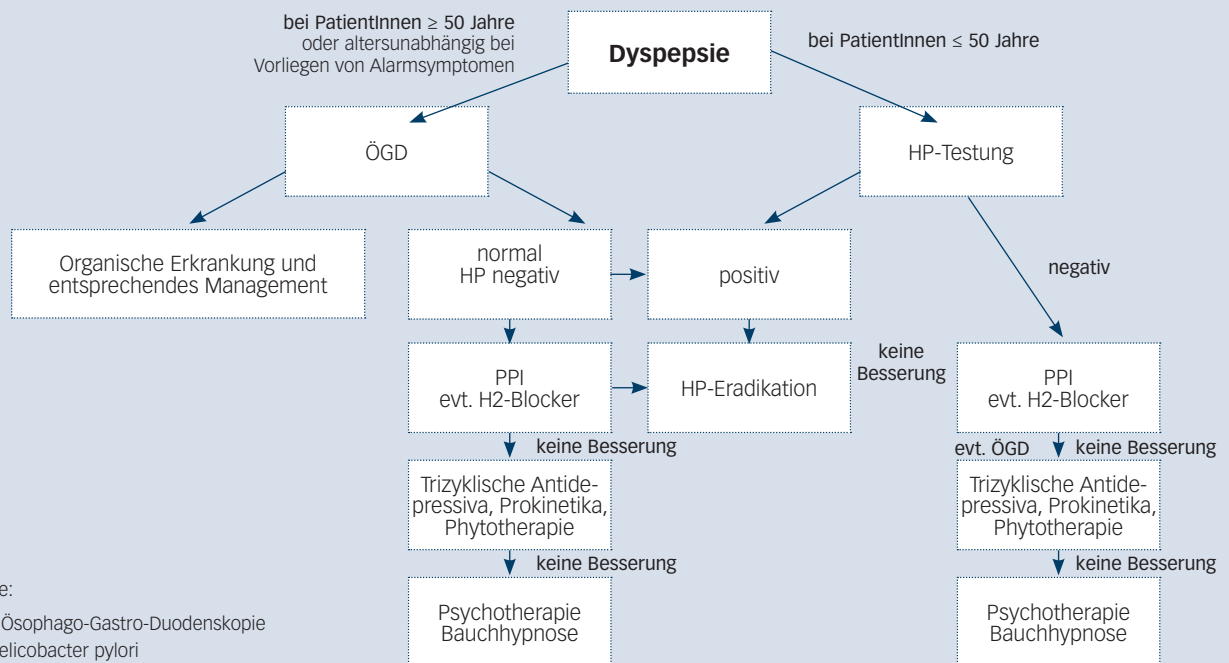
Diese Substanzklasse zeigte zwar in früheren Studien eine gewisse Wirksamkeit, steht jedoch auf Grund ihres Nebenwir-

kungsprofils nur noch sehr eingeschränkt zur Verfügung. Der Dopamin-Antagonist Metoclopramid sollte auf Grund von rezenten Nutzen-Risiko-Abwägungen nur noch kurzzeitig verwendet werden; das heißt kürzer als zwölf Wochen. Dies ist naturgemäß bei einer chronischen Erkrankung wie der Dyspepsie sehr limitierend. Das gilt auch für Domperidon, das auf Grund von unerwünschten kardialen Nebenwirkungen deutlich indikationsbeschränkt ist. Die Tagesdosis von Domperidon sollte unter 30 mg liegen. Damit stehen Prokinetika bis zur Entwicklung neuer Medikamente nur sehr limitiert zur Verfügung.

Phytotherapeutika

Diese Therapeutika haben in den letzten Jahren in der Behandlung der Dyspepsie an Bedeutung gewonnen, auch wenn ihre Verwendung in US-amerikanischen Guidelines nicht enthalten ist. Die besten Studiendaten liegen für das Phytotherapeutikum STW-5 vor, das in mehreren klinischen Studien einen signifikanten klinischen Effekt zeigen konnte. In diesem Zusammenhang muss allerdings betont werden, dass diese Produkte nicht als nebenwirkungsfrei zu sehen sind. Das in STW-5 enthaltene Schöllkraut wird in Zusammenhang mit schwerer Hepatotoxizität gebracht, was sich zuletzt in Empfehlungen verschiedener internationaler Gesellschaften auch widerspiegelt. Ein weiteres Beispiel mit gewisser Wirksamkeit stellen Pfefferminzpräparate dar, welche beispielsweise in Form von Pfefferminzölkapseln als Therapeutikum angeboten werden. Insgesamt liegen mit ver- »

Abb. 1.: Vorgehen bei Dyspepsie



- » verschiedensten pflanzlichen Präparaten zahlreiche kontrollierte Studien vor. Bis zum Vorliegen besserer Studien ist vor allem beim Patienten mit wenigen Therapieoptionen (motilitäts-ähnliche Erkrankung mit Übelkeit) eine solche Therapie vertretbar. Vor allem Studien, die Pfefferminz und Kümmel untersuchten, waren vielversprechend.

Psychotherapeutische Verfahren und Bauchhypnose

Diese Therapieansätze spielen in dieser Patientenpopulation je nach Verlauf der Erkrankung eine wichtige Rolle. Verschiedene Verfahren sind vermutlich ähnlich wirksam. Die Bauchhypnose ist vielversprechend und in großen kontrollierten Studien wurden überzeugende Ergebnisse für ihre Wirksamkeit geliefert. Die Bauchhypnose wird mittlerweile in Österreich weit verbreitet praktiziert und ist aus Sicht des Autors den Betroffenen neben zahlreichen anderen psychotherapeutischen Verfahren wegen der Wirksamkeit großzügig anzubieten.

Wichtige Fallgruben bei Diagnose und Therapie

Der Patient, der sich mit Dyspepsie präsentiert, benötigt einen klaren klinischen Zugang im Sinn von Evidenz und Leitlinien. Beim Patienten mit Alarmsymptomen und beim Patienten über 50 Jahre ist in unseren Breiten eine sofortige endoskopische Untersuchung anzustreben. Patienten unter 50 Jahre sollten immer einer *Helicobacter pylori*-Testung unterzogen werden (nach 13C-Harnstoffatemtest oder Stuhlantigentestung) und es sollte eine Eradikationstherapie erfolgen (negative Anamnese bezüglich der Einnahme von NSAR). Zeigt sich trotz erfolgreicher *Helicobacter pylori*-Eradikation keine Besserung, sollte für acht Wochen eine anti-sekretorische Therapie erfolgen (PPI oder auch H2-Blocker in Folge). Nach dieser Zeit ist auch beim Patienten unter 50 Jahre eine ÖGD sinnvoll und notwendig. Dieser Algorithmus hat sich in der täglichen klinischen Praxis bewährt. Allerdings ist in unseren Breiten das Bedürfnis nach frühzeitiger endoskopischer Untersuchung häufig gegeben (siehe Abb. 1). In Tabelle 2 sind häufige Fehler beim Management bei Dyspepsie gelistet.

Prognose

Die Dyspepsie ist häufig eine chronische Erkrankung. In zahlreichen Studien wurde gezeigt, dass sich bei 60 bis 90 Prozent aller Patienten nach zwei bis drei Jahren die Beschwerden ähnlich präsentieren. Andererseits ist auch klar nachgewiesen, dass eine exakte Diagnose und die Aufklärung zu einer signifikanten Besserung bei vielen Betroffenen führen. Die Rolle von Ernährung/Diät ist bei Dyspepsie unklar, aber sehr wahrscheinlich relevant. Das Führen eines Symptom-Tagebuches erscheint wichtig und sollte allen Patienten empfohlen werden. Experimentell bestehen Hinweise, dass fettreiche Nahrung Symptome eher provozieren kann. Spezifische Diättempfehlungen existieren allerdings weiterhin nicht; eine begleitende diätologische Betreuung ist sinnvoll, um moderne Diätkonzepte wie FODMAP-Diäten zu diskutieren.

Internationale Diagnose-/ Therapierichtlinien und klinische Praxis

Bei der Diagnose Dyspepsie handelt es sich häufig um eine rein klinische Diagnose, auch wenn die definitive Diagnose funktionelle Dyspepsie den Ausschluss einer organischen Erkrankung erfordert. In internationale Diagnose-Richtlinien wird beim Fehlen von Alarmsymptomen nur bei Patienten über 50 Jahre eine ÖGD empfohlen; in den USA beispielsweise gibt es die Empfehlung, sie nur bei Patienten über 60 Jahren durchzuführen. Dies lässt sich allerdings in unseren Breiten im klinischen Alltag oft schwer umsetzen, da das Bedürfnis von Patienten gerade aus dieser Krankheitsgruppe nach einer endoskopischen Untersuchung und „Sicherheit“ sehr groß ist. Hier stellt damit das ausführliche Patientengespräch eine unabdingbare Voraussetzung für eine befriedigende Arzt-Patienten-Interaktion dar.

Zusammenfassung

Die Dyspepsie stellt eine sehr häufige Erkrankung dar. Auf Grund fehlender sehr wirksamer Therapien ist die Frustration in dieser Patientenpopulation groß. Eine exakte Diagnosestellung und Aufklärung stellen die Eckpfeiler einer jeglichen Therapie dar. Besonders wesentlich ist die Tatsache, auf die Gutartigkeit dieser Erkrankung hinzuweisen. Die Pharmakotherapie ist zwar oft unbefriedigend, ungeachtet dessen stellen PPIs und H2-Blocker die am besten untersuchten und wirksamsten Therapien dar. Die *Helicobacter pylori*-Eradikation führt klinisch bei einem gewissen Prozentsatz zur Besserung. Generell werden in dieser Patientengruppe trizyklische Antidepressiva zu defensiv verwendet und damit wird den Patienten eine potentiell hilfreiche Therapie oft vorenthalten. Der Patient mit einer motilitäts-bedingten Erkrankung (prädominant Übelkeit) ist am schwierigsten zu therapieren. Beim Therapie-refraktären Patienten und entsprechendem Leidensdruck sollte eine Bauchhypnosetherapie versucht werden. Pflanzliche Präparate stellen für viele Patienten eine attraktive, aber nicht sehr wirksame Alternative dar. ☉

Literatur beim Verfasser

**) Univ. Prof. Dr. Herbert Tilg, Universitätsklinik für Innere Medizin I/Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie & Stoffwechsel; Medizinische Universität Innsbruck, Anichstraße 35, 6020 Innsbruck; Tel.: 0512/504/23 539; E-Mail: herbert.tilg@i-med.ac.at*

Lecture Board: Univ. Prof. Dr. Christian Datz, Krankenhaus Oberndorf/Abteilung für Innere Medizin, Univ. Prof. Dr. Rainer Schöfl, Ordensklinikum Linz/Innere Medizin 4

Ärztlicher Fortbildungsanbieter: Universitätsklinik für Innere Medizin I, Medizinische Universität Innsbruck

Im Rahmen des Diplom-Fortbildungs-Programms der Österreichischen Ärztekammer ist es möglich, durch das Literaturstudium in der ÖÄZ Punkte für das DFP zu erwerben.

Insgesamt müssen vier von sechs Fragen richtig beantwortet sein. Eine Frage gilt als korrekt beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten markiert sind.

Schicken Sie diese Seite bis 10. August 2018 an:
Verlagshaus der Ärzte GmbH, z. Hd. Claudia Chromy
Nibelungengasse 13, 1010 Wien
Fax: 01/512 44 86-55
E-Mail: c.chromy@aerzteverlagshaus.at



www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium

Bitte deutlich ausfüllen, da sonst die Einsendung nicht berücksichtigt werden kann!

Name:

ÖÄK-Arztnummer: | | | | | - | | | | |

Adresse:

E-Mail-Adresse:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Turnusarzt/Turnusärztin
- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für

- Ich besitze ein gültiges DFP-Diplom.
- Ich nutze mein DFP-Fortbildungskonto.
Bitte die DFP-Punkte automatisch buchen.

Altersgruppe:

- < 30 41–50 31–40 51–60 > 60

1) Die funktionelle Dyspepsie (eine Antwort richtig):	
a)	lässt sich klinisch von der Reflux-Erkrankung immer unterscheiden
b)	zeigt ein typisches endoskopisches Bild
c)	Übelkeit ist ein typisches und schwer zu therapierendes Symptom
d)	spielt in der täglichen Praxis eine geringe Rolle
2) Welche Aussagen zur funktionellen Dyspepsie sind richtig? (zwei Antworten richtig):	
a)	Die Pathophysiologie der funktionellen Dyspepsie versteht man gut.
b)	Die gestörte Schmerzwahrnehmung spielt eine Rolle.
c)	Eine Motilitätsstörung liegt häufig vor.
d)	Die funktionelle Dyspepsie ist eine florid-entzündliche Erkrankung.
3) Die Therapie der Dyspepsie: (drei Antworten richtig):	
a)	Es gibt keine kausal ausgerichtete Therapie.
b)	Protonenpumpenhemmer zeigen eine gewisse Wirksamkeit.
c)	Bauchhypnose ist eine wirksame Therapieform.
d)	Eine Helicobacter pylori-Eradikation führt in mehr als 90 Prozent zu Beschwerdefreiheit.
4) Phytotherapeutika bei Dyspepsie: (zwei Antworten richtig)	
a)	Es existieren randomisierte kontrollierte Studien.
b)	STW-5 ist wirksamer als eine PPI-Therapie.
c)	Phytotherapeutika haben keine Nebenwirkungen.
d)	Phytotherapeutika stellen die Primärtherapie der Dyspepsie dar.
5) Die Helicobacter pylori-Eradikation bei Dyspepsie: (zwei Antworten richtig)	
a)	Die Helicobacter pylori-Eradikation stellt eine hochwirksame Therapie bei Dyspepsie dar.
b)	Vor einer Helicobacter pylori-Eradikation bei Patienten unter 50 Jahre bei Dyspepsie ist eine Endoskopie notwendig.
c)	Es liegen große kontrollierte Studien zu diesem Thema vor.
d)	Bei erfolgloser Eradikation ist eine anti-sekretorische Therapie einzuleiten.
6) Prokinetika bei Dyspepsie: (eine Antwort richtig)	
a)	Metoclopramid ist wirksam und in der Dauertherapie gut verträglich.
b)	Spielen heute auf Grund ihrer Nebenwirkungen eine geringe Rolle.
c)	Domperidon kann als Langzeittherapie bedenkenlos eingesetzt werden.
d)	Zahlreiche neuere Prokinetika stehen aktuell zur Verfügung.

Zwei Drittel der Fragen richtig beantwortet: ○