

Reizmagen – was tun?

1 Magenentleerungs- Untersuchungen

W. Rösch legt in seinem Beitrag sehr eindrucksvoll die Komplexität des Krankheitsbildes „Reizmagen“ dar, welches sich aus einer Vielzahl von Symptomen-Komplexen und Pathomechanismen (Refluxtyp, Motilitätsstörungstyp, Ulkustyp, essentielle Dyspepsie) zusammensetzt. Um so bemerkenswerter ist es daher, daß in der von Rösch vorgeschlagenen gastroenterologischen Diagnostik keine Funktionsuntersuchungen enthalten sind. Nuklearmedizinische Magenentleerungsstudien zur objektiven Quantifizierung der Magenentleerung gehören nach Rösch nicht zum gastroenterologischen Routinoprogramm, daher sei die Therapie häufig empirisch determiniert. Muß dies tatsächlich so sein?

Magenentleerungs-Untersuchungen stellen seit mehr als zehn Jahren ein etabliertes diagnostisches Verfahren in der Nuklearmedizin dar. Ihre technische Durchführung ist weitgehend standardisiert und in jeder zeitgemäß ausgestatteten nuklearmedizinischen Abteilung möglich. Die Untersuchungszeit ist mit 40 bis 50 Minuten relativ kurz, die Strahlenexposition der Patienten mit 0,05 bis 0,98 mGy Gonadendosis sehr gering. Durch einfache, rechnergestützte Auswertung (ROI-Technik) ist eine Quantifizierung der Magenentleerung möglich, etwaige gastroösophageale Refluxe können ebenfalls quantitativ miterfaßt werden. Auf diese Weise läßt sich eine pathophysiologische Zuordnung der Beschwerden des Patienten erzielen (verzögerte Magenentleerung/Gastroparese, Reflux). Auch die von Rösch geforderte und als sehr schwierig angesehene Objektivierung der Effizienz einer Pharmakotherapie ist problemlos möglich.

Es darf somit festgestellt werden, daß eine Vielzahl der von Rösch aufgeworfenen diagnostischen und therapeutischen Probleme des „Reizmagens“ bei Anwendung

Zu dem Beitrag von
Prof. Dr. med. Wolfgang Rösch
in Heft 36/1990

der verfügbaren nuklearmedizinischen Untersuchungsmöglichkeiten gelöst werden könnten. Dies ist umso bedeutungsvoller, als erst durch die Erkennung der Pathophysiologie des Reizmagens eine rationelle Therapie möglich wird.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Roland Bares
Klinik für Nuklearmedizin
der RWTH Aachen
Pauwelsstraße 30
W-5100 Aachen

2 Auch Allergien möglich

W. Rösch schreibt, daß 30 Prozent der Bevölkerung an funktionellen Oberbauchbeschwerden leiden, wobei bei 60 Prozent Motilitätsstörungen und 25 Prozent Säurebeschwerden auftreten. Therapeutisch werden Gastroprokinetika und antisekretorisch aktive Substanzen oder Wismutpräparate empfohlen. Die Wahl des Themas sagt mir bereits, daß therapeutisch, aber auch vom pathophysiologischen Konzept her Lücken vorhanden sind. Aus der Erfahrung meiner Praxis kann ich sagen, daß ein Großteil dieser Patienten an Nahrungsmittelallergien oder Unverträglichkeiten leidet, und es verwundert mich immer wieder, daß von gastroenterologischer Seite kaum mit Allergologen zusammengearbeitet wird. Ich darf diesbezüglich auf die ausgezeichnete Veröffentlichung von Tschaikowski/Jorde im Springer-Verlag 1989 und meine eigene Veröffentlichung Anfang dieses Jahres im bayerischen Internisten verweisen. „Im Lärm um die Umwelt vernachlässigen wir unsere Inwelt.“

Auf unseren äußeren und inneren Schleimhäuten leben auch beim Gesunden mehr Mikroorganismen als der Körper Zellen hat; daß ein harmonisches Zusammenleben über Krankheit und Gesundheit entscheidet, sollte deshalb nicht verwundern. Mikroorganismen können Vitamine sowohl synthetisieren als auch verbrauchen und Toxine produzieren. Bei Dysbiose kommt es zusätzlich zu Fermentmangelzuständen und zu einer Zersetzung von Nahrungsanteilen im Gastrointestinaltrakt. Ich darf auf die Veröffentlichungen von Prof. Pirllet aus Frankfurt sowie des mikrobiologischen Arbeitskreises Herborn und die Veröffentlichungen der Gesellschaft der Mayr-Ärzte verweisen. Prof. Rösch beschreibt ein hohes Ansprechen auf Plazebomedikation bei diesen Erkrankungen.

Ich möchte fragen, inwieweit bei diesen Studien zirkadiane Einflüsse berücksichtigt wurden, die ja gerade, was die Verdauung betrifft, eine große Rolle spielen. Bekanntlich konnte im Tierversuch mit Mäusen (LD-50-Test) mit Barbituraten und Diazepam eine Variation zwischen 0 und 100 bei Verabreichung innerhalb verschiedener Tageszeiten gefunden werden. Da es sich bei den angesprochenen Erkrankungen meist um jahrelang bestehende Beschwerden und Syndrome handelt, sollten Erfahrungen aus dem Reha- und ambulanten Bereich mehr in die Überlegungen bezüglich der Pathophysiologie und der Therapie einbezogen werden.

Dr. med. Wolfgang May
Chefarzt der Klinik Alpenblick
Aunhamerweg 50
W-8394 Bad Griesbach

3 Begleitende Psychotherapie

In seinem sehr differenzierten Beitrag weist W. Rösch bereits auf die enge Verzahnung von Psyche und funktionellen Beschwerden des Gastrointestinaltrakts hin. Ich möchte hierzu noch einige Ergänzungen machen:

Funktionelle Oberbauch- (FOB) oder allgemeine funktionelle abdominale Beschwerden (FAB) neigen

zur Chronifizierung, ein Umstand, der auch unter sozioökonomischen Aspekten wichtig ist. Eine dänische Studie fand bei 37 Patienten mit FAB fünf bis sieben Jahre nach Diagnosestellung noch in 81 Prozent bestehende FAB, jedoch waren diese in 51 Prozent gebessert (3). Dabei scheinen die Behandlungserfolge der FAB unter einer begleitenden Psychotherapie größer zu sein als bei rein somatisch-medikamentöser Therapie; dies wird nachvollziehbar, wenn man sich vor Augen hält, daß bei etwa zwei Dritteln aller FOB-Patienten eine neurotische Symptomatik feststellbar sein soll. Es läßt sich aber für die FOB keine einheitliche Persönlichkeitsstruktur finden, jedoch typischerweise eine depressive Grundstimmung, eine Abhängigkeit der Beschwerden von psychosozialen Belastungssituationen (die meist von den Patienten im Gegensatz zu den körperlichen Beschwerden nicht spontan geschildert werden), sowie aus tiefenpsychologischer Sicht der zumeist unbewußte Wunsch nach „Gefüttert-Werden“, nach Versorgung.

Der Umgang mit FOB-Patienten erfordert daher viel Feingefühl. Der Arzt sollte sich hüten, nach ergebnisloser, umfassender somatischer Diagnostik dem Patienten die Beschwerden „ausreden“ zu wollen oder trotz ausreichender Diagnostik auf den wiederholt vom Patienten geäußerten Wunsch nach weiteren Untersuchungen stets mit neuer somatisch-technischer Diagnostik zu reagieren und dem ohnehin besorgten Patienten so fälschlicherweise zu signalisieren, doch an einer besonders seltenen und gefährlichen körperlichen Krankheit zu leiden. Meines Erachtens sollten vom Arzt geduldig die genaueren Lebensumstände des Patienten erfragt, jedoch nur vorsichtig deren Zusammenhang mit den FOB gedeutet werden.

Weiterhin halte ich es für wünschenswert, wenn eine eigene Studie vorgestellt wird, wie in dem Artikel von Prof. Rösch die Ergebnisse der Behandlung mit Cisaprid, stets auch die Anzahl der untersuchten Patienten zu nennen, die ja für die Interpretation der Ergebnisse ausgesprochen wichtig ist. Ich würde mich

freuen, wenn der Autor in seinem Diskussionsschlußwort diese Fallzahlen noch nennen könnte.

Literatur beim Verfasser

Nicolas Nowack, Arzt
Psychiatrische Klinik Hücklingen
Am Wischfeld 16
W-2120 Lüneburg

Schlußwort

Bei einem so häufigen Leiden wie dem Reizmagen-Syndrom muß zunächst diskutiert werden, ob nicht einer probatorischen Therapie der Vorrang vor einer gastroenterologischen Diagnostik eingeräumt werden muß, so wünschenswert diese auch erscheinen mag. Die von Herrn Kollegen Bares vorgeschlagene Isotopendiagnostik muß sicher wissenschaftlichen Fragestellungen und kontrollierten Therapiestudien vorbehalten bleiben, zumal ja nur bei 50 bis 60 Prozent aller Patienten eine verzögerte Magenentleerung nachweisbar ist. Als „Screening-Verfahren“ würden wir dabei der sonographischen Bestimmung der Magenentleerung den Vorzug geben, da aufgrund eigener Untersuchungen eine sehr gute Korrelation zwischen Ultraschall und Isotopentechnik besteht.

Nahrungsunverträglichkeiten, die mit „echten Allergien“ nichts zu tun haben, werden außerordentlich häufig beobachtet. So weisen bis zu 40 Prozent aller „Gesunden“ Intoleranzen gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln auf. Diese sollten natürlich bei der diätetischen Beratung des Patienten Berücksichtigung finden. Was allerdings das Aufspüren echter Nahrungsmittelallergien anlangt, die häufig, aber nicht immer mit anderen Organmanifestationen wie Rhinitis, Urtikaria, Asthma bronchiale und Diarrhoen einhergehen, so sind sich die Experten nicht einig, wie sie bewiesen werden sollen. Es sei nur an die Untersuchungen von Reimann erinnert, der allergische Reaktionen der Mukosa des Gastrointestinaltrakts nur akzeptiert, wenn durch direktes Aufbringen des Allergens auf die Schleimhaut Veränderungen im Histamingehalt

zusammen mit endoskopisch erkennbaren Alterationen auftreten.

Kollege Nowack betont zurecht, daß eine Heilung funktioneller abdominaler Beschwerden eher die Ausnahme denn die Regel darstellt. Noch schwieriger ist die Frage nach der Persönlichkeitsstruktur und dem Effekt einer Psychotherapie zu beantworten. Es sei diesbezüglich nur an die unlängst im Lancet publizierten Ergebnisse von Wilhelmsen erinnert, der mitteilte, daß bei mit einer individuellen kognitiven Psychotherapie behandelten Ulkuspatienten rascher Rezidive auftraten als bei den nicht behandelten Patienten. An der von mir zitierten Therapiestudie mit Cisaprid, die in extenso im Scand. J. Gastroenterol. publiziert wurde, nahmen 116 Patienten mit einer Reizmagen-Symptomatik teil, die von zehn niedergelassenen Internisten aus dem Frankfurter Raum betreut wurden.

Der von Kollegen May zitierte Begriff der Dysbiose gilt als umstritten, eine Zersetzung von Nahrungsbestandteilen durch Fermentmangelzustände im Sinne einer Fäulnisdyspepsie ist mit wissenschaftlichen Methoden nicht nachweisbar, sieht man von der Kohlenhydratmalabsorption einmal ab, die man zur Not als Gärungsdispepsie deklarieren könnte. Der Einfluß zirkadianer Rhythmen bei chronischen (rezidivierenden) funktionellen Oberbauchbeschwerden ist schwierig zu fassen, sollte aber (siehe Lemmel) mehr Berücksichtigung finden.

Für den „Praktiker“ stellt sich in der Tat häufig die Frage: Reizmagen – Was tun? In meinem Beitrag konnten nur Anregungen gegeben werden. Die in kontrollierten klinischen Studien als positiv beurteilten Medikamente können im Einzelfall durchaus versagen. Hier ist die ärztliche Kunst gefordert, individuell auf die Wünsche und Erwartungen des Patienten einzugehen und ihm Hilfestellung zu geben.

Prof. Dr. med. Wolfgang Rösch
Medizinische Klinik
am Krankenhaus Nordwest
der Stiftung zum Heiligen Geist
Steinbacher Hohl 2–26
W-6000 Frankfurt am Main 90