

Das Wichtigste in Kürze

Dyspepsie

Als Dyspepsie werden generell Symptome des oberen Gastrointestinaltraktes beschrieben. Dyspeptische Beschwerden werden meistens in Form von Brennen, Ziehen, Schmerzen, Völlegefühl oder auch Krämpfen im mittleren Oberbauch angegeben. Der Begriff erlaubt keine exakte ätiologische Zuordnung, wobei im Alltag meist eine vermutete Herkunft von Magen/Duodenum gemeint ist. Tabelle 1 zeigt die häufigsten Differentialdiagnosen der Dyspepsie.

Etwa 20-40% der Bevölkerung klagen regelmässig über dyspeptische Beschwerden, wobei weniger als die Hälfte davon deswegen einen Arzt aufsucht. Trotzdem verursachen dyspeptische Beschwerden eine signifikante Einschränkung der Lebensqualität von Betroffenen und nicht unerhebliche Gesundheitskosten (1).

Als Wichtigstes sollten in Anamnese und Labor Alarmsymptome (Gewichtsverlust, Dysphagie, Odynophagie, Anämie, postprandiales Erbrechen, neu aufgetretene Beschwerden im Alter > 50 Jahren) nicht verpasst werden.

Liegen keine Alarmsymptome vor muss v.a. auch bei jüngeren Personen nicht zwingend endoskopiert werden. Eine Oberbauchsonographie, um insbesondere eine ursächliche Cholezystolithiasis auszuschliessen, ist sicher v.a. bei postprandialen, kolikartigen Oberbauchbeschwerden indiziert. Weiter empfiehlt sich, vor Einleitung einer allfälligen probatorischen Gabe eines Protonenpumpeninhibitors

TAB. 1	Häufigste Differentialdiagnosen der Dyspepsie
	<ul style="list-style-type: none"> • Funktionelle Dyspepsie • Gastroduodenale Ulkuserkrankung • Gastro-ösophageale Refluxerkrankung • Bilio-pankreäre Erkrankungen (Steine, entzündlich, neoplastisch) • Magen- oder Duodenalkarzinom • Gastroparese • Medikamentöse Nebenwirkungen (typisch für Eisen, Antibiotika, NSAR u.a.)

TAB. 2	Aktuell gängige Schemata für die Helicobactereradikation
	Herkömmliche Trippeltherapien
	PPI 2x Standarddosis/d + Clarithromycin 2x500mg/d + Amoxicillin 2x1g/d für 10 Tage PPI 2x Standarddosis/d + Clarithromycin 2x500mg/d + Metronidazol 2x500mg für 10 Tage
	Sequentielle Therapie
	PPI 2x Standarddosis/d + Amoxicillin 2x1g/d für 5 Tage, dann direkt weiter mit PPI 2x Standarddosis/d + Metronidazol 2x500mg/d + Clarythromycin 2x500mg/d für 5 Tage
	Concomittant-Therapie
	PPI 2x Standarddosis/d + Amoxicillin 2x1g/d + Metronidazol 2x500mg/d + Clarythromycin 2x500mg/d für 10 Tage
	Secondline-Schemata:
	Omeprazol 2x20mg/d + Pylera® 3-3-3-3 für 10 Tage (1 Kapsel Pylera enthält 140mg Bismutsubcitratkalium, 125mg Metronidazol und 125mg Tetracyclin)
	PPI 2x Standarddosis/d + Amoxicillin 2x1g/ + Levofloxacin 2x500mg/d für 10 Tage



Dr. med. Marcel Halama
Zürich

tors eine Abklärung auf Helicobacter pylori. Am besten geeignet sind als nicht-invasive Diagnostik ein Stuhl- oder Atemtest (beide haben eine Sensitivität von 85-95% und Spezifität 85-95%). Ist Helicobacter pylori nachgewiesen, sollte dieser auch behandelt werden. Eine Testung auf Helicobacter pylori sollte frühestens 2 Wochen nach Beendigung der PPI-Gabe und frühestens 4 Wochen nach Beendigung einer Antibiotikatherapie erfolgen. Tabelle 2 zeigt im Überblick die aktuell am häufigsten angewandten Eradikationsschemata.

Bei anhaltenden, störenden Beschwerden und negativem Helicobacter kann eine 4-wöchige Therapie mit einem Protonenpumpeninhibitor in Standarddosis 1x/d erfolgen (Tabelle 3). Zwischen den einzelnen Protonenpumpeninhibitoren bestehen keine klinisch relevanten Wirkungsunterschiede. Bei säure-bedingten Beschwerden kommt es in diesem Zeitraum meist zu einer guten Linderung der Symptome. Bei Persistenz der Beschwerden sollte aber auch dann zur weiteren Abklärung eine obere Panendoskopie erfolgen. Bei Vorliegen von Alarmsymptomen oder auch auf Wunsch der Patienten sollte eine obere Panendoskopie erfolgen. Hierbei kann eine Ulkuserkrankung oder ein Malignom ausgeschlossen werden, zusätzlich aber auch ein allfälliger Verdacht einer funktionellen Genese erhärtet werden.

Nur etwa 25% der Dyspepsien haben eine organische Ursache, 75% sind funktioneller Genese (2).

Wobei wir hier gemäss den neuen ROM IV-Kriterien zwischen postprandial distress syndrome (PDS) und dem epigastric pain syndrome (EPS) unterscheiden (3). Funktionelle Dyspepsie ist eine Ausschlussdiagnose und bedingt eine vorgängige obere Panendoskopie mit Normalbefund.

Bei PDS sind Mahlzeiten-abhängiges Völlegefühl und verfrühtes Sättigungsgefühl die Leitsymptome. Als Therapiemöglichkeiten empfehlen sich primär prokinetisch-wirksame Substanzen (Domperidon, Metoclopramid oder auch Prucaloprid).

Beim EPS mit Auftreten von mahlzeiten-unabhängigem Brennen und Schmerzen im Epigastrium kann eine probatorische PPI-Therapie versucht werden.

Bei beiden Entitäten ist die Behandlung von Helicobacter pylori vorgeschlagen, auch wenn die Number-needed to treat bei nur 14 liegt.

Auch das pflanzliche Iberogast hat in der Schweiz die Zulassung zur Behandlung von funktioneller Dyspepsie und kann in Dosis von 3x20 Tropfen/d versucht werden.

Bei starken Oberbauchschmerzen und einhergehendem Gewichtsverlust wegen Essenvermeidung können bei funktioneller Dyspepsie auch Antidepressiva im Sinne eines viszeralen Analgetikums (beispielweise Mirtazapin oder Trimipramin 4% Tropflösung) versucht werden. Nahrungsmittel und auch psychische Co-Morbiditäten haben Einfluss auf eine funktionelle Dyspepsie.

Take-Home Message

- ◆ Die Symptome einer Dyspepsie (Brennen, Ziehen, Schmerzen, Völlegefühl oder auch Krämpfe im mittleren Oberbauch) erlauben keine ursächliche Diagnose
- ◆ Im Zentrum der Anamnese und dem Erslabor steht der Ausschluss von Alarmsymptomen (Gewichtsverlust, Dysphagie, Odynophagie, Anämie, postprandiales Erbrechen, neu aufgetretene Beschwerden im Alter > 50 Jahren)
- ◆ Bei fehlenden Alarmsymptomen ist vor einer probatorischen Behandlung eine Abklärung auf *Helicobacter pylori* empfohlen.

TAB. 3 Standarddosen der Protonenpumpeninhibitoren

- Pantoprazol 40 mg
- Lansoprazol/Dexlansoprazol 30 mg
- Esomeprazol 20 mg
- Omeprazol 20mg,
- Rabeprazol 10 mg

Ein weiterer häufiger Grund von dyspeptischen Beschwerden sind medikamentöse Nebenwirkungen. Insbesondere nicht-sterioide Antirheumatika, Steroide, Eisenpräparate und Antibiotika sind typische Auslöser einer chemisch-toxischen Gastropathie.

Dr. med. Marcel Halama

Zürichbergstrasse 70, 8044 Zürich
marcel.halama@hin.ch

+ Interessenskonflikt: Der Autor hat Interessenskonflikte verneint.

Literatur:

1. Lacy et al; Aliment Pharmacol Ther 2013 Jul (2):170-7
2. Talley et al; Gastroenterology 1998;114:582
3. Drossmann et al; Gastroenterology 2016;150:1257-61