Quälend und schwierig abzustellen

Was tun, wenn die Zunge brennt?

Im Alltag wird der Hausarzt immer wieder mit Symptomen konfrontiert, bei denen er mit dem Latein der evidenzbasierten Medizin schnell am Ende ist. Dazu gehört das Zungenbrennen, ein sehr lästiges Krankheitsbild. Welche Ursachen gibt es und wie kann man helfen?

— „Das Zungenbrennen, auch Glossodynie genannt, ist ein chronisches Schmerzsyndrom, wobei Betroffene ein Gefühl des Brennens, Stechens oder Juckens angeben“, erklärte Prof. Thomas Frieling, Krefeld. Viele Patienten klagen zusätzlich über Geschmacksstörungen und/oder eine Xerostomie. Das Symptom kann in jedem Alter auftreten, prä- und postmenopausale Frauen sind besonders häufig betroffen. Der Leidensdruck sei meist sehr hoch.

Bei ca. 80% der Patienten liegt ein primäres Zungenbrennen vor. Nur in 20%

der Fälle findet sich eine sekundäre Ursache. Am häufigsten sind Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes, gastro- und urogenitale Erkrankungen, Vitamin-B- und Folsäuremangel, Zinkmangel, M. Parkinson, Medikamente, Mundinfektionen und Zahnbehandlungen.

Pathophysiologie nicht einheitlich

In den meisten Fällen handelt es sich um eine Neuropathie der kleinen sensorischen Nervenfasern im Mund oder des N. trigeminus (Typ 1). Dafür spricht die erniedrigte Schwelle für Temperatur- und Schmerzreize ebenso wie die erniedrigte Dichte epithelialer und subpapillärer Nerven. Bei einem Drittel der Fälle dürfte aber eine zentrale Neuropathie vorliegen, d. h. eine veränderte zentrale Reizverarbeitung (Typ 2). Dafür spricht, dass eine hohe Komorbidität mit Angst und Depression besteht. Seltener sind immunologische Ursachen wie Nahrungsalergien oder Autoimmunerkrankungen (Typ 3). Bei Typ 1 besteht Beschwerdefreiheit beim Aufstehen, die Symptome entwickeln sich erst während

des Tages. Beim Typ 2 halten die Beschwerden kontinuierlich an, und bei Typ 3 sind die Beschwerden intermittierend mit beschwerdefreien Intervallen.

Therapieversuche ohne Evidenz

Das Spektrum der empfohlenen Therapien reicht von Akupunktur über Antidepressiva, Antikonvulsiva, Alpha-Liponsäure, Phytotherapeutika und Hormonen bis zu Biofeedback und Verhaltenstherapie. „Doch für alle diese Dinge gibt es keinerlei Evidenz“, so Frieling. In einer Studie war unabhängig davon, ob eine Therapie erfolgt war oder nicht, bei einem Viertel eine Besserung, bei der Hälfte keine Änderung und bei einem Viertel eine Verschlechterung eingetreten. Auch habe man keine Korrelation mit der Refluxkrankheit nachweisen können, und deshalb seien PPI auch nicht wirksam. Die Frage, ob ein Zusammenhang mit der eosinophilen Ösophagitis oder der Magenschleimhautheterotopie besteht, wurde bisher nicht untersucht. ■

Dr. Peter Stiefelhagen

■ DGVS-Tagung, Dresden, 14.9.2017

Lipase-Bestimmung: Beim symptomlosen Patienten „rausgeworfenes Geld“!

Obwohl es dafür keine Empfehlung gibt, wird nicht selten bei völlig beschwerdefreien Patienten die Lipase screeningmäßig bestimmt. Damit glaubt man, eine chronische Pankreatitis oder sogar ein Pankreaskarzinom früh aufspüren zu können.

Prof. Joachim Mössner, Leipzig, sprach sich deutlich gegen dieses Vorgehen aus. Bei einem asymptomatischen Patienten die Lipase zu bestimmen, sei Unsinn und deshalb raus-

geworfenes Geld. Es gebe keinerlei Evidenz dafür, dass damit eine chronische Pankreatitis oder ein Karzinom diagnostiziert werden könne. Die Wahrscheinlichkeit, damit eine asymptomatische Pankreaserkrankung zu detektieren, sei gleich null.

Die unnötige Lipasebestimmung habe aber dann, wenn der Wert erhöht sei, eine Reihe von unnötigen und z. T. invasiven Untersuchungen zur Folge, die teuer sind, nichts

bringen und mit Risiken verbunden sind. In einer italienischen Studie, in der beschwerdefreie Patienten mit einer Lipaseerhöhung umfassend untersucht wurden, fanden sich zwar häufig abnorme Befunde wie ein Pankreas divisum, kleine Zysten oder Gangerweiterungen. Eine klinische Relevanz hatten diese Befunde jedoch nicht. ■

Dr. Peter Stiefelhagen