

Von Ernährungsumstellung bis Magenschrittmacher

Rezepte gegen Gastroparese

Eine gestörte Magenentleerung ist keineswegs immer eine harmlose Befindlichkeitsstörung. Folgeerscheinungen können auch die Prognose quoad vitam beeinträchtigen.

— Eine symptomatische Gastroparese findet sich laut Prof. Michael Fried, Zürich, bei ca. 4% der Bevölkerung. Bei einem Teil der Patienten treten gravierende Folgeerscheinungen auf. Dazu gehören starker Gewichtsverlust, veränderte Pharmakokinetik von oral applizierten Medikamenten, gastroösophagealer Reflux und Probleme bei der Diabeseinstellung, insbesondere Hypoglykämien. „Die 5-Jahres-Überlebensrate bei Patienten mit schwerer Gastroparese beträgt 67%“, so Fried. Prognoserelevant seien auch Komplikationen bei zentralvenösen Ernährungskathetern.

Häufige Komorbidität bei Diabetes und M. Parkinson

Eine gestörte Magenentleerung ist der Endpunkt einer komplexen Pathogenese, an der Störungen der Motilität und der viszeralen Perzeption des oberen Gastrointestinaltrakts beteiligt sind. Typische Symptome sind Übelkeit, Erbrechen, verstärktes Sättigungsgefühl, Aufstoßen und Schmerzen. Differenzialdiagnostisch müssen andere funktionelle gastrointestinale Erkrankungen und Ernährungsstörungen wie z. B. episodisches zyklisches Erbrechen, Ruminationssyndrom oder Anorexia nervosa ausgeschlossen sein. Bei diesen Erkrankungen besteht meist eine normale bis gesteigerte Magenentleerung.

Die häufigsten Grunderkrankungen bei Gastroparese sind Diabetes mellitus und neurologische Systemerkrankungen wie M. Parkinson. Auch postoperativ kann die Störung auftreten. Nicht selten ist die Gastroparese auch im Rahmen eines Dysmotilitätssyndroms. Ist keine Ursache fassbar,

spricht man von idiopathischer Gastroparese.

Für die Beurteilung der Magenentleerungszeit stehen die Magenentleerungsszintigrafie (s. Abb.) und Atemtests mit radioaktivem Kohlenstoff zur Verfügung. „Doch um die einzelnen Faktoren der Gastroparese differenziert beurteilen zu können, ist die MRT unverzichtbar“, so Fried.

Viele kleine Mahlzeiten

Das Management von Patienten mit Gastroparese muss immer multidisziplinär (Diabetologe, Gastroenterologe, Ernährungsberater, Schmerztherapeut, Psychologe) und multimodal (Behandlung der Symptome und der Entleerungsstörung) sein. Das Therapiespektrum umfasst ernährungstherapeutische Maßnahmen inklusive enteraler und parenteraler Sondenernährung, pharmakologische Behandlung der Dysmotilität und die Magenschrittmacher-Therapie. Hinzu kommt die Behandlung der Grundkrankheit.

Bei der Ernährung empfiehlt sich eine Mahlzeitenvolumenreduktion durch häufige, über den Tag verteilte kleine Mahlzeiten, wobei die Zufuhr flüssiger hochkalorischer Mahlzeiten bei schweren Formen der Gastroparese vorteilhaft ist. Feste Nahrung sollte morgens eingenommen werden, gefolgt von überwiegend flüssiger Nahrung. Darüber hinaus sollte der Patient ein bis zwei Stunden nach der Mahlzeit eine aufrechte Körperposition einnehmen. Fetthaltige und schwer mechanisch zerkleinerbare, ballaststoffreiche Ernährung sollte vermieden werden. In schweren Fällen ist eine enterale Sondenernährung unumgänglich. „Sie sollte spätestens dann diskutiert werden, wenn ein Verlust von 5 bis 10% des Körpergewichts in drei bis sechs Monaten eingetreten ist“, so Fried. Eine totale parenterale Ernährung sei jedoch nur selten indiziert.

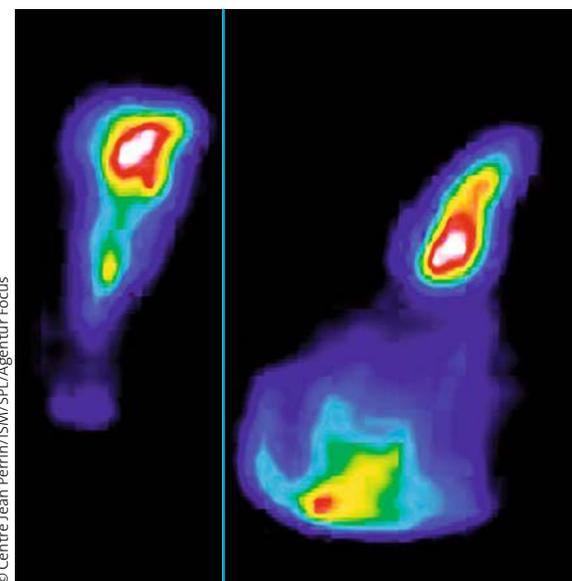
Prokinetika sind unverzichtbar

In klinischen Studien haben sich Prokinetika als durchaus wirksam erwiesen. Dazu gehören Metoclopramid, Domperidon und Erythromycin. Für Metoclopramid spricht insbesondere die begleitende antiemetische Wirkung. „Unter Metoclopramid können jedoch extrapyramidale Nebenwirkungen auftreten, der Patient sollte darüber eingehend aufgeklärt werden“, so Fried. Bei Domperidon seien extrapyramidale Nebenwirkungen seltener. Unter Domperidon kann es aber zu Elektrolytentgleisungen und Verlängerungen der QTc-Zeit kommen.

„Oft lässt sich mit Ernährungsinterventionen und medikamentöser Therapie keine ausreichende Symptomkontrolle erreichen“, so Fried. Bei solchen Patienten mit therapierefraktärer Gastroparese sollte eine Magen-Schrittmacher-Therapie oder eine Botulinumtoxininjektion diskutiert werden.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

■ Quelle: XIII. Gastroenterologie-Seminar Titisee, 27.2.–3.3.2010 (Veranstalter: Falk Foundation)



Gastroparese bei Diabetiker: Szintigramm des Magens 15 (links) und 120 Minuten (rechts) nach einer Mahlzeit.