

Unspezifische Nahrungsmittelintoleranz und Non Ulcer Dyspepsie – zwei unterschiedliche Krankheitsbilder?

Im Mittel 20-25 Prozent der Bevölkerung haben im Jahresverlauf länger anhaltende oder rezidivierende, auf den Oberbauch oder den oberen Verdauungstrakt bezogene Beschwerden, die toleriert werden, sich spontan zurückbilden oder bei stärkerer Ausprägung und gesundheitlicher Besorgnis zur ärztlichen Konsultation führen (entsprechend fünf Prozent aller Konsultationen in einer hausärztlichen Praxis). Wird eine organische Ursache nicht gefunden (zumeist nach Anwendung klinischer, laborchemischer, endoskopischer und sonographischer Methoden) oder bestehen nur geringfügige Organveränderungen mit fraglicher Kausalität, so liegt eine funktionelle Dyspepsie vor (Rom-II-Konsensus 1999). Für die Definition gefordert wird eine Beschwerdepersistenz von wenigstens drei Monaten innerhalb eines Jahres. Im Detail wird von den Betroffenen über Oberbauchschmerzen mit unterschiedlicher Beziehung zur Nahrungsaufnahme, über unbestimmte Missempfindungen mit Völlegefühl, Oberbauchdruck, über ein Gefühl frühzeitiger Sättigung und des Aufgeblähtseins sowie über Aufstoßen, Übelkeit und Brechreiz geklagt. Dem gemäß wird ein Ulkustyp von einem Dysmotilitätstyp (und einer unspezifischen Variante) der funktionellen Dyspepsie unterschieden. Sodbrennen sollte stets an eine gastroösophageale Refluxkrankheit denken lassen und entsprechend weiter abgeklärt, heute jedoch nicht mehr der funktionellen Dyspepsie zugeordnet werden. Außerdem ist, trotz in der Praxis großer Schwierigkeiten der Abgrenzung, ein Reizdarmsyndrom auszuschließen (durch Fragen nach einer fehlenden alleinigen Beschwerdebesserung durch Defäkation oder nach einer alleinigen Assoziation des Symptomenkomplexes mit Änderungen des Stuhlverhaltens).

Bei vergleichbarem Beschwerdebild geben in unausgewählten Bevölkerungsgruppen über zwanzig Prozent der befragten Erwachsenen an, an Nahrungsmittelunverträglichkeiten zu leiden. Werden die Angaben plazebokontrolliert überprüft, können die Aussagen der Betroffenen in mehr als vier von fünf Fällen nicht verifiziert werden. Bei der Frage nach Unverträglichkeiten von Nahrungsmittelzusätzen klaffen subjektive Einschätzung und Reproduzierbarkeit noch weiter auseinander. Immunologisch vermittelte Nahrungsmittel-

unverträglichkeiten (IgE- und nicht IgE-vermittelte Nahrungsmittelallergien) können klar erfasst und definiert werden. Es verbleibt in der Sparte der nicht toxischen Nahrungsmittelunverträglichkeiten die nicht einheitliche Gruppe der Nahrungsmittelintoleranzen. Hierunter fallen bekannte Enzymopathien (z.B. Laktasemangel), diverse organische Erkrankungen (z.B. Erkrankungen des Pankreas, des hepatobiliären Systems, von Magen und Dünndarm, postoperative Zustände, Stoffwechselerkrankungen, Infektionen), pharmakologische Reaktionen (z.B. durch biogene Amine) und nicht definierte, sog. pseudoallergische Reaktionen durch z.B. Konservierungs- und Farbstoffe sowie Medikamente. Auch eine psychogene Komponente der Nahrungsmittelunverträglichkeiten wird herausgestellt. Ist ein bestimmtes Nahrungsmittel oder ein bestimmter Nahrungsbestandteil als Auslöser von Unverträglichkeiten nicht sicher zu identifizieren oder sind ursächliche Zusammenhänge unklar und das Beschwerdebild eher variabel, so ist von einer unspezifischen Nahrungsmittelintoleranz auszugehen. Untersuchungen an Patientenkollektiven, aber auch an organisch Gesunden, führten zur Erstellung umfassender Listen von unverträglichen Nahrungsmitteln, die jedoch deutlich von persönlichen, kulturellen und nationalen Einstellungen geprägt sind. Eine psychische Komponente (ängstliche Grundeinstellung, selbstbeobachtende Persönlichkeit) ist unübersehbar und in plazebokontrollierten Untersuchungen gut belegt.

Bei vergleichbarem klinischen Beschwerdebild von unspezifischen Nahrungsmittelintoleranzen und funktioneller Dyspepsie auf der einen Seite und schwierigen und vielfach unbefriedigenden diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen auf der anderen Seite, liegt die Frage auf der Hand, ob es sich bei so viel Übereinstimmung bei beiden Erkrankungen wirklich um unterschiedliche Krankheitsbilder handelt oder ob es ein überdurchschnittlich häufiges Zusammentreffen zweier unterschiedlicher Krankheitsentitäten gibt. Schwierige Festlegungen anlässlich nationaler und internationaler Konsensuskonferenzen beschreiben die komplizierte Sachlage.

Als pathophysiologische Basis der Dyspepsie werden drei wesentliche Punkte gesehen: Störungen der gastrointestinalen Motorik, eine veränderte viszerale Empfindung und psychosoziale Faktoren. Die Magenentleerung ist verzögert durch Störungen der Funktion des Magenfundus, durch Störungen der gastroduodenalen Kontraktilität mit Zunahme von Retroperistaltik und duodeno-gastralem Reflux, durch eine abnorme intragastrale

Verteilung der Nahrung und durch eine veränderte antrale Dilatation. Zudem ist der Magen für Dehnungsreize empfindlicher. Die psychosoziale Komponente bedeutet eine Aktivierung des sympathischen Nervensystems infolge einer mentalen Angst- und Spannungssituation, was zu einer Hemmung der peristaltischen Beweglichkeit, einer reduzierten Sekretion der Verdauungssäfte und einer Erhöhung der viszeralen Sensitivität führt. Die übliche postprandiale vagale Stimulation mit resultierendem angenehmen Sättigungsgefühl, Wohlbefinden, Entspannung Ruhe und sogar Schlafneigung bleibt aus. Anamnestisch können häufig bereits Essprobleme in der Kindheit erfragt werden. In Experimenten kann bei Patienten mit Dyspepsie im Vergleich zu Kontrollpersonen insbesondere durch intraduodenale Applikation von Lipiden das Beschwerdebild ausgelöst werden, welcher Effekt wahrscheinlich über eine vermehrte Freisetzung von Cholecystokinin vermittelt wird. Ursächlich beteiligt sind auch neuro-hormonelle Alterationen. So verändert der Corticotropin-Releasing-Faktor die gastrointestinale Sensitivität, was eine Einbindung des limbischen Systems und der zerebralen Stressverarbeitung in die viszerale Perzeption und Schmerzkontrolle bedeutet.

Solche Verschaltungen zwischen Emotion und gastrointestinaler Funktion und Sensitivität müssen auch für unspezifische Nahrungsmittelintoleranzen angenommen werden, da diese Unverträglichkeitserscheinungen in gleicher Weise und Häufigkeit bei Gesunden und Personen mit bekannten Erkrankungen des Verdauungstrakts (z.B. Magen- und Duodenalulzera, Pankreas- und Gallenwegserkrankungen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen) vorkommen. Dass jedoch eben auch klar definierte Krankheitsbilder des Gastrointestinaltrakts in die Gruppe der unspezifischen Nahrungsmittelintoleranzen gehören, mag einen Unterschied zur funktionellen Dyspepsie bedeuten. Andererseits weisen neuere Studien überzeugend einen günstigen Effekt der probatorischen Behandlung einer Helicobacter-pylori-Infektion bei Dyspepsie-Patienten nach, was auf klare somatische Zusammenhänge hinweist.

Eine Unterscheidung von unspezifischer Nahrungsmittelintoleranz und Non-Ulcer-Dyspepsie (funktioneller Dyspepsie) ist per Definition möglich, erscheint aber in vielen Fällen willkürlich. Das Fehlen einfacher und zielsicherer diagnostischer Methoden begünstigt zudem eine zusammenfassende Betrachtungsweise beider klinischer Bilder. Sie wird gestützt durch ähnliche pathophysiologische Arbeitshypothesen. Auch der eher symptomatische und weniger ursachenbezogene therapeutische Ansatz in beiden Fällen unterstreicht Gemeinsamkeiten und macht eine strenge Unterscheidung nicht sinnvoll.