



Oberbauchbeschwerden-wann Selbstmedikation, wann ärztliche Intervention ?

Prof. Dr. med. Stephan vom Dahl,
Klinik für Innere Medizin/Gastroenterologie,
St. Franziskus Hospital Köln
Akadem. Lehrkrankenhaus der Universität Köln

Apothekerkammer Nordrhein und Apothekerverband Köln
Köln, 21.3.2011

Welche Formen von
Oberbauchbeschwerden
werden unterschieden ?

Themen

- Welche Formen von Oberbauchbeschwerden bestehen ?
- Welche Erkrankungen kommen in Frage ?
- Welche OTC (over-the-counter)-Medikamente kommen zum Einsatz und wie sicher sind diese ?

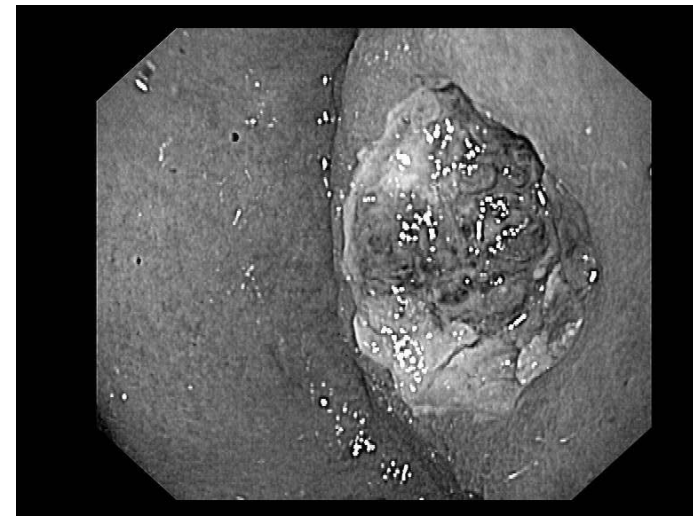
„Magenbrennen“ und andere Oberbauchbeschwerden

- Dauerschmerzen
- Koliken
- Sodbrennen
- Dysphagie
(Schluckbeschwerden)
- Dyspepsie-artige Beschwerden
- Übelkeit
- Meteorismus

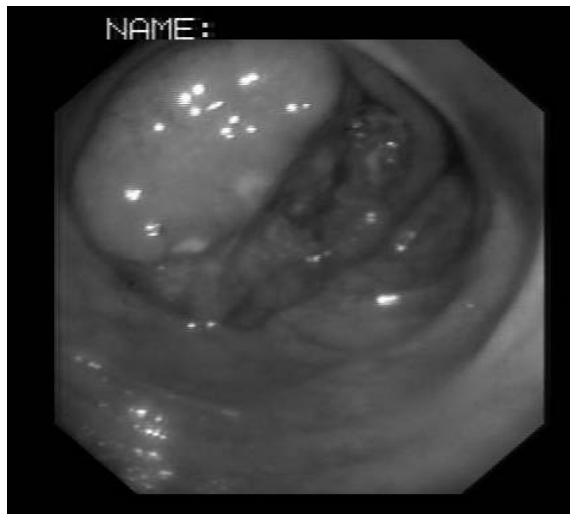
Warnsymptom Blutarmut

- Chronische entzündliche Oberbaucherkrankungen können zu Blutverlusten über die Magenschleimhaut führen
- Folge: Blässe, Leistungsknick, Atemnot

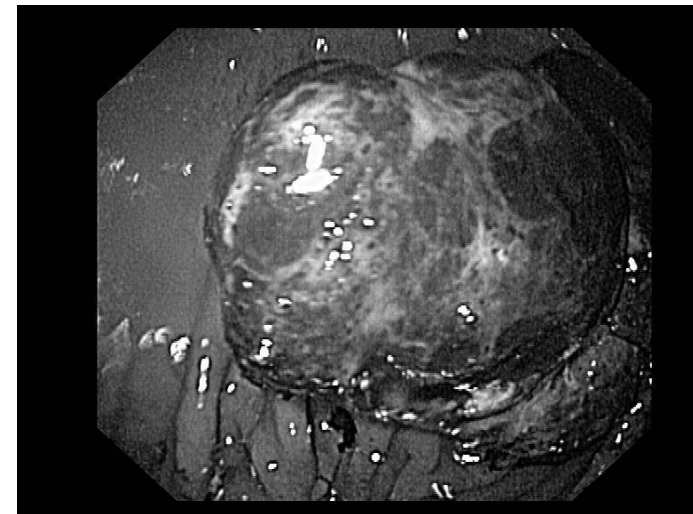
Blutendes Magenulcus



Coloncarcinom Mitte Transversum (Blutung, Anämie, Gewichtsverlust)



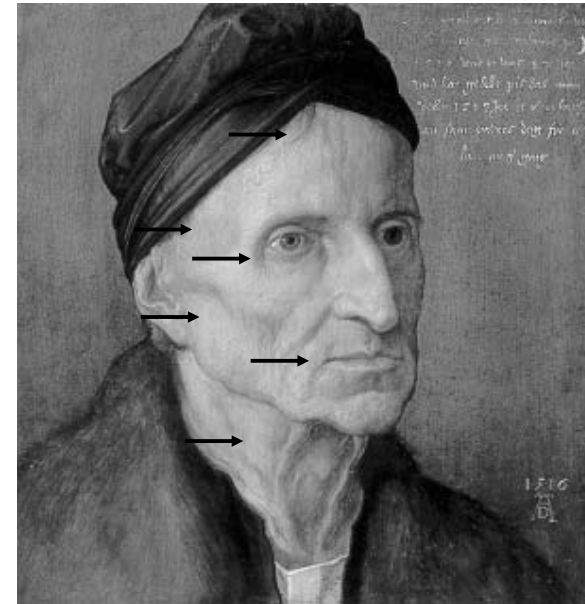
Leiomyosarkom des Magens



Warnsymptom Gewichtsverlust

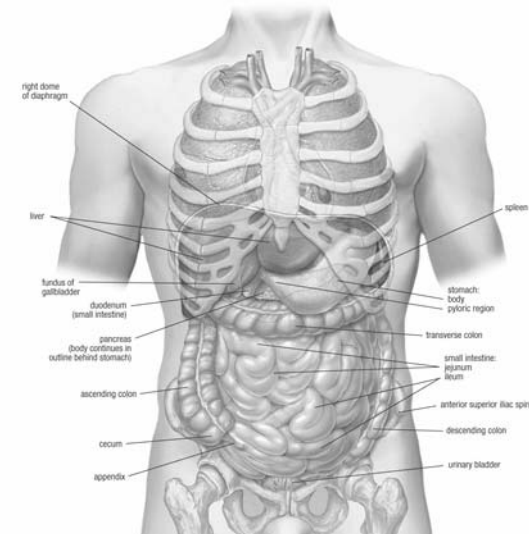
Ein Gewichtsverlust von mehr als 10 % innerhalb von 6 Monaten gilt als pathologisch. Untergewicht liegt ab einem BMI von 18 kg/m² vor.

Kachexie und Gewichtsverlust



Differentialdiagnose von Oberbaucherkrankungen

Anatomie des Oberbauchs



Ursachen von „Magen“- Beschwerden

Klassische Ursachen

- Akute Gastritis
- Chronische Gastritis
- Ulcus ventriculi
- Erkrankungen des distalen Ösophagus
- Gallenblasensteine

Gastritis – Verlaufsformen und Symptomatik

Akute Gastritis

Epigastrischer Schmerz, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Druck – und Völlegefühl. Bei

Gastroenteritis:

Fieber, Abgeschlagenheit, Durchfall

Chronische Gastritis

meist asymptomatisch oder unspezifisch: Völlegefühl, Aufstoßen

Akute Gastritis-Ursachen

- Alkoholgenuss
- Medikamente
NSAR, ASS,
Zytostatika
- Infektionen: CMV,
Herpes, Candida
albicans, H. pylori
- Strahlentherapie
- Stress
psychische
Belastungen
physische
Belastungen
(Langzeitbeatmung,
Kreislaufchock,
Schädel-Hirn-
Trauma,
Verbrennung)

Akute Gastritis - Therapie

- passagere Nahrungskarenz, reizlose Kost
- Alkohol- und Nikotinkarenz
- ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Prokinetika, Antazida
- NSAR - Therapie, wenn mgl., beenden
- wenn nicht mgl., PPI

Chronische Gastritis - ABC-System

	Typ A	Typ B	Typ C
Ätiologie	autoimmun AK gegen Parietalzellen und Intrinsic Faktor	H. pylori Viren (CMV), enteroinvasive Bakterien, Parasiten	NSAR, ASS, COX- 2 Inhibitoren, duodeno – gastraler Gallereflux
Häufigkeit	3 – 6 %	80 – 90 %	7 – 15 %

Chronische Gastritis – Verlauf und Therapie

	Typ A	Typ B	Typ C
Verlauf	Schleimhaut- atrophie, Achlorhydrie, Hypergastrinämie, Vitamin B ₁₂ -Mangel	Hypochlorhydrie, Ulkus ventrikuli, Inzidenz von Magenkarzinomen und primären B- Zell-Magen- lymphomen erhöht	Selbstlimitie- rend nach Elimination der Noxe
Therapie	ggf. Vitamin B ₁₂ parenteral	Evtl. Helicobacter- pylori-Eradikation	Vermeiden der Noxe

Ulcerkrankung-Symptomatik

- epigastrischer Schmerz
- Völlegefühl
- Aufstoßen
- Übelkeit
- Brechreiz

1/3 stumme Ulzera; Beschwerdeverlauf
korreliert schwach mit Abheilung

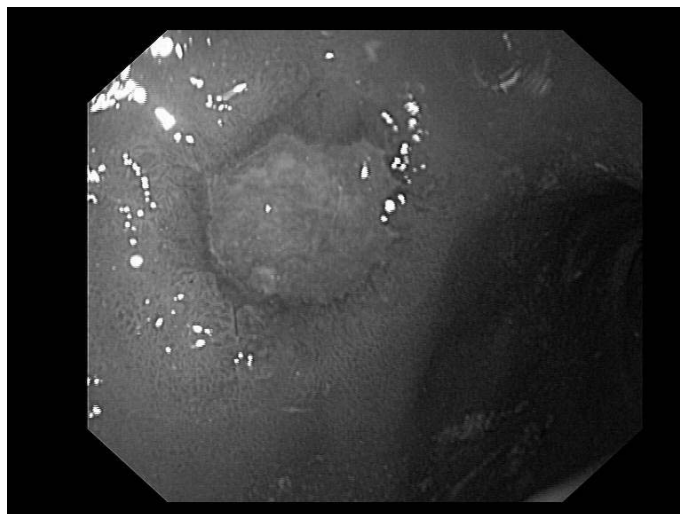
Diagnostik des peptischen Ulkus

- ÖGD mit Biopsie für Histologie und Ureaseschnelltest
- Jedes Ulcus des Magens muß biopsiert werden und gilt bis zum Nachweis des Gegenteils als malignitätsverdächtig
- Nicht selten verbirgt sich hinter einem Ulcus ventriculi ein Lymphom, das cytostatisch behandelt werden muß. OTC-Medikamente können dies verschleiern.

Ulcus ventriculi durch Helicobacter



Ulcus duodeni



Differentialdiagnose des peptischen Ulkus

- Magenkarzinom
- Lymphom
- Cytomegalie - induziertes Ulkus (AIDS)
- Entzündliche Dünndarmerkrankungen
- Gallenwegserkrankungen
- Bauchspeicheldrüsenerkrankungen
- Dickdarmerkrankungen (Carcinom, Colitis)
- Herzkrankheiten

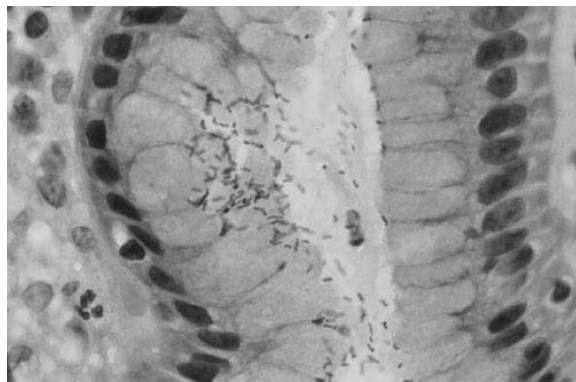
Therapieresistentes U. ventriculi durch Cytomegalieviren



Nicht-Ansprechen der Behandlung

Ein Nicht-Ansprechen der Behandlung sollte Anlaß zu einer weiteren ärztlichen Abklärung geben.

Helicobacter-pylori-Infektion



Helicobacter-pylori-assozierte Erkrankungen

- Gastritis
- Ulkuskrankheit
- MALT - Lymphom
- Magenkarzinom
- Dyspepsie: nur in seltenen Fällen !

Helicobacter-pylori-assoziierte Erkrankungen

68 Leitlinie

S3-Leitlinie „Helicobacter pylori und gastroduodenale Ulkuskrankheit“ der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie – AWMF-Register-Nr. 021/001
S3-Guideline “Helicobacter Pylori and Gastroduodenal Ulcer Disease”

Authors: W. Fischbach¹, P. Malfertheiner², J. C. Hoffmann, W. Bolten⁴, J. Bornschein², O. Gütze⁵, W. Höhn⁶, M. Kist⁷, S. Koletzko⁸, J. Labenz⁹, P. Layer¹⁰, St. Miehlke¹¹, A. Morgner¹², U. Peitz², J. C. Preiß¹³, C. Prinz¹⁴, U. Rosien¹⁵, W. E. Schmidt⁶, A. Schwarze¹⁶, S. Suerbaum¹⁴, A. Timmer¹⁵, G. Treiber¹⁶, M. Vieth¹⁷

Affiliations: Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet.

Z. Gastroenterol. (2009) 47: 68-102

„Pill esophagitis“

Ösophagusulcus durch Diclofenac nach Zahn-Operation



Beschwerden in Zusammenhang mit der Einnahme von Analgetika

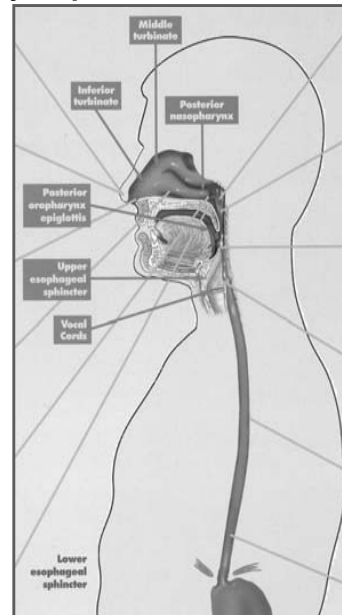
Nicht-steroidale Antiphlogistika können zu Schleimhautschädigungen im unteren und oberen Gastrointestinaltrakt führen.

Ösophagus - Symptome

- Verschlucken
- nasale Regurgitation
- Husten
- Aspiration

- Dysphagie
- orale Regurgitation
- Schmerzen

- Sodbrennen
- Regurgitation
- Schmerzen
- Dysphagie



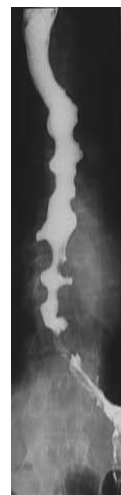
Funktionelle Ösophaguserkrankungen sind neben der Refluxösophagitis häufiger Grund für Beschwerden

- Hypermotile Motilitätsstörungen
 - Achalasie
 - Diffuser Ösophagusspasmus
 - Nußknackerösophagus
- Hypomotile Ösophagusstörungen
 - sekundär: Sklerodermie, Dermatomyositis

Ösophagusbreischluck bei Achalasie



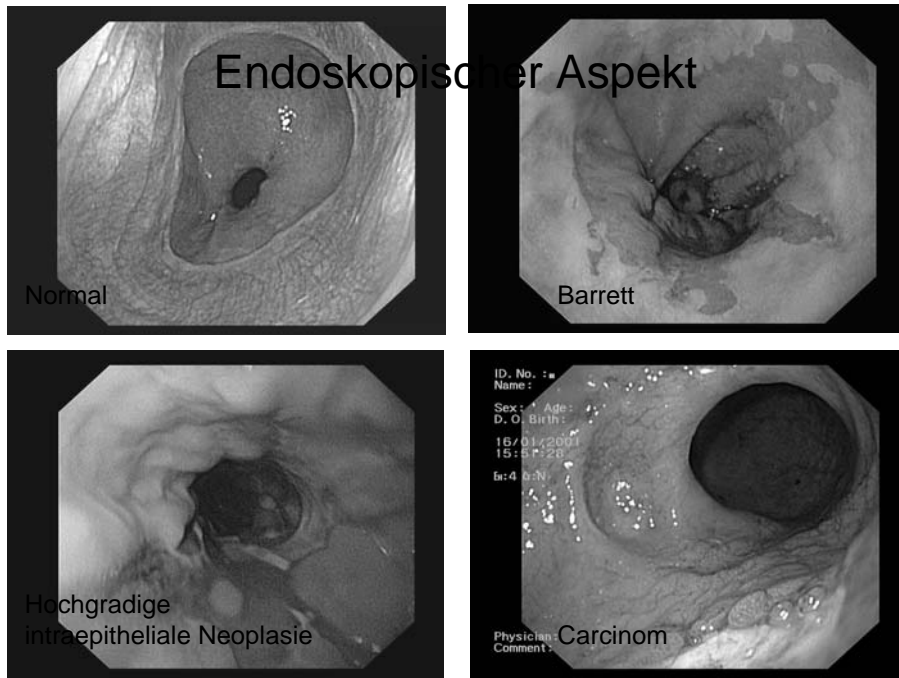
Klassische Form



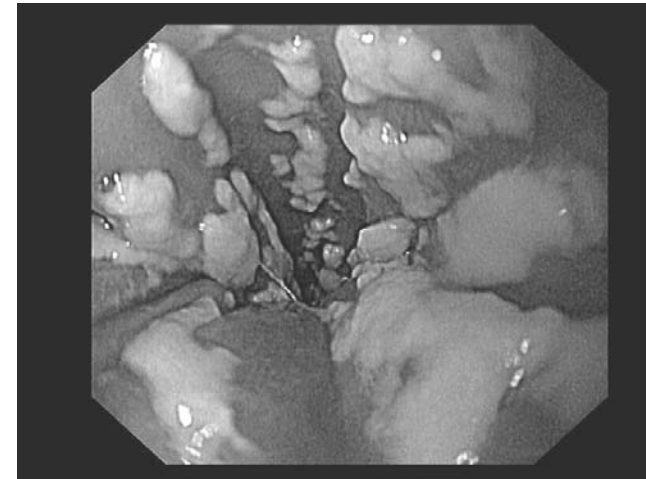
Vigoröse Form

Quelle: Prof. Frieling, Krefeld

Das Ösophaguscarcinom macht erst sehr spät Beschwerden, am ehesten i. S. einer Dysphagie



Soorösophagitis



Soorösophagitis

- Erreger: *Candida albicans*
- Symptom: Dysphagie, Inappetenz
- Befund: oft Soorstomatitis
- Diagnose: Endoskopie, Bürstenzytologie
- Differentialdiagnose: virale Ösophagitis

Prädisposition

- Steroidtherapie
- Diabetes mellitus
- HIV
- Neoplasien
- Angeborene Immundefekte
- Hohes Alter
- Alkoholismus

Soorhäufigkeit bei Gabe inhalativer Steroide

- 49 Patienten mit inhalativem Fluticason vs. 700 Kontrollen ohne Immunsuppression
- Gastroskopie bei jedem Patienten, Biopsie von weißlichen Läsionen im Ösophagus
- Prävalenz von Soor: 36 % in der COPD-Gruppe sowie 0.3 % in der Kontrollgruppe

Kanda et al., Am J Gastroenterol (2003) 98, 2146-2148

Beschwerden in Zusammenhang mit inhalativen Steroiden sind verdächtig auf eine Soorösophagitis

Methoden zur Differenzialdiagnostik von Oberbauchbeschwerden

- Endoskopie
- Sonographie
- Röntgenverfahren
- Schnittbildverfahren (CT, MRT)
- Endosonographie
- Atemtests
- Klinisches Labor
- Kardiologische und pneumologische Untersuchungsverfahren
- Viele andere

Sonographie
(Ultraschall)

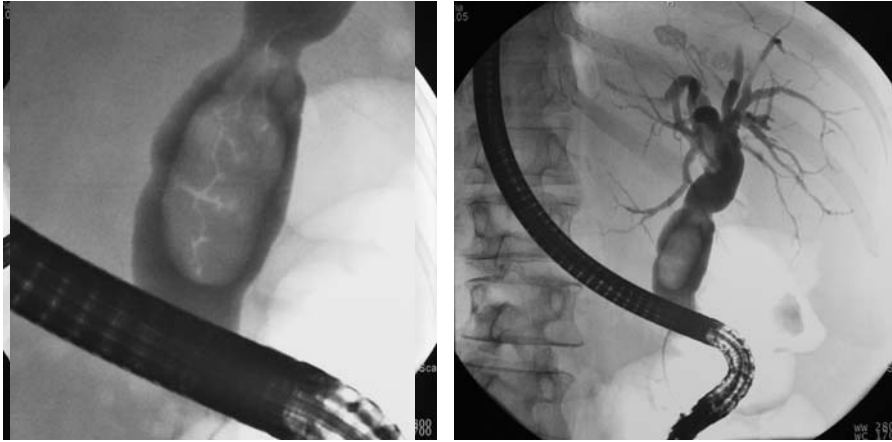
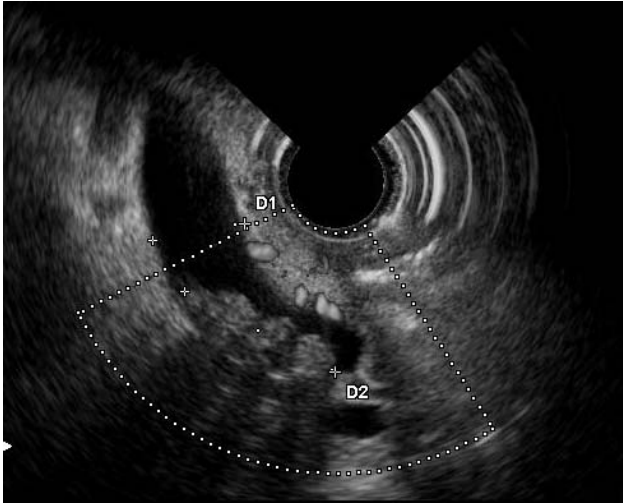
+

Endoskopie
(Spiegelung)

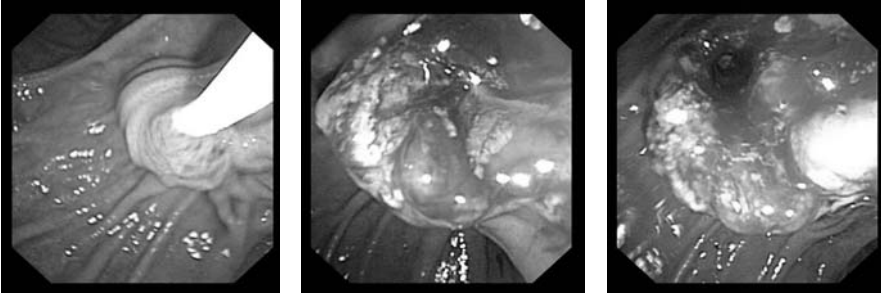


= Endosonographie

Steine in den Gallenwegen



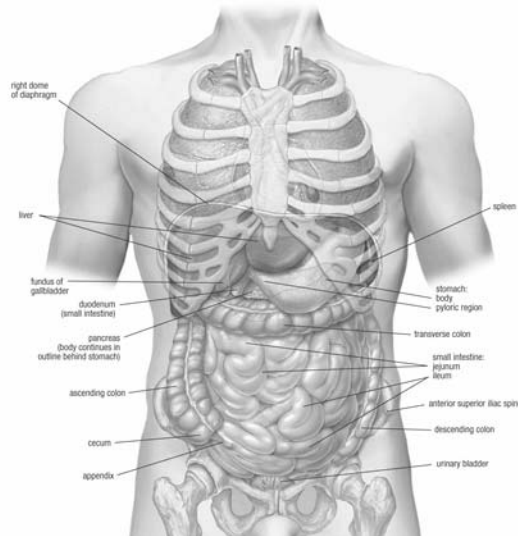
Papillotomie zur Entfernung von Gallengangssteinen



Steinextraktion mit Dormia-Körbchen



Anatomie des Oberbauchs



Medikamente zur Behandlung von Oberbauchbeschwerden

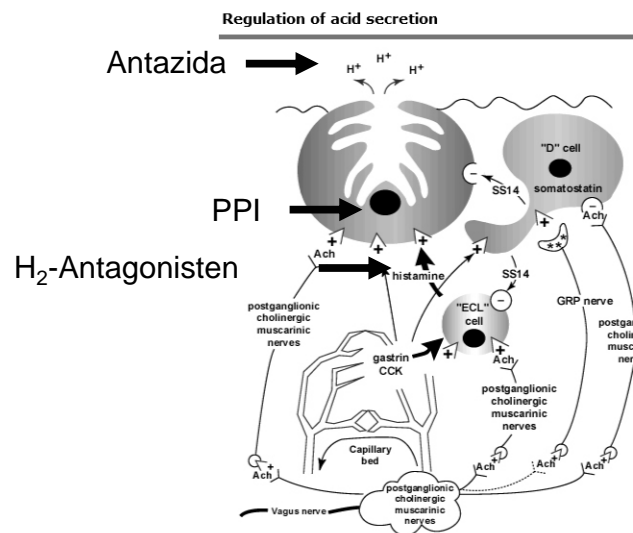
Allgemeinmaßnahmen bei Magenerkrankungen

- Alkohol vermeiden
- Rauchen einstellen
- Leichte Kost
- ...der Nutzen anderer Maßnahmen ist nicht sicher belegt

Medikamente (OTC) zur Therapie von „Magenschmerzen“

- Protonenpumpeninhibitoren (s. u.)
- H₂-Rezeptorantagonisten (Tagamet[®], Zantic[®], Pepdul[®], Roxit[®] u.a.)
- Antazida (Talcid[®], Riopan[®] u.a.)
- Sucralfat (Ulcogant[®])
- Pflanzliche und Naturheilmittel (Mittel der „integrativen“ Medizin)

Protonensekretion im Magen



Protonenpumpeninhibitoren

- Omeprazol (Antra[®])
- Lansoprazol (Agopton[®])
- Rabeprazol (Pariet[®])
- Pantoprazol (Pantozol[®])
- Esomeprazol (Nexium[®])

Recommendations for PPI doses in the treatment of acid-related disorders

Active and maintenance therapy of gastroduodenal ulcers*
Omeprazole - 40 mg
Lansoprazole - 30 mg
Rabeprazole - 20 mg
Pantoprazole - 40 mg
Esomeprazole - 40 mg
All administered daily before breakfast
Primary and secondary prevention of NSAID-induced ulcers
All PPIs as above
Treatment of erosive or nonerosive gastroesophageal reflux disease
Omeprazole - 20 mg daily or 20 mg twice daily
Lansoprazole - 30 mg daily or 30 mg twice daily
Rabeprazole - 20 mg daily or 20 mg twice daily
Pantoprazole - 40 mg daily or 40 mg twice daily
Esomeprazole - 20 mg or 40 mg daily
All administered daily before breakfast, second dose, if necessary, should be given before evening meal

Doses are adult, for oral administration.

Helicobacter-Pylori-Eradikation

Bezeichnung	Medikament	Dosis/Tag	Dauer
Modifizierte Tripel-Therapie („Italian“)	PPI +	2 x 1 Std.dosis	7 Tage
	Clarithromycin +	2 x 250 mg	
	Metronidazol	2 x 400 mg	
Modifizierte Tripel-Therapie („French“)	PPI +	2 x 1 Std.dosis*	7 Tage
	Clarithromycin +	2 x 500 mg	
	Amoxicillin	2 x 1 g	
Sequenz-Therapie	PPI +	2 x 1 Std. Dosis	Tag 1-5
	Amoxicillin	2 x 1 g	Tag 1-5
	PPI +	2 x 1 Std. Dosis	Tag 6-10
	Clarithromycin +	2 x 500 mg	Tag 6-10
	Metronidazol	2 x 500 mg	Tag 6-10
Quadrupel-Therapie	PPI+	2 x 1 Std.dosis*	Tag 1 - 10
	Wismutsalz +	4 x 120 mg	Tag 4 - 10
	Tetracyclin +	4 x 500 mg	Tag 4 - 10
	Metronidazol	3 x 400 mg	Tag 4 - 10

Fazit

- Differenziertes Fragen nach der Art der Symptome kann wichtige Hinweise geben
- Therapieresistenz, Gewichtsverlust und Zeichen der Blutarmut sind Warnsymptome
- Besonders gefährdet sind ältere Patienten
- Die OTC-Medikamente bei epigastrischen Beschwerden sind als sicher einzuordnen



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !
(Dank an K. Hengels, MG, T. Frieling, KR)**

