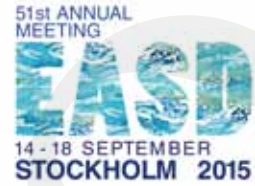


EASD-Kongress 2015: Die autonome diabetische Neuropathie des GIT

Unspezifische Symptomatik erschwert Diagnosefindung



Typ-2-Diabetiker klagen häufig über gastrointestinale Beschwerden. Diese sind in der Regel unspezifisch wie bei einer Non-ulcer-Dyspepsie oder einem Reizdarm. Doch beim Diabetiker muss man bei diesen Symptomen immer an eine autonome diabetische Neuropathie denken. Wie lässt sich die Diagnose sichern und welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Mehr als jeder zweite Typ-2-Diabetiker klagt über gastrointestinale Beschwerden. Das Beschwerdebild ist vielgestaltig und unspezifisch. Es reicht von Übelkeit, Erbrechen und Völlegefühl über Bauchschmerzen und Blähungen bis hin zu Obstipation, Diarrhoen und Stuhlinkontinenz (1). „Solche Symptome sind auch bei Nicht-Diabetikern weit verbreitet, was die Abgrenzung zur diabetischen Neuropathie schwer macht“, sagte **Dr. med. Hans Törnblom, Göteborg**. Und beim Diabetiker seien diese Symptome deshalb auch nicht beweisend für das Vorliegen einer autonomen Neuropathie, aber sie träten in dieser Patientengruppe eben doch deutlich häufiger auf. Gerade bei gleichzeitig vorliegenden Symptomen einer kardialen oder urogenitalen autonomen Neuropathie müsse vorrangig an eine neuropathische Störung des Magen-Darm-Traktes gedacht werden. „Auch ein unzureichendes Ansprechen auf die orale anti-diabetische Medikation, eine gestörte Hypoglykämiewahrnehmung und eine sonst nicht erklärbare Stoffwechsellabilität sollten als Hinweis auf eine Neuropathie angesehen werden“, so Törnblom.

Komplexe Pathogenese

Pathogenetisch besteht eine Dysfunktion der neuralen Kontrolle von Motilität, Sekretion, Resorption und Perzeption, wobei eine funktionelle Schädigung afferenter und efferenter Nervenfasern des sympathischen und parasympathischen Nervensystems und zwar in jedem Organ des Gastrointestinaltrakts vorliegen kann. Häufig, aber nicht immer finden sich morphologische Schädigungen an den Nervenfasern. Diese sind durch toxisch-metabolische Einflüsse und/oder durch eine Mikroangiopathie verursacht.

Schwierige Diagnostik

Der objektive Nachweis einer Motilitätsstörung im Ösophagus erfordert eine Manometrie, mit der die Kontraktionsdauer bzw. -amplitude und der erniedrigte Druck im distalen Ösophagus nachgewiesen werden können. Grundsätzlich sollte aber vorher zum Ausschluss einer anderen Erkrankung eine Endoskopie durchgeführt werden.

Für eine Gastropathie, die mit Völlegefühl, Erbrechen und einem vorzeitigen Sättigungsgefühl einhergeht, spricht schon die Tatsache, dass 8–12 Stunden nach der letzten Nahrungsaufnahme endoskopisch noch Speisereste im Magen nachweisbar sind. Doch der fehlende Nachweis von Speiseresten schließt die Neuropathie nicht aus. Goldstandard ist der szintigraphische Nachweis der gestörten Magenentleerung. Aber auch sonographisch, nämlich anhand der Veränderung der postprandialen Antrumfläche nach

Aufnahme von 300 ml Wasser, kann die verzögerte Magenentleerung objektiviert werden. Darüberhinaus steht ein Atemtest, nämlich der ¹³C-Oktanoat-Atemtest zur Verfügung. „Ein einheitliches allgemein anerkanntes diagnostisches Verfahren gibt es aber nicht“, so Professor Fernando Azpiroz, Barcelona.

Schwierig ist die Diagnosefindung bei Diarrhoen, da hier auch andere, bei Diabetikern häufig vorkommende Mechanismen beteiligt sein können wie Medikamente (Metformin), eine bakterielle Fehlbesiedlung und eine exkretorische Pankreasinsuffizienz. Am einfachsten und aussagekräftigsten ist der H₂-Atemtest nach Gabe von Glukose. Aber auch eine endoluminale Manometrie und eine Dünndarmszintigraphie sind möglich, aber sehr aufwendig.

Auch die Obstipation und Stuhlinkontinenz kann bei einem Diabetiker vielerlei Ursachen haben. Um diese auszuschließen, sollte immer zunächst eine totale Koloskopie durchgeführt werden. Weitergehende Untersuchungen sind die Bestimmung der Kolon-Transitzeit mit röntgendichten Markern, die anorektale Manometrie, die Defäkographie und evtl. die Endosonographie.

Allgemeintherapeutische und medikamentöse Massnahmen

Die Symptome bei der diabetischen Gastropathie lassen sich oft schon mit diätetischen Massnahmen günstig beeinflussen. Empfehlenswert sind mehrere kleinere Mahlzeiten über den Tag verteilt mit wenig Ballaststoffen (2). Als gastroprokinetisch wirksame Pharmaka stehen Metoclopramid, Domperidon und Erythromycin zur Verfügung (3). Domperidon ist gleich effektiv wie Metoclopramid, zeigt jedoch keine zentralnervösen Nebenwirkungen wie Metoclopramid (4). Erythromycin eignet sich nicht für eine Langzeittherapie, da sich rasch eine Toleranz entwickelt. Erythromycin-Analoga, die nur die Motilin-Rezeptoren stimulieren, sind in der Entwicklung. Bei Versagen der medikamentösen Therapie sollte die Implantation eines gastralen Schrittmachers diskutiert werden (5). In sehr schweren Fällen kann auch die Anlage einer Magensonde oder eine Gastrojejunostomie erforderlich werden.

Bei Diarrhoen empfiehlt sich die Gabe von Loperamid und bei Nachweis einer bakteriellen Fehlbesiedlung zeigen auch Antibiotika eine gute Wirkung. Doch nach Beendigung der antibiotischen Therapie rezidivieren die Symptome rasch. Bei Patienten mit einer hartnäckigen Obstipation sind Laxantien unverzichtbar, wobei Volumen fördernde Substanzen der Vorzug gegeben werden sollte vor motilitäts- und sekretionswirksamen (6).

▼ **Dr. med. Peter Stiefelhagen**

Quelle: 51. Jahrestagung der European Association for the Study in Diabetes, Stockholm 2015

Literatur:

1. Bytzer et al. Arch Intern Med 2000
2. Olausson et al. Am J Gastroenter 2009
3. Jansen et al. Am J Gastroenter 2013
4. Patterson et al. Am J Gastroenter 1990
5. Mc Callum et al. Neurogastroent Mot 2013
6. Ford et al. Gut 2011