

Dyspepsien

Diagnosestellung

In dieser Phase muss meiner Meinung nach auf zwei Punkte näher eingegangen werden:

1. Nicht alle Patienten in der ambulanten Praxis leiden einfach nur an einer relativ gutartigen Dyspepsie. Ein Überblick über meine Statistik der im Verlauf eines Jahres gestellten gastrointestinale Diagnosen (73 Fälle) zeigt, dass nur in einem Drittel der Fälle eine Dyspepsie vorlag. Weitere Diagnosen waren in abnehmender Reihenfolge der Häufigkeit: Ulcus ventriculi oder duodeni, symptomatische Cholelithiasis, Divertikulose/-itis. Sieben Patienten wiesen ein Kolon- oder Pankreas-Karzinom auf. Man sollte daher **sehr vorsichtig** sein, bevor man die Diagnose einer «einfachen» Dyspepsie stellt.
2. Die **Anamnese** darf sich nicht darauf beschränken, nach Hinweisen und Symptomen für den Schweregrad zu suchen, wie dies die auf Seite 459 beschriebene «Stratégie» propagiert. Eine qualitativ hochstehende Betreuung erfordert eine Betrachtung der gesamten Lebenssituation des Patienten. **Risikofaktoren** wie Tabak und Alkohol müssen von Anfang an erwähnt und mit dem Patienten besprochen werden.

Das psychologische und soziale Umfeld spielt für den Schweregrad und die funktionelle Beeinträchtigung ebenfalls eine Rolle. Als erschwerende Faktoren sind die Persönlichkeit des Patienten (aggressive Reaktivität, Persönlichkeit vom Typ A, Neurose), belastende Ereignisse im Leben des Patienten (Ereignisse, die mit einer schweren und chronischen Bedrohung einhergehen), das Fehlen einer guten emotionalen Unterstützung und das Älterwerden zu werten [1]. Auch das Arbeitsumfeld spielt eine wesentliche Rolle: Personen, die Schwierigkeiten haben, den Anforderungen gerecht zu werden (*coping*) (weil sie ein starkes Bedürfnis nach Anerkennung haben, unter dem Konkurrenzdruck leiden, sehr reizbar sind oder sich nicht von der Arbeitssituation abgrenzen können), leiden häufiger unter Dyspepsie [2].

Behandeln, oder die Tyrannie des *Helicobacter pylori*!

Man muss sehr vorsichtig sein, wenn man den «schrecklichen» Keim (*Helicobacter pylori*) gegenüber dem Patienten erwähnt. Er könnte sich auf dieses Problem fixieren und unnötige sowie kostspielige Eradikationsbehandlungen verlangen, die sogar schädlich sein können, weil sie den gastro-ösophagealen Reflux verstärken. Die korrekte Indikation für eine Eradikationstherapie kann nur nach einer Endoskopie gestellt werden, welche eine Erkrankung der Schleimhaut zeigt ... und das Vorhandensein des Keims. Die beste Behandlungsstrategie bei der Dyspepsie scheint daher immer noch zu sein: «empirische anti-sekretorische Behandlung und Endoskopie, falls keine Besserung oder Rezidiv innerhalb eines Jahres».

Und die Kosten?

Das Kosten/Nutzen-Verhältnis einer Ösophagogastroskopie ist bei sorgfältiger Indikationsstellung sehr gut: unnötige Eradikationsbehandlungen können dadurch vermieden oder nicht indizierte Behandlungen mit Omeprazol abgebrochen werden. Häufig liegt einer Dyspepsie eine funktionelle Koliopathie zu Grunde: ein Mucilago ist weniger teuer und wirksamer als ein Protonenpumpenhemmer. Bei den Medikamenten sollte man immer auch die Kosten im Auge behalten (was bei dieser Strategie nicht erwähnt wird). Vielleicht hat man zu schnell die Tendenz, das «gute alte» Ranitidin zu vergessen (20 Tabletten eines Generikums für Fr. 48.50, während 20 Tabletten Omeprazol Fr. 89.50 kosten).

Ich hoffe, diese Bemerkungen haben Ihnen den Mund wässrig gemacht (oder besser gesagt, Ihren Magen-pH auf den richtigen Wert gebracht), so dass Sie Lust auf die Lektüre der «Stratégie» bekommen haben.

François Mottu

Literatur

- 1 Bennett EJ, Piesse C, Palmer K, Badcock CA, Tennant CC, Kellow JE. Functional gastrointestinal disorders: psychological, social, and somatic features. Gut 1998;42:414–20.
- 2 Rothenbacher D, Peter R, Bode G, Adler G, Brenner H. Dyspepsia in relation to *Helicobacter pylori* infection and psychosocial work stress in white collar employees. Am J Gastroenterol 1998;93:1443–9.

A propos des dyspepsies

Faire le diagnostic

Dans cette étape, deux points me paraissent devoir être développés:

1. Tous les cas vus en ambulatoire ne souffrent pas que de dyspepsies relativement bénignes. En revoyant ma statistique des diagnostics gastro-entérologiques posés pendant une année (73 diagnostics), la dyspepsie n'en représente qu'un tiers. Les autres, dans un ordre décroissant, sont: ulcère duodénal et gastrique, cholélithiasis symptomatique, diverticulose/-ite. Sept patients souffrent de cancer du côlon ou du pancréas. Il convient donc de **rester très prudent** avant de diagnostiquer une «simple» dyspepsie.
2. L'**anamnèse** ne doit pas se limiter à dépister les signes et symptômes de gravité, tels que vous les lirez dans la stratégie proposée dans ce journal. En effet, la qualité de la prise en charge nécessite la prise en compte de la globalité d'une situation de patient.

Des **facteurs de risque** comme le tabac et l'alcool doivent être énoncés et discutés d'emblée avec le patient.

Le **contexte psychologique et social** joue également un rôle important dans la gravité et le handicap fonctionnel. Les risques d'aggraver une dyspepsie sont liés à la personnalité (réactivité agressive – personnalité de type A, névrose), aux événements de vie stressants (événements associés à une menace sévère et chronique), à l'absence de soutien émotionnel efficace, et au vieillissement [1]. L'environnement au travail joue également un rôle primordial: les personnes qui ont de la difficulté à faire face (coping) aux demandes (parce qu'elles ont un fort besoin d'approbation, souffrent de la compétitivité, sont très irritable, et n'arrivent pas à sortir de l'ambiance de travail) souffriront plus souvent de dyspepsie [2].

Traiter, ou la tyrannie de l'*Helicobacter pylori*!

La plus grande prudence s'impose lorsque l'on parle de l'affreux germe (*l'Helicobacter pylori*) au patient. En effet, celui-ci peut se focaliser sur ce problème, et susciter des traitements d'éradication inutiles et coûteux, voire même délétères car augmentant le reflux gastro-œsophagien. Classiquement, l'indication à une éradication ne peut être décidée qu'après une endoscopie montrant une maladie de la muqueuse ... et la présence du germe. C'est pourquoi, en cas de dyspepsie, la stratégie qui semble la meilleure actuellement reste: «traitement empirique antisécrétoire et endoscopie si non réponse ou récidive à un an».

Et les prix, dans tout cela?

Une œsogastroskopie dont l'indication est soigneusement posée offre une bonne relation coût/efficacité: elle permet d'éviter des traitements d'éradication inutiles, ou fait quitter un traitement d'oméprazole non indiqué. La colopathie fonctionnelle est souvent cause de dyspepsie: les mucilages seront moins chers et plus efficaces que les inhibiteurs de pompe à protons. A propos de remèdes, il faut bien rester attentif aux coûts (qui ne sont pas mentionnés dans cette stratégie). Peut-être a-t-on trop vite tendance à oublier la «bonne vieille» ranitidine (20 comprimés génériques pour 48,50 CHF, alors que l'oméprazole coûte 89,50 CHF pour 20 pastilles).

J'espère que ces quelques remarques vous donneront l'eau à la bouche (pardon, un pH adéquat dans l'estomac!), et susciteront l'envie de lire cette stratégie.

François Mottu

Références

- 1 Bennett EJ, Piesse C, Palmer K, Badcock CA, Tennant CC, Kellow JE. Functional gastrointestinal disorders: psychological, social, and somatic features. Gut 1998;42: 414–20.
- 2 Rothenbacher D, Peter R, Bode G, Adler G, Brenner H. Dyspepsia in relation to *Helicobacter pylori* infection and psychosocial work stress in white collar employees. Am J Gastroenterol 1998;93:1443–9.