

Behandlung erwachsener Patienten mit Gastroparese

Chronische Gastroparese – unspezifische Symptome, schwierige Diagnostik und begrenzte Behandlungsmöglichkeiten

Unter einer Gastroparese versteht man eine funktionelle, relevante Verzögerung der Magenentleerung ohne ursächliche mechanische Passagebehinderung. Die größte Gruppe an betroffenen Patienten weist einen Diabetes mellitus mit diabetischer autonomer Neuropathie auf. Zahlenmäßig folgt auf diese Gruppe die idiopathische Gastroparese, bei der keine der möglichen Ursachen vorliegt. Zu den möglichen nichtdiabetischen Ursachen zählen: postoperative Zustände (insbesondere nach Nervus-Vagus-Verletzung), nichtdiabetische Neuropathien, Myopathien, Autoimmunerkrankungen, Amyloidose, nach Strahlentherapie und Nebenwirkung einer Medikation (z. B. Opioide, Chemotherapie) (1).

Von einer Gastroparese sind etwa doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen. Exakte Aussagen zur Epidemiologie liegen nicht vor. Zum einen, weil die Leitsymptome Übelkeit und Erbrechen unspezifisch und (z. B. als infektiöse Episode) in der Bevölkerung häufig sind, zum anderen, weil die Diagnostik die Durchführung von Tests erfordert, die nur eingeschränkt verfügbar sind.

Zu den Leitsymptomen können Blähungen und Schmerzen im Bauch bestehen. Die Symptome können nach dem Essen, aber auch unabhängig davon auftreten. Das zusätzliche Problem bei der diabetischen Gastroparese besteht darin, dass durch die zeitliche Verzögerung der Magenentleerung die Abstände zwischen Insulingabe und Nahrungsaufnahme verlängert und irregulär sind. Daraus resultierend entsteht häufig eine unzureichende Blutzuckereinstellung.



Als Referenzmethode gilt die Magenentleerungsszintigraphie, deren Verfügbarkeit allerdings begrenzt ist. Etabliert und leichter durchführbar sind ¹³C-Testverfahren (2). Auch die Atemtests sind in der Praxis nur eingeschränkt verfügbar, da sie unterfinanziert sind und deshalb nicht flächendeckend angeboten werden. Basis der Therapie sind diätetische Maßnahmen mit mehreren kleinen, gut gekauten Mahlzeiten, wenig Ballaststoffen, wenig Fett, wenig Alkohol und Verzicht auf Rauchen (3). Hilfreich sein kann eine Beschränkung

Rosien, U.

Literatur

- Keller J, Andresen A, Layer P. Motilitätsstörungen. In: Rosien U, Berg T, Layer P, Hrsg. Facharztwissen Gastroenterologie und Hepatologie. 2. Auflage München: Elsevier; 2021. S. 389-411.

² Keller J, Hammer HF, Afolabi PR, Benninga M, Borrelli O, Dominguez-Munoz E et al. European guideline on indications, performance and clinical impact of ¹³C-breath tests in adult and pediatric patients: An EAGEN, ESNM, and ESPGHAN consensus, supported by EPC. United European Gastroenterology J 2021; 9(5):598–625. doi: 10.1002/ueg2.12099.

³ Schol J, Wauters L, Dickman R, Drug V, Mulak A, Serra J et al. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on gastroparesis. United European Gastroenterology J 2021; 9(3):287–306. doi: 10.1002/ueg2.12060.

auf flüssige/breiige Nahrungsmittel bzw. solche, die mit einer Gabel zu Mus zerdrückt werden können („small particle diet“) (4). Da eine schlechte Blutzuckereinstellung die Magenentleerung hemmt (unabhängig von der Neuropathie), wird bei Diabetikern eine gute Blutzuckereinstellung empfohlen (aus den oben genannten Gründen bei Gastroparese aber oft nicht erreicht).

Es gibt keine zur Behandlung der Gastroparese zugelassenen Medikamente. Der Einsatz nachfolgend genannter Prokinetika erfolgt off-label (5):

1. Metoclopramid und Domperidon sind Dopaminantagonisten, die nur für kurzezeitige Behandlungen von Übelkeit und Erbrechen (unter zehn Tage) zugelassen sind.
2. Erythromycin fördert als Motilin-Agonist die Magenentleerung. Aufgrund seiner raschen Tachyphylaxie wird es nur in der akuten Blutungssituation des oberen Verdauungstraktes zur Magenentleerung eingesetzt.
3. Der 5-HT₄-Agonist Prucaloprid ist nicht nur am Kolon, sondern auch am Magen wirksam (ohne Zulassung für diese Indikation). Musaprid ist in Deutschland nicht verfügbar.

Neben diätetischen Maßnahmen und dem Off-Label-Einsatz von Prokinetika stehen für Patienten mit schwerer oder therapierefraktärer Gastroparese verschiedene interventionelle Verfahren zur Verfügung. Eine gastrale Neurostimulation („Magenschrittmacher“) kann die Leitsymptome Übelkeit und Erbrechen bessern, führt auch bei klinischer Wirksamkeit nicht zu einer beschleunigten Magenentleerung. Die perorale endoskopische Myotomie des Pylorus (G-POEM) weist in Studien eine Wirksamkeit von 60–80 % auf. Es gibt jedoch Hinweise, dass dieser Effekt über die Zeit abnimmt. Zur Injektion von Botulinumtoxin in die Muskulatur des Pylorus als alleinige Maßnahme gibt es sowohl positive als auch negative Studienergebnisse. Sie wird aktuell eher zur Patientenselektion vor G-POEM eingesetzt.

Gastroparese im Praxisalltag: gestufte Therapieansätze und offene Fragen zur Rolle moderner Funktionsdiagnostik

Bei milder Ausprägung der Gastroparese können diätetischen Maßnahmen ausreichend sein. Während hingegen bei einer moderaten Ausprägung der Gastroparese ein Therapieversuch mit den oben genannten Arzneimitteln im Off-Label-Use in Erwägung gezogen werden kann – wohl wissend um eine klinisch eingeschränkte oder nicht anhaltende Wirksamkeit. Bei schwerer Gastroparese, bei der sich die Patienten nicht mehr adäquat selbst ernähren können, kommen Magenschrittmacher und G-POEM zum Einsatz (ggf. auch kombiniert) (4).

Tabelle 1: Schweregrad der Gastroparese

Schweregrad	Therapieoptionen	Bemerkungen
mild	diätetische Maßnahmen	bei leichter Symptomatik
moderat	Off-Label-Prokinetika wie z. B. MCP, Domperidon, Prucaloprid, Erythromycin	mit klinisch eingeschränkter oder nicht anhaltender Wirkung
schwer	Magenschrittmacher und G-POEM (ggf. auch kombiniert)	bei Patienten, die sich nicht mehr adäquat selbst ernähren können

⁴ Camilleri M, Kuo B, Nguyen L, Vaughn VM, Petrey J, Greer K et al. ACG Clinical Guideline: Gastroparesis. Am J Gastroenterol 2022; 117(8):1197–220. doi: 10.14309/ajg.0000000000001874.

⁵ Kornum DS, Krogh K, Keller J, Malagelada C, Drewes AM, Brock C. Diabetic gastroenteropathy: a pan-alimentary complication. Diabetologia 2025; 68(5): 905–19. doi: 10.1007/s00125-025-06365-y.

Die Einteilung in milde, moderate und schwere Verlaufsformen erfolgt anhand der klinischen Symptomatik (Tabelle 1). Der Nutzen weiterführender Funktionsdiagnostik wie hochauflösender Manometrie oder Impedanzplanimetrie ist bislang nicht abschließend geklärt.

Fazit

Die chronische Gastroparese ist eine funktionelle Verzögerung der Magenentleerung, die sich klinisch durch unspezifische Symptome wie Übelkeit, Erbrechen und abdominelle Beschwerden äußert. Die Diagnostik bleibt schwierig, da Referenzverfahren wie die Magenentleerungsszintigraphie und ¹³C-Atemtests nur eingeschränkt verfügbar sind. In der Praxis erfolgt die Einteilung in milde, moderate und schwere Verlaufsformen anhand der Symptomatik und der Einschränkungen im Alltag. Therapeutisch reicht das Spektrum von diätetischen Maßnahmen über den Off-Label-Einsatz von Prokinetika bis hin zu interventionellen Verfahren wie Magenschrittmacher oder G-POEM bei schweren Fällen. Ein klarer Behandlungsstandard existiert bislang nicht; die Versorgungspraxis orientiert sich an gestuften Ansätzen, während der Stellenwert moderner Funktionsdiagnostik noch nicht abschließend geklärt ist.

Interessenkonflikte

Der Autor gibt an, keine Interessenkonflikte zu haben.

Dr. med. Ulrich Rosien