

Ein komplexer Patientenfall

Stufendiagnostisches Vorgehen unter umweltmedizinischen Aspekten | Fabian Müller

Umweltmedizinische Aspekte sind wichtige Stolperfallen in der naturheilkundlichen Behandlung. Wenn diese übersehen werden, so kann es zu frustrierenden Therapieverläufen kommen. In diesem Artikel wird das stufendiagnostische Vorgehen bei einem multiformen Krankheitsfall beleuchtet. Hierbei zeigt sich eine umweltmedizinische Ursache am Beginn der Kausalkette.

Frau K sitzt mir blass und sichtbar leidend zur Erstaufnahme in der Praxis gegenüber. Bevor sie zu mir gekommen ist, hat sie schon etliche Ärzte und auch mehrere Heilpraktiker aufgesucht. Als Diagnose bekam sie Reizdarmsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom und Depression genannt. Bei der Anamnese zeigen sich als Leitsymptome eine sehr starke Schwäche mit schlechtem Gedächtnis und Konzentration, rezidivierende Infekte der Atemwege und der Blase, und mehrere verschiedene Darmbeschwerden wie Blähungen, Durchfall und Bauchkrämpfe. Besonders ist ihr aufgefallen, dass sich viele Symptome nach dem Essen verschlechtern. Bei der Abfrage der Stuhlmodalitäten gibt sie drei bis vier Stuhlgänge täglich mit weicher bis flüssiger Konsistenz an. Die Bauchschmerzen sitzen hauptsächlich im Nabelbereich.

Bei den Untersuchungen der Vorbehandler zeigte das Blutbild eine leichte Anämie. Transaminasen, Nierenwerte, TSH, Urinstatus, Sonographie des Abdomens und Koloskopie waren unauffällig. Eine mikrobiologische Stuhluntersuchung auf pathogene Erreger war ebenfalls unauffällig. Eine kardiologische Untersuchung ergab keinen auffälligen Befund.

Durch die Vorbehandler wurde Eisen zur Behandlung der Anämie verschrieben, die Infekte antibiotisch behandelt und ein Probiotikum eingesetzt. Die Patientin hatte den Eindruck, dass die Bauchsymptomatik durch das Probiotikum eher schlechter als besser wurde. Deshalb hatte sie es schon vor Wochen selbstständig abgesetzt. Durch diese bisherigen Therapieansätze zeigte sich keinerlei Besserung.

In meiner Praxis hat sich gezeigt, dass die schulmedizinische Standarddiagnostik häufig nicht ausreicht, um andere reversible Ursachen zu erkennen. An welche Differen-

Toxische Stoffe	<ul style="list-style-type: none"> • Acetylsalicylsäure und nichtsteroidale Antiphlogistika • Alkohol und Nikotin • Quecksilber • Amylase-Trypsin-Inhibitoren (im Hochleistungsweizen) • Formaldehyd
Mikrobiota	<ul style="list-style-type: none"> • Pathogene Keime • SIBO-Syndrom
Mikronährstoffmangel	<ul style="list-style-type: none"> • Coenzym-Q10-Mangel • Zinkmangel • Selenmangel • B-Vitaminmangel • Vitamin-D-Mangel
Leistungssport	
Stress	
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Nahrungsmittelallergie • Histaminintoleranz • Glutenintoleranz • Lactoseintoleranz • Fructosemalabsorption • Salicylatintoleranz

Tab. 1: häufige Ursachen des Leaky-Gut-Syndroms

zialdiagnosen müssen wir in diesem Fall denken?

Differenzialdiagnostische Gedanken

Bei einem vermeintlichen Reizdarmsyndrom müssen wir an folgende Ursachen denken:

- exokrine Pankreasinsuffizienz,
- Leaky-Gut-Syndrom,
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten,
- Dysbiose der Dickdarmmikrobiota und
- SIBO-Syndrom (Dünndarmfehlbesiedlung).

Bei einem chronischen Müdigkeitssyndrom, vor allem wenn es mit einer schlechten Gedächtnisleistung und Konzentrationsstörungen einhergeht, müssen wir an folgende Ursachen denken: Zustand nach Viruserkrankung, idiopathisch postprandiales Syndrom (chronischer Unterzucker), Anämie, Hypoxie, nitrosativer Stress, Glutensensibilität, Leaky-Gut-Syndrom, chronische Entzündungen und neurologische Autoimmunität.

Die bestehende Eisenmangelanämie wurde ja schon behandelt, ohne dass es die Symptomatik verbessert hätte. Um bei diesem komplexen Fall die Ursache aufzudecken, entschied ich mich stufendiagnostisch vorzugehen.

Erster diagnostischer Schritt

Neben einem fünfstündigen oralen Glukosetoleranztest zum Ausschluss eines idiopathisch postprandialen Syndroms (chronischer Unterzucker) wurde eine Stuhldiagnostik durchgeführt. Dabei wurden folgende Werte angefordert:

- Alpha 1-Antitrypsin,
- sIgA,
- Mikrobiota,
- Glutenantikörper und
- Calprotectin.

Parallel zur ersten Diagnostik verordnete ich Angocin (Fa. Repha) viermal täglich 4 Dragees und Esberitox (Fa. Schaper & Brümmer) viermal täglich eine Tablette.

Bei Angocin handelt es sich um ein pflanzliches Mittel mit Meerrettich und Kapuzinerkresse. Esberitox enthält die immunstimulierenden Pflanzen Färberhülsenwurzelstock, Purpursonnenhutwurzel, blassfarbener Sonnenhutwurzel, Lebensbaumspitzen und -blätter.

Mit dieser ersten Medikation wollte ich weitere Infekte im Bereich Atemwege und Blase verhindern, damit keine weitere Antibiose notwendig wird.

Die Befunde zeigten ein stark erhöhtes Alpha 1-Antitrypsin, ein nicht messbares sIgA, und Auffälligkeiten in der Mikrobiota. Hier waren die Proteolyten deutlich erhöht,

E. coli vermindert, Enterokokken und Laktobazillen unter der Nachweisgrenze. Die restlichen Befunde waren unauffällig.

Aus diesem Befund konnte zum jetzigen Zeitpunkt schon ein Leaky-Gut-Syndrom und eine Dysbiose festgestellt werden. Es ist in der naturheilkundlichen Behandlung aber immer sehr wichtig, den Beginn der Kausalkette zu identifizieren.

Zweiter diagnostischer Schritt

Die Tabelle 1 auf Seite 24 zeigt die möglichen Ursachen eines Leaky-Gut-Syndroms. Hier macht es Sinn, zuerst mögliche Ursachen anamnestisch auszuschließen. Im weiteren Schritt sollte überlegt werden, welche Ursache mit der Symptomatik des Patienten zusammenhängen kann.

Aufgrund der Bauchsymptomatik kommt ein SIBO-Syndrom in Frage und wegen der Infektanfälligkeit kommt ein Mangel an Vitamin D, Zink und Selen in Frage. Eine Fruktosemalabsorption kommt aufgrund der psychischen Situation der Patientin in Frage.

Es wurde ein Atemtest mit Lactulose, eine Blutabnahme zur Bestimmung von Vitamin D, Zink und Selen sowie ein weiterer Atemtest mit Fruchtzucker durchgeführt. Ergebnisse: Der Lactulose-Atemtest war positiv, somit besteht eine Dünndarmfehlbesiedlung (SIBO-Syndrom). Weiterhin zeigte sich ein Mangel an Vitamin D und Selen. Der Fruktoseatemtest war unauffällig, der Zinkspiegel im Normbereich.

Dritter diagnostischer Schritt

Auch bei einer Dünndarmfehlbesiedlung muss die Ursache gefunden werden. Die möglichen Ursachen sind in Tabelle 2 auf Seite 26 aufgeführt.

Eine Einnahme von PPI, Verletzung der Ileozäkalklappe und starker Alkoholkonsum konnten anamnestisch ausgeschlossen werden. Eine Fruktosemalabsorption wurde bereits in der vorhergegangenen Diagnostik ausgeschlossen. Die häufige Einnahme von Antibiotika, aufgrund der vorangegangenen Atemwegs- und Blaseninfekte, war vorhanden.

Um keine schwerwiegende Ursache zu übersehen, wurde der Säuregehalt des Magens mit einer Blutuntersuchung auf Pepsinogen bestimmt. Zur Feststellung oder Ausschluss einer exokrinen Pankreasinsuffizienz wurde die Pankreaselastase im Stuhl bestimmt.

Nachdem eine Quecksilberbelastung als Ursache sowohl für eine Dünndarmfehlbesiedlung, ein Leaky-Gut-Syndrom, die Infektanfälligkeit, die chronische Erschöpfung sowie die Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme in Frage kommt, wurde auch hier diagnostisch in die Tiefe gegangen. Hierzu wurde ein Porphyrinurieprofil durchgeführt. Es dient nicht der klassischen Diagnostik einer Porphyrie, sondern wird zur Erfassung von toxischen Effekten durch Schwermetalle und andere toxische Stoffe eingesetzt.

Bis zum Vorliegen der angeforderten Untersuchungsbefunde, wurde die bestehende Medikation erweitert: Rephalsin C (2 x täglich 2 Tbl.) ist ein E. coli-Lysat und enthält Selen, das ja bei der Patientin vermindert war. Das Lysat stabilisiert das Schleimhautimmunsystem. Weiterhin wurde, wegen des bestehenden Mangels, eine Kombination von Vitamin D und K verordnet.

Befunde und synoptische Überlegungen

Pepsinogen im Blut war bei 107 µg/L. Somit konnte ein Magensäuremangel ausgeschlossen werden. Die Pankreaselastase lag bei 163 µg/g. Dieser Wert zeigt eine deutliche exokrine Pankreasinsuffizienz an. Beim Porphyrinurieprofil zeigten sich Auffälligkeiten bei den folgenden Werten: Pentacarboxyporphyrin sowie Coproporphyrin I und III. Das ist ein deutlicher Hinweis auf eine Belastung mit Quecksilber.

Als Fazit dieser Stufendiagnostik konnte ich diese Problematiken feststellen: Leaky-Gut-Syndrom, SIBO-Syndrom, Mangel an Vitamin D und Selen, exokrine Pankreasinsuffizienz und chronische Quecksilberbelastung. Hat nun unsere Patientin Frau K. bei der Verteilung der Krankheiten nur häufig „hier“ gerufen oder gibt es zwischen den einzelnen Auffälligkeiten einen Zusammenhang? Hier zeigt sich wieder, wie wichtig das Denken in Kausalketten ist:

- Eine chronische Quecksilberbelastung zieht viele verschieden gelagerte Symptome und Folgeschäden nach sich. So können die Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme, die Infektanfälligkeit und die Dünndarmfehlbesiedlung erklärt werden. Die Bauchspeicheldrüse reagiert auch sehr empfindlich auf toxische Stoffe, was zu einer Verminderung der Pankreassekretion führen kann. Eine exokrine Pankreasinsuffizienz kann über das Hochwuchern der Proteolyten im

Dickdarm zu einem SIBO-Syndrom führen.

- Ein SIBO-Syndrom führt regelmäßig auch zu einer erhöhten Permeabilität der Darmwand, also einem Leaky-Gut-Syndrom.
- Ein Leaky-Gut-Syndrom führt häufig zu einer verminderten Resorption von Mikronährstoffen. So können die Mangelzustände erklärt werden, wobei es aber gerade bei Vitamin D und Selen häufig auch bei intakter Darmwand zu Defiziten kommt. Durch die Zytokinaktivierung, die durch die erhöhte Darmpermeabilität entsteht, nimmt die Funktionsfähigkeit des Pankreas immer weiter ab.

Therapieplan

Der Schwerpunkt der Intervention lag bis jetzt in der Diagnostik. Die bisherige Therapie diente der Stabilisierung während der Diagnostik.

Es wurde mit der Patientin ein phasenweiser Aufbau der Therapie vereinbart. In der ersten Phase sollte die Konzentration auf der

Quecksilberausleitung liegen. In der zweiten Phase sollte die Dünndarmflora behandelt werden. Die Darmwand stand im Fokus der dritten Phase.

Phase 1

In der ersten Phase wurde die Vormedikation (Angocin 4 x 4, Esberitox 4 x 1, Optimum D+K 1 x 1 und Rephalsin C 2 x 2) beibehalten, da sie effektiv zur Vermeidung weiterer Infekte beigetragen hatte.

Da das Leaky-Gut-Syndrom eine entscheidende Rolle in diesem Fall spielt, auch wenn es in der Mitte der Kausalkette steht, wurde ein Mittel zur Stabilisierung der Darmwand dazugegeben. Da Myrrhinil Intest (Fa. Repha) sowohl die Darmwand über die Tight Junctions der Epithelzellen stabilisiert als auch giftstoffbindende Eigenschaften hat, wurde es mit einer Dosierung von 3 x täglich 4 Dragees verordnet.

Die eigentliche Quecksilberausleitung erfolgte mit Detox plus (Fa. Inus) 2 x täglich 2 Kapseln und wöchentlichen Infusionen mit Alpha-Liponsäure über sechs Wochen. In der fünften und sechsten Woche wurde noch Cilatris (Fa. Nestmann) 1 x 5 Tropfen dazu genommen. Ab der Mitte dieser Phase setzte eine deutliche Abnahme der Symptome ein, nur die Darmsymptomatik war unverändert.



Fabian Müller

Seit 1999 ist Fabian Müller Heilpraktiker in München. Der Schwerpunkt seiner Praxis ist die ganzheitliche Gastroenterologie. Er verbindet wissenschaftlich abgesicherte Methoden und alternative Heilweisen.

Er vermittelt die ganzheitliche Gastroenterologie in Online-Seminaren und ist Dozent bei Verbänden, Schulen und Laboren sowie Autor von Fachartikeln.

Kontakt:

Naturheilpraxis Fabian Müller
 Brudermühlstraße 36
 81371 München
 Tel.: 089 27273409
 www.fabian-mueller.net

Phase 2

In der zweiten Phase wurde die Dosierung von Angocin auf 3 x 3 und Esberitox auf 3 x 1 reduziert. Rephalsin C (2 x 2), Optimum D+K (1 x 1) und Myrrhinil Intest (3 x 4) wurden unverändert beibehalten.

Da eine exokrine Pankreasinsuffizienz (EPI) eine Ursache der Dünndarmfehlbesiedelung darstellt, wurde in dieser Phase Nortase (Fa. Repha) 2 Kapseln zu jeder Mahlzeit eingesetzt. Bei Nortase handelt es sich um pflanzliche Pankreasenzyme (Rizoenzyme), die bei einer EPI substituiert werden sollten. Pflanzliche Enzyme haben, anders als die tierischen Enzyme, einen deutlich höheren pH-Wirkbereich (pH 3–9) und damit eine bessere Wirksamkeit.

Zum Entfernen der Fehlbesiedelung im Dünndarm wurde eine bewährte Kombination über 40 Tage eingesetzt: AC7-Komplex (Fa. Biogena) 3 x 1, Citrobiotic (Fa. Sanitas) 3 x 10 und Sibosan (Fa. Laves) 3 x 1. Innerhalb dieser zweiten Phase wurde die Patientin komplett beschwerdefrei. Trotzdem ist eine Stabilisierung der Situation notwendig, damit Rückfälle vermieden werden.

Phase 3

In der dritten Phase wurden Angocin und Esberitox abgesetzt. Rephalsin C (2 x 2), Optimum D+K (1 x 1), Myrrhinil Intest (3 x 4) und Nortase (2 Kps pro MZ) wurden unverändert beibehalten.

Ziel dieser Therapiephase war die Regeneration der Dünndarmflora und der Darmwand: Sibolactocaps (Fa. Müller) 2 x 1 Kapseln und Metacare Colon Lecithin (Institut Allergosan) 3 x 2 Kapseln.

Weiterer Verlauf

Ein Kontrollatemtest bestätigte, dass keine Fehlbesiedelung im Dünndarm mehr bestand. Sechs Wochen nach dem Beginn der dritten Therapiephase wurde eine weitere Stuhlanalyse durchgeführt: sIgA war noch vermindert, aber im messbaren Bereich, Alpha-1-Antitrypsin war im Normbereich und Pankreaselastase war mit 357 µg/g deutlich besser, aber noch nicht im Idealbereich.

Folgende Medikation nahm die Patientin noch für 4,5 Monate ein: Optimum D+K (1 x 1), Myrrhinil Intest (2 x 3) und Nortase (1 Kps pro MZ), Sibolactocaps 2 x 1 und Metacare Colon Lecithin 3 x 1.

Der Fall liegt jetzt ungefähr drei Jahre zurück. Bei einer telefonischen Nachfrage erzählte mir die Patientin, dass sie bis auf seltene Erkältungen, die sie immer mit Angocin und Esberitox gut selbst behandelt hat, komplett beschwerdefrei ist. ■

Keywords: Diagnostik, Leaky-Gut-Syndrom, Differenzialdiagnostik, SIBO-Syndrom, Infektionen, Quecksilberbelastung, Stufendiagnostik, Nährstoffmangel, exokrine Pankreasinsuffizienz, Ausleitung, Quecksilberausleitung, umweltmedizinische Stufendiagnostik, Dünndarmfehlbesiedelung, Small Intestinal Bacterial Overgrowth-Syndrom

Hochwuchern der Colonmikrobiota	<ul style="list-style-type: none"> • Hypoazidität des Magens • Einnahme von Protonenpumpenhemmern (PPI) • exokrine Pankreasinsuffizienz • Gallenstauung • Laktoseintoleranz • Fruktosemalabsorption
Verletzung der Ileozäkalklappe	<ul style="list-style-type: none"> • Darmspiegelung • Operationsfolgen
Reduktion der Dünndarmmikrobiota	<ul style="list-style-type: none"> • Quecksilber • Alkohol • Antibiotika
Peristaltikstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Zustand nach Camphylobacterinfektion • Colondivertikel • diabetische Enteropathie • Amyloidose • Sklerodermie

Tab. 2: Die Tabelle zeigt häufige Ursachen einer Dünndarmfehlbesiedelung (SIBO-Syndrom) wie das Hochwuchern der Colonmikrobiota, eine Verletzung der Ileozäkalklappe, eine Reduktion der Dünndarmmikrobiota und Peristaltikstörungen.