

Vitamin B6 in der Allgemeinpraxis

Wolfgang Gerz

Spurenelement- und Vitaminreport 1/2002

Abstract: Vitamin B6 ist eines der Vitamine, die in der orthomolekularen Literatur am häufigsten als „möglicherweise indiziert“ angegeben werden. Dies erklärt sich wohl dadurch, dass es eine Schlüsselposition für den Kohlenhydrat-, Fett- und Proteinstoffwechsel einnimmt. Wie aber kann in der Praxis ein effizienter Zugang zum Arbeiten mit B6 erfolgen?

I. (Patho)physiologie

Pyridoxin (B6) wird in der Leber durch ein zinkabhängiges Enzym in das aktive Stoffwechselprodukt Pyridoxal-5-Phosphat (P-5-P) umgewandelt. Dies ist die vorherrschende Form von B6 im Plasma. In der modernen orthomolekularen Medizin wird deshalb zur oralen Therapie meist nicht mehr mit Pyridoxin, sondern mit reinem P-5-P gearbeitet.

B6 wird neben seiner bekannten Rolle im Homocystein-Stoffwechsel für die Absorption von B12 und Magnesium sowie die Produktion von Magensäure, Antikörpern und Erythrozyten benötigt. Es erleichtert die Freisetzung von Glykogen aus der Leber und den Muskeln zur Energieproduktion und ist essentiell zur Regulation des Natrium- und Kalium-Haushaltes.

Besonders wichtig ist die anti-histamine Wirkung von B6!

Aus orthomolekularer Sicht ist Vitamin B6 bei einer Vielzahl chronischer Erkrankungen indiziert, die gerade in der Allgemeinpraxis immer wieder Schwierigkeiten bereiten (Tab. 1):

Mögliche körperliche Symptome bei B6-Mangel	
● Allergische Diathese	● Hormonelle Störungen
● Anämie („therapieresistent“)	● Kardiovaskuläre Erkrankungen
● Carpal tunnel-Syndrom	● Neurologische Störungen
● Hauterkrankungen	● Ödeme (nicht kardial bedingt)
● Herpes simplex	Schmerzen diverser Genese

Tabelle 1

Gleichzeitig besteht aber auch gemäß seit Jahrzehnten publizierten Erkenntnissen der **orthomolekularen Psychiatrie** (u.a. Pfeiffer) bei einer Vielzahl von Patienten aus diesem Bereich ein Mangel an B6. Häufig entsteht dieser durch Mangel- und/oder Fehlernährung, aber offensichtlich gibt es gerade unter Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten, psychiatrischen Diagnosen und bestimmten anderen geistig-psychischen Symptomen (s. Tab 2) auch einen gewissen Prozentsatz, der vermehrt Vitamin B6 über den Urin ausscheidet („Kryptopyrrolurie“).

Psychische Symptome bei B6-Mangel	
● Schlechtes Kurzzeitgedächtnis	● Nervosität, Unruhe
● Fehlende Trauerinnerung	● Müdigkeit, Schwäche
● Grosse Fähigkeit zur Analyse von Zusammenhängen	● Schizophrenie (gewisse Formen)
● Depression (gewisse Formen)	● Angstzustände
● Kann nicht Zuhören	● Stress-Unverträglichkeit

Tabelle 2

II. Eigene klinische Erfahrungen

1. Diagnostik und Therapie

Natürlich muß B6 nicht bei jedem Patienten untersucht werden. Aber: bei Therapieresistenz eines oder mehrerer der in den Tabellen 1 und 2 genannten Symptome oder bei gleichzeitigem Vorliegen mehrerer Symptome – v.a. körperliche und psychische – sollte primär an B6 gedacht werden!

Im Gegensatz zur insgesamt umstrittenen Labordiagnostik der Kryptopyrrolurie ist die Messung von Vitamin B6 im Blut gut etabliert und sollte bei entsprechendem klinischen Verdacht (s. Tabellen 1 + 2) als erstes erfolgen.

Blanke Mangelzustände werden dann natürlich sofort substituiert – genauso aber grenzwertige niedrige Werte.

Ich untersuche zusätzlich mit der „bio-logischen“ Testmethode Applied Kinesiology (AK). Dabei erhalten die Patienten, die auf Vitamin B6 - getestet meist in Form des reinen Pyridoxal-5-Phosphates (P-5-P) – sehr gut reagieren (NC), dann auch das positiv testende Präparat.

Die orale Resorption von B6 ist sehr gut, sodass bei Substitution mit guten Präparaten sehr schnell hohe Blutspiegel erreicht werden können.

Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt nun, dass es zwei unterschiedliche Patientengruppen gibt:

a) Meistens steigt bei regelmäßiger Gabe von 1 x täglich 50 mg P-5-P (z.B. „P-5-P 50“ von P.E.) das im Blut meßbare B6 in kurzer Zeit (2 Wochen) auf Werte mehrfach über dem oberen Normbereich an.

b) Eine kleinere Gruppe von Patienten – die meist, aber nicht immer die von Pfeiffer beschriebene „Psychosymptomatik“ zeigen, erreicht tatsächlich nur Werte im oberen Normalbereich oder leicht darüber.

2. Patientenbeispiele

a) Der immer noch eindrucksvollste Fall war ein 31-jähriger psychotischer Patient, der 1990 nach wochenlanger stationärer psychiatrischer Behandlung (Gewichtszunahme 8 kg) in völlig apathischem Zustand und am ganzen Körper teigig/ödematös aufgequollen von seinem Bruder zu mir in die Praxis gebracht wurde. Ich hatte damals gerade das Buch von Pfeiffer gelesen und gab ohne spezifische Untersuchung sofort 2 Ampullen B6 i.v. und zusätzlich mittags und abends 1 Kapsel P-5-P oral. Das sensationelle Ergebnis: in der folgenden Nacht mußte der Patient nach eigenen Angaben mehr als 10mal Wasser lassen – und hatte am nächsten Morgen 3 kg Gewicht abgenommen, war frischer und auch geistig gebessert. Die weitere psychiatrische Therapie konnte dann – mit B6 – ambulant zufriedenstellend weitergeführt werden. Laborwerte wurden leider damals nicht erhoben.

b) Ein junger Patient (J. M., 14J,) mit folgenden Diagnosen:

- Teilleistungsstörungen bei Entwicklungsretardierung
- Chron. Müdigkeit und Hyperaktivität
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Chron. Vitamin- und Mineralstoffmangel

Bei diesem Patienten ist es seit Therapiebeginn 1998 im Zuge der Wachstumsentwicklung und verschiedener naturheilkundlicher und lerntherapeutischer Maßnahmen insgesamt zu einer deutlichen Besserung und Stabilisierung gekommen. Interessant sind die Laborwerte für B6, die wir im Jahr 2001 erstmals gemessen haben, nachdem von Beginn der Therapie an immer wieder auf-

grund der AK-Testung B6 und andere B-Vitamine wie auch sonstige Vitamin- und Mineralstoffpräparate gegeben worden waren:

01.03.2001 Vitamin B6	13.5 µg/l	Normalwertbereich
11.10.2001 Vitamin B6	46.7 µg/l	18.9–40.7 µg/l

Dazwischen war von der Familie mit großer Regelmäßigkeit eine Kapsel „P-5-P 50“ täglich gegeben worden und die Mutter berichtet auch, dass bei Auslaufen des Vorrates und vorübergehender Nichteinnahme des P-5-P sofort verschiedenste Verhaltensauffälligkeiten und schulische Probleme verstärkt auftreten.

c) Patientin A.C., 39J: Früher Migräne und hormonelle Dysregulation. Jetzt weitgehend beschwerdefrei. Kontrolle des B6-Wertes nach monatelanger Therapie mit einem B-Komplexpräparat aus USA, das P-5-P enthält: der Wert ist mit **716 µg/l** etwa 18fach über der Norm!

d) Patient H.G., 62 J: Erstdiagnose vor 14 Jahren: unklare Atrophie und Teilparese einiger Schultermuskeln rechts. Allergische Diathese mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten. Fehlende Trauerinnerung; brillante Fähigkeit zur Analyse von Zusammenhängen. B6-Werte im Verlauf:

1/99:	14.0 µg/l	(NW: 18.9–40.7)
4/00:	13.0 µg/l	
12/00:	14.0 µg/l	
2/02:	18.0 µg/l	
5/02:	72.1 µg/l	

Dieser Fall ist der am besten dokumentierte in meiner Praxis. Der Patient wurde bei jedem Auftreten irgendwelcher Symptome (häufig WS-Syndrom, zwischendurch nachlassende Leistungsfähigkeit ...) immer wieder mit P-5-P und anderen B-Vitaminen behandelt – doch sobald es wieder besser ging, vergass er einfach die Weiterführung der Therapie trotz aller Ermahnungen. Insofern korrelieren also die immer wieder abgesunkenen Werte eindeutig mit gesundheitlichen Verschlechterungen – **und umgekehrt die Besserung mit der Gabe von B6.**

Geradezu charakteristisch ist der Verlauf der Werte zwischen Ende Februar und Anfang Mai 2002: trotz täglicher Einnahme

von 1 Kps „P-5-P 50“ kommt es nur zu einem moderaten Anstieg – vgl. dagegen Fall c)!!

e) Patient H.F. 75 J: Allergische Diathese, Carpaltunnelsyndrom (CTS), Post-Yersinien-Arthritis

Das CTS trat nicht während der Akutphase der Arthritis auf, sondern nach weitgehender Besserung der entzündlichen Beschwerden (mit Urbason und Ibuprofen). Leitsymptom für B6 waren die allergische Diathese, CTS und die postentzündlichen Schwellungen. Laborwerte B6:

20.12.2001: 133 µg/l (nach 6 Wochen Therapie mit 50 mg P-5-P/d)

2.5.2002 18 µg/l (ohne Medikation mit B6)

Die Medikation mit P-5-P war nach Beendigung der Packung nicht weitergeführt worden, da die CTS-Beschwerden deutlich gebessert waren. Im April dann wieder zunehmende Beschwerden, weshalb dann die erneute Laborbestimmung erfolgte.

f) Patient G.J., 15 J: Congenitale obere Armplexusläsion li. mit chron. nässendem Ekzem in der li. Handfläche. Dieser junge Patient, dessen Diagnose ätiologisch nicht wirklich gesichert ist, hat mit spezifischer Physiotherapie nach Vojta und Osteopathie sowie begleitender orthomolekularer Medizin und Homöopathie insgesamt sehr gute Fortschritte gemacht. Wegen des chronischen Zinkmangels natürlich u.a. Substitution von Zink, aber seit 1997 auch P-5-P oral. Nachdem ich bei Wright von der lokalen B6-Behandlung bei resistenter Dermatitis gelesen hatte, ergänzten wir die orale B6-Behandlung zusätzlich mit einer lokalen B6-Salbe für die linke Hand.

Darunter deutliche klinische Besserung des Ekzems und auch Rückgang der Hypersekretion.

Erstmals dann Laborbestimmung des B6: 114,4 µg/l

Danach Reduktion des oralen P-5-P auf jeweils eine Kapsel Montag/Mittwoch/Freitag. Kontrolle am 14.3. 2002: 50,6 µg/l

Mit dieser Dosierung und ab und an lokaler B6-Creme zufriedenstellender stabiler Zustand.

Diskussion

Die beschriebenen Fälle zeigen die Breite an möglichen klinischen Indikationen für den Einsatz von B6. Bei niedrig normalen oder eindeutig erniedrigten Werten ist die Substitution auf jeden Fall indiziert und – angesichts der sehr guten Resorption von P-5-P – mit relativ geringen Kosten gut durchführbar. Dabei sollte beachtet

werden, dass B6 nur selten als Monotherapie, sondern am besten zusammen mit anderen bio-logischen Ansätzen erfolgreich sein wird: Ernährungsumstellung – v.a. Allergenkarenz, strenger Verzicht auf Zucker und andere Süßigkeiten, Säure-Basen-Haushalt, Substitution anderer (B-) Vitamine, Mineralstoffe usw.

Bei klinischem Ansprechen der Therapie sollte in Absprache mit dem Patienten dann eine Art Differentialdiagnostik erfolgen, ob

- die Therapie nach Substitution und klinischer Besserung beendet werden kann

oder

- letztlich eine dauerhafte Substitution von B6 sinnvoll erscheint. Dies betrifft einen bestimmten Teil unserer Patienten, die von regelmäßiger Einnahme von B 6 (idealerweise als P-5-P) profitieren, wobei die Dosierung unbedingt durch Laboruntersuchungen überprüft werden sollte.

Die Differentialdiagnose ist relativ einfach: steigt der Laborwert für B6 bei Substitution von 50 mg P-5-P in kurzer Zeit auf mehrfach überhöhte Werte an (s. Fall c), so ist eine dauerhafte Substitution von B6 – auch in Form von Komplexpräparaten – sicher nicht sinnvoll.

Kommt es dagegen nur zu einem mässigen Anstieg des B6 etwa in den hohen Normalbereich oder knapp darüber (s. Fälle b + d), so ist davon auszugehen, dass eine dauerhafte Substitution von B6 – nach Pfeiffer eventuell zusammen mit Zink – sinnvoll ist.

Klinisch zeigen sich diese Fälle am (Wieder-)Auftreten von Symptomen, wenn B6 völlig abgesetzt wird – und dann entsprechender Besserung bei erneuter Gabe (s. Fälle b, d und wohl auch e).

Die notwendige Dauerdosierung liegt irgendwo zwischen 1 Kapsel P-5-P täglich bis zu 1–2 Kapseln pro Woche.

Angesichts der weitreichenden Folgen bei Nichterkennen der von Pfeiffer und anderen beschriebenen biochemischen Konstellation und der gleichzeitigen Einfachheit des oben beschriebenen Vorgehens sollten hier unbedingt weitere Studien erfolgen.

Zu diskutieren wäre auch, ob der Normalbereich wirklich sinnvoll ist oder nicht besser angehoben werden sollte. Hierzu würden dann wohl auch strengere Werte für Homocystein (Optimalbereich < 8) und MCV (Optimalbereich 89–91) passen – und eben die Grundthese der orthomolekularen Medizin, dass nicht Vermeidung von blanken Krankheitssymptomen, sondern optimale Funktion und Prophylaxe das Ziel unserer Bemühungen sein sollte.