

Fall 19

Ein 30-jähriger Mann mit akuten Bauchschmerzen

Die Differenzialdiagnostik des akuten Bauchschmerzes – woran müssen Sie denken?

Die Differenzialdiagnose des Bauchschmerzes ist in Abbildung 19-1 dargestellt. Sie berücksichtigt das Krankheitsspektrum im unausgelesenen Patiententug.

Die Differenzialdiagnose des Bauchschmerzes ist in Abbildung 19-1 dargestellt. Sie berücksichtigt das Krankheitsspektrum im unausgelesenen Patiententug.

Wie gehen Sie vor? Was fragen Sie? Welche Untersuchungen führen Sie durch?

Zunächst sollte eine Atmosphäre der Ruhe geschaffen werden, denn in den nächsten Minuten gilt es einen abwendbar gefährlichen Verlauf auszuschließen. Während der Anamnese erfolgt die klinische Untersuchung. Die Fragen sind in einer für den Patienten verständlichen Form zu stellen!

Zunächst sollte eine Atmosphäre der Ruhe geschaffen werden, denn in den nächsten Minuten gilt es einen abwendbar gefährlichen Verlauf auszuschließen. Während der Anamnese erfolgt die klinische Untersuchung. Die Fragen sind in einer für den Patienten verständlichen Form zu stellen!

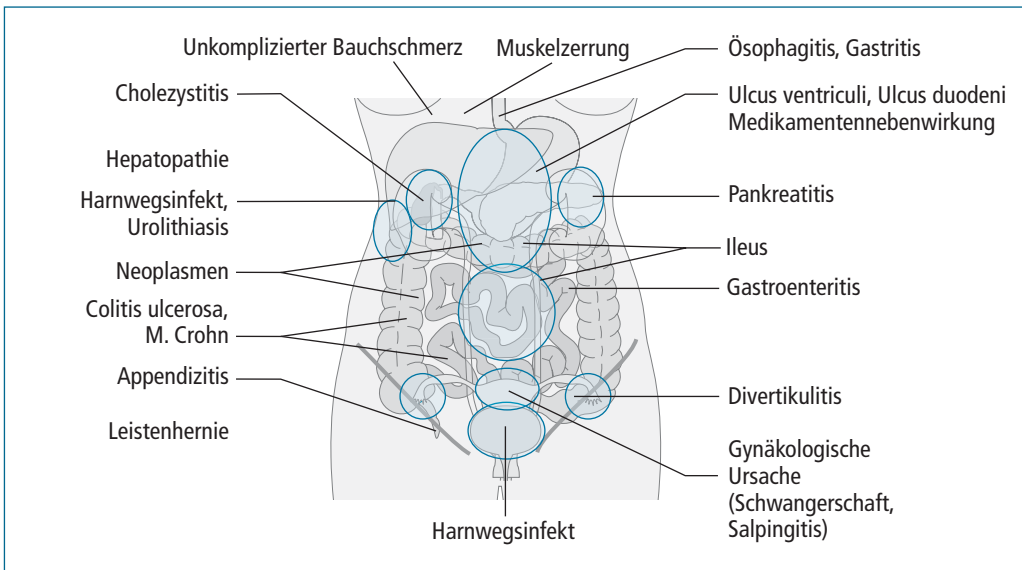


Abb. 19-1 Differenzialdiagnose des Bauchschmerzes in der Allgemeinarztpraxis

Anamnese

Die klinischen Kernfragen bei gastrointestinalen Beschwerden sind ausführlich in Tabelle 12-1 und 12-2 (S. 128/129) dargestellt. Abzuklären sind immer:

- Dauer, d. h. seit wann die Beschwerden bestehen
- Erstmanifestation?
- Erbrechen, Durchfall (schleimig, blutig, kaffeesatzartig)?
- Abhängigkeit der Symptome vom Essverhalten, von der Ernährung und der Tageszeit
- Psychische und soziale Situation
- Rauchen, Medikamente, Alkohol
- Appetit
- Vorerkrankungen

Klinische Untersuchung

Der Untersuchungsgang bei Bauchbeschwerden wird detailliert in Tabelle 12-3 (S. 130) erläutert. Neben der Palpation des Abdomens auf Druckdolenz im Epigastrium, Peristaltik und einer fraglichen Abwehrspannung, spielt hier vor allem die Krankenbeobachtung eine große Rolle:

- Mit welcher Mimik, mit welchen Worten reagiert der Patient?
- Haben Ruhe, Zuwendung und Hilfsangebot die Dramatik entschärft?
- Sind die vegetativen Symptome (Tachykardie, Schwitzen) rückläufig?

Ob eine Krankenhauseinweisung, Notgastroskopie u. a. zu erfolgen hat oder ein abwarten des Offenlassens unter Kontrolle und Therapie zu verantworten ist, ist vom Gesamteindruck abhängig.

Labordiagnostik

Blutuntersuchungen können andere Ursachen der beklagten Beschwerden aufdecken. Hier umfasst die Labordiagnostik folgende Parameter: BKS, großes Blutbild, Lipase, Amylase, Bilirubin, Leberenzyme, Urinstatus und Stuhl auf okkultes Blut, Helicobacter-Nachweis (s. Tab. 12-4, S. 131).

Sonographie

Auch die Sonographie (s. Fall 12, S. 131 ff.) kann bei unklarer Diagnose, z. B. Gallensteine der Sicherheit dienen.

Endoskopie

Notwendig ist die Ösophagogastroduodenoskopie mit Biopsie und histologischer Beurteilung sowie die Suche nach Helicobacter pylori.

Entbehrliche Diagnostik

Im vorliegenden Fall kann auf folgende Diagnoseverfahren verzichtet werden:

- Röntgenkontrastuntersuchung, auch als MDP (Magen-Darm-Passage) bezeichnet
- Abdominelles CT und MRT

Der früheste Termin für eine gastroenterologische Untersuchung wäre erst in 8 Tagen möglich – wie verhalten Sie sich?

Zu entscheiden, ob die Situation es erlaubt, diesen Termin abzuwarten, ist Aufgabe des Hausarztes (Abb. 19-2). Entweder weist er den Patienten sofort stationär ein oder er kommt zu dem Schluss, dass der Migrant seine Symptome zwar dramatisch geschildert hat, sein Verhalten, die Anamnese und klinische Untersuchung einen abwendbar gefährlichen Verlauf aber ausschließen. Eine stationäre Einwei-

sung und eine Notgastroskopie wären dann nicht zwingend notwendig. Hier würde es vorerst ausreichen, den Patienten darüber aufzuklären, worauf er zu achten hat und ihn unter der Verdachtsdiagnose akute Gastritis zu behandeln.

Da die Schmerzen im geschilderten Fall jedoch glaubhaft sind und ein Ulkus nicht ausgeschlossen werden kann, ist als Mittel der

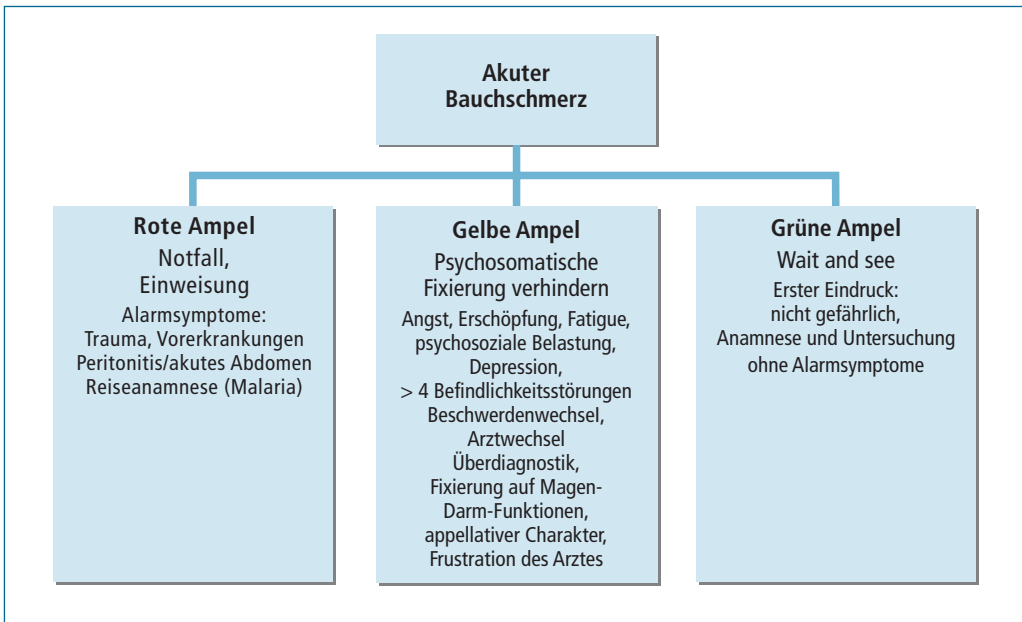


Abb. 19-2 Ärztliche Entscheidungsfindung bei Bauchschmerzen

Wahl ein Protonenpumpenhemmer indiziert, z. B. Omeprazol 20–40 mg. Innerhalb von zwei Tagen sollte eine Besserung eintreten, daher ist bis zur Gastroskopie in 8 Tagen unter dieser Therapie und einem hausärztlichen Kontrolltermin in zwei Tagen ein abwartendes Offenhalten der endgültigen Diagnose zu rechtfertigen.

Ob die Schmerzen einer akuten Linderung bedürfen, entscheidet der Arzt ebenfalls auf Grundlage seiner Krankenbeobachtung. Verordnet werden könnte Tramadol (auch kombiniert mit Metoclopramid).

Kommentar

Gastritis

Eine Gastritis ist ein Entzündungsprozess der Magenschleimhaut, deren Schweregrad über die histologische Untersuchung definiert wird. Bei der Gastroskopie sieht man makrosko-

pisch eine Hyperämie mit Schleimhautödem und verstärkter Schleimabsonderung. Histologisch zeigt das oberflächliche Schleimhautstroma eine ödematöse Auflockerung mit Leukozytendurchsetzung. Die Entzündung kann zu Erosionen des Oberflächenepithels führen. Beim Ulkus wird die Schleimhautgrenze überschritten und die Entzündung schädigt mindestens die Muscularis mucosae oder aber auch tiefere Bezirke. Der abwendbar gefährliche Verlauf ist hier eine Blutung, die durch Arrosion der Blutgefäße ausgelöst wird. Ätiologie und Pathophysiologie sind unbekannt. Eine Ausnahme bilden peptische Ulzera, die in ca. 35% *Helicobacter-pylori*-assoziiert sind, und Stressulzera, die als Mikrozirkulationsstörung im Zusammenwirken mit Magensäure erklärt werden.

Klassifikation der Gastritis

Formal gibt es akute und chronische sowie primäre und sekundäre Formen von Entzündungen und Ulzera. Die akute Gastritis entwi-

ckelt sich schnell, heilt aber in der Regel innerhalb weniger Tage spontan ab. Allerdings kann der heftige Schmerz dazu führen, dass der Hausarzt konsultiert wird. Erst wenn die Symptome mehrere Monate (ca. 3 Monate) andauern, gilt die Gastritis als chronisch.

Die **chronische Gastritis** wird in drei Typen unterschieden:

- Typ A: Autoimmungastritis → selten
- Typ B: bakterielle Gastritis → meist durch *Helicobacter pylori* bedingt → häufig
- Typ C: chemisch-toxische Form, z. B. durch Gallensäurereflux → selten

Die Typ-B-Gastritis ist die häufigste Ursache für eine chronische bakterielle Magenschleimhautentzündung. Sie tritt bei einer Infektion mit dem Erreger *Helicobacter pylori* auf. Etwa 60% der Weltbevölkerung tragen den *Helicobacter pylori* in der Magenschleimhaut. Dabei handelt es sich um ein Bakterium, das Enzyme bildet, die die Magenschleimhaut schädigen können. Der Erreger kann sogar im sauren Magensaft leben und die Schleimhautwand passieren. Die Infektionsquelle ist unklar, eine Übertragung von der Mutter auf das Kind während der Schwangerschaft ist nachgewiesen.

Bei den Geschwüren dominieren **Duodenalulzera** gegenüber **Magenulzera** im Verhältnis von 3:1. Bei primären Formen finden sich keine assoziierten Erkrankungen, sekundäre Formen kommen gelegentlich bei Infektionskrankheiten, Verätzungen, Systemerkrankungen (z. B. chronisch entzündliche Darmerkrankung, Urämie und Purpura Schoenlein-Henoch) vor. Häufig ist die Schädigung der Magenschleimhaut durch Kortison und durch NSAR bedingt. Auf der Intensivstation sind Stressläsionen bei schweren Erkrankungen wie Schädel-Hirn-Traumata, komplikationsreichen kardiochirurgischen Eingriffen und großflächigen Verbrennungen gefürchtet.

Therapie der Gastritis

Therapiebegleitend sind folgende Maßnahmen sinnvoll:

- Änderung der Lebensweise, Stressabbau
- Alkohol und Nikotinkarenz
- Diäten haben an Bedeutung verloren.

Mittels einer medikamentösen Therapie senkt und bindet man die Magensäure:

- Antazida (Selbstmedikation)
- H₂-Antagonisten (Selbstmedikation)
- Protonenpumpeninhibitoren (PPI)

Weitere an der Schleimhaut wirkende Medikamente haben einen eher geringen Stellenwert. Die überwiegend wirksame Behandlung erfolgt mit H₂-Antagonisten oder PPI:

- Hauptvertreter der H₂-Antagonisten: Ranitidin (Selbstmedikation)
- Hauptvertreter der Protonenpumpeninhibitoren: Omeprazol

Bei *Helicobacter-pylori*-assoziiertes-Gastritis bzw. -Ulkus werden verschiedene Eradikationsschemata vorgeschlagen: Meist stellen sie eine Kombination von einem PPI (Omeprazol) mit Antibiotika (Amoxicillin oder Clarithromycin und zusätzlich Metronidazol) dar.

Spezifität der Allgemeinmedizin

Der Hausarzt ist bei der Diagnosefindung zunächst auf die Schilderung der Symptome angewiesen. Da das Erscheinungsbild der klinischen Symptomatik äußerst vielfältig und zudem altersabhängig ist, muss er immer auch das soziokulturelle Umfeld des Patienten berücksichtigen. In den USA ergab eine auf freiwilliger Basis durchgeführte Studie mit Italienerinnen und Indianerinnen, dass deren Schmerzschwelle gleich hoch ist, ihre Schmerztoleranz jedoch differiert. Sie lag bei den Indianerinnen erheblich höher als bei den Italienerinnen.

Migranten, die ihre Schmerzen als Kismet ansehen und eine hohe Schmerztoleranz haben, sind eher gefährdet, verzögert diagnostiziert zu werden als solche, die ihre Beschwerden dramatisieren. Bei diesen wiederum kommt es zu schnell zu massiven Maßnahmen, wie Notarztzuf, Notgastroskopie und stationäre Einweisung. Hinzu kommt, dass die Beschreibung des Schmerzcharakters (dumpf, stechend, oder kolikartig) diagnostisch hilfreich ist. Fehlen dem Migranten die verbalen Möglichkeiten durch mangelnde Sprachkenntnisse, dramatisiert er erst recht: „Alles tut weh!“

Die Ursachen der Gastritis sind im Einzelnen noch nicht schlüssig geklärt. Ein Auslösefaktor ist sicherlich psychosozialer Stress. Die Krankheitsentstehung wird aber auch durch die Persönlichkeit des Patienten beeinflusst. Viele Gastritis-Patienten leiden unter Schuldgefühlen, Frustrationen, Stress und einer ständigen Konfliktspannung. Daher ist verständlich, dass Migranten aus anderen Kulturen häufiger mit dem Symptom Bauchschmerzen den Allgemeinarzt aufsuchen.

Migranten

Menschen aus anderen Kulturkreisen begegnen uns in Deutschland häufig. In der hausärztlichen Praxis ist das, den verschiedenen Kulturen zueigene Verständnis von Gesundheit und Krankheit und die daraus resultierende andere Interpretation von Körpersignalen zu beachten. In einer Poliklinik stellte man fest, dass sich bei kardialen Beschwerden die Einweisungsdiagnose bei Deutschen zu 70% und bei Türken nur zu 35% bestätigt.

Nicht allein die Worte, mittels derer die Beschwerden beschrieben werden, sind andere, auch die sprachliche Darstellung von gesundheitlichen Problemen differiert. Das spöttisch als „ostanatolisches Ganzkörpersyndrom“ bezeichnete Bild zeigt, dass diese Menschen eine Krankheit ganzheitlich erfassen, sie deuten nicht auf einen Punkt, der weh tut, im vorliegenden Fall das Epigastrium, sondern

verwenden Umschreibungen wie „ganz krank“, „wie tot“, „viele Schmerz“ und zeigen so, dass die gesamte Persönlichkeit durch die Krankheit gestört ist. Heikel wird es, wenn die Sexualorgane betroffen sind oder eine Untersuchung ohne Kleidung nötig ist. Die oft erheblich höhere Schamschwelle führt dazu, dass sogar Hämorrhoiden als Bauchschmerzen deklariert werden. Hilfe und Verständnis sind in solchen Situationen zunächst wichtiger als aufwändige Apparatemedizin.

Zum Weiterlesen

http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_alt.htm – Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Nicht aktualisierte Leitlinien. Unter dieser Adresse nach gebieten suchen: Nr. 021 Gastroenterologie und Nr. 068 Pädiatrische Gastroenterologie.

<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/068-004.htm> – AWMF online – Pädiatrische Leitlinien: Bauchschmerzen

<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/068-003.htm> – AWMF online – Leitlinien: Akute Gastroenteritis (Breachdurchfall).

<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/068-005.htm> – AWMF online – Leitlinien: Erbrechen.

<http://www.medscape.com/viewprogram/5047> – Sutphen SK. Waterborne Illness. Medscape Today.

<http://www.medscape.com/viewarticle/414365> – Gastroenteritis in Sentinel General Practices, the Netherlands

Leitlinien Magen-Darm-Beschwerden pharmakologisch orientiert: a) Hausärztliche Leitlinie:

http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/magen_ii.pdf und b) Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft Funktionelle Dyspepsie und Reizdarmsyndrom (1. Auflage 2000): <http://www.akdae.de> dann unter Therapieempfehlungen oder direkter Link: <http://www.akdae.de/35/index.html>.

<http://www.guideline.gov/> – National Guideline Clearinghouse™ clinical practice guidelines. Hier findet sich die beste Evidenz, wenn man „abdominal pain“ in die „search function“ der Website eingibt, findet man beim Blättern neben fast allen relevanten Krankheitsbildern, auch: Guideline Chronic abdominal pain in children. (Chronic abdominal pain in children. Auch in: Pediatrics 2005; 115 (3): 812-5). Auch Dyspepsia and GERD. Institute for Clinical Systems Improvement – Private Nonprofit Organization, 1998 Oct. (revised 2004 Jul).

<http://www.rch.org.au/clinicalguide/cpg.cm> – Akuter Bauchschmerz, von Down unter: emergency paediatric guidelines. Leider nur der Konsens des Royal Children's Hospital (Melbourne), aber äußerst praktisch für alle Notfälle.

Praktisches:

<http://www.medinfo.ufl.edu/year1/bcs/slides/abdomen/abdomen.html#AA9> – Klinische Untersuchung, Trainingskursus für Medizinstudenten, auch alles über Bauchschmerzen, gut illustriert.