

Wenn Bauchschmerzen die ganze Familie beeinträchtigen

Céline Désirée Fäh

Masterstudentin Humanmedizin Universität Bern

Chronische Bauchschmerzen sind bei Kindern ein häufiger Grund zur Vorstellung beim Haus- oder Kinderarzt. Auch wenn sie oft unspezifisch oder diffus sind, gilt es, die Red Flags zu erkennen und in den entsprechenden Momenten richtig zu handeln. Welche diagnostischen Abklärungen können dabei helfen? Wann sollte man ein Kind mit Bauchschmerzen zu einem Spezialisten weiterschicken und wann darf man es wieder nach Hause schicken? Anhand eines Beispiels zeigen Kinder-gastroenterologe Dr. med. Pascal Müller und Dr. med. Nora Rufener aus der Kinder- und Jugendarztpraxis ein Modell zu rationeller Diagnostik und Therapie.

Bauchschmerzen im Kindesalter sind sehr häufig; bis zu 20% der Schulkinder erleben während ihrer Kindheit Phasen von chronischen Bauchschmerzen. Nur bei wenigen von ihnen findet sich ein organisches oder strukturelles Korrelat als Ursache. Dennoch führen diese Schmerzen zu einer verminderten Lebensqualität der ganzen Familie. Wie eine mögliche Vorgehensweise in einem solchen Fall von funktionellen Bauchschmerzen sein kann, zeigt das biopsychosoziale Modell.

Chronische Bauchschmerzen am Praxisbeispiel

Ein 7-jähriges Mädchen sitzt in der Sprechstunde. Die Mutter beschreibt es als zart, schüchtern, sensibel. Sie wolle immer alles richtig machen. Seit dem Sommer gehe sie in die erste Klasse. Sie gehe gerne zur Schule, habe jedoch eine strenge Lehrerin. Aktuell wolle sie schmerzbedingt die Schule nicht mehr besuchen. Seit einigen Monaten habe sie nun mehrmals pro Woche Bauchschmerzen. Manchmal am Morgen vor der Schule, manchmal beim Mittagessen, manchmal danach. Dann wolle sie nicht mehr weiteressen. Betreffend Ernährung möge sie Nudeln und Gemüse; Früchte esse sie nicht sonderlich gerne. Der Stuhlgang bereite zum Teil Mühe, einmal habe es sogar Blut auf dem WC-Papier gehabt. Die Mutter ergänzt, dass sie bereits als Säugling oft unter Koliken litt. Vor rund einem Jahr

habe sie zudem eine Magen-Darm-Grippe gehabt, seither seien die Bauchschmerzen immer präsenter geworden. Zur Familienanamnese berichtet die Mutter von einer Tante mit Laktoseintoleranz, dem Grossvater mit Darmpolypen und sie glaube, sich auch zu erinnern, dass jemand in der Familie Darmkrebs gehabt hätte.

Im nachfolgenden Status gibt die Patientin die Bauchschmerzen diffus um den Bauchnabel an und auch überall, wo man hineindrückt. Im linken Unterbauch findet sich eine stuhlgefüllte Darmschlinge. Die übrige klinische Untersuchung ist unauffällig. Ein Blick auf die Perzentile zeigt eine normale Längenwachstumskurve, jedoch in den letzten wenigen Wochen eine leichte Gewichtsstagnation. Nun stellt sich die Frage: wie weiter? Die Mutter hat es gegoogelt und ist fest entschlossen, dass es eine Zöliakie ist. Aus diesem Grund kocht sie seit drei Monaten glutenfrei. Deshalb drängt sie zu weiteren Abklärungen der Symptomatik.

Was sind Ihre Gedanken? Reizdarmsyndrom? Chronisch entzündliche Darmerkrankungen? Muss ich ein Labor machen? Wenn ja, was kläre ich genau ab? Allergien? Nahrungsmittel-unverträglichkeiten? Oder soll ich doch eine Sonografie machen? Das wäre unschädlich für das Kind und würde die Mutter eventuell beruhigen? Oder schicke ich das Kind zum Psychologen? Es ist ja eindeutig funktionell, oder? Differentialdiagnosen gibt es reichlich. Deshalb ist es wichtig, eine Struktur in die mögliche Diagnostik zu bringen.



Bauchschmerzen im Kindesalter sind sehr häufig (© Aleksandra Suzi | Dreamstime.com).

Red Flags und Rom-IV-Kriterien zur Wegweisung

Um dies ein wenig zu erleichtern, wird empfohlen, sich an einem diagnostischen Algorithmus zu orientieren. Hilfreich bei chronischen Bauchschmerzen sind die Rom-IV-Kriterien zur Differenzierung zwischen funktionellen und organischen gastrointestinalen Störungen.

Episodische oder kontinuierliche Bauchschmerzen mind. vier Tage/Mt während mind. zwei Monaten mit allen folgenden Kriterien:

1. Episodische oder kontinuierliche Bauchschmerzen, die nicht alleinig während physiologischen Ereignissen auftreten (Essen, Menstruation).
2. Insuffiziente Kriterien für Reizdarmsyndrom, funktionelle Dyspepsie oder abdominelle Migräne.
3. Nach angemessener Evaluation können die Symptome nicht vollständig durch andere Erkrankungen erklärt werden.

Zur Orientierung von abklärungsbedürftigen Symptomen oder Befunden sollte besonderen Wert auf die Red Flags in Anamnese und Status gelegt werden. Diese Symptome oder Befunde müssen jeweils an eine organische Ursache denken lassen. Dazu zählen:

- nächtliche Symptome;
- Perzentilenstillstand;
- Dysphagie/Odynophagie;
- persistierendes Erbrechen;

- chronischer Durchfall v.a. nachts;
- Blut im Stuhl oder Erbrochenen;
- Pubertätsverzögerung und positive Familienanamnese für chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn und Colitis ulcerosa);
- Zöliakie und Magenulzera.

Klinisch sollten Fieber, Organomegalie, abdominelle Resistenzen, Gelenkbeschwerden und orale oder anale Aphthen und Ulzera gesucht bzw. ausgeschlossen werden.

Welche Untersuchungen sind zielführend?

Auch bei fehlenden Alarmzeichen aus Anamnese und Status empfiehlt sich, insbesondere bei länger andauernden oder den Alltag beeinträchtigenden Symptomen, eine Labor-Basisdiagnostik durchzuführen. Zielführend können unter anderem das Blutbild, die Entzündungsparameter, die Zöliakie-AK und ein Urinstatus sein. Eine Zöliakiediagnostik ist jedoch nicht möglich, wenn diese unter einer bereits begonnen glutenfreien Diät gemacht wird. Auch eine Stuhl-Mikrobiologie und das Stuhl-Calprotectin können zur Diagnosesicherung beitragen, letzteres vor allem wenn differentialdiagnostisch eine chronisch entzündliche Darmerkrankung in Frage kommt. Jedoch sollten ohne entsprechendes Korrelat in der Anamnese keine blin-

Key-Points bei funktionellen Bauchschmerzen

- ernst nehmen;
- erklären und beruhigen;
- gemeinsames Störungsverständnis;
- medikamentöse Therapie zurückhaltend einsetzen.

den Testungen wie allergologische Abklärungen, Darmmikrobiota-Analysen oder Helicobacter-epylori-Testungen durchgeführt werden. Auch sollte immer die Spezifität der einzelnen Tests beachtet werden. Ein fäkales Calprotectin ist zwar einfach durchführbar, aber seine Spezifität für CED liegt lediglich bei 68%. Dabei ist auch zu beachten, dass dieser Laborwert altersentsprechend interpretiert werden muss (mit 12 Monaten <300 µg/g Stuhl, mit 6 Jahren <50 µg/g Stuhl).

In einer Abdomensonografie finden sich zwar bei fehlenden Alarmzeichen in Anamnese und Status nur äusserst selten zusätzliche wegweisende diagnostische Befunde, diese den Patienten kaum belastende Untersuchung kann aber zur Beruhigung der Betroffenen und somit zur besseren Akzeptanz der Diagnose funktioneller Bauchschmerzen beitragen. Routinemässige Endoskopien bei chronischen Bauchschmerzen ohne Red Flags sind im Kindesalter nicht empfohlen. Besteht der klinische Verdacht auf eine Helicobacterpylori-Infektion so wird eher zu einer Gastroskopie geraten.

Das biopsychosoziale Modell

Zurück zum Fall: Vorschnell sollten keine weiteren Abklärungen getroffen werden, da bis anhin keine Red Flags beobachtet werden konnten. Es wäre allerdings auch nicht falsch, bestimmte Laboruntersuchungen durchzuführen, falls dies zur besseren Akzeptanz der Diagnose führt. Die Gewichtsstagnation müsste im Verlauf erneut beurteilt werden. Neu dazugekommen sind für das Mädchen die Schulabsenzen. Zusammenfassend lässt sich diagnostisch auf funktionelle Bauchschmerzen mit unterliegender Obstipation schliessen. Das wichtigste dabei ist, die Eltern und das Kind ernst zu nehmen und ihnen das Krankheitsbild zu erklären. Dabei lässt sich gemeinsam ein Störungsmodell erarbeiten. Dazu eignet sich das biopsychosoziale Modell.

Die Erklärung ursächlicher Faktoren kann bei der gemeinsamen Bewältigung helfen. Die gestörte Interaktion zwischen Umwelt und Innenwelt führen zu einem Konflikt, der sich zum Beispiel als Reizdarmsyndrom oder funktionelle Bauchschmerzen äussern kann. So können, basierend auf einer individuellen Prädisposition, Faktoren wie Stress, Infekte oder auch Ernährung zu einer veränderten viszerale Sensibilität bzw. Motilität führen.

Therapie funktioneller Beschwerden, ja oder nein?

Ist die Therapie von funktionellen Bauchschmerzen sinnvoll? Ja, funktionelle Beschwerden sind ernst zu nehmen und sollten deshalb auch entsprechend therapiert werden, da sie ansonsten zu einer Verminderung der Lebensqualität führen können. Wichtig dabei ist unter anderem das Verhalten der Eltern gegenüber dem eigenen Kind. Folgende «therapeutischen Säulen» können dabei Orientierung geben:

1. **Verhalten:** Eine Zielformulierung und Wiederherstellung des Alltags durch Psychoedukation sowie Eliminierung der Triggerfaktoren sind ausschlaggebend.
2. **Medikamente:** Sie sollen nur gezielt und zurückhaltend eingesetzt werden. Macrogol hat sich etabliert zur Stuhlregulation, bei dyspeptischen Beschwerden können PPIs zeitlich limitiert versucht werden. Auch phytotherapeutische Ansätze konnten Effekte zeigen (Iberogast®, Colpermin®, Carmen-tin®), die Datenlage zu Probiotika bleibt weiterhin heterogen. Es darf nicht vergessen werden, dass viele medikamentöse Therapien bei funktionellen Beschwerden auch Placebo-Effekte von bis zu 40% erreichen können.
3. **Ernährung:** Grundsätzlich gelten auch für Kinder mit funktionellen Bauchschmerzen die allgemeinen Ernährungsempfehlungen. Probatorische Eliminationsdiäten sollten ohne spezifische Indikation nicht durchgeführt werden. Bei klinischem Verdacht auf Laktoseintoleranz kann der Verzicht auf Laktose während zwei bis vier Wochen zur Diagnosesicherung genutzt werden. Dabei darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass eine Laktoseintoleranz auch sekundär z.B. bei einer Zöliakie auftreten kann.