

Abklärung akuter Bauchschmerzen beim Kind

Bei der 38. Fortbildungsveranstaltung des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein (GAK) diskutierten die Teilnehmer über Diagnostik und Therapieempfehlungen.

von Martina Levartz

Mitte März fand die 38. Veranstaltung des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission unter dem Motto „Aus Fehlern lernen“ statt. Die nunmehr seit 14 Jahren durchgeführten Fortbildungen beruhen auf der Auswertung von Daten der GAK aus Behandlungsfehlervorwürfen. Anhand von realen Fällen wurden die notwendige Diagnostik und differenzialdiagnostischen Überlegungen des akuten Bauchschmerzes beim Kind angesprochen und die Umsetzbarkeit der Diagnose- und Therapieempfehlungen in der täglichen Praxis diskutiert.

Dr. Gisbert Voigt, Kinder- und Jugendarzt aus Melle und Stellvertretender Präsident der Ärztekammer Niedersachsen, stellte die Vielfalt der möglichen Ursachen für kindliche Bauchschmerzen und das Prädilektionsalter für verschiedene Erkrankungen vor. Im Säuglingsalter sei neben den infektiösen Darmerkrankungen insbesondere an Ileus, Darmanomalien, Invagination Peritonitis und Pylorusstenose sowie Ulcus zu denken. Ileus, Appendizitis, Peritonitis und azetonämisches Erbrechen seien typisch für das Kleinkindalter. Pädilektionsalter für Appendizitis, Ulcus, Colitis und Crohn sei das Schulkindalter.

Bei der Diagnostik und differenzialdiagnostischen Abwägung des kindlichen Bauchschmerzes sind eine ausführliche und genaue Anamneseerhebung sowie eine umfangreiche und genaue körperliche Untersuchung die wichtigsten Schritte. Bei der körperlichen Untersuchung darf man sich nicht auf den Bauch beschränken, sondern muss eine Ganzkörperuntersuchung durchführen.

Sinnvolle ergänzende Diagnostik käme, so zeigten es die Fälle der Gutachterkommission, mitunter gar nicht oder zu spät zum Einsatz. Wichtig sei, in Zweifelsfällen klar definierte Kontrolluntersuchungen bzw. Termine zu vereinbaren. Die Eltern müssten über typische Komplikationen informiert werden, sonst bestehe die Gefahr einer Sorgfaltspflichtverletzung.

Anamnese

- Wie lange besteht der Schmerz? Schlagartiger Beginn, anhaltend über Stunden?
- Lokalisation zeigen lassen
- Anhaltender oder intermittierender Schmerz
- Fortgeleiteter Schmerz
- Schmerzcharakter: Bohrend, stechend, dumpf
- Zeitliches Auftreten: tags, nachts, Wochenende, Ferien, Schule, vorheriges Trauma
- Ess- und Trinkgewohnheiten
- Weitere Begleitsymptome (Erbrechen, Fieber, Durchfall, Husten, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Atemnot, Dysurie, OP-Narben)

Appendizitis

Professor Dr. Thomas Boemers, Köln, beschäftigte sich mit Bauchschmerzen aus der Sicht des Kinderchirurgen. Die klassische Trias aus Schmerz, Erbrechen und Fieber sei ein Hinweis. Bei der Appendizitis gehe der Schmerz in der Regel dem Erbrechen voran. Die klassischen Untersuchungsparameter (Lokaler Klopfschmerz, Schmerzpunkte Mc Burney, Lanz'scher Punkt, Vermeidung von Erschütterungen, Psoaszeichen, Loslassschmerz) seien auch heute noch zielführend. Professor Boemers betont, dass aus seiner Sicht die rektale Untersuchung nur belastend für das Kind sei. In einer Reihe von klinischen Studien konnte kein Benefit der Diagnostik durch rektale Untersuchungen festgestellt werden.

Neben der genauen Anamneseerhebung und körperlichen Untersuchung könne auch die Sonographie bei der Diagnostik der Appendizitis hilfreich sein. CT sei nur in Ausnahmefällen notwendig, zum Beispiel bei sehr adipösen Kindern mit erhöhtem Operationsrisiko. Zu beachten sei, dass bei sehr jungen Kindern der Verlauf oft foudroyant und die Symptomatik untypisch sei.

Auch heute kommt es noch häufig zu Fehldiagnosen, insbesondere bei jungen Kindern, behinderten Kindern, Mädchen im Teenageralter sowie bei Überlagerungen durch andere Erkrankungen. Durch unzureichende Differenzialdiagnosen kommt es, so zeigen die Daten der Gutachterkommission, zu einerseits nicht rechtzeitig oder andererseits zu unnötig durchgeführten Appendektomien.

Kasuistik: Ein Junge, 12 Jahre alt, klagt seit dem Morgen über Schmerzen im Unterbauch. Mit V. a. Appendizitis erfolgt die Aufnahme in die Chirurgie. Im Tagesverlauf nachlassende Schmerzen. Es zeigt sich jetzt eine zunehmende Schwellung des rechten Hodens. Das durchgeführte urologische Konsil zeigt sonographisch einen aufgelockerten rechten Hoden. Diagnose: Epididymitis/Orcitis

Hodentorsion

Die Hodentorsion ist gekennzeichnet durch plötzliche starke Schmerzen in der Leistenregion bzw. im Unterbauch mit Schwellung und Rötung des betroffenen Hodens und fehlendem Cremasterreflex. Neben Anamnese und Lokalbefund können Ultraschall und Doppleruntersuchung den Verdacht erhärten. Wichtig ist die frühzeitige Operation (innerhalb von 4 bis 6 Stunden), um den Verlust des Hodens zu vermeiden.

Invagination

Kasuistik: Dr. Voigt schildert den Fall eines 2 1/2-jährigen Jungen. Die Mutter rief vor Praxisbeginn an, das Kind habe starke Bauchschmerzen, er bestellt Mutter und Kind in die Praxis ein. Die Mutter kommt allerdings nicht mit dem Kind in die Praxis. Am Nachmittag entschließt sich Herr Voigt zum Hausbesuch. Die Mutter ist verwundert, dass er vorbeikommt und sagt, das Kind habe sich erholt, es sei alles in Ordnung, der Hausarzt sei da gewesen und habe die Diagnose des Magen-Darm-Infektes gestellt. Auf Nachfrage ergab sich, dass das Kind doch noch Bauchschmerzen und mittlerweile blutige Stühle hatte. Bei der körperlichen Untersuchung befindet sich das Kleinkind bereits im Schock. Es zeigt sich eine deutlich tastbare Resistenz im rechten Unterbauch. Das Kind wird sofort in die Chirurgische Klinik transportiert. In der Klinik wird angesichts der massiv blutigen Stublentleerung kein Repositionsversuch durchgeführt, sondern zügig eine Laparoskopie mit leider bereits notwendiger Darmresektion

durchgeführt. Der postoperative Verlauf war komplikationslos.

Invaginationen treten im Säuglingsalter (5. bis 9. Lebensmonat, selten nach dem 2. Lebensjahr) oft nach einem Infekt auf. Risikofaktoren sind das Vorliegen von Peyer'schen Plaques, vergrößerte Lymphknoten, Meckel'sches Divertikel, Polypen, Duplikaturen oder Lymphomen.

Das Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch einen plötzlichen Erkrankungsbeginn. Aus bester Gesundheit zeigen sich stärkste Bauchschmerzen, gefolgt von galilegem Erbrechen und Blässe. Rhythmisch wieder auftretende Schmerzen, zunehmend reduzierter Allgemeinzustand, Ileussyndromatik und blutig schleimige Stühle (Himbeergelee-Stühle) vervollständigen das klinische Bild.

Die Diagnose wird durch Anamnese, körperliche Untersuchung, Sonographie und evtl. Kontrasteinlauf gestellt. Bei der körperlichen Untersuchung zeigt sich oft ein tastbarer Tumor, vor allen Dingen während der Schmerzattacken mit wechselnder Lokalisation. In der Sonographie findet sich die typische Kokarde. Ist die Reposition nicht möglich, muss zügig eine Operation erfolgen.

Meckel'sches Divertikel

Professor Boemers wies darauf hin, dass die Inzidenz eines Meckel'schen Divertikels bei 2 Prozent der Bevölkerung liegt. Davon werden ungefähr 4 Prozent symptomatisch. Meist erkranken Kinder unter 2 Jahren. Es kommt zu einer meist schmerzlosen massiven intestinalen Blutung. Eine möglichst frühzeitige chirurgische Behandlung ist Therapie der Wahl.

Häufige Ursachen für Bauchschmerzen im Kindesalter

- Infektiöse Darmerkrankung, Durchfall
- Appendicitis
- Lobärpneumonie, Atemwegserkrankung
- Hodentorsion
- Invagination
- Lymphadenitis mesenterialis, Virusinfekte
- Harnwegsinfekte (insbesondere bei Nierenfehlbildungen)
- Intestinale Obstruktionen (Inkarzerierte Hernie, Volvulus, cystische Fibrose, Wurmerkrankungen)
- Akute Nephritis
- Hepatitis
- Diabetes mellitus (Erstmanifestation, Hypoglykämie)
- Akute Peritonitis, Purpura Schönlein-Henoch
- Rheumatisches Fieber

Volvulus

Der Volvulus sei eine absolute Notfallindikation in der Kinderchirurgie, so Professor Boemers. Risikofaktoren für das Entstehen eines Volvulus seien die Malrotation des Dünndarms, Mukoviszidose oder Briden. Die klinische Symptomatik: Heftige Bauchschmerzen, die im weiteren Stadium abklingen können, es kommt häufig zu galilegem Erbrechen (Warnsymptom). Der weitere Verlauf sei gekennzeichnet durch ein aufgetriebenes Abdomen und zunehmende Schocksymptomatik. Eine schnelle operative Behandlung sei notwendig, um eine Dünndarmnekrose zu verhindern. Kommt es zu einer kompletten Dünndarmnekrose, muss der Dünndarm entfernt werden und das Kind kann lebenslang keine normale Nahrung zu sich nehmen.

Professor Dr. Michael J. Lentze, Bonn, geht in seinem Vortrag auch auf seltenere Ursachen kindlicher Bauchschmerzen ein:

Fructosemalabsorption

Bauchschmerzen beim Kind können auch durch übermäßigen Genuss von Frucht- und Vitaminsäften entstehen. Immerhin haben 5 Prozent der Bevölkerung eine Fructosemalabsorption. Bei vermehrter Gabe von Früchten und Fruchtsaft könne es deshalb zu Durchfall und Bauchschmerzen kommen. Er appelliert deshalb an die Teilnehmer, Ess- und Trinkgewohnheiten der Kinder immer genau zu hinterfragen.

Bauchschmerzen und Helicobakterinfektionen

Bei positivem Helicobakternachweis werden die Bauchschmerzen der Kinder

Seltene Ursachen für Bauchschmerzen im Kindesalter

- Wilms-Tumor
- Cholecystitis
- Pankreatitis
- Milzruptur
- Morbus Crohn, Colitis ulcerosa
- Zollinger-Ellision-Syndrom
- Meckelsches Divertikel
- Ovarialzyste, stielgedrehtes Ovar
- Sichelzellanämie
- Hirndruckhöhung (Tumor, Meningitis)
- Bleivergiftung
- Medikamente
- Porphyrie
- Hämophilie

häufig auf eine Infektion mit Helicobakter zurückgeführt und eine Eradikationstherapie eingeleitet. Bisher gibt es, so Professor Lentze, in Studien keinen Beleg für den Kausalzusammenhang von helicobakterpositiver Gastritis und Bauchweh. „Bauchschmerzkinder“ profitieren nach derzeitiger Studienlage nicht von der Eradikationsbehandlung. Ausnahme sind Kinder mit Ulcuserkrankung.

Pankreatitis im Kindesalter

Das therapeutische Vorgehen bei der Pankreatitis im Kindesalter hat sich in den letzten Jahren gewandelt, betont Professor Lentze. Nach wie vor sind die Schmerztherapie zum Beispiel mit Tramadol sowie die Säurehemmung (z. B. Omeprazol) wichtig. Mit dem Nahrungsbeginn wird heutzutage nicht mehr gewartet, bis die Enzyme sich normalisiert haben, sondern bei Schmerzfreiheit wird mit kohlenhydratreicher, fettarmer Kost enteraler Ernährung begonnen. Bei akuter rezidivierender Pankreatitis ist eine enterale Ernährung mit polymerer Sonderkost möglich, eine intraduodenale Applikation einer Ernährungssonde distal von der Papilla Vateri ist sinnvoll. Hier gibt es spezielle Sonden, die eine feste Lage garantieren (z. B. Benchmark-Sonde).

Säuglingskoliken

Die Ursachen für die Säuglingskoliken, früher auch 3-Monatskoliken genannt, sind nach den Worten von Professor Lentze nicht eindeutig geklärt. Circa 1/3 der Kinder hat eine Kuhmilchunverträglichkeit. Auch bei Stillkindern kann hier eine Unverträglichkeit durch die Ernährungsgewohnheiten der Mutter auftreten.

Typisch für Säuglingskoliken ist, dass diese nach dem Essen auftreten, meist gegen Abend, und die Kinder mindestens 3 Stunden am Tag schreien.

Das oft verordnete Mittel Simeicon (Lefax[®]) hilft nicht, wie auch Doppelblindstudien zeigen. Auch Metoclopramid bringt keine Linderung und hat zu beachtende Nebenwirkungen.

Was den Kindern oft Erleichterung verschaffe, sei das Herumtragen.

Dr. med. Martina Levartz ist Geschäftsführerin des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein.