

Abdominelle Beschwerden in der Hausarztpraxis

mit Handlungsempfehlung „Akuter Durchfall“
und Leitlinie „Brennen beim Wasserlassen“

Institut für Allgemeinmedizin, Dr. med. Maximilian Philipp

Frankfurt am Main, 05.08.2020



Inhalt der Vorlesung

1. Bauchschmerzen: Differentialdiagnosen & abwendbar gefährliche Verläufe
2. Handlungsempfehlung akuter Durchfall
3. DEGAM-Leitlinie „Brennen beim Wasserlassen“
4. Funktionelle Darmbeschwerden
5. Fallbeispiele

Lernziele der Vorlesung: Nach der Vorlesung sollten Sie...

- ... die häufigsten abwendbar gefährlichen Verläufe von abdominellen Beschwerden und deren wichtigsten klinischen Merkmale benennen können.
- ... das stufenweise Vorgehen der Handlungsempfehlung „Akuter Durchfall“ wiedergeben können.
- ... die Definition und Behandlung des unkomplizierten Harnwegsinfekts kennen.
- ... die Kriterien für einen komplizierten Harnwegsinfekt wissen.
- ... die Merkmale und den Umgang mit benignen Darmbeschwerden wissen.

Bauchschmerzen: Differentialdiagnosen & abwendbar gefährliche Verläufe



Bauchschmerzen: Gar nicht so einfach!

TABELLE 3

Genauigkeit der ersten Verdachtsdiagnose bei 2 018 Patienten (> 50 Jahre) mit akuten Bauchschmerzen*^{1, 2}

Erkrankung	Erste Verdachtsdiagnose richtig	Erste Verdachtsdiagnose falsch	Keine erste Verdachtsdiagnose
akute Cholezystitis	38	10	52
akute Appendizitis	50	7	43
(perforiertes) Ulcus duodeni	47	7	46
akute Pankreatitis	43	13	44
Gefäßprozess	28	28	44
Divertikulitis	26	11	63

Bauchschmerzen: Was kann dahinter stecken?

TABELLE 1

Akutes Abdomen: Die 10 häufigsten Ursachen bei 10 320 englischen beziehungsweise 639 finnischen Patienten*¹

Erkrankung	OMGE-Studie (1, 7)* ² (n = 10 320)	Finnische Studie (8)* ² (n = 639)
uncharakteristische Bauchschmerzen	34,0	33,0
akute Appendizitis	28,1	23,3
akute Cholezystitis	9,7	8,8
Ileus	4,1	5,2
gynäkologische Erkrankungen	4,0	4,7
akute Pankreatitis	2,9	3,9
Nierenkolik	2,9	2,3
(perforiertes) Ulcus pepticum	2,5	2,8
Karzinom	1,5	2,0
Divertikulitis	1,5	1,1

Bauchschmerzen: Was ist in der Praxis häufig und eher harmlos?

Differentialdiagnose	Anamnese/Befund
Uncharakteristische Bauchschmerzen	Bauchschmerz und Druckschmerz oft eher diffus, insgesamt milde Symptomatik
Gastritis	Schmerz im Epigastrium, Stress?, Medikamenten- und Genussmittelanamnese? Ggfs. Therapieversuch mit PPI, ggfs. Abklärung H.pylori-Infektion
Reflux	Sodbrennen, Heiserkeit, Husten Endoskopie, Abklärung H. pylori-Infektion
Infekt / Gastroenteritis	Anamnese (siehe Vorlesung später)
Akute Zystitis	Dysurie (siehe Vorlesung später)
Nahrungsmittel-unverträglichkeiten	Ernährungstagebuch, Intoleranztests
Dysmenorrhoe	Zyklusanamnese
Funktionelle Darmbeschwerden	Anamnese (siehe Vorlesung später)

Akutes Abdomen - Leitsymptome

- heftige Bauchschmerzen (umschrieben oder diffus)
- peritoneale Symptomatik (Abwehrspannung)
- Kreislaufstörung bis zum Kreislaufschock
- Störung der Darmperistaltik (Meteorismus, Übelkeit, Erbrechen)
- schlechter Allgemeinzustand

Bauchschmerzen: Abwendbar gefährliche Verläufe (Auszug)

Differentialdiagnose	Anamnese/Befund
Cholezystitis	Schmerzen im re. Oberbauch + ggfs. Murphy-Zeichen, Fieber, (lokale) Abwehrspannung Diagnostik: Sonographie (verdickte GB-Wand), Labor (Leukozytose, CRP)
Choledocholithiasis	kolikartiger Schmerz im re. Oberbauch nach Nahrungsaufnahme, 6 „F“ (family, female, fair, forty, fertile, fat), ggfs. Ikterus und dunkler Urin Sonographie (u.a. erweiterter DHC), Labor (Cholestase-Parameter: γ GT, Bilirubin, AP, Lipase)
Pyelonephritis	Flankenschmerz, KS über Nierenlagern, Dysurie, Fieber Labor (Leukozytose, CRP), U-Stix (Hämaturie, Leukurie)
Urolithiasis	Nach kaudal in Leistenregion ausstrahlende, kolikartige Bauch/Flanken-Schmerzen, sehr unruhiger Patient U-Stix (Hämaturie), Sonographie, Röntgen/ nativ-CT
Gastroduodenales Ulkus	Medikamentenanamnese, Melaena, Hämatemesis Endoskopie, Röntgen Abdomen in Linksseitenlage
Pankreatitis	gürtelförmiger Schmerz, Gallensteine, Alkohol, Medikamente Labor (Lipase, CRP, Calcium, Cholestaseparameter), Sonographie, CT
Ileus	kein Stuhlgang, Übelkeit, Erbrechen, Voroperationen, Hyperperistaltik oder fehlende Peristaltik Sonographie, Röntgen Abdomenübersichtsaufnahme

Bauchschmerzen: Abwendbar gefährliche Verläufe (Auszug)

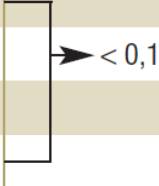
Differentialdiagnose	Anamnese/Befund
Ileus	kein Stuhlgang, Übelkeit, Erbrechen, Voroperationen, Hyperperistaltik oder fehlende Peristaltik Sonographie, Röntgen Abdomenübersichtsaufnahme
Mesenterialinfarkt	postprandiale Schmerzen (Angina abdominalis), Cave: Beschwerdefreies Intervall Labor (Laktat ggfs. Leukozytose, CRP), Sonographie, Angio-CT
Appendizitis	Schmerz rechter Unterbauch, Appendizitis-Untersuchungen (Lanz, McBurney, Rovsing etc.) Labor (Leukozytose, CRP), Sonographie
Divertikulitis	Schmerz linker Unterbauch, oft von Defäkation abhängig, Fieber, bek. Divertikel Labor (Leukozytose, CRP), Sonographie
Karzinom	Bauchschmerz, B-Symptomatik, Stuhlunregelmäßigkeiten Sonographie, Koloskopie
Gyn. Ursachen	Unklare Unterbauchschmerzen Adnexitis, Ovarialzysten uvm.
Myokardinfarkt	Oberbauchschmerzen bei Hinterwandinfarkt! Marburger-Herz-Score?
Pleuritis	Symptome eines Atemwegsinfekt

Akutes Abdomen – das Alter macht einen Unterschied!

TABELLE 2

Ausgewählte Ursachen akuter Bauchschmerzen, die sich auch als akutes Abdomen bei jüngeren und älteren Patienten manifestieren können*1, 2

Erkrankung	Patienten < 50 Jahre (n = 6 317)	Patienten ≥ 50 Jahre (n = 2 406)
uncharakteristische Bauchschmerzen	40	16
akute Appendizitis	32	15
akute Cholezystitis	6	21
Ileus	3	12
akute Pankreatitis	2	7
Divertikulitis		6
Karzinom		4
Hernie		3
vaskulärer Prozess		2



Akutes abdomen oder unklares Abdomen?

Ein (mögliches) pragmatisches Vorgehen wenn Unklarheit besteht

- Ausreichend Zeit für die Anamnese und körperliche Untersuchung nehmen
- Ggfs. sofort Sonographie durchführen
- zeitnah Labor veranlassen
- Ggfs. Praxiskollegen (auch nichtärztliches Personal) hinzuziehen
- Patienten bei der Entscheidung mitnehmen (welche Ressourcen stehen zur Verfügung?)
- Patient zu „red flags“ und Handlungsalternativen (Bedarfsmedikation, ÄBD, Klinik) aufklären
- Zeitnah (ggfs. Folgetag) Kontrolltermin vereinbaren
- Ggfs. Einweisung mitgeben

Handlungsempfehlung akuter Durchfall



Anamnese

Dauer, Stuhlbeschaffenheit (Konsistenz, Farbe, Frequenz, Blut-/Schleimauflagerung), **Begleitsymptome** (Erbrechen, Bauchschmerzen, Fieber), **Alter**, **Komorbiditäten** (Malignome, Immunsuppression, aktive Infektion)
Nahrungsmittel, Umgebung (Meldepflicht?), **Medikamente** (Antibiotika, Laxantien), **Ausland** (Malariagebiet?), **Allergien, Beruf** (AU-Notwendigkeit/Isolationsnotwendigkeit?)

symptomorientierte klinische Untersuchung

blande

symptomatische Therapie

Re-Evaluation

Symptom-persistenz

- ◇ mittlerer - hoher Schweregrad
- ◇ positive Auslandsanamnese
- ◇ Verzehr von (rohen) Meerestieren
- ◇ Bauchschmerzen/Pseudoappendizitis-Symptome
- ◇ stattgehabte Antibiose (< 2 Monate)
- ◇ Erbrechen + Nahrungsmittelabhängigkeit
- ◇ blutige Stühle

Stuhlkultur/Nachweis v. Enterotoxinen
(ggf. wiederholen)

positiv

Meldepflicht nach IfSG?

ambulant therapierbar

erregergerechte Therapie

Re-Evaluation

stationäre Therapienotwendigkeit

negativ
+ Symptompersistenz

Labor
(kleines Blutbild, Natrium, Kalium, Creatinin, CRP)

ambulant therapierbar

symptomatische Therapie

Re-Evaluation

stationäre Therapienotwendigkeit

bei Symptompersistenz z. A. von u.a.:
◇ Malignom
◇ CED
◇ HIV
◇ Sprue

stationäre Einweisung

Überweisung zur weiteren ambulanten Abklärung

Re-Evaluation

Akuter Durchfall:
Behandlungsalgorithmus
Nach DEGAM-S1-Handlungsempfehlung
„akuter Durchfall“

Akuter Durchfall - Therapie

- Symptomatisch:
 - Ausgleich des Flüssigkeitsdefizits (Trinkmenge mind. 2l/Tag in kleinen Schlucken od. ggfs. i.v.)
 - Schonkost (✓ Reis, Banane, Tee, Brühe ✗ Kaffee, Säfte, Limonade, fettreiche Speisen, Alkohol)
 - Hygienemaßnahmen (Händewaschen, Toilettentrennung, Händedesinfektion, Isolation)
 - körperliche Schonung (AU-Notwendigkeit?)
 - Medikamentös: bei Bedarf Antiemetika, in Ausnahmefällen (z.B. dringende Reise / Prüfung / sehr stark erhöhte Stuhlfrequenz) bei **unkompliziertem** Verlauf Antidiarrhoika (z.B. Loperamid)
 - Meidung von Noxen
- Ggfs. kausale Therapie (bei entsprechendem Erregernachweis, z.B. Clostridium difficile)
- Ggfs. Probiotika
- Cave: Ambulant keine Antibiotika ohne Keimbachweis (Toxinbildung ↑)
- bei vitaler Gefährdung oder fehlender ambulanter Therapiemöglichkeit sofortige stationäre Einweisung



DEGAM-S3-Leitlinie „Brennen beim Wasserlassen“

Unterscheidung Zystitis vs. Pyelonephritis

Eine **untere HWI (Zystitis)** wird angenommen, wenn sich die Symptome nur auf den unteren Harntrakt begrenzen, z. B. Schmerzen beim Wasserlassen (Dysurie), imperativer Harndrang, Pollakisurie, Schmerzen oberhalb der Symphyse.

Eine **obere HWI (Pyelonephritis)** wird dann angenommen, wenn sich bei den Symptomen z. B. auch ein **Flankenschmerz, ein klopfschmerzhaftes Nierenlager und/oder Fieber (>38 °C)** finden.

HWI steht hier für Harnwegsinfektion, die Abkürzung steht aber für Hinterwandinfarkt. Eigentlich sollte man deshalb Abkürzungen in der Medizin möglichst vermeiden!

Abwendbar gefährliche Verläufe

- Entstehung einer Pyelonephritis/Sepsis insbesondere bei geriatrischen Patienten – multiresistente Keime v.a. auch bei liegenden Dauerkatheter
 - Schwangere: bereits bei asymptomatischer Bakteriurie erhöhte Gefahr einer Pyelonephritis
 - Kinder: Bei fieberhaften Harnwegsinfekten Gefahr von bleibenden Nierenparenchymschäden
 - Fertilitätstörung bei:
 - Frauen durch Urethritis (Chlamydieninfektion), Kolpitis mit stummer Adnexitis
 - Männern durch chronische Prostatitis
- Bitte daran denken: Sexualanamnese!

Komplizierende Faktoren

- Kinder, Schwangere, Männer
- Harnabflussstörungen
- Z. n. OP an den Harnwegen
- Dauerkatheter
- Fieber/Flankenschmerz
- Chronische renale Erkrankung
- Immunsuppression

Diagnostik / Überweisung

- Urinstix:
 - Bei nicht eindeutiger Klinik
 - Als Vorsorgeuntersuchung bei Schwangeren (-> antibiotische Behandlung einer asymptomatischen Bakteriurie)
- Sonographie:
 - Im Einzelfall sinnvoll zum Ausschluss einer Obstruktion, Urolithiasis, Restharnnachweis
- Überweisung:
 - Männer mit rezidivierenden Infekten / V. a. Pyelonephritis
 - Kleinkinder/Säuglinge mit fieberhaften HWI
 - Unklare Diagnose

Therapie des unkomplizierten HWI

Antibiotische Behandlung vs. symptomatische Therapie anbieten

- Trimethoprim 2 x 100-200 mg für 3 Tage, lokale Resistenzen!
- Nitrofurantoin ret 2 x 100 mg für 3 (-5) Tage (off-label)
- Fosfomycin 1 x 3000 mg

Rezidivierende unkomplizierte HWI

Rezidiv (= innerhalb von 14 Tagen)

- Wechsel auf ein anderes Erstwahlantibiotikum
- Anlegen einer Urinkultur - gezielter Wechsel
- Wechsel auf ein Reserveantibiotikum

Neuinfektion (>14 Tage)

- wie Erstinfektion behandeln, ggf. Wechsel auf ein anderes Erstwahlantibiotikum

>2 HWI/Jahr → ggf. Langzeitprophylaxe, Impfung (Facharzt)

Therapie des komplizierten HWI

Schwangere

Asymptomatische Bakteriurie und HWI: Behandlung nach Kulturergebnis

z.B. TMP, Nitrofurantoin, alternativ: Amoxicillin, Fosfomycin, Ceftibuten, KEINE Chinolone.

Therapiedauer: 5-7 Tage, Therapieerfolg kontrollieren

Männer

Behandlung nach Kulturergebnis, z.B. TMP 2 x 100-200 mg oder Ciprofloxacin (Leitlinie hier veraltet!), weitere (urologische) Diagnostik

Kinder

Rasche Abklärung bei fieberhaftem HWI, Sonographie (Ausschluss Obstruktion, Nierenparenchymschäden), Behandlung nach Kulturergebnis (z.B. TMP/ Nitrofurantoin 5-7 Tage)

Therapie des komplizierten HWI

Patienten mit Dauerkatheter

7 Tage TMP 2 x 100-200 mg oder Nitrofurantoin 2 x 100 mg

keine Behandlung einer asymptomatischen Bakteriurie

Pyelonephritis

Anlegen einer Kultur, Ciprofloxacin 2 x 500 mg für 7 Tage (steht NOCH in der Leitlinie - wird ggfs. umgestellt werden; z. B. Cefpodoxim)

Schwangere, Kinder: ggf. Einweisung

Funktionelle Darmbeschwerden



- **Ausführliche Anamnese :**
 - Beschwerdeschilderung
 - Gezielte Fragen nach somatischen und psychosozialen Krankheitsfaktoren
- **Körperliche Untersuchung** (inkl. rektaler Untersuchung)
- **Basislabor:**
 - Blutbild
 - Blutsenkungsgeschwindigkeit, CRP
 - Urinstatus
- **Ultraschall des Abdomens**
- **Gynäkologische Untersuchung bei Frauen**

Funktionelle Darmbeschwerden - „Red flags“

- Leitsymptom Durchfall
- Fieber
- Blut im Stuhl
- Gewichtsverlust
- Nächtliche Symptome
- Kolonkarzinom in der Familie
- Erstmanifestation nach dem 50. Lebensjahr
- Kurze (<6 bis 12 Monate) Anamnese und/oder progrediente Symptomatik
- Im Basislabor: Anämie, Entzündungszeichen

- **Diagnoseübermittlung:**
 - Legitimität der Beschwerden
 - positive Beschreibung (funktionelle Darmbeschwerden, Reizdarm)
- **Vermittlung eines biopsychosozialen Modells der Beschwerden**
- **Maßvolle körperliche Aktivierung beziehungsweise Stärkung der Ressourcen**
- **Erarbeiten realistischer Therapieziele:**
 - Verbesserung der Lebensqualität
 - Symptomreduktion statt Beschwerdefreiheit