

6. Hausärzte-Fortbildung von Interdigest: Unterbauchschmerzen

Was steckt dahinter?

Dies war das Thema der 6. Hausärzte-Fortbildung von Interdigest, dem Zürcher Netzwerk zur interdisziplinären Abklärung und Behandlung von Krankheiten des Bauchraumes und der Bauchwand, vom 4. Juni 2015. Gemäss dem Credo der Gruppe wurde das Problem aus Sicht des Grundversorgers, des Viszeralchirurgen, des Gynäkologen, Radiologen, Orthopäden, Urologen, Gastroenterologen und Proktologen umfassend dargestellt. Die folgende Zusammenfassung fokussiert auf die Aspekte der Gynäkologie, Radiologie, Gastroenterologie und Proktologie.

Als Ausgangspunkt für die folgenden Erläuterungen präsentiert **Dr. med. Kaspar von Blarer** einen eindrücklichen Fall mit einer wahren Odyssee von Abklärungen und Operationen mit schicksalhaftem Verlauf in den Händen von Spezialisten und untermauert damit die entscheidende Bedeutung, welche der Anamnese und klinischen Untersuchung durch den Hausarzt zukommt.

Bei der Abklärung von gynäkologischen Ursachen führt **Dr. med. Felix Hammer** folgende Schmerzanamnese durch: Beginn und Dauer der Unterbauchschmerzen, auslösendes Ereignis, Verlauf, Lokalisation (uterusbezogen medial, Adnexe mehr seitlich) und Ausstrahlung (ins Kreuz bei Uterus-, in Bein und Leiste bei Adnexprozess). Gynäkologische Anamnese: Letzte Periode, Zyklus, Blutungsstörung, Verhütung, Schwangerschaft (eine Schmierblutung schliesst eine Schwangerschaft und insbesondere EUG nicht aus, umgekehrt bedeutet fehlende Periode nicht Schwangerschaft), Fluor. Begleiterscheinungen: Nausea/Emesis, Miktions- und Defäkationsprobleme (z.B. menstruations-assoziierte Blutauflagerungen auf dem Stuhl bei Endometriose des Darmes), Fieber. Allgemeinanamnese: Erkrankungen, Voroperationen, Medikamente, Trauma. Gynäkologische Untersuchung: Abdomenpalpation (Peritonismus, Loslass-Schmerz, palpabler Tumor wie Uterus myomatosus/Adnexprozess), äusseres Genitale (z.B. Primäraffekt Herpes äusserst schmerzhaft), Spekulum-Untersuchung (schmerzhafte Adnexitis ist ascendierender Infekt, Bakterien im Vaginalsekret nachweisbar ausser bei Chlamydien-Infekt), bimanuelle Untersuchung (Portioschiebeschmerz heftig bei entzündlichem Prozess des kleinen Beckens/Adnexe). Die Vaginalsonographie erlaubt die Beurteilung von Adnexen, Uterus und Douglas. Labor: Urin: Urinstix, Uricult, SS-Test. Blut: Hb, Hk, Lc, CRP, β -HCG.

Gynäkologische Differentialdiagnose:

1. An erster Stelle immer Frage nach Schwangerschaft, intrauterin/extrauterin? (Urin-SS-Test, Vaginalsonographie, Serum β -HCG). EUG verlangt immer eine Operation, bei kleinem Befund tubenerhaltend.



Dr. med.
Kaspar von Blarer



Dr. med.
Felix Hammer

2. Ascendierende Infektion, Adnexitis, pelvic inflammatory disease (PID)? (Fluor/Nativausstrich, Fieber/Labor, vaginale Untersuchung, Vaginalsonographie)

3. Intraabdominale Blutung bei rupturierter EUG oder Ovarialzyste? (Vaginalsonographie, Labor mit Hb, Hk)

Weitere: Torquierte Ovarialzyste, Frühabort, Endometriose (Diagnose laparoskopisch, neu besteht bei dringendem Verdacht die Möglichkeit einer probatorischen Behandlung mit Dienogest (Visanne®). In einer Dosis von 2 mg täglich, kontinuierlich über 6 bis 12 Monate, während denen die Periode verschwindet, sollten die Endometrioseherde „austrocknen“, Malignom (Ovar, fortgeschritten), Mittelschmerz (Ovulation), Menstruation, Myome (Nekrose, Stieldrehung, Therapie mit Myomenukulation v.a. bei jüngeren Patientinnen, Hysterektomie od. Embolisation bei singulären Knoten, keine medikamentöse Therapie als Dauerlösung, Beckenvenenthrombose.

PD Dr. med. Paul Hilfiker stützt die radiologischen Abklärungsmethoden auf die „Appropriateness Criteria®“ des American College of Radiology ACR, welche unter <https://acsearch.acr.org/list> abgerufen werden können. Z.B. finden sich unter „Gastrointestinal – Right Lower Quadrant Pain – Suspected Appendicitis“ evidenzbasierte Kriterien für adäquate Untersuchungen bei typischer und atypischer entsprechender Klinik, inklusive Angaben über deren Strahlenbelastung, sowie ausführliche Literatur zum Thema.



PD Dr. med.
Paul Hilfiker

Der rechte Unterbauch ist die häufigste Lokalisation akuter Schmerzen im klinischen Alltag. Ursächlich liegt in einem Drittel der Fälle eine akute Appendizitis zu Grunde, in einem Drittel eine andere Pathologie und in einem weiteren Drittel kann keine Diagnose gestellt werden, hier verschwinden die Symptome meist spontan. Je nach Lokalisation (retrozökal 64%, inferomedial / inferolateral 34%, anteroileal 1%, retroileal 0.5%, Duran AJR 1998) kann eine akute Appendizitis mit dem Ultraschall (US) schwierig erkannt werden. Somit stellt sich die Frage ob der Verdacht auf Appendizitis primär mit Ultraschall oder CT abgeklärt werden soll. In den USA wird die CT bevorzugt, in Europa der US. Während der US eine Sensitivität von 75–90% und eine Spezifität von 86–100% erreicht, liegt die Sensitivität der CT mit 90–100% signifikant höher, die Spezifität liegt mit 91–99% in einem vergleichbaren Bereich. Wesentlich ist, dass die CT im Gegensatz zum US zu einer nicht unwesentlichen Belastung mit ionisierender Strahlung führt. Dementsprechend bei Kindern <14 Jahre, jungen Frauen und Schwangeren bei unklarem US direkt MRI mit vergleichbarer Sens./Spez. wie CT. Als Beispiele von Differentialdiagnosen (DD) wird ein M. Crohn, ein Appendixkarzinom und ein Infarkt des Omentums vorgestellt, weitere sind akute neutropene Typhlitis, mesenterische Adenitis, rechtsseitige Colondivertikulitis, Meckel Divertikulitis, ektopische Schwangerschaft, PID, Komplikationen von Ovar-Zysten, postpartale Ovarvenen-Thrombose, Urolithiasis.

Im mittleren und linken Unterbauch ist zu beachten, dass die DD einer Sigmadivertikulitis und eines perforierten Sigmakarzinoms, v.a.

mit Entzündung, bildgebend kaum entschieden werden kann. Die Sigmadivertikulitis ist die häufigste Ursache von Schmerzen im linken Unterbauch. Sie tritt bei 25% der Patienten mit Divertikulose auf, welche ihrerseits bei 65% der 65-jährigen vorhanden ist. Die Möglichkeiten der Diagnostik mit US sind bei einer Sensitivität von 86% namentlich bei Komplikationen limitiert. Bei Perforation, komplexen Abszessen, unklarer Klinik und unklarem US und zur Erfassung weiterer Komplikationen wie zum Beispiel einer rekto-sigmoidalen Fistel ist der CT mit Kontrast mit einer Sensitivität von 97% der Vorzug zu geben. Eine wichtige DD ist die Appendagitis epiploica, welche durch Torsion oder venöse Thrombose einer epiploischen Appendix mit konsekutiver ischämischer oder hämorrhagischer Infarzierung und sekundärer Inflammation akute Unterbauchschmerzen mit typischer Bildgebung hervorruft, welche im Gegensatz zur Divertikulitis rein supportiv mit Analgetika ohne Antibiotika behandelt werden kann. Weiter werden Fälle mit Tubo-Ovarialabszess im MRI, Urolithiasis (Abklärung mit CT oder US, nicht MRI), Femurkopfnekrose im MRI abgeklärt, hohe neurogene Beschwerden bei Diskushernien und Sportlerbecken im MRI. Literatur: Thomas Schertler, Der akute Unterbauchschmerz, radiologische Aspekte, der informierte Arzt 1/2013;25-29.

Dr. med. Beat Helbling schickt seinen Erläuterungen zu den gastroenterologischen Ursachen von Unterbauchschmerzen voraus, dass nach seiner Erfahrung Patienten eine sehr unterschiedliche Wahrnehmung der Akuität ihrer Beschwerden sowie anatomische Vorstellungen von ihrem Bauch haben können, so dass es sich lohnt, sich vom Patienten in Ergänzung zur Anamnese genau zeigen zu lassen, wo sie ihre Beschwerden empfinden.



**Dr. med.
Beat Helbling**

Unter dem Motto „was häufig ist, ist häufig“ ist das Reizdarmsyndrom (IBS) die häufigste Ursache von Bauchschmerzen, sei es im Ober-, Mittel- oder Unterbauch und es gilt, nach "red flags" für DD zu suchen, wie Divertikulitis, Appendizitis aber auch Erkrankungen der Bauchwand, wie Hernien. Auch entzündliche Darmerkrankungen (IBD) können für Unterbauchschmerzen verantwortlich sein. Schlussendlich können Krankheiten, die nichts mit dem Unterbauch zu tun haben, wie biliäre Ursachen, Unterbauchschmerzen auslösen. Reizdarmbeschwerden umfassen Krämpfe, Blähungen (vorstehender Bauch, Gefühl, schwanger zu sein) und Stuhlunregelmässigkeiten (Durchfälle/Obstipation/Wechsel zwischen beiden, Bristol-Stuhlformen-Skala, auch als App. für Smartphones erhältlich) und können ausgelöst werden durch Nahrungsmittel, Stress, Hormone sowie gastrointestinale Infekte. In den letzten Jahren sind zahlreiche Ursachen für das IBS erkannt worden, zum Beispiel Störungen im Bereich des Mikrobioms (2,5 kg Bakterien im Darm, heute als eigenständiges Organ mit riesiger genetischer Vielfalt erkannt, therapeutischer Ansatz für Rifaximin als nicht resorbierbares Antibiotikum), Motilitätsstörungen (Iberogast®, indische Flohsamen), Störungen des enteralen Nervensystems (Duspatalin®) und Unverträglichkeit für Nahrungsmittel (FODMAP, fermentierbare Oligo-, Di- und Monosaccharide sowie Polyole).

Auch wenn die Klinik für IBS spricht, ist eine Weiterabklärung mit Labor (CRP, Leberwerte, Ferritin und Hämogramm), Calprotectin im Stuhl (siehe unten) und Abdomensonographie sinnvoll. Alarmzeichen oder "red flags" sind Gewichtsverlust, stabil lokalisierte Krämpfe, Blutabgang ab ano, Eisenmangel, Erstmanifestation oder starke Symptomänderung. Das wichtigste Alarmzeichen

ist Alter > 50 Jahre namentlich für ein Kolonkarzinom. Dieses ist eines der häufigsten Karzinome, 10500 Patienten mit Kolonkarzinom leben in der Schweiz, pro Jahr werden 3800 Fälle neu entdeckt, so dass jeder Arzt immer wieder mit dieser Diagnose konfrontiert wird, entsprechende Fälle diagnostiziert und hin und wieder verpasst! Das Kolonkarzinom ist häufig und seine nicht spezifischen Symptome kommen häufig bei anderen Störungen vor, so dass es in einem frühen, heilbaren Stadium aktiv mittels Koloskopie gesucht werden soll. Für die Vorsorgekoloskopie gibt es hervorragende Daten aus der Schweiz, die eine Reduktion der Karzinominzidenz in der gescreenten Schweizer Bevölkerung um 69% belegten (OR 0.31, Manser, Marbet et al. Gastrointest. Endosc. 2012;76:110-7).

Die Sigmadivertikulitis kann im Falle von Fisteln, grosser Abszesse, Peritonitis und häufiger Rezidive zu Operation führen, während einzelne Schübe ohne Komplikationen einer konservativen Behandlung zugänglich sind. Wann soll endoskopiert werden? Bei Alter > 50 Jahre, erhöhtem Calprotectin und bei Alarmzeichen. Häufige Erkenntnisse nach Endoskopie sind Hiatushernie, Refluxösophagitis, Helicobacter, erosive Gastritis, Zöliakie, IBS, Divertikelkrankheit und Kolonpolypen. Ein fehlender Befund trägt zur Sicherung der Diagnose IBS bei.

Abschliessend informiert **PD Dr. med. Pascal Frei** über Infekte, entzündliche Darmkrankheiten (IBD) und proktologische Ursachen.

Dabei ist zu beachten, dass Infekt-bedingte Entzündungen häufiger sind als IBD, die Diagnose einer Ileitis muss nicht einer Crohn-Ileitis entsprechen und eine Colitis nicht einer „entzündlichen Colitis“ i.S.e. IBD. Calprotectin (C): eine Colitis ulcerosa (UC) und insbesondere ein Morbus Crohn (CD) werden in der Schweiz wegen oft unspezifischer Symptomatik und fehlender Korrelation zwischen Symptomatik und Schweregrad im Mittel erst mit einem Delay von 4 resp. 9 Monaten diagnostiziert (St. Vavricka, Inflamm Bowel Dis 2012;18:496-505). Dabei schliessen normale Blutbefunde eine Entzündung nicht aus! Hier bietet sich speziell in der Praxis die Bestimmung von C im Stuhl als optimales Instrument an, um zwischen IBS und IBD zu diskriminieren. C ist ein stabiles Protein aus dem Zytoplasma von Leukozyten und kann bei entzündlichen Prozessen in erhöhter Konzentration im Stuhl nachgewiesen werden (Postversand der Probe möglich). Die Höhe von C im Stuhl korreliert mit dem Schweregrad einer IBD, ist sensitiv, aber nicht spezifisch und auch bei Infektionen wie Clostridium difficile, Salmonellen, Shigellen und nach NSAID erhöht. Hingegen kommt einem negativen C ein hoher negativer prädiktiver Wert zu. Eine mikroskopische Colitis, welche gerade bei älteren Menschen zu starken Durchfällen führt, kann mit C aber auch bei der Endoskopie, wie der Name sagt, makroskopisch nicht erkannt werden sondern nur in der histologischen Untersuchung der bei Verdacht obligaten Biopsie.

Proktologische Schmerzen: Wegen Hemmungen machen Patienten oft falsche Angaben, im Zweifelsfall schauen! Analfissur als „dankbare Diagnose“ bei vorsichtigem Spreizen sichtbar. Hohe Wachsamkeit bei v.a. Perianalabszess und bei sexuell übertragbaren Krankheiten (HSV-1, Gonokokken-Proktitis).

Zusammenfassend vermittelte die Fortbildung einen ausgezeichneten Überblick über ein in der Praxis relevantes Thema.

▼ **Dr. med. Hans Kaspar Schulthess**

Quelle: 6. Hausarzt-Fortbildung von "Interdigest", Privatklinik Bethanien, 4.6.2015