

Chronischer Abdominalschmerz

Ein häufiges Symptom mit vielfältigen Differenzialdiagnosen

Alexander Sendensky

Nur ein Teil der chronischen Abdominalschmerzen ist rein somatisch erklärbar, ein weiterer Teil involviert Psyche und Soma. Da wenige Details bereits relevante Hinweise auf Ätiologie, notwendige Abklärungen und mögliche Diagnose geben können, ist die Anamnese stärker als sonst einer der zentralen Eckpfeiler der ärztlichen Tätigkeit. Das frühzeitige Involvieren spezialisierter Kollegen, wie beispielsweise eines Gastroenterologen, und die interdisziplinäre Besprechung der vorliegenden Fakten unterstützen Arzt und Patient nachhaltig. Bei Patienten ohne eindeutige Diagnose bleibt primär die symptomatische oder supportive Therapie. Mit oder ohne analgetische Therapie wirkt eine professionelle psychosomatische Begleitung des Diagnoseprozesses wie auch der therapeutischen Intervention schmerzreduzierend und steigert die Lebensqualität.



Dr. med. Alexander Sendensky

Als chronischer Abdominalschmerz wird Schmerz bezeichnet, der länger als drei Monate im Bereich des Bauches verspürt wird. Je nach Kriterien leiden 10 bis 40 Prozent der Bevölkerung unter chronischen Abdominalschmerzen. Suchen Patienten ihren Arzt wegen

Schmerzen auf, klagten etwa 20 Prozent der Männer und 30 Prozent der Frauen über anhaltende Beschwerden im Bauchraum.

Ursachen

Die Ursachen für chronische Abdominalschmerzen sind vielfältig und komplex. Sowohl zugrunde liegende Krankheiten des Bauchraumes als auch erblich bedingte, individuelle Schmerzwahrnehmung oder auch Umwelteinflüsse wirken auf den Körper ein und können das Gefühl eines anhaltenden Bauchschmerzes vermitteln. Erschwerend kommt hinzu, dass auch Schmerz ausserhalb des Bauchraumes zu

Bauchschmerzen führen kann, sogenannter projizierter Schmerz.

Isolierte chronische Abdominalschmerzen, also Bauchschmerzen ohne weitere begleitende Symptome, sind selten. In den meisten Fällen treten neben dem Schmerzereignis zusätzlich abdominal-intestinale Nebensymptome wie Diarrhö, Obstipation, Erbrechen oder Blähungen, systemische Nebensymptome, wie Fieber, Schwindel oder Schmerzen an anderen Lokalisationen, oder vegetative Nebensymptome wie Tachykardie, Blutdruckabfall, Schweißausbrüche, Frösteln oder Harndrang auf. Die Kombination der Symptome kann bereits relevante Hinweise auf die Herkunft der Beschwerden und das weitere Vorgehen geben. Nach wie vor gelten jedoch die bekannten Alarmsymptome, die eine umgehende intensive und an der Akutsituation orientierte Abklärung erfordern:

- Fieber/subfebrile Temperaturen
- Blut ab ano/ab ore
- Meläna
- Nachtschweiss (2 Pyjamas pro Nacht)
- nicht nutritiver Gewichtsverlust
- Atemnot.

Die medizinischen Abklärungen bei initialem Schmerzbeginn dienen vor allem dem Ausschluss lebensbedrohlicher und invalidisierender Erkrankungen, die innert kurzer Zeit massive Auswirkungen auf die Gesundheit und das Leben des Patienten haben könnten. Sie können daher nicht erschöpfend alle möglichen Schmerzursachen evaluieren und ausschliessen. Demzufolge zeigt sich erst im Zeitverlauf, ob die Beschwerden bei unauffälligen Abklärungsbefunden spontan verschwinden oder bestehen bleiben und damit zu chronischen Abdominalschmerzen werden. Darüber hinaus gilt: Wer schon seit Jahren Bauchschmerzen ohne Alarmsymptome und relevante Abklärungsbefunde verspürt, hat klinisch eine geringe Wahrscheinlichkeit, unter einer schweren organischen, invalidisierenden oder letalen Erkrankung zu leiden.

Anamnese

Eckpfeiler der ärztlichen Tätigkeit ist gerade bei chronischen Beschwerden eine detaillierte Anamnese, die zeitaufwendig ist. Insbesondere schmerzbegleitende und schmerzbeschrei-

bende Faktoren sind wichtiger als bei akuten Erkrankungen, da es gilt, nicht das Augenscheinliche, sondern das im Dickicht der Zeit Verborgene herauszuarbeiten. Häufig entscheiden Details, die in der akuten Situation nicht herangezogen werden müssen, über das weitere diagnostische Vorgehen.

Schmerzcharakter und Lokalisation

Chronische Abdominalschmerzen sind vielgestaltig. Patienten berichten über brennende, ziehende, drückende, stechende, blähende oder krampfartige Beschwerden an unterschiedlichen Lokalisationen des Bauches. Dabei können Schmerzcharakter und Lokalisa-

“In der Anamnese sind schmerzbegleitende und schmerzbeschreibende Faktoren wichtiger als bei akuten Erkrankungen.”

tion bereits erste Hinweise auf eine mögliche Ursache geben. So sind beispielsweise brennende und drückende Schmerzen im Bereich des Magens häufig Ausdruck einer anhaltenden Reizung der Magenwand oder der Speiseröhre, wohingegen krampfartige, ziehende Schmerzen im Bereich der Leber eine Gallenwegserkrankung anzeigen können.

Einflussfaktoren

Wichtig sind anamnestisch nicht nur die schmerzauslösenden Faktoren, sofern diese benannt werden können, sondern auch die schmerzlindernden Faktoren wie Wärme, Kälte, Bewegung, Nahrungsaufnahme et cetera. Wird beispielsweise durch fettreiches Essen ein postprandialer Schmerz ausgelöst, der sich durch Wärme bessert, ist eine entzündliche Genese tendenziell eher unwahrscheinlich, da die meisten Entzündungen auf Wärme mit Verschlechterung reagieren. Glatte Muskulatur hingegen reagiert meist mit Entspannung auf Wärmezufuhr, wodurch sich krampfartige Schmerzen bessern können.

Zeitlicher Verlauf der Schmerzen

Relevant ist auch das zeitliche oder situative Auftreten der Schmerzen und die daraus folgende Konsequenz. Viele Patienten klagen über Schlafstörungen, die bei genauer Ana-

mnese jedoch schmerzbedingte Einschlafstörungen darstellen, wohingegen nächtliches, schmerzbedingtes Erwachen und damit die Durchschlafstörung eher selten sind. Die anamnestiche Frage, ob der Patient wegen der Schmerzen erwacht oder erwacht und dann Schmerzen verspürt, gibt hier gute Hinweise auf die Beteiligung des autonomen Nervensystems und die Priorität, die der Körper selbst dem Schmerz einräumt. Schmerzen, die bei Bewegung oder unter Stress intensiviert werden, geben Hinweise auf eine mechanische oder vegetative Beteiligung.

“Mit oder ohne analgetische Therapie wirkt eine professionelle psychosomatische Begleitung des Diagnoseprozesses wie auch der therapeutischen Intervention schmerzreduzierend und steigert die Lebensqualität.”

Besonders wichtige Punkte der Anamnese sind auch die Umstände des ersten Auftretens der Beschwerden, der initiale Verlauf, der initiale Charakter und die Entwicklung bis zum aktuellen Zeitpunkt.

Untersuchung

Die körperliche abdominale Untersuchung ist meist unergiebig. Gesucht werden palpable oder sichtbare abdominale Hernien, Schwellungen, Organvergrößerungen (insbesondere Leber und Milz), Hautveränderungen, umschriebene Druckdolenzen, lokale Resistenzen und hinweisende Befunde. Gefunden werden meist unauffällige Bauchdecken über normal grossen Organen mit über das Abdomen verteilten, diffusen, nicht klar auslösbaren Druckdolenzen auf unveränderter Haut. Wie also weiter?

Diagnostik

Zumindest einmalig sollte im Rahmen der Diagnostik eine abdominale Bildgebung erfolgen. In vielen Fällen wird der erste Schritt die technisch einfache und kostengünstige Ultraschalluntersuchung des Abdomens sein, die bereits relevante Hinweise geben und einige potenziell maligne verlaufende Erkrankungen ausschliessen kann. Sofern die klinische Untersuchung, das Labor und die Anamnese keine weiteren Hinweise auf eine Ätiologie liefern, ist diese abdominale Bildgebung meist auch ausreichend. Sofern jedoch zusätzliche, richtungsweisende Anhaltspunkte bestehen, sollte eine weitere Untersuchung zur Klärung

beigezogen werden, so beispielsweise eine Tripel-Kontrast-Computertomografie (CT) bei Verdacht auf eine chronisch entzündliche Darmerkrankung oder eine All-in-one Magnetresonanztomografie (MRI) bei abklärungsbedürftigen, endoskopisch unauffälligen Oberbauchbeschwerden.

Abklärungen der Hohlorgane wie Gastroskopie und Kolonoskopie sind grundlegend für den Ausschluss relevanter Erkrankungen. Gegebenenfalls muss auch eine Druckmessung (Manometrie) der Speiseröhre oder des Enddarmes in Betracht gezogen werden. Bei anamnesticen Anhaltspunkten sind auch Abklärungen der ableitenden Harnwege sinnvoll, bei Frauen zwingend eine gynäkologische Beurteilung.

Differenzialdiagnose

Die gesamte differenzialdiagnostische Breite der Bedingungen, die zu chronischen Abdominalschmerzen führen, kann in diesem Artikel nicht dargestellt werden. Eine Auswahl differenzialdiagnostischer Überlegungen zeigt *Tabelle 1*. Einige Überlegungen werden jedoch aufgrund ihrer Konsequenzen im Folgenden näher betrachtet.

Abdominale Tumoren

Die meisten Patienten sorgen sich primär um die Möglichkeit einer bösartigen Grunderkrankung als Ursache der Beschwerden. Im Allgemeinen sind jedoch die Basisuntersuchungen der initialen Abklärung bei Erstmanifestation der Schmerzen absolut ausreichend, um eine apparente Tumorerkrankung als Schmerzursache auszuschliessen. Ausgenommen davon sind nicht gewebsgebundene oder sehr kleine Tumoren, die von einer Bildgebung aufgrund ihrer Grösse nicht erfasst werden können. Anzuführen ist, dass diese dann allerdings meist auch zu klein sind, um relevante Schmerzereignisse auszulösen. Darüber hinaus sind dies meist auch Tumoren, die eine relevante Funktionsstörung eines Organs mit sich bringen und daher von apparenten, auffallenden zusätzlichen Symptomen wie Durchfall, Blutungen, Fieber oder anderen begleitet werden. Wichtig ist auch, darauf hinzuweisen, dass ohnehin mit zunehmendem Lebensalter die Wahrscheinlichkeit für jedwede Form von Tumorerkrankungen für jeden Menschen steigt, weshalb die angebotenen präventiven Untersuchungen wahrgenommen werden sollten.

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Die klassischen Lehrbuchdefinitionen der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

mit fulminanter Symptomatik sind diagnostisch bekannt und führen rasch zu einer adäquaten Abklärung. Bei fehlender klassischer Symptomatik kann sich jedoch die Diagnostik hinauszögern. Daher lohnt es sich, Befunde der Koloskopie mit den Calprotectinwerten aus

Tabelle 1: Beispiele für die Differenzialdiagnose chronischer abdominaler Schmerzen

Mechanisch

- chronische Pseudoobstruktion
- rezidivierende Invaginationen
- Adhäsionen
- Dolichokolon, Obstipation
- Sphincter-oddi-Dysfunktion
- GERD
- Meckel-Divertikel
- Hernien
- Kompressionssyndrome

Allergisch oder immunologisch assoziiert

- Hyper-IgE-Syndrom
- intestinale Mastozytose
- eosinophile Gastroenteritis
- Sprue
- familiäres Mittelmeerfieber

Metabolisch

- Kohlenhydratmalabsorption, Intoxikationen
- bakterielles Überwachstum
- Porphyrurie
- Hyperparathyreoidismus
- Kalzium-Metabolismus-Störungen
- autonome Neuropathien
- Diabetes-assoziierte Störungen
- Amyloidose

Entzündlich oder durch bestimmte

Erreger bedingt

- Tuberkulose
- Blastozystose
- M. Whipple
- IBD
- chronische Cholezystitis
- chronische Pankreatitis
- mikroskopische Kolitis
- chronische Hepatitis
- Parasiten

Ischämisch/Angiogen

- Lig.-arcuata-Syndrom
- intestinale Ischämie
- Gefässmalformation/-variation
- Endometriose
- hereditäres Angioödem

Andere Ursachen

- Angststörungen
- Depression
- schizoaffektive Störungen
- funktionelle Erkrankungen
- funktionale Erkrankungen
- Medikamentennebenwirkungen
- Tumoren

dem Stuhl und gegebenenfalls auch der Serologie für ASCA (Antikörper gegen Hefen [*Saccharomyces cerevisiae*]) und pANcA (perinukleäre antineutrophile zytoplasmatische Antikörper [Autoantikörper]) zusammen zu interpretieren (siehe auch die Artikel zu IBS und IBD in dieser TMJ-Ausgabe).

Kohlenhydratunverträglichkeiten

Die Laktoseunverträglichkeit (Milchzucker) ist die bekannteste der Kohlenhydratunverträglichkeiten. Den meisten Patienten fällt der Zusammenhang der Beschwerden mit der Einnahme von Milch auf, sodass sich häufig die Frage nach dem geeigneten Test ergibt. Der verfügbare genetische Test kann eine erbliche Disposition nachweisen. Wir führen jedoch gerne den klinischen Belastungstest durch, da er die gleichzeitige klinische Beobachtung erlaubt und eine genetische Prädisposition ohne phänotypische Ausprägung ausschliesst.

Für Fruktose- und Trihalosemalabsorptionen sind die Zusammenhänge mit der Nahrung selten so apparent wie für Laktose und sollten daher gezielt erfragt werden. Lebensmittel mit hohem Fruktosegehalt sind Bananen oder Getränke mit Fruktose als Süsstoff. Zu berücksichtigen ist hier, dass der genetische Test die Fruktoseintoleranz testet, die häufig im Kindesalter auftritt und klinisch intensiver verläuft als die erworbene Fruktosemalabsorption, die differenzialdiagnostisch bei erwachsenen Patienten mit chronischen Abdominalbeschwerden berücksichtigt werden muss. Auch hier ist ein Belastungstest mit Fruktoselösung und klinischer Beobachtung sinnvoll. Bei allen Kohlenhydratmalabsorptionen muss berücksichtigt werden, dass sie als Epiphänomene auf darunterliegende Grunderkrankungen auftreten können, weshalb der serologische und histologische Ausschluss, beispielsweise einer Sprue, der Testung zwingend vorausgehen sollte.

Allergische Reaktionen

In zunehmendem Mass treten lokale allergische Reaktionen und Unverträglichkeiten auf, die diagnostisch schwer zu fassen sind. Zum einen, da die allergische Genese sich nicht zwingend klassisch, also mit einer intensiven allergischen Reaktion des gesamten Organismus, präsentiert, zum anderen, weil die allergische oder allergieassoziierte Genese nicht immer nachgewiesen werden kann. Auch hier entscheiden die präzise Symptombeobachtung und eine ausgefeilte Anamnese zu grossen Teilen über die weitere Diagnostik und eine allfällige allergologische Abklärung. Hilfreich kann eine Eliminationsdiät aus hypoallergenen Nahrungsmitteln (z.B. eine reine Diät mit

gekochten Kartoffeln und Reis ohne Würzbeigaben oder andere Nahrungsmittel) mit sequenzieller, diagnostischer Nahrungserweiterung sein. Probatorische Steroidtherapien sind diagnostisch nicht wegweisend, da das Wirkungsspektrum der Steroide zu weit ist und auch nicht allergene Zustände beeinflusst werden.

Adhäsionen

Bei abdominal operierten Patienten können Adhäsionen auftreten, die häufig zu Schmerzerlebnissen führen. Eine Diagnostik mittels Bildgebung ist hilfreich, kann aber sehr kleine Gewebebrücken nicht erfassen. Die Literatur zeigt, dass eine chirurgische Exploration und eine chirurgische Auflösung dieser Gewebebrücken nur bei grossen, deutlich die Beweglichkeit der Organe einschränkenden Adhäsionen oder massivem Schmerzerleben sinnvoll sind. Dies deshalb, weil der neuerliche Eingriff selbst das Risiko einer erneuten Ausbildung von Adhäsionen birgt und zudem die gelösten Adhäsionen wieder zusammenwachsen können.

Stoffwechselerkrankungen

Neben dem Diabetes mellitus können auch andere Stoffwechselstörungen, wie zum Beispiel die Porphyrie, der Hyperparathyreoidismus, Schilddrüsenstörungen oder andere, starke abdominale Schmerzen verursachen, die in der primären Abklärung von Bauchschmerzen häufig aufgrund ihres eher seltenen Auftretens nicht automatisch erfasst werden. Auch gelingt der Nachweis des Zusammenhangs der Beschwerden mit der Grunderkrankung nicht in allen Fällen, da zum Beispiel bei Diabetes mellitus die Schmerzen durch die Mitbeteiligung der abdominalen Nerven zustande kommen, diese Beteiligung sich jedoch selten direkt messen oder untersuchen lässt. Bei Porphyrien kann in einigen Fällen der Nachweis der Stoffwechselprodukte sogar im akuten Schub unauffällig sein.

Ischämische Erkrankungen

Akut ischämische Erkrankungen werden meist im Rahmen der Notfalldiagnostik erfasst und erkennbar (Details hierzu liefert der Artikel über den akuten Abdominalschmerz in dieser Ausgabe). Ischämische Situationen als Ursache chronischer Abdominalschmerzen sind diagnostisch aufwendiger und schwieriger zu erfassen, da sie meist intermittierend auftreten und erst im Verlauf diagnostisch eindeutig imponieren. Die Ursachen können minim und vielfältig sein, jedoch lassen sich einige Gründe anamnestisch und mittels Bildgebung gut evaluieren. So sind beispielsweise steigendes Alter, bekannte Gefässerkrankungen oder un-

Tabelle 2: Empfohlene Abklärungen, die in Abhängigkeit der Anamnese auszuwählen sind

Labor

- Differenzialblutbild
- Leberwerte (ASAT, ALAT, GGT, alk. Phos., Bilirubin, Albumin), Lipase
- Eiweisselektrophorese, LDH
- Porphyrine im Urin, TSH
- Quick, CRP, Elektrolyte inklusive Kalzium und Phosphat
- Bakterien/Parasiten im Stuhl
- Calprotectin im Stuhl
- Anti-Endomysium- oder Anti-Transglutaminase-Antikörper, immer zusammen mit Gesamt-IgA
- ANA, ANCA, ASCA, RF
- Gesamt-IgE

Endoskopien

- Gastroskopie/Kolonoskopie, immer mit exemplarischen Biopsien
- evtl. Kapselendoskopie
- Manometrien (Speiseröhre, rektal)
- ggf. Laparoskopie

Bildgebung

- Abdomensonografie inklusive Bauchdecken- und Mesenterialbeurteilung
- evtl. Computertomografie
- evtl. Kernspintomografie

Gynäkologische und urologische Abklärung

günstige Lebensgewohnheiten, wie Rauchen oder üppige, fette Mahlzeiten, gute Parameter, die zumindest die differenzialdiagnostische Überlegung rechtfertigen. Eine Abklärung mittels Bildgebung, Laktatbestimmung und gegebenenfalls Gefässdarstellung kann hier sinnvoll sein. Eine Kompression von Gefässen wie zum Beispiel beim Lig.-arcuata-Syndrom ist einer Ultraschalldiagnostik hervorragend zugänglich, diese wird aber meist nicht routinemässig durchgeführt.

Infektionen

Chronische Infektionen des Magen-Darm-Traktes können ursächlich für anhaltende abdominale Schmerzen sein, Neben der intestinalen Tuberkulose muss dabei auch an *Helicobacter pylori*-Infektionen gedacht werden. Auch Protozoen wie *Blastocystis hominis* können zu chronischen Schmerzzuständen führen. Komplex sind auch anhaltende Beschwerden nach erfolgreich behandelten Infektionen, da lokale Beschwerden durch Irritationen teilweise über Monate anhalten können, obwohl der auslösende Keim erfolgreich behandelt wurde. Viele dieser Mechanismen sind noch

nicht ausreichend erforscht, um hier abschliessende Aussagen treffen zu können.

Schmerzwahrnehmung

Gerade bei chronischen Schmerzen ist es wichtig, frühzeitig an die Schmerzwahrnehmung zu denken. Akuter Schmerz schützt initial als Warnsignal den Körper und damit den Patienten vor Überbelastung oder Überreizung; er vergeht nach Behebung der Gefahrensituation. Bei chronischen Schmerzen kann aus diesem Warnsignal jedoch ein verselbstständigtes Symptom werden, sodass der Schmerz nicht vor dem Problem warnt, sondern selbst zum Problem wird. Grundsätzlich wird Schmerz letztlich immer durch das Gehirn verarbeitet und vom Gehirn empfunden. Schmerz stellt für das Gehirn primär eine Information dar, für die es, wie für alle Informationen, mit denen es arbeitet, entscheiden muss, ob die Information wichtig genug ist, um ins Bewusstsein zu gelangen und damit wahrgenommen zu werden, oder nicht. So wird beispielsweise beim morgendlichen Anziehen die Information, dass Kleidung auf der Haut liegt, wahrgenommen und im weiteren Tagesverlauf durch die Alltagstätigkeiten wegen Unwichtigkeit aus dem aktiven Bewusstsein ferngehalten. Da das Gehirn diese Information auch nicht als gefährlich erachtet, wird sie einfach akzeptiert und toleriert. Schmerz gilt jedoch als Gefahrensignal und hat es daher leichter, wieder ins Bewusstsein vorzudringen.

Weil durch den Schmerz mehr Aufmerksamkeit des Gehirns auf den betroffenen Körperteil gerichtet wird, werden durch diese Fokussierung auch schon kleinere Schwankungen wahrgenommen, die wiederum Aufmerksamkeit binden und damit einen Kreis beginnen. Wird dieser Kreis vom Gehirn aufgrund der Wiederholungen schliesslich automatisiert, entsteht die eigentliche Schmerzkrankheit, die auch ohne Vorliegen einer gefährdenden Erkrankung zum Schmerzerleben führen kann. Die genauen Mechanismen dieser Entwicklung sind Gegenstand der medizinischen Forschung und noch nicht bis ins Detail geklärt.

Wichtig für Patienten und Arzt ist es, zu erkennen, dass Schmerz auch bei fehlender nachweisbarer Grundlage keine Einbildung ist, sondern vom Patienten als Schmerz erlebt wird, zum Beispiel, weil das Gehirn vom Bauchraum fälschlicherweise die Information erhält, dass ein Problem bestünde, und daher in gutem Vertrauen auf die Richtigkeit der Information das Empfinden von Schmerz im Bauchraum ins Bewusstsein vordringen lässt. Umso wichtiger wird es dann, die betroffenen

Patienten über Mechanismen und Möglichkeiten dieser Entwicklung zu informieren und Strategien anzubieten, den Schmerz zu kontrollieren und ins Leben zu integrieren. Psychosomatik und «organische» Fachgebiete streiten dabei nicht um die Vorherrschaft der Ätiologie. Vielmehr gilt wie bei allen chronischen Beschwerden: sowohl als auch! ♦

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Alexander Sendensky
Klinik für viszerale Medizin und Chirurgie,
Gastroenterologie
Universitätsspital Bern, Inselspital
3010 Bern
E-Mail: alexander.sendensky@insel.ch

Potenzielle Interessenkonflikte: keine