

Wenn der Darm bei Kindern rebelliert

Reizdarmsyndrom auch in jungen Jahren oft psychisch bedingt

Patienten mit einem Reizdarmsyndrom (RDS) gibt es in der Hausarztpraxis sehr häufig. Oft sind schon Kinder und Jugendliche betroffen. Fast 50 Prozent der 10- bis 18-jährigen Schüler haben permanent oder passager RDS-Symptome. Hauptursache für die Beschwerden sind Stress und psychische Belastungen.

Jobst Henker

Hauptursache des RDS ist eine gestörte Hirn-Darm-Interaktion (das «Bauchhirn» ist gestört) durch psychische Belastungssituationen. Aber auch eine Darmirritation durch eine Infektion, bestimmte Nahrungsmittel oder Hormone kommen als Auslöser infrage.

Die Leitsymptome des RDS sind:

- ▲ Bauchschmerzen
- ▲ Blähungszustände mit Gasbildung (Meteorismus, Flatulenz)
- ▲ Durchfall und/oder Verstopfung
- ▲ häufig auch extraintestinale Beschwerden wie Müdigkeit und Kopfschmerzen.

Eine entzündliche, anatomische, metabolische oder neoplastische Ursache der Beschwerden muss ausgeschlossen werden. Damit ist die Diagnose eines RDS eine Ausschlussdiagnose. Die Ausschlussdiagnostik beim RDS sollte strategisch sinnvoll durchgeführt werden und beinhaltet

- ▲ Anamnese
- ▲ klinische Untersuchung

- ▲ paraklinische Diagnostik
- ▲ Labor: Blut, Stuhl
- ▲ Abdomensonografie
- ▲ H₂-Atemtest
- ▲ ¹³C-Atemtest
- ▲ Endoskopie
- ▲ pH-Metrie
- ▲ Magnetresonanztomografie (MRT), Computertomografie (CT).

Abzugrenzen ist das RDS vom Reizmagen, der funktionellen Dyspepsie, bei der Magenschmerzen, Völlegefühl, Aufstossen/Sodbrennen, Übelkeit und Erbrechen typische dyspeptische Beschwerden sind (1).

Anamnese

Meist ist der Beginn der Beschwerden nicht genau anzugeben. Zuweilen ist aber auch ein bestimmtes Ereignis zu erfragen, das die Beschwerden ausgelöst haben könnte (Änderung der Familiensituation, Aufnahme in eine Kindereinrichtung, Schulbeginn, Schulprobleme, Verlust eines Familienmitglieds, Familienzuwachs u. a.). Funktionelle Bauchschmerzen treten fast nie nachts auf und sind meist nicht über den Tag verteilt. Sie bestehen oft bereits morgens nüchtern. Es besteht keine B-Symptomatik. Die körperliche Entwicklung ist meist nicht gestört. Hilfreich ist das Führen eines Tagebuchs, in das täglich Bauchschmerzen, Stuhlfrequenz und -konsistenz sowie gegebenenfalls andere Beschwerden eingetragen werden. Dann können die Beschwerden der Schulzeit oder der schulfreien Zeit, dem Wochenende oder dem Besuch beim von der Familie getrennt lebenden Elternteil zugeordnet werden. Alarmzeichen, die auf eine ernste, meist organisch bedingte Erkrankung hinweisen, sind im *Kasten* aufgelistet.

Klinische Untersuchung

Die klinische Untersuchung muss eine Ganzkörperuntersuchung inklusive anodigitaler und gynäkologischer Untersuchung sein. Funktionelle Bauchschmerzen werden meist in der Nabelgegend lokalisiert. Je entfernter vom Nabel ein

MERKSÄTZE

- ▶ Die Diagnose eines Reizdarmsyndroms (RDS) ist eine Ausschlussdiagnose. Die Ausschlussdiagnostik beinhaltet Anamnese, klinische und Laboruntersuchungen sowie Abdomensonografie.
- ▶ Differenzialdiagnostisch abzuklären sind Intoleranzen gegenüber Gluten, fermentierbaren Oligosacchariden, Disacchariden, Monosacchariden und Polyolen (FODMAP) sowie gegenüber Histamin. Abzugrenzen ist das RDS auch vom Reizmagen.
- ▶ Zur Behandlung kommen neben Wärmeanwendungen und Tees krampflösende Medikamente, Probiotika sowie Diäten infrage. Darüber hinaus sollten potenzielle psychisch belastende Ursachen eruiert und bestenfalls beseitigt werden.

Tabelle 1:

Diagnostik bei Verdacht auf organisch bedingte Bauchschmerzen/ dyspeptische Beschwerden

CED (Colitis ulcerosa, M. Crohn)	Labor (Blut und Stuhl), Abdomensonografie mit farbkodiertem Doppler, Endoskopie
Gallensteine	Labor, Abdomensonografie
chronische Appendizitis	Labor, Abdomensonografie
chronische Harnwegsinfektion	Labor (Urin, Blut), Abdomensonografie
Hepatopathie	Labor (Blut), Abdomensonografie
Pankreatopathie	Labor (Blut und Stuhl), Abdomensonografie, MRT, ERCP
(Eosinophile) Ösophagitis	Ösophagogastroduodenoskopie
abdominelle Migräne	Klinik (wiederholte diffuse Bauchschmerzen ohne präzise Lokalisation; Begleitsymptome: Erbrechen, Hautblässe)
chronischer Bauchwandschmerz	Klinik (punktförmige lokalisierte Schmerzen, positiver Carnett-Test)
Stenose des Truncus coeliacus (Dunbar-Syndrom)	Duplexsonografie, MRT-Angiografie

Bei allen Verdachtsfällen gehören zur Diagnostik die Anamnese und die klinische Untersuchung.
 CED: chronisch entzündliche Darmerkrankungen, MRT: Magnetresonanztomografie, ERCP: endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikografie

Tabelle 2:

Hauptmerkmale zur Unterscheidung zwischen Zöliakie und Glutensensitivität

	Zöliakie	Glutensensitivität
Synonyme	glutensensitive Enteropathie	Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität, Glutenintoleranz, Glutensensitivität, Glutensensitivität, Glutensensitivität
Prävalenz	0,3-1% der Bevölkerung	unbekannt, aber sehr wahrscheinlich höher als bei Zöliakie
Genetik	Korrelation zu HLA-DQ2 oder HLA-DQ8	keine Beziehung zu einem spezifischen HLA-Haplotyp
Mechanismus	Autoimmunreaktion	unbekannt; in Diskussion: IgE-vermittelte Weizenallergie, Stärkemalabsorption, Opioid-like-Aktivität von Gluten, gluteninduzierte Low-grade-Entzündung, eigene Immunreaktion auf Gluten, Nozeboeffekt auf glutenhaltige Nahrung
Antikörper	TGA, EMA	negative Testergebnisse hinsichtlich TGA, EMA, manchmal positive Ergebnisse bei IgG-AGA
Zottenatrophie	vorhanden	nicht vorhanden, geringe Erhöhung der IEL3
Morbidität	zunehmend	keine Daten
Mortalität	zunehmend	keine Daten

TGA: Transglutaminaseantikörper, EMA: endomysiale Antikörper, AGA: Antigliadinantikörper, IEL: intraepitheliale Lymphozyten
 Modifiziert nach (3)

Bauch- oder Druckschmerz angegeben wird, desto eher muss an eine organische Ursache der Beschwerden gedacht werden.

Labordiagnostik

In Anlehnung an die S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom (2) ist folgende Diagnostik zu empfehlen:

- ▲ Blutbild
- ▲ C-reaktives Protein (CRP) oder Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)
- ▲ Lipase
- ▲ Alaninaminotransferase (ALAT)
- ▲ Gammaglutamyltransferase (γ-GT)
- ▲ Immunglobulin A (IgA)
- ▲ zöliakiespezifische Antikörper
- ▲ thyreoideastimulierendes Hormon (TSH)
- ▲ Bilirubin
- ▲ Kreatinin

- ▲ Blutzucker
 - ▲ Eisenstatus (Serumferritin, Transferrinsättigung)
 - ▲ Urinstatus
 - ▲ Stuhl: Giardia lamblia, Würmer, fäkale Inflammationsmarker (Calprotectin oder Lactoferrin), okkultes Blut.
- Zur erweiterten Diagnostik bei unklaren Fällen sind weiterhin zu empfehlen:
- ▲ Folsäure
 - ▲ Vitamin B12
 - ▲ Serumelektrolyte
 - ▲ Stuhlhistologie: Dientamoeba fragilis.

Abdomensonografie

Die Indikation zur Abdomensonografie sollte von der Anamnese und vom Ergebnis der Labordiagnostik abhängen. Die weitere paraklinische Diagnostik muss individuell entschieden werden (Tabelle 1). Bei Verdacht auf eine Laktose- oder Fruktosemalabsorption ist ein H₂-Atemtest indiziert.

Kasten:

Alarmzeichen bei dyspeptischen Darmbeschwerden

- ▲ Gedeihstörung, Gewichtsabnahme
- ▲ unklares Fieber
- ▲ Nachtschweiss
- ▲ Hämatochezie (sichtbares Blut im Stuhl)
- ▲ verzögerte Pubertät
- ▲ Arthritis
- ▲ anale Auffälligkeiten (Marisken, Fissuren, Fisteln u. a.)
- ▲ tastbare Resistenzen bei der Abdomenuntersuchung
- ▲ belastende Familienanamnese: chronisch entzündliche Darmerkrankung, maligne (Darm-)Erkrankungen, Zöliakie, gastrointestinale Ulzera
- ▲ Dysphagie
- ▲ Odynophagie (Schluckstörung mit Schmerzen)
- ▲ nächtliche Bauchschmerzen und/oder Durchfall

Problematisch kann der Ausschluss einer Glutensensitivität sein (Tabelle 2). Sie wird heute korrekterweise als Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität (NZNWWS) bezeichnet. Die Symptomatik ist vergleichbar mit derjenigen bei einer Zöliakie und derjenigen beim RDS:

- ▲ intestinal: Bauchschmerzen, Meteorismus, Durchfall und/oder Obstipation
- ▲ extraintestinal: Müdigkeit, Taubheitsgefühle der Extremitäten, Muskelkrämpfe, Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen, Depression; keine Beeinträchtigung der körperlichen Entwicklung.

FODMAP

Warum die Menschen zunehmend nach dem Verzehr von Getreideprodukten über intestinale und extraintestinale Beschwerden klagen, hängt möglicherweise mit der Hochzüchtung der modernen Getreidesorten und dem damit verbundenen Anstieg des Glutengehalts und anderer Bestandteile zusammen. Im Weizen sind unter anderem auch FODMAP (fermentierbare Oligosaccharide, Disaccharide, Monosaccharide und Polyole) und Amylase- und Trypsininhibitoren (ATI) enthalten, die ebenfalls RDS-ähnliche Symptome hervorrufen können. Bei einer Unverträglichkeit von FODMAP können neben gastrointestinalen Beschwerden (Bauch- und Magenschmerzen, Meteorismus, Flatulenz, Übelkeit, gastroösophagealer Reflux) auch systemische Beschwerden bestehen (Müdigkeit, Depression). Eine FODMAP-arme Kost kann schon nach wenigen Tagen zu einer Linderung der

Beschwerden führen. Eine solche Diät sollte unter ärztlicher Kontrolle erfolgen, da sie bei einer Dauer von mehr als 4 Wochen zu einer Änderung des Darmmikrobioms sowie zu Eisen- und Kalziummangel führen kann.

Differenzialdiagnose Histaminintoleranz

Auch die Histaminintoleranz muss in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen werden, da die Symptomatik derjenigen des RDS ähneln kann. Diagnostisch am einfachsten ist zunächst das Weglassen histaminhaltiger Lebensmittel (z. B. reife Käsesorten, Fischkonserven, Sauerkraut, Thunfisch, Makrele, geräuchertes oder gepökeltes Fleisch oder Wurst sowie Obst- und Gemüsesorten, Wein [bei Kindern kaum relevant]). Nach einer solchen Karenzphase und Besserung der Beschwerden können schrittweise histaminhaltige Nahrungsmittel eingeführt werden, um die Toleranzgrenze zu ermitteln. Auch mit einem Histamin-Hydrochlorid-Provokationstest kann unter strenger ärztlicher Kontrolle die Verträglichkeit individuell bestimmt werden.

Therapie

Bei der Behandlung des RDS im Kindesalter steht das Gespräch mit einer Vertrauensperson über mögliche belastende Ursachen im Vordergrund. Dabei sollte nicht sofort ein Psychologe konsultiert werden. Antidepressiva sollten bei Angststörungen und Depression erwogen werden. Krampflösend ist das Spasmolytikum Buscopan® als Suppositorium, Dragee oder Ampulle verfügbar. Ein Versuch mit einer adjuvanten probiotischen Behandlung hilft in etwa zwei Dritteln der Fälle. Als Sofortmassnahmen sind allerdings immer noch eine Wärmeanwendung (Kirschkernkissen oder feuchte Wärme) und ein Magen-Darm-Tee zu empfehlen. Ein solcher Tee enthält ausser den wichtigen Pfefferminzblättern und Kümmel auch Kamillenblüten, bitteren Fenchel und Melissenblätter. Eine Diät sollte vom Patienten nie selbstständig erfolgen, sondern nach entsprechender Diagnostik und Beratung (Arzt, Ernährungsberater). ▲

Prof. Dr. med. Jobst Henker
 Kinderzentrum Dresden-Friedrichstadt GmbH
 D-01067 Dresden

Interessenlage: Der Autor hat keine Interessenkonflikte deklariert.

Literatur:

1. Madisch A et al.: Diagnose und Therapie der funktionellen Dyspepsie. Dtsch Arztebl Int. 2018;115:222-232.
2. Layer P et al.: S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Z Gastroenterol. 2011;49:237-293.
3. Di Sabatino A, Corazza GR: Nonceliac gluten sensitivity: sense or sensibility? Ann Intern Med. 2012;156:309-311.