

Frühkindliche Ess- und Fütterstörungen – organische Ursachen ausschliessen

Elterliche Sorgen über problematisches Essverhalten ihrer Kinder sind ein häufiger Vorstellungsgrund beim niedergelassenen Kinderarzt, aber auch beim Kinderdergastroenterologen. Die meisten Kinder, die wegen dieses Problems vorgestellt werden, sind organisch gesund. Allerdings gibt es eine Vielzahl organischer Ursachen, die möglichst effektiv und zielgerichtet abgeklärt werden müssen, damit nichts Gravierendes übersehen wird, die Kinder aber auch keinen unnötigen diagnostischen Prozeduren unterzogen werden.

Entscheidend für die Weichenstellung, ob eine «Organdiagnostik» notwendig ist oder nicht, sind Anamnese und körperlicher Befund. In einer kürzlich veröffentlichten Studie aus Israel wurden 226 Kinder bis zum Alter von 2 Jahren untersucht, deren Betreuer über Fütterprobleme berichteten. Ausgeschlossen wurden Kinder mit angeborenen Fehlbildungen oder neurologischen Auffälligkeiten, sodass 151 Kinder an der Studie teilnehmen konnten. Von diesen Kindern hatten 83 keine organische Ursache für ihre Ernährungsproblematik; bei 68 Kindern wurde eine medizinisch behandelbare

Von Dr. med. Axel Enninger

Ursache diagnostiziert. Es zeigte sich, dass es einige wenige recht gut abgrenzbare Kriterien gab, mit deren Hilfe man zwischen organischer und nicht-organischer Ursache unterscheiden konnte. Die differenzierenden Parameter waren: Essverweigerung, Fixierung auf bestimmte Nahrung, aussergewöhnliche Fütterpraktiken der Eltern, Beginn der Symptomatik nach einem spezifischen Trigger, sowie antizipatorisches Würgen (also Würgen bereits vor und bei Beginn der Mahlzeit). Die Kinder in beiden Gruppen unterschieden sich nicht in Bezug auf zu geringe Nahrungszufuhr, schlechtes Gedeihen und rezidivierendes Erbrechen.

Obwohl das Gedeihen in der erwähnten Studie kein diskriminierender Parameter ist, sollte es sich von selbst verstehen, dass Länge, Gewicht und Kopfumfang gemessen und in Perzentilen eingetragen werden sollten. Eine vollständige körperliche Untersuchung inklusive Feststellung von neurologischen Auffälligkeiten sollte bei allen Kindern erfolgen.

Mögliche organische Ursachen

Angeborene Fehlbildungen

Welche organischen Ursachen kommen infrage? Zunächst gibt es die Gruppe der Kinder mit angeborenen Problemen, besonders im Hals-Nasen-Ohren-Bereich und im Gastrointestinaltrakt (*Tabelle*). Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten (primär operiert oder mit Trinkplatten versorgt), Kinder mit Pierre-Robin-Sequenz und operierter Choanalatresie fallen häufig durch problematisches Trinkverhalten und Schluckprobleme auf. Viele ehemals sondenernährte Kinder, insbesondere ehemalige Frühgebo-

rene, aber auch Kinder mit operierter Ösophagusatresie oder anderen Voroperationen im Gastrointestinaltrakt, haben häufig neben einer orofazialen Überempfindlichkeit auch noch gewisse Motilitätsstörungen. Auch neurologisch auffällige Kinder weisen neben ihren muskuloskeletalen Problemen häufig Schluck- und Motilitätsprobleme auf, sodass diese Gruppe der Kinder sicherlich eine besondere Beachtung benötigt.

Erworbene organische Erkrankungen

Aber auch Kinder ohne Vorerkrankungen oder Voroperationen können organische Ursachen für problematisches Essverhalten aufweisen. So kann sich bei jungen Säuglingen beispielsweise eine Kuhmilchproteinintoleranz durch starke Unruhe, kolikartiges Schreien und Nahrungsverweigerung bemerkbar machen. Da es sich bei diesen Symptomen in der Regel nicht um Sofort-Typ-Allergien handelt, ist die entsprechende Diagnostik mit spezifischen IgE-Antikörpern und/oder Prick-Test häufig negativ. Negative Befunde bei dieser Diagnostik schliessen also eine Kuhmilcheiweissunverträglichkeit nicht aus. Im Zweifel ist ein probatorischer Diätversuch mit einer kuhmilchfreien Ernährung der Mutter (bei voll gestillten Kindern) oder einer kuhmilcheiweissfreien Formulanahrung indiziert. Klinisch von einer Kuhmilcheiweissunverträglichkeit oft nicht abzugrenzen ist der gastroösophageale Reflux. Man spricht von unkompliziertem gastroösophagealem Reflux, wenn bei Säuglingen unter 6 Monaten – ausser dem Spucken – keine weiteren Symptome wie Gedeihstörung, Nahrungsverweigerung oder rezidivierende Pneumonien hinzukommen.

Angeborene Störungen, die zu Fütter- und Essstörungen führen können (nach Bernard-Bonnin 2006):

HNO/Chirurgie

- Choanalatresie
- Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte
- Pierre-Robin-Sequenz
- Makroglossie
- Ankyloglossie
- Larynxspalte, Larynxzyste
- subglottische Stenose
- Laryngo-, Tracheomalazie
- tracheoösophageale Fistel
- kongenitale Ösophagusatresie, -stenose
- Ösophagusstriktur
- Gefässring
- Hiatushernie

Neurologie

- Zerebralparese
- Arnold-Chiari-Malformation
- Myelomenigozele
- familiäre Dysautonomie
- Muskeldystrophien und Myopathien
- Möbius-Syndrom
- kongenitale myotone Dystrophie
- Myasthenia gravis
- okulopharyngeale Dystrophie

Einen komplizierten gastroösophagealen Reflux, der mit der gastroösophagealen Refluxkrankheit (GERD; engl.: Gastroesophageal Reflux Disease) gleichzusetzen ist, sollte man in aller Regel mittels einer oberen Endoskopie und/oder einer Impedanzmessung (ph-Metrie) abklären. Eine radiologische Darstellung des oberen Magen-Darm-Trakts dient in aller Regel nicht zum Nachweis oder Ausschluss eines Reflux, kann aber gute Hinweise zum Schluckakt, zur ösophagealen Motilität und zur Magenentleerung geben. Nach eigenen Erfahrungen ist zudem die Beruhigung der Eltern durch eine unauffällige Magen-Darm-Passage recht hoch. Bei einem komplizierten gastroösophagealen Reflux ist vor einem Diätversuch mit einer kuhmilcheiweißfreien Ernährung zunächst eine Andickung der Nahrung als erste Massnahme in Betracht zu ziehen. Falls erforderlich, besteht die medikamentöse Therapie meist aus der Gabe von Protonenpumpenhemmern, deren Wirksamkeit bei Säuglingen allerdings nicht unumstritten ist. Die Studienlage ist hier schlechter als die Frequenz der Verordnungen. Bei äl-


teren Kindern und besonders bei neurologisch auffälligen Kindern ist die Wertigkeit der Therapie mit Protonenpumpenhemmern jedoch unbestritten.

Bei älteren Kindern wird durch die obere Endoskopie gleich noch eine weitere wichtige Differenzialdiagnose ausgeschlossen oder nachgewiesen: die eosinophile Ösophagitis. Dabei handelt es sich um eine ätiologisch noch nicht gut geklärte, durch eine Prädominanz von eosinophilen Zellen gekennzeichnete Entzündung, die häufiger zu Motilitätsproblemen bis hin zum Steckenbleiben von Nahrung im Ösophagus führt. Diagnostisch entscheidend ist jedoch der endoskopische Befund, beweisend sind die eosinophilen Infiltrate in den Ösophagusbiopsien. Therapeutisch wird dieses Problem entweder durch Eliminationsdiäten oder aber durch lokal antientzündliche Medikamente, wie zum Beispiel Budesonid, angegangen.

Zwei weitere Differenzialdiagnosen, die ebenfalls zu Übelkeit und Bauchschmerzen mit nachfolgenden Ernährungsstörungen führen können, sind Kohlenhydratmalabsorptionen und Zöliakie. Auch wenn viele Patienten mit einer Laktose- oder Fruktosemalabsorption eher Blähungen und Durchfall als Leitsymptome aufweisen, gibt es durchaus nicht wenige Patienten, deren Leitsymptom aus Übelkeit und Nahrungsverweigerung besteht. Anamnestic Angaben können zur Klärung der Frage hilfreich sein. Gerade bei Patienten mit Fruktoseunverträglichkeit sind diese allerdings oft schwer zu verwerten, da Fruktose ausser in Obst und Gemüse auch noch in zahlreichen anderen Nahrungsmitteln enthalten ist. Im Zweifelsfall ist die Durchführung eines H₂-Atemtests zum Ausschluss einer Kohlenhydratmalabsorption hilfreich.

Seit einigen Jahren werden zunehmend Patienten mit einer Zöliakie diagnostiziert, die sich eher oligosymptomatisch präsentieren. Das Vollbild des Zöliakiepatienten, der sich nach Einführung von Gluten in die Nahrung mit Durchfällen, Gedeihstörung und Gewichtsverlust präsentiert, sieht man heute nur noch selten. Patienten mit einzelnen Symptomen findet man bei ausreichender Wachsamkeit jedoch sehr häufig. Dabei gibt es durchaus nicht wenige Kinder, die instinktiv auf

Getreideprodukte verzichten und dann von ihren Eltern vorgestellt werden, da die Kinder kein Brot oder keine Nudeln essen. Die Zöliakieserologie ist gut etabliert. Die Wertigkeit der Gewebestransglutaminase-Antikörper oder der Endomysium-Antikörper bei gleichzeitiger Bestimmung des Gesamt-IgA ist unbestritten. Darüber hinaus gehört die Diagnosesicherung mittels Dünndarmbiopsie weiterhin zum diagnostischen Standard.

Auch wenn die Differenzialdiagnose von organischen Ursachen recht umfassend ist, so sind die angeborenen Fehlbildungen häufig schon bei der Geburt oder kurz danach sichtbar, und die Abklärung der erworbenen Ursachen ist in der Hand eines erfahrenen Kinderarztes rasch durchführbar und für den Patienten wenig belastend, sodass der Patient dann den zuständigen Therapeuten zugeführt werden kann. 

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Axel Enninger
Gastroenterologe für Kinder und Jugendliche
Klinikum Stuttgart – Olgahospital
Bismarckstr. 8, D-70176 Stuttgart
E-Mail: a.enninger@klinikum-stuttgart.de

Ausgewählte Literatur:

- Levy Y, Levy A, et al. Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009; 48: 355–362.
- Bernard-Bonnin AC. Feeding problems of infants and toddlers. *Canadian Family Physician* 2006; 52: 1247–1251.
- Dahl M, Sundelin C. Feeding problems in an affluent society. Follow-up at four years of age in children with early refusal to eat. *Acta Paediatr* 1992; 81: 575–579.
- Dahl M, Rydell AM, Sundelin C. Children with early refusal to eat: follow-up during primary school. *Acta Paediatr* 1994; 83: 54–58.
- Salvatore S, Vandenplas Y. Gastroesophageal reflux and cow milk allergy: is there a link? *Pediatrics* 2002; 110: 972–984.
- Rudolf CD, Mazur LJ, Liptak GS, Baker RD, Boyle JT, Colletti RB, et al. North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001; 32 (Suppl 2): S1–31.
- Mathisen B, Worrall L, Masel J, Wall C, Shepherd RW. Feeding problems in infants with gastro-oesophageal reflux disease: a controlled study. *J Paediatr Child Health* 1999; 35: 163–169.