

Leitsymptom linksseitiger Oberbauchschmerz

Im linken Oberbauch finden sich am seltensten Ursachen für akute abdominelle Beschwerden. Differenzialdiagnostisch ist zu denken an:

- **Erkrankungen der Milz:** Milzabszesse, Milzinfarkte,
- **Erkrankungen der Pankreasschwanzregion:** Pseudozysten, Tumoren,
- **Erkrankungen des Magens:** Ulcus ventriculi, Magentumoren,
- **Erkrankungen der linken Kolonflexur:** Divertikulitis, Tumoren.

Auch längere Zeit nach stattgehabten Voroperationen können subphrenische Abszesse auftreten und entsprechende Symptome begründen. Schließlich projizieren sich nicht selten auch kardiale und basale pulmonale Prozesse in den linken Oberbauch und müssen differenzialdiagnostisch berücksichtigt werden, ebenso Komplikationen älterer Zwerchfellrupturen (Enterothorax) (Abb. 12.7). Als Verfahren mit der höchsten diagnostischen Treffsicherheit wird bei Verdacht auf einen Abszess wiederum das CT empfohlen, bei Schwangeren die Abdomensonografie (American College of Radiology 2006; EbM-Level 2).

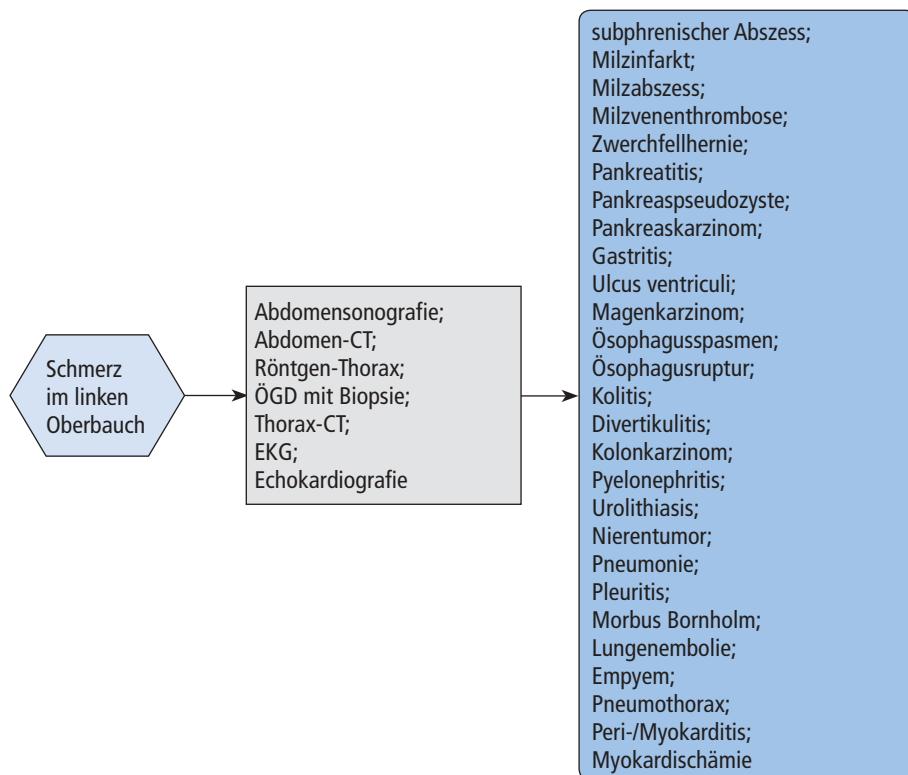


Abb. 12.7 Diagnostik bei Schmerzen im linken oberen Quadranten.

Leitsymptom epigastrischer Schmerz

Bei der Angabe von epigastrischen Beschwerden ist zunächst an den **Magen** als Schmerzursache zu denken. Dementsprechend kommt der ÖGD die führende Rolle bei der weiteren Abklärung zu. Sie ermöglicht die Diagnose von Magen- und Duodenalulzera, entzündlichen Magenwandveränderungen sowie von neoplastischen Erkrankungen des Magens. Ist der Schmerz diffuser im Oberbauch lokalisiert, eventuell mit gürtelförmiger Ausprägung, muss an eine **akute Pankreatitis** gedacht werden (Abb. 12.8).

Bei Pankreatitisverdacht wird von den bildgebenden Verfahren zuerst die Abdomensonografie empfohlen. Das Abdomen-CT kann bei schwerer Pankreatitis besser Komplikationen und Mortalität im Verlauf vorhersagen als die Ranson-Kriterien (American College of Radiology 2006; EbM-Level 2). Das MRT des Pankreas hat einen dem CT vergleichbaren PPW für Verlauf und Komplikationen und kann zudem bei weniger Kontraindikationen auch eine Ruptur des Pankreasgangs erfassen (Arvanitakis et al. 2004; EbM-Level 2). Die frühzeitige ERCP und Steinextraktion senkt bei Patienten mit steinbedingter akuter Pankreatitis die Morbidität. Die Diagnostik sollte also auch rasch die ätiologische Klärung ermöglichen. Eine Erhöhung der GPT auf mehr als das Dreifache des oberen Normwertes hat einen PPW für die biliäre Genese von 95 % und ist der Bestimmung von Bilirubin oder alkalischer Phosphatase überlegen (Tenner et al. 1994; EbM-Level 1). Eine prospektive Untersuchung mit endoskopischer Steinextraktion als Goldstandard kommt im Hinblick auf die Wertigkeit der verschiedenen bildgebenden Verfahren in dieser Situation zu folgenden Ergebnissen (Moon et al. 2005; EbM-Level 2).

	Sensi-tivität	Spezi-fität	PPW	NPW	Nachtest-Ratio
Abdomensonografie	20,0 %	83,3 %	66,7 %	38,5 %	1,1
Abdomen-CT	40,0 %	91,7 %	88,9 %	47,8 %	1,7
MRCP	80,0 %	83,3 %	88,9 %	71,4 %	3,1
ERCP	90,0 %	91,7 %	94,7 %	84,6 %	6,1
ERCP und intraduktaler Ultraschall (IDUS)	95,0 %	91,7 %	95,0 %	91,7 %	11,4

Die Sensitivität der MRCP nahm mit zunehmender Dilatation des Ductus hepatocholedochus ab, ebenso bei einer Steingröße < 6 mm. Der endoskopische Ultraschall (EUS) ist eine kostengünstige Alternative zur MRCP. Bei hoher Wahrscheinlichkeit für eine erforderliche Intervention ist die primäre ERCP das kostengünstigste Verfahren (Scheiman et al. 2001; EbM-Level 3).

	Sensitivität	Spezifität	PPW	NPW	Nachtest-Ratio
Endosonografie	80 %	95 %	80 %	96 %	5,0
MRCP	40 %	96 %	66 %	88 %	2,8

PPW: positiver prädiktiver Wert; NPW: negativer prädiktiver Wert.

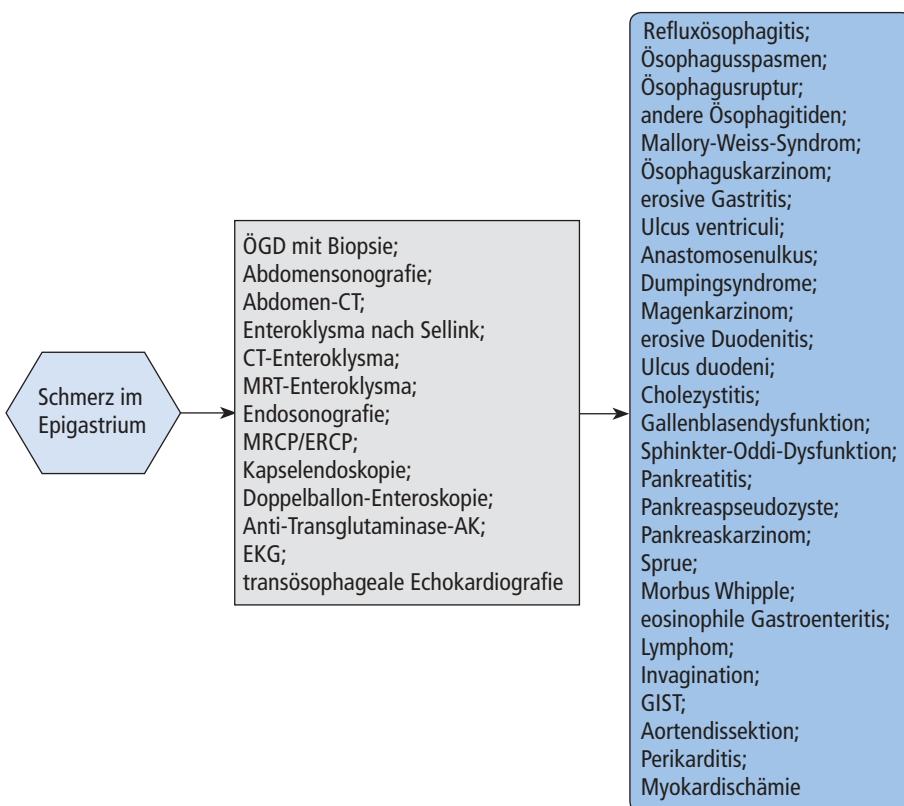


Abb. 12.8 Diagnostik bei Schmerzen im Epigastrium.

In einer prospektiven Untersuchung wurde der Wert eines CT-Enteroklysmas in Spiraltechnik für die Dünndarmdiagnostik analysiert, und zwar im Vergleich zum konventionellen Enteroklysm und zu endoskopischen sowie klinischen Befunden (Boudiaf 2004; EbM-Level 3).

	Sensitivität	Spezifität	PPW	NPW	Nachtest-Ratio
CT-Enteroklysm	100 %	95 %	94 %	100 %	∞
MRT	24 %	93 %	7,9 %	97,9 %	3,8
Kapselendoskopie	17 %	90 %	4,6 %	97,5 %	1,8

PPW: positiver prädiktiver Wert; NPW: negativer prädiktiver Wert.

Ganz ohne Strahlenbelastung liefert bei bekanntem Morbus Crohn das MRT dem konventionellen Enteroklysm vergleichbare Ergebnisse in Hinblick auf den Nachweis von Ulzera, Pseudopolypen, Stenosen oder Fisteln. Extraluminale Manifestationen wie Abszess oder Lymphadenopathie werden durch das MRT besser erfasst (Masselli et al. 2006; EbM-Level 2). Für die Kapselendoskopie fand sich im Vergleich zur Intestinoskopie in einer Metaanalyse eine »Number-needed-to-test« von 3 für einen klinisch bedeutsamen zusätzlichen Befund (Triester et al. 2005; EbM-Level 1).

Abdominelle Schmerzen: diffus, akut oder chronisch-rezidivierend, ohne Zeichen vitaler Bedrohung

Das differenzialdiagnostische Vorgehen folgt den Hinweisen aus Anamnese, körperlicher Untersuchung mit besonderer Berücksichtigung eventueller Begleitsymptome und Laboruntersuchungen (Abb. 12.9). Die Blutgruppenbestimmung ist hier zunächst verzichtbar. Die Reihenfolge der diagnostischen Verfahren orientiert sich an den über die Schmerzen hinaus bestehenden klinischen Zeichen bzw. laborchemischen Hinweisen. Durch eine sorgfältigen Patientenbeobachtung während der Palpation des Abdomens lassen sich wegweisende Befunde erheben: Hält der Patient seine Augen bei der Palpation geschlossen, spricht dies eher für eine nicht organische Ursache (»Closed-Eyes-Sign«, Gray et al. 1988). Findet sich bei der Untersuchung des Abdomens ein schmerhaftes Areal, wird die Palpation unter willkürlicher Anspannung der Bauchmuskulatur etwa durch Aufrichten des Oberkörpers oder Anheben beider Beine wiederholt. Bei unverändertem oder gar zunehmendem Schmerz spricht dies sehr für einen von der Bauchwand ausgehenden Prozess (positiver Carnett-Test), der nach einer retrospektiven Studie bei 8 % Patienten Anlass für eine weitergehende fachgastroenterologische Abklärung war (Costanza et al. 2004).

Bei HIV-infizierten Patienten müssen sonst seltene Erreger (Candida, CMV, HSV, Kryptosporidien, Mikrosporidien, Isospora belli, Kryptokokken, atypische Mykobakterien, aber auch M. tuberculosis) frühzeitig in die Differenzialdiagnose einbezogen werden, auch wenn seit Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie opportunistische Erkrankungen nur noch etwa 10 % der Notfallvorstellungen wegen abdomineller Schmerzen ausmachen. Darüber hinaus ist mit dem gehäuften Auftreten von Kaposi-Sarkomen und malignen Lymphomen zu rechnen.

Das Risiko einer Pankreatitis ist gegenüber der HIV-negativen Bevölkerung in erster Linie infolge medikamentöser Nebenwirkungen erhöht, die etwa ein Drittel der Fälle verursachen (Slaven et al. 2003). Bei anorektalen Ulzera sollten Abstriche zum Nachweis einer Gonorrhö bzw Chlamydieninfektion sowie eine serologische Luesdiagnostik erfolgen.

An funktionelle Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes sollte immer dann gedacht werden, wenn Ausmaß und Lokalisation der Schmerzen oft wechseln, die eindringliche Beschwerdeschilderung in deutlichem Gegensatz zu einem unauffälligen körperlichen Untersuchungsbefund bei gutem Allgemeinzustand steht und die jeweiligen Rom-Kriterien erfüllt sind (Tab. 12.4, 12.5 u. 12.6; s.a. Kap. 15 »Diarrhö«). Entsprechend diesen Kriterien werden ein vorwiegend retrosternales Brennen oder ein Sodbrennen nicht der Dyspepsie zugerechnet, sondern erfordern den Ausschluss einer Refluxerkrankung (s. Kap. 7 »Dysphagie«). Bei klinischem Verdacht auf eine funktionelle Störung der Gallenblase oder eine Dysfunktion des Sphincter Oddi wird das diagnostische Programm um eine mikroskopische Gallensaftanalyse zum Ausschluss einer Mikrolithiasis erweitert. Die nuklearmedizinische Bestimmung der Gallenblasenejektions-

Tab. 12.4 Rom-III-Kriterien: funktionelle Dyspepsie (nach Tack et al. 2006; EbM-Level 5).

Ein oder mehrere der folgenden Symptome für mindestens 3 Monate, Symptombeginn vor mindestens 6 Monaten:

- unangenehmes postprandiales Völlegefühl
- frühzeitiges Sättigungsgefühl
- epigastrische Schmerzen
- epigastrisches Brennen
- und**
- kein Nachweis einer organischen Erkrankung zur Erklärung der Beschwerden

Tab. 12.5 Rom-III-Kriterien: funktionelle Störung der Gallenblase und Sphinkter-Oddi-Dysfunktion (nach Behar et al. 2006; EbM-Level 5).

Alle der folgenden Symptome für mindestens 3 Monate, Symptombeginn vor mindestens 6 Monaten:

- Episoden mit Schmerzen im Epigastrium oder rechten Oberbauch
- und**
- Schmerzen, die über mindestens 30 min anhalten
- wiederkehrende Schmerzen in unterschiedlichen Intervallen
- zunehmende Schmerzen bis zu einer bestimmten Stärke
- Alltagsaktivitäten werden erheblich beeinträchtigt oder notfallmäßige Arztbesuche
- keine Besserung nach Defäkation, Lagewechsel oder Antazida
- kein Nachweis einer organischen Erkrankung als Erklärung der Beschwerden

funktionelle Störung der Gallenblase

- wie oben
- und**
- Gallenblase vorhanden
- und**
- Normwerte für Transaminasen, direktes Bilirubin, Amylase, Lipase

biliäre Sphinkter-Oddi-Dysfunktion

- wie oben
- und**
- Normwerte für Amylase, Lipase
- unterstützende Kriterien: erhöhte Transaminasen, AP oder direktes Bilirubin bei mindestens zwei Episoden

pankreatische Sphinkter-Oddi-Dysfunktion

- wie oben
- und**
- erhöhte Amylase, Lipase

Tab. 12.6 Rom-III-Kriterien: funktionelles abdominelles Schmerzsyndrom (nach Clouse et al. 2006; EbM-Level 5).

Alle der folgenden Symptome für mindestens 3 Monate, Symptombeginn vor mindestens 6 Monaten:

- kontinuierliche oder nahezu kontinuierliche abdominelle Schmerzen
- keine eindeutige Beziehung der Schmerzen zu Nahrungsaufnahme, Defäkation oder Menstruation
- Alltagsaktivitäten werden beeinträchtigt
- Schmerzen werden nicht simuliert
- Kriterien anderer funktioneller Störungen des Gastrointestinaltraktes werden nicht erfüllt