



W. G. Baldi

Dr med Willi G. Baldi
 FMH für Allgemeine Medizin
 Dorf 57
 6162 Entlebuch
 guglielmo.baldi@hin.ch

Rev Med Suisse 2014; 10: 254-5

EINLEITUNG

Bauchweh ist in einer Allgemeinpraxis ein sehr häufiges Leiden. Weil unsere Praxen stark frequentiert sind bleibt oft für ein ausführliches, differenzialdiagnostisches Vorgehen (Tabellen 1 und 2) zu wenig Zeit. Bauchweh ist für jeden praktizierenden Arzt eine grosse Herausforderung, muss doch in kurzer Zeit Klarheit geschaffen werden, ob es sich um ein – sehr häufig – harmloses Leiden handelt, oder ob es sich um ein schweres Krankheitsbild, welches sich allenfalls anfänglich nur durch diskrete Beschwerden ankündigt. Und schliesslich muss auch entschieden werden, ob die Bauchschmerzen wirklich abdomineller Genese sind.

Von besonderer Bedeutung ist eine genaue Anamneseerhebung, eine exakte klinische Untersuchung unter Zuhilfenahme der wenigen, im Rahmen des Präsenzlabor in der Praxis möglichen Laborresultate.

Selbstredend hilft die grosse Erfahrung, die den Praktikern oft eigen ist, gepaart mit einem gesunden Mass an Intuition und die Tatsache, dass die Patienten dem Hausarzt vorgängig bestens bekannt sind.

FALL I

Ein 7-jährige, sonst gesunde Rahel, 2. ältestes von 3 Mädchen, kommt mit ihrer Mutter in die Praxis wegen seit 3 Monaten bestehenden Bauchschmerzen in Bauchmitte. Diese Schmerzen treten gegen Ende des Frühstücks jeweils auf, heftig, krampfartig. Sie gehen jeweils zurück, kommen aber unregelmässig auch in der Schule wieder.

Rahel isst zum Frühstück ein Müesli mit Milch und Ovi.

Am Abend ist Rahel immer beschwerdefrei, wie auch an den Wochenenden und in den Ferien.

Dann isst sie aber auch zusammen mit der Familie Frühstück, Zopf oder Brot, Butter, Konfitüre, etwas Käse und trinkt Tee.

Bauchweh. Was soll ich tun, Herr Doktor?

Die körperliche Untersuchung fällt durchwegs normal aus, sowohl bez. Länge als auch bez. Gewicht befindet sich Rahel in der 60.p.

Stuhlgang in Frequenz und Aussehen (von der Mutter kontrolliert!) normal.

Routinelabor: Hb, Lc, CRP, BZ, Urin normal

Stuhlagnostik auf Parasiten und Würmer 3x negativ

Obwohl keinerlei Zeichen einer Malabsorption, Bestimmung der Gliadin- und Endomysium-AK, erwartungsgemäss negativ.

Wie weiter?

Da Beschwerden im Zusammenhang mit Milchgenuss, an eine Kuhmilchintoleranz denken. Statt weitere Laborwerte zu bestimmen lassen wir Rahel an den sonst beschwerdefreien Wochenenden Milch trinken, es treten keine Schmerzen auf.

Keine weiteren, teuren und für das Mädchen belastende Abklärungen: Vertiefte Anamnese.

Dabei erfahre ich, dass vor ca 3 Monaten ein neues «Klassenspännli» dazugesossen ist.

Die Freundin von Rahel, mit der sie durch Dick und Dünn gegangen war, wendet sich von ihr ab und beschäftigt sich nur noch mit der «Neuen».

In mehreren Gesprächen mit Rahel und den sehr verständnisvollen Eltern, aus Zeitgründen oft nach der regulären Praxis, erreichen wir, dass Rahel mit der neuen Situation besser umgehen kann; sie lernt, die Situation zu akzeptieren und hat mir kürzlich strahlend erzählt, dass sie jetzt 3 Freundinnen habe. Die Bauchschmerzen sind weg.

Diskussion

Kinder, v.a. Kleinkinder, projizieren ihre Beschwerden und Krankheiten oft in den Bauchraum und sehr oft auf den Nabel (Tabelle 2).

Nach Ausschluss der wichtigsten und häufigsten Ursachen an die Befindlichkeit des Kindes denken!

Tabelle 1. Allerwichtigsten Ursachen von Abdominellen und Extraabdominellen Ursachen

Abdominelle Ursachen <ul style="list-style-type: none"> • Parietale Peritonitis • Mechanischer Verschluss von Hohlorganen • Gefässeränderungen • Bauchwand Problematik • Einblutungen • Entzündungen 	Neurologische/Psychische und Psychosomatische Ursachen <ul style="list-style-type: none"> • Herpes Zoster • Tabes dorsalis • Neuralgie • Funktionelle Erkrankungen • etc.
Extraabdominelle Ursachen <ul style="list-style-type: none"> • Kardiothorakal • Wie: akuter Myokardinfarkt, Myokarditis, Pneumonie, Lungenembolie, etc. 	Toxische Ursachen <ul style="list-style-type: none"> • Bleivergiftung • Tierbisse
Metabolische Ursachen <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus • Urämie • Porphyrrie • Hyperlipidämie • etc. 	Unklare Mechanismen <ul style="list-style-type: none"> • Drogenentzug • Hitzschlag

Tabelle 2. Wichtigsten Differenzialdiagnosen von Bauchschmerzen beim Kind

Rezidivierende extraabdominale Schmerzen	Akute extraabdominale Ursachen	Akute abdominale Ursachen
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus • Psychovegetative Ursachen • Hämolytische Krisen • Purpura Schönlein Henoch • etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Angina • Pneumonie • etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Appendizitis • Volvulus • Invagination • etc.

Wir ersparen damit den Kindern viel Unannehmlichkeiten und den Krankenkassen sinnlose Auslagen.

FALL 2

29. Jährige Aussteigerin (Floristin) arbeitet über den Sommer auf einer Rinder-Alp als Hilfsälplerin und ist in der Praxis bisher unbekannt.

Konsultation wegen ständigem Druck im Unterbauch seit 2 Wochen, ebenfalls häufigeres, beschwerdefreies Wasserlösen. Kein Fieber.

Schwierige Anamneseführung: Patientin sehr wortkarg und eher abweisend.

Vor ca. 5 Wochen (weiss aber nicht genau...) habe sie eine etwas leichtere Mens gehabt.

Alleinstehend, kein Freund im Moment, kein Geschlechtsverkehr in den letzten 6 Monaten.

Untersuchung: Klinisch ausser kleiner Masse im mittleren Unterbauch alles i.O., eine Vaginaluntersuchung lehnt die Patientin strikte ab.

Routinelabor (Hb, Lc, CRP, BZ, Kreatinin und Leberwerte) i.O.

Kein Urininfekt

Schwangerschaftstest positiv! Keine fetalen Herztöne hörbar.

Die anschliessend auf der Gynäkologischen Abteilung durchgeführte US-Untersuchung zeigt eine intakte Einlingschwangerschaft in der 18. SSW.

Diskussion

Immer eine vollständige Anamnese und möglichst eine breite Differentialdiagnose.

Der Wert der Anamnese steht und fällt mit der Ehrlichkeit der Angaben durch den Patienten.

Der Hausarzt muss die Patienten ernst nehmen, aber nicht alles unhinterfragt glauben. Kritisches Hinterfragen lohnt sich



Abbildung 1. Typische Herpes Zoster Ausschlag

manchmal, v.a. bei bisher unbekanntem Patienten, und erspart auch hier teure Zusatzuntersuchungen.

FALL 3

Eine 64-jährige wegen einer arteriellen Hypertonie seit Jahren mit Lisinopril 20 mg gut eingestellt und sonst gesund und leistungsfähig kommt in die Praxis wegen seit 1 Tag bestehenden, ekelhaften Schmerzen im rechten Mittelbauch, gegen den Rücken ziehend.

Nicht Atemabhängig, nicht essensabhängig, Dauerschmerz, Stuhlgang und Wasserlösen normal. Normale Leistungsfähigkeit und keine Zunahme der Schmerzen bei Anstrengung, keine Atembeeinträchtigung. Kein Fieber. Haus- und Geschäftsfrau (Garage).

Lagewechsel, Dafalgan, nützt nichts. Duschen mit kaltem Wasser bringt etwas, aber zeitlich limitierte Linderung.

Klinische Untersuchung: Weiches Abdomen, Leber normal, Milz nicht palpabel, DG gut.

Routinelabor: Hb, Lc, CRP, BZ, Leberwerte, Kreatinin, Amylase und Urin alles normal.

Verabreichung von Novalgin 4x1 und Dafalgan 4x1, erneute Bestellung am

Folgetag, da unklare aber nicht problematische Schmerzen.

Am nächsten Morgen makulo-papulöser Ausschlag, dem sich in den Folgetagen die typischen Bläschen anschliessen werden (Abbildung 1). Diagnose Herpes Zoster.

Behandlung mit Famciclovir für 7 Tage.

Diskussion

Herpes Zoster Infektionen sind relativ häufig in der Allgemeinpraxis.

Ausgelöst durch den Varizella-Zoster Virus, welcher nach erstmaliger Varizelleninfektion im Körper persistiert und v.a. bei 60-80 jährigen zum Ausbruch führt.

Die immer wieder propagierte Suche nach Begleitkrankheiten ist in den allermeisten Fällen nicht erfolgreich, bei einer einmaligen Erkrankung bei Patienten in gutem AZ und ohne Hinweise für eine Immunschwächekrankheit lohnt sich eine solche Suche in der Regel nicht.

Leider treten die Schmerzen im entsprechenden Dermatome in der Regel 48-72 Stunden vor sichtbarem Ausbruch auf, was die Diagnose erschwert.

Es lohnt sich, den Patienten bei unklaren Schmerzen nachzukontrollieren.

Die frühe Behandlung mit einem Virostatikum verbessert die Prognose bezüglich postherpetischer Schmerzen, die belastend sein können.

Bei unklaren Schmerzen immer auch an H. Zoster denken! ■

Bibliographie

- Kurz R, Roos R. Checkliste Pädiatrie. Thieme Verlag, 2000.
- Harrison Innere Medizin, Band 1 und 2, 17. Auflage, 2008.
- Bild Quellenangabe: [www.onmeda.de/krankheiten/ guertelrose.html](http://www.onmeda.de/krankheiten/guertelrose.html)