

# Abdominale Schmerzsyndrome

**u<sup>b</sup>**

---

b  
**UNIVERSITÄT  
BERN**

Prof Dr. med. Radu Tutuian  
Leitender Arzt, Gastroenterologie  
Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin (UVCM)  
Inselspital, Universität Bern  
e-mail: [radu.tutuian@insel.ch](mailto:radu.tutuian@insel.ch)

# Themen

- Bauchschmerzen
  - Charakteristika
  - Ursachen
- Reizmagen (Dyspepsie)
- Reizdarmsyndrom (IBS)

# Bauchschmerzen

- **Beginn**
  - akut (i.e. Stunden, Minuten) vs. chronisch (Monate, Jahre)
  - plötzlich vs. langsam (steigernd)
- **Dauer**
  - Kurz (Sek. / Min.) vs. Lang (Std. / Tage)
- **Intensität**
  - Skala 0 – 10 (subjektiv)
- **Ablauf**
  - tags vs. nachts, kontinuierlich vs. schwankend
- **Lokalisation / Ausstrahlung**
  - Lokal vs. diffus
- **Verstärkt / bessert Schmerz**
- **Beleitsymptome**
  - Fieber/Schüttelfrost, Übelkeit/Erbrechen, Blutung

# Bauchschmerzen: Alarmsymptome



- Gewichtsverlust
- Blutung (Melena/Hematemesis)
- Ikterus
- Schmerzen in der Nacht
- Fam Anamnese KolonCA, entzündliche Darmerkrankungen (IBD)

# Bauchschmerzen (Ursachen)

- **Magen**
  - Ulkus
  - Gastritis
  - MagenCA
  - Dypepsie
- **Ösophagus**
  - Refluxkrankheit
  - ÖsophagusCA
  - Striktur
- **Leber**
  - Hepatitis
  - Perihepatitis
- **Gallengänge/-blase**
  - Cholezystitis
  - Choledocholithiasis
  - GallenblasenCA
  - Klatzkin Tumor
- **Pankreas**
  - Akute Pankreatitis
  - Chronische Pankreatitis
  - Pankreas CA
- **Kolon**
  - Ischämische Kolitis
  - IBS
  - Entzündliche Darmerk.
  - KolonCA
  - Divertikulitis
  - Appendizitis
- **Dünndarm**
  - Enteritis
  - Meckel Divertikel
- **Retroperitoneum**
  - Aortenaneurysma
  - Lymphome
  - Nierenpathologie
- **Abdominal Wand**
  - Hématom
  - Mittelline Hernie
  - Trauma
- **Lunge / Pleura**
  - Pneumonie (Unterlappen)
  - Pleuramesotheliom
  - Pleuritis
- **Herz**
  - Ischämisch HK
  - Hypertensive HK
  - Perikarditis
- **Mediastinum**
  - Mediastinitis
- **Neurologische Krankheiten**
  - Epilepsie
  - Migräne
- **Psychiatrische Krank.**
  - Somatiforme Sz



# Funktionelle Darmerkrankungen

## Oberer GI Trakt

**Funktionelle Brustschmerzen**  
**Funktionelles Sodbrennen**

**Funktionelle Dyspepsie**

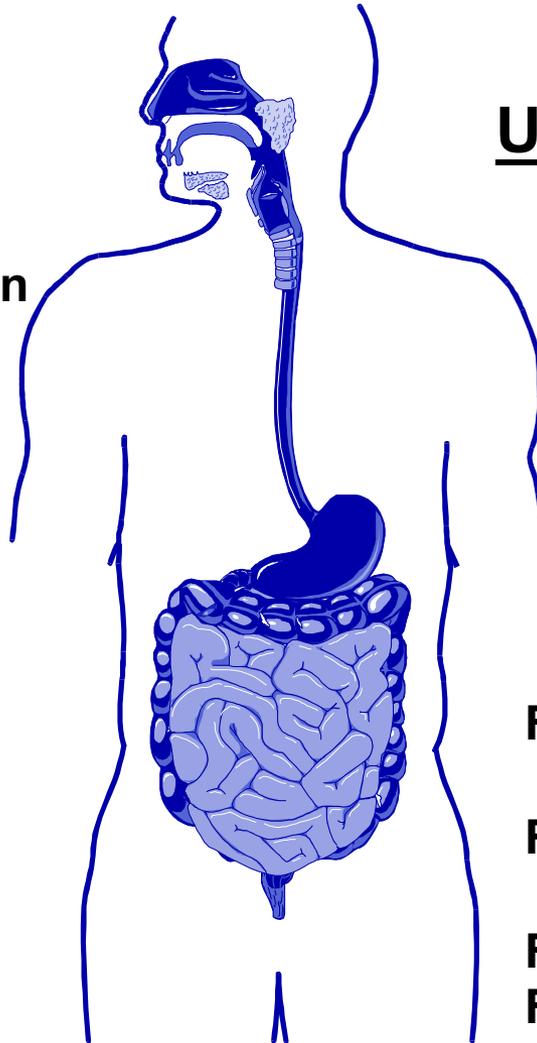
**Oddi Sphinkter Dysfunktion**

## Unterer GI Trakt

**Funktionelle Bauchschmerzen**

**Reizdarmsyndrom**

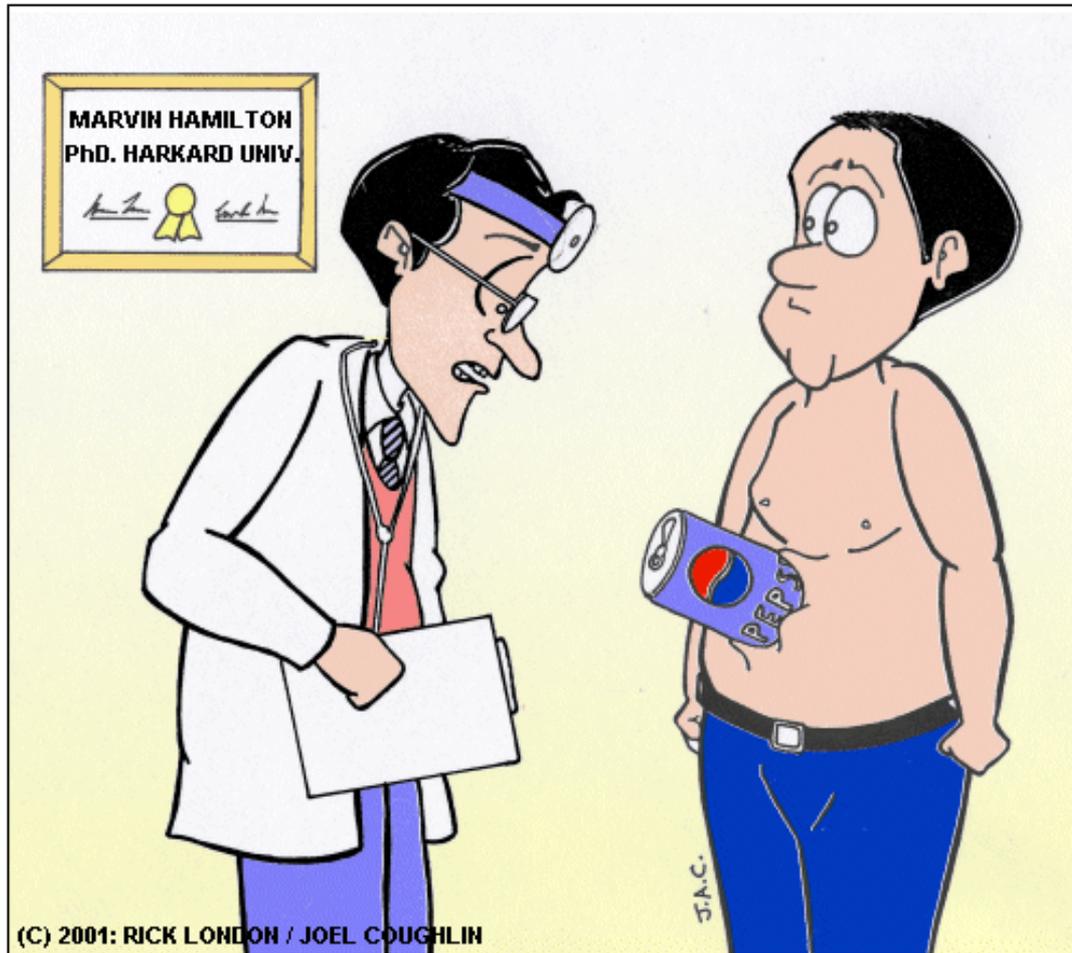
**Funktionelle Obstipation /  
Funktionelle Diarrhoe**



# Funktionelle Darmerkrankungen: Prävalenz (USA)

- IBS 15-20%
- Dyspepsie 8%
- Refluxkrankheit 7%
- Asthma 4%
- Diabetes 3%

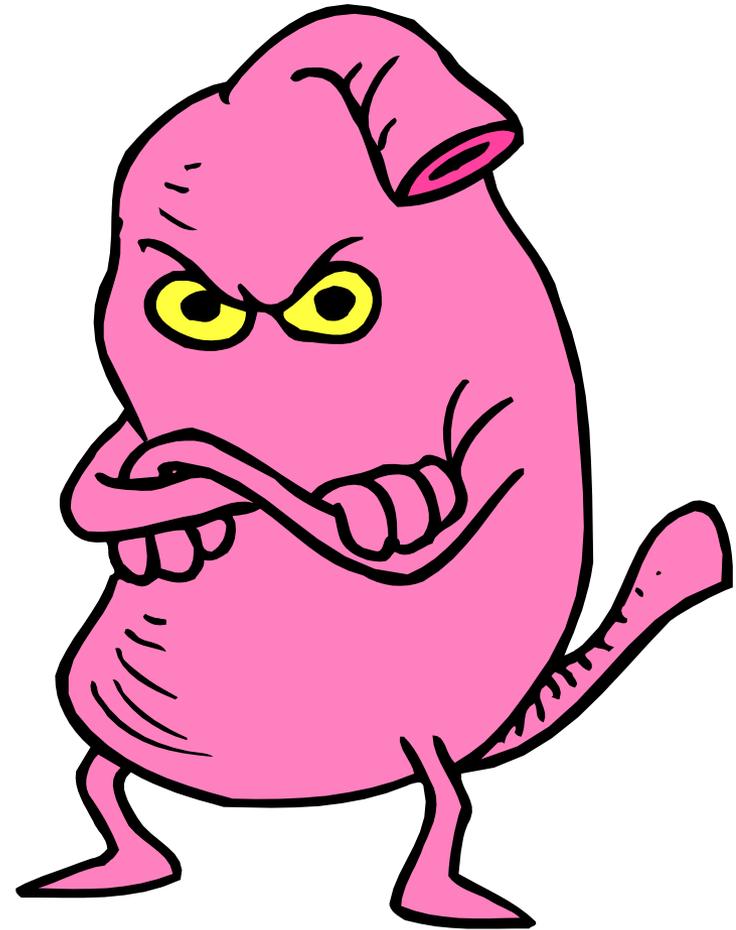
# Dyspepsie



**LOOKS LIKE DYSPEPSIA, RALPH**

# Dyspepsie: Symptome

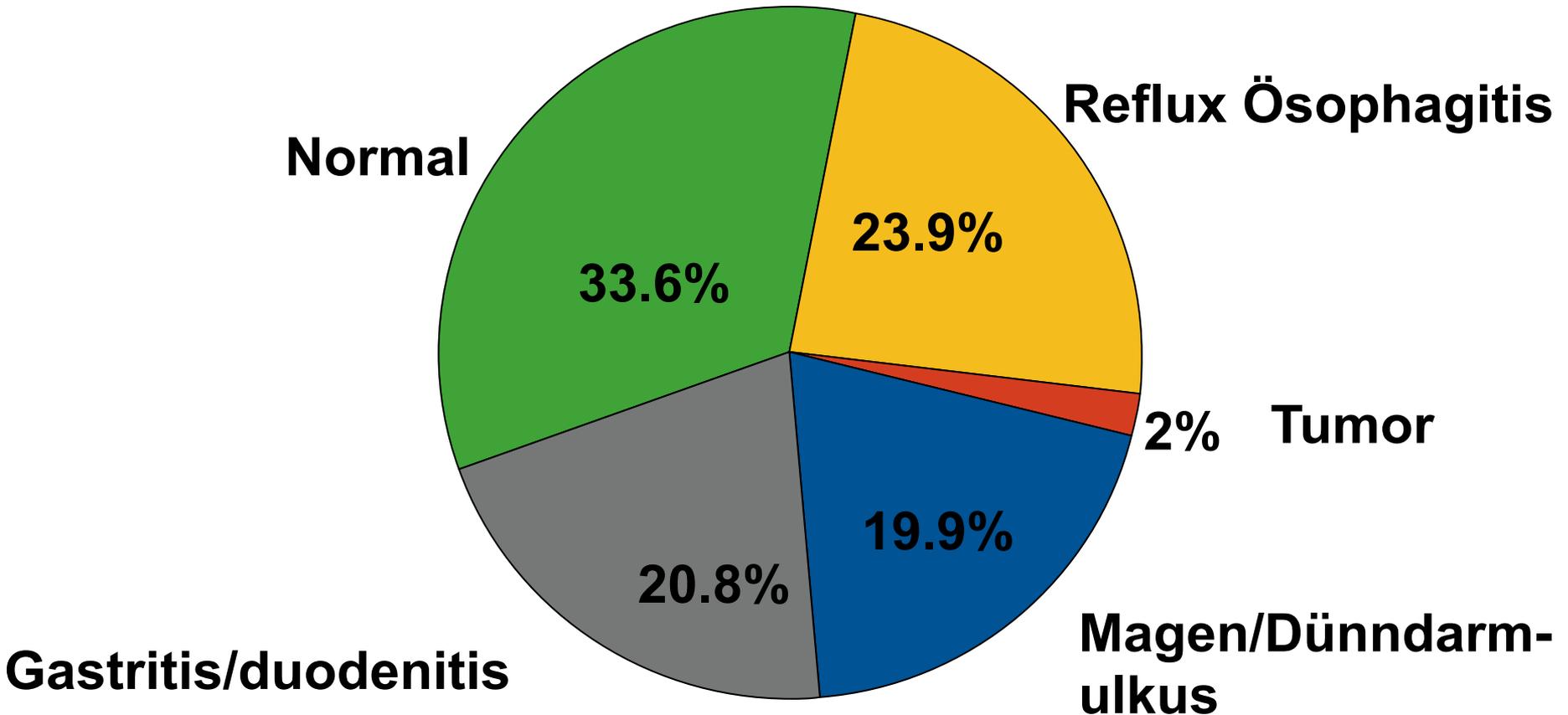
- Epigastrische Schmerzen
- Unwohlsein im Oberbauch
- Sättigungsgefühl
- Blähungen
- Übelkeit



# Dyspepsie: Definition

- Dyspepsie
  - Klinisches Syndrom
  - Hausarzt
  - Noch nicht abgeklärt
- Funktionelle Dyspepsie
  - „non-ulcer dyspepsia“ (NUD)
  - Abgeklärt
  - Entspricht den Rome III Kriterien

# Dyspepsie: endoskopische Befunde



Richter et al 1991

# Rom Kriterien (Rome III)



# Dyspepsie: Rome III Kriterien

- >1 Beschwerden für > 3 Mo seit > 6 Mo
  - Störendes postprandiale Vollegefühl
  - Frühzeitiges Sättigungsgefühl
  - Epigastrische Schmerzen
  - Epigastrisches Brennen

**und**

- Keine Hinweise auf strukturelle Läsione

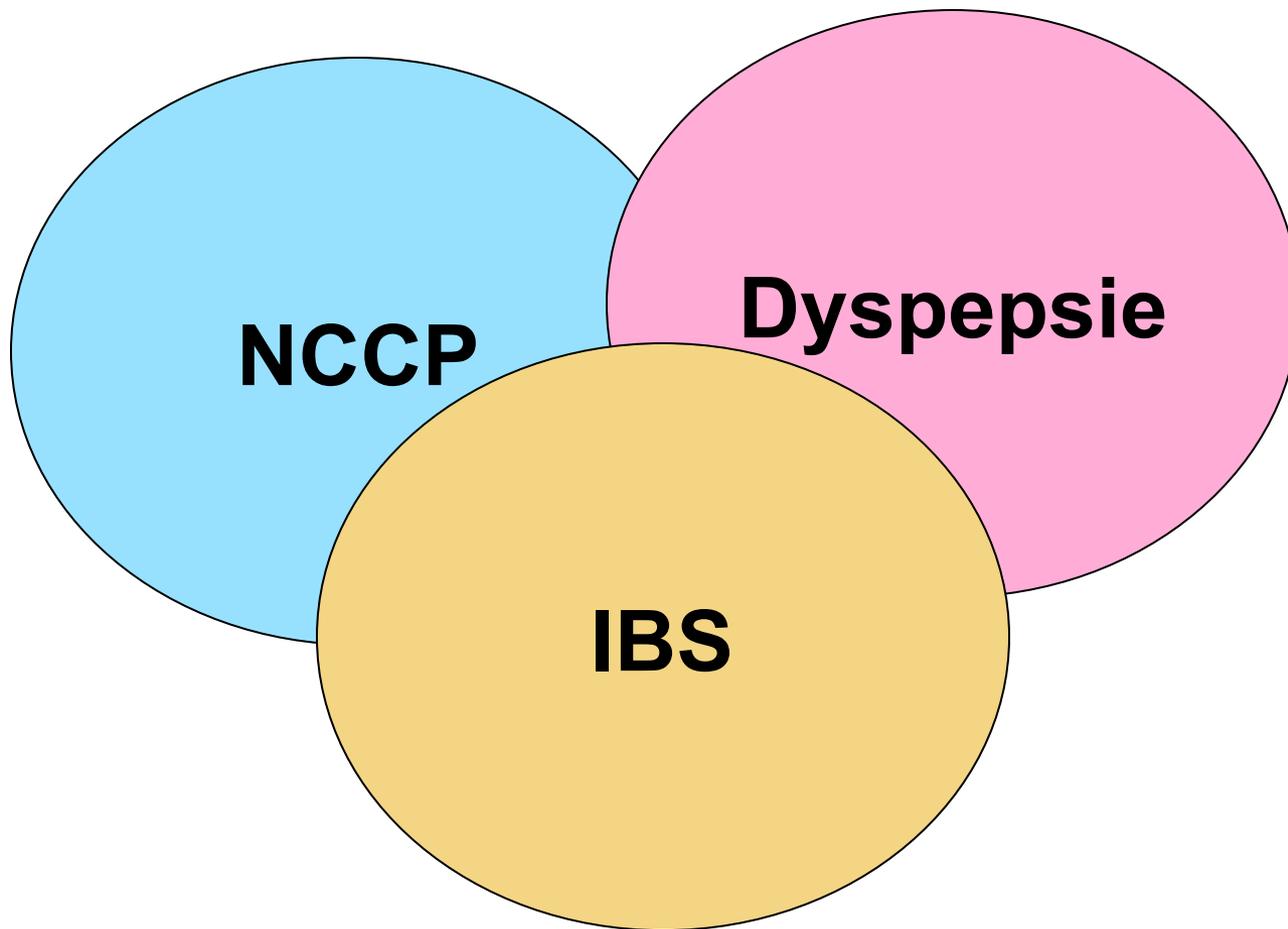
# Dyspepsie: Rome III Kriterien

- Epigastrischer Schmerzsyndrom (EPD)
  - Epig. Schmerzen und Brennen (>3 Mo seit >6 Mo) mit folgenden Charakteristika:
    - intermitierend
    - lokalisiert im Epigastrium mit mittelschwerer Intensität > 1x/Wo
    - und NICHT
      - generalisiert oder andere Lokalisation (Abdomen/Thorax)
      - gebessert durch Stuhl- / Windabgang
      - entsprechend den Kriterien für Gallenkoliken / SOD Dysfunktion

# Dyspepsie: Rome III Kriterien

- Postprandiales Dystress Syndrom (PDS)
  - Epig. Beschwerden (>3 Mo seit >6 Mo) mit folgenden Charakteristika:
    - Postprandiales Vollegefühl
      - Nach normal grossen Essportionen
      - mehrmals pro Woche
    - Frühes Sättigungsgefühl
      - Erlaubt nicht das Beenden einer normal grossen Essportion
      - mehrmals pro Woche

# Überlappung funktioneller Erkrankungen



# Dyspepsie: Pathophysiologie

- **Biologische Faktoren**
  - Motilitätsstörungen
  - Viszerale Hypersensitivität
  - H. pylori Gastritis
  - Chronische Gastritis
  
- **Psychologische Faktoren**
  - Verhalten
  - Kognitive
  - Emotionale

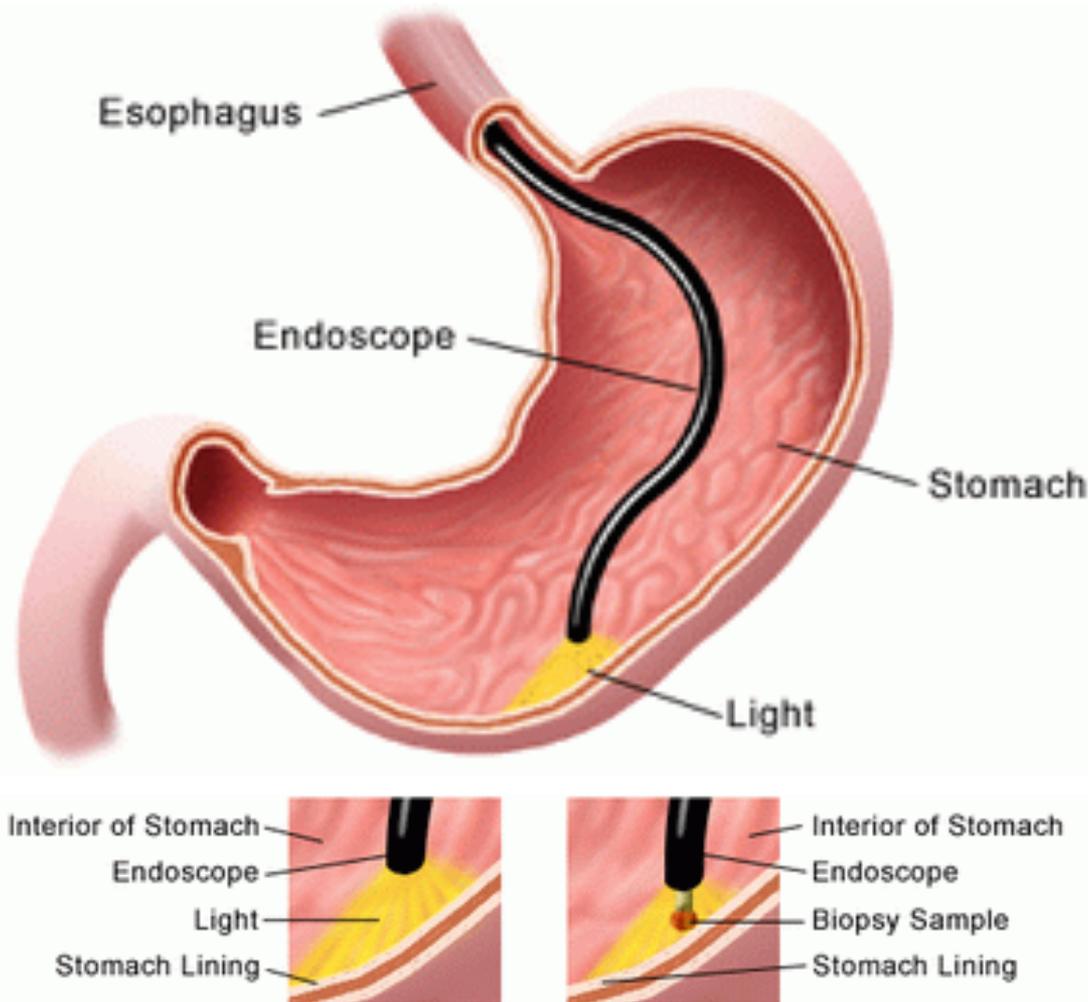
# Dyspepsie: Abklärungen

- Labor
  - Blutbild, Leber-/Nierenfunktion, Amylase/Lipase
- Sonographie des Abdomen
  - Ausschluss von Gallenblasenpathologien
- Endoskopie
  - Ausschluss von Ösophagitis, Gastritis, Duodenitis, Magen- oder Dünndarmulkus, Karzinom
  - Biopsien für *H. pylori*

# Ultraschall Abdomen

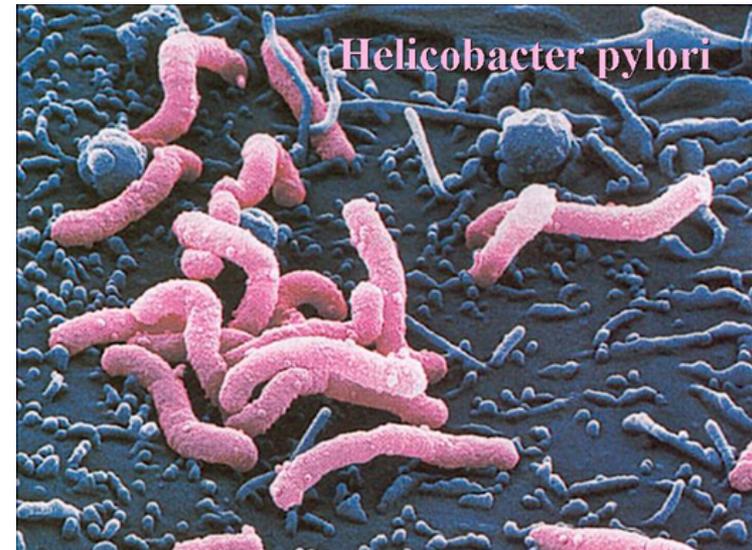


# Ösophago-Gastro-Duodenoskopie



# Dyspepsie und *H. pylori*

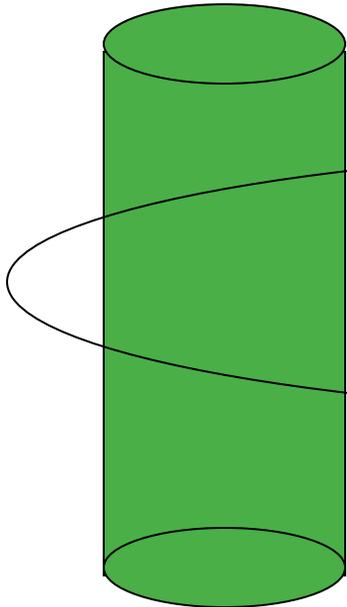
- *H. pylori*
  - 25-30% der gesunden CH Bevölkerung
  - 25-40% der Dyspeptiker
- Unsichere/marginale Rolle in Dyspepsie
  - *H. Pylori* nicht häufiger als bei asymptomatischen Kontrollen
  - Erradikation statistisch signifikanten aber klinisch marginalen Benefit (9%)



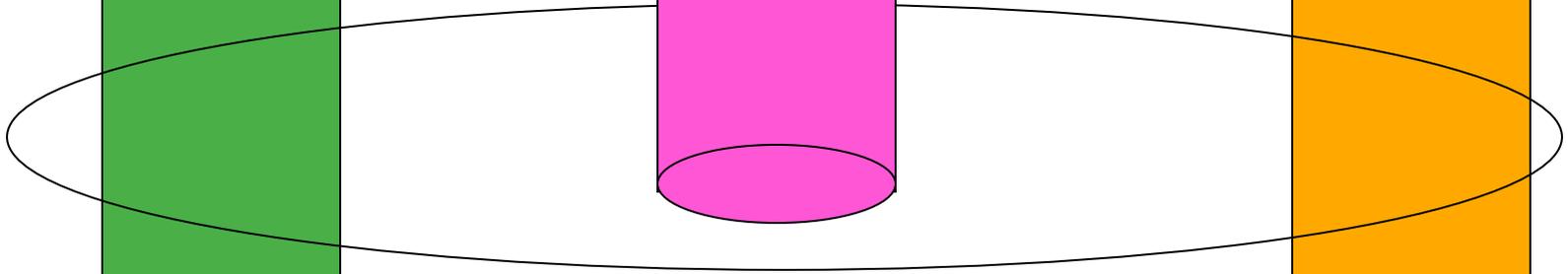
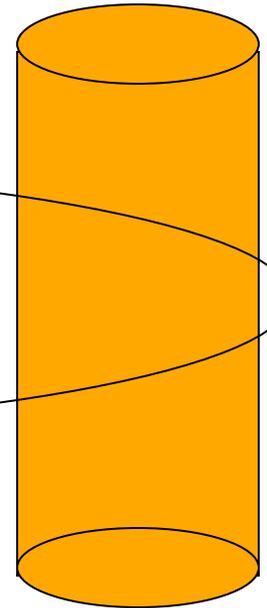
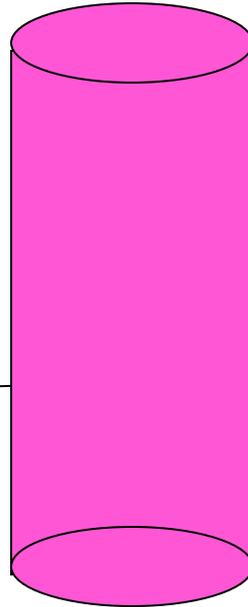
# Therapiesäulen

## H. Pylori Erradikation

**Säurehemmung**



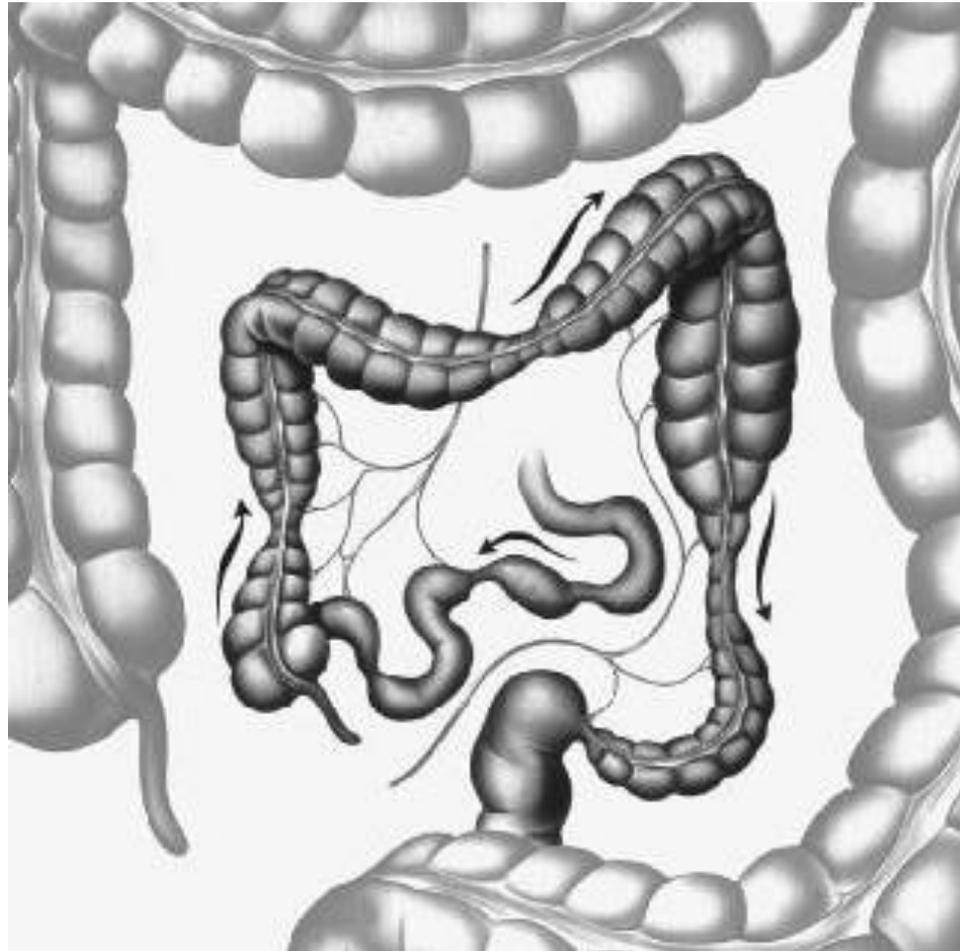
**Motilität  
Hypersensitivität**



# Dyspepsie: Therapie

- Eine wirksame Therapie gibt es nicht
- FD ist eine chronisch rezidivierende Krankheit
- Endoskopie, Sonographie und Labor sind meist „normal“
- die Behandlung ist schwierig und zeitaufwändig

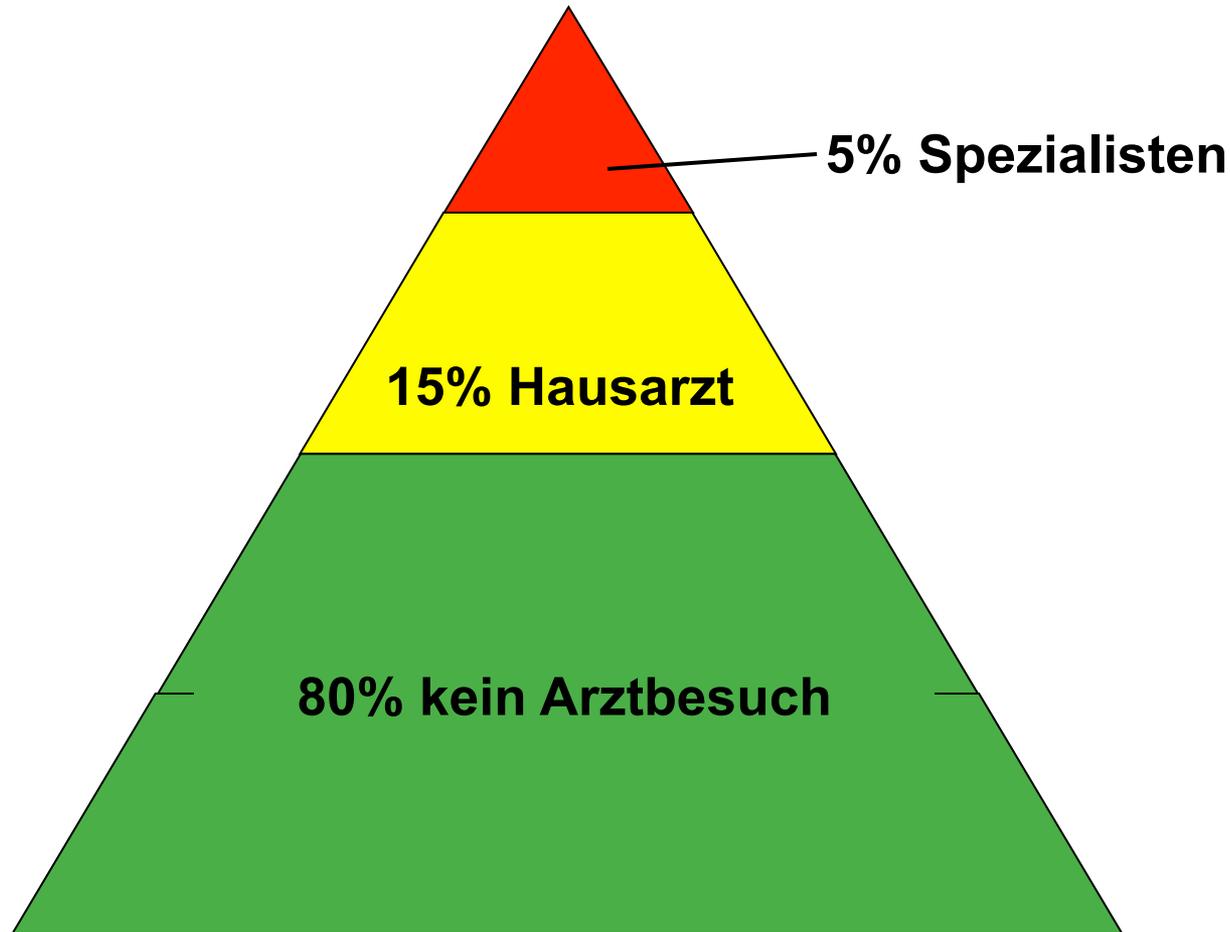
# Reizdarmsyndrom



# Reizdarmsyndrom (IBS)

- **IBS – irritable bowel syndrome**
- **Chronische, rekurrente gastrointestinale Symptome**
  - Unterbauchschmerzen
  - Veränderter Stuhlgang
  - Blähungen
- **Keine strukturelle oder biochemische Abnormalitäten**

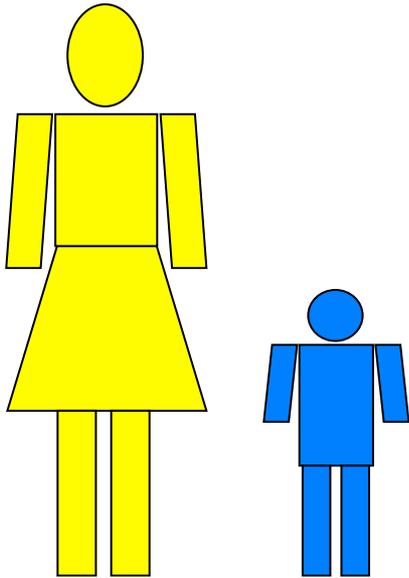
# Reizdarm: Epidemiologie



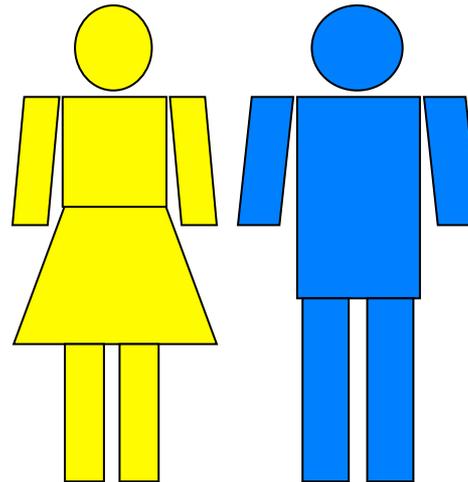
**25-50 % der gastroenterologischen Konsilien sind für Reizdarm**

# Arztbesuche IBS Symptome

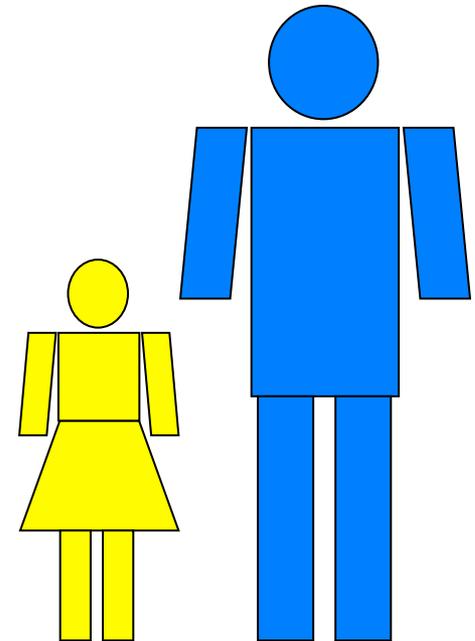
## Frauen vs. Männer



**USA + Europa**



**Afrika**

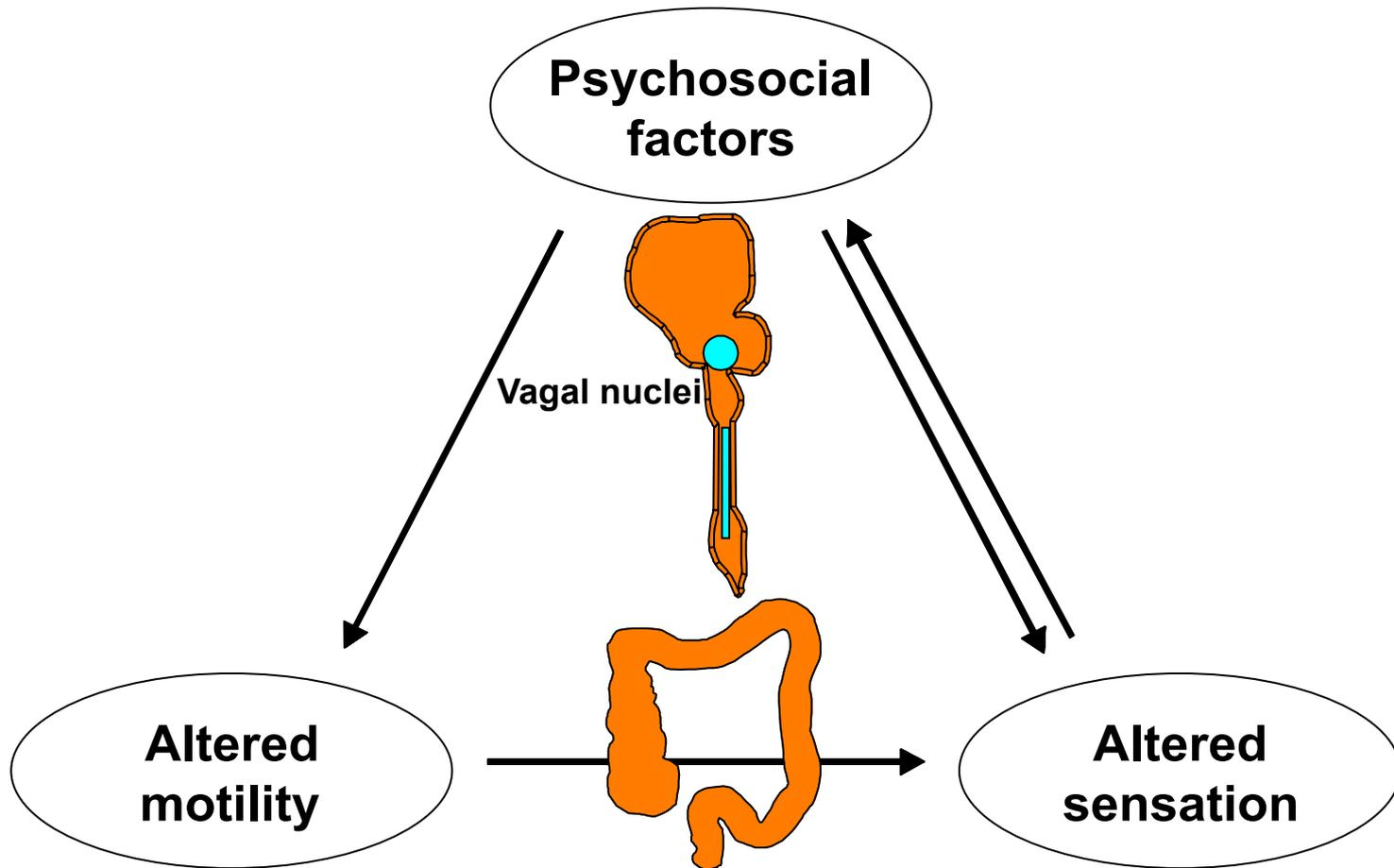


**Indien**

# Reizdarm: Pathophysiologie

- Biologische Faktoren
  - GI Motilitätsabnormalitäten
  - Viszerale Hypersensitivität
  
- Psychologische Faktoren
  - Verhalten
  - Kognitive
  - Emotionale

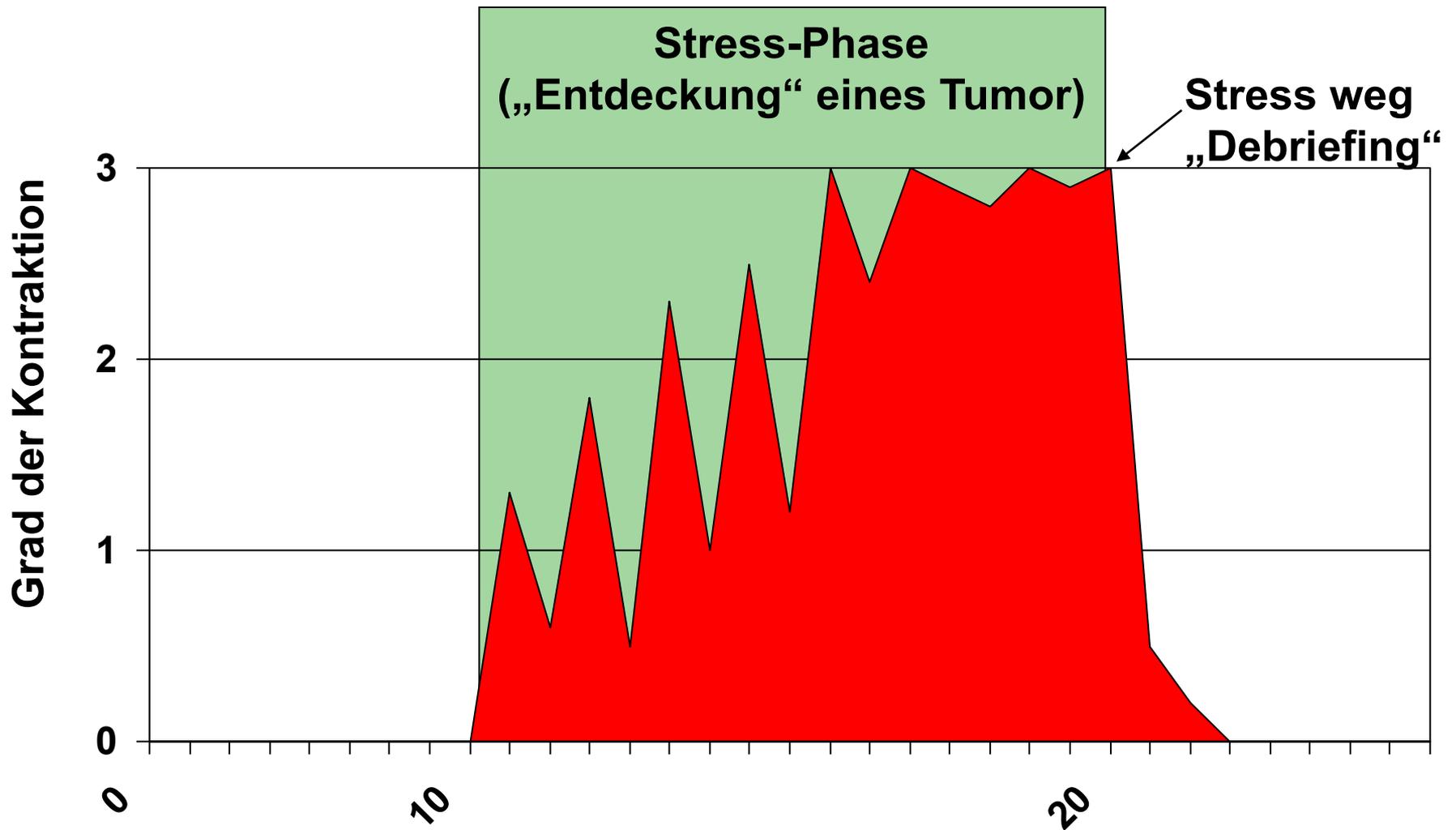
# Reizdarm: Pathophysiologie



# Schmerzempfindlichkeit (IBS)



# Brain-Gut Interaktion während Stress

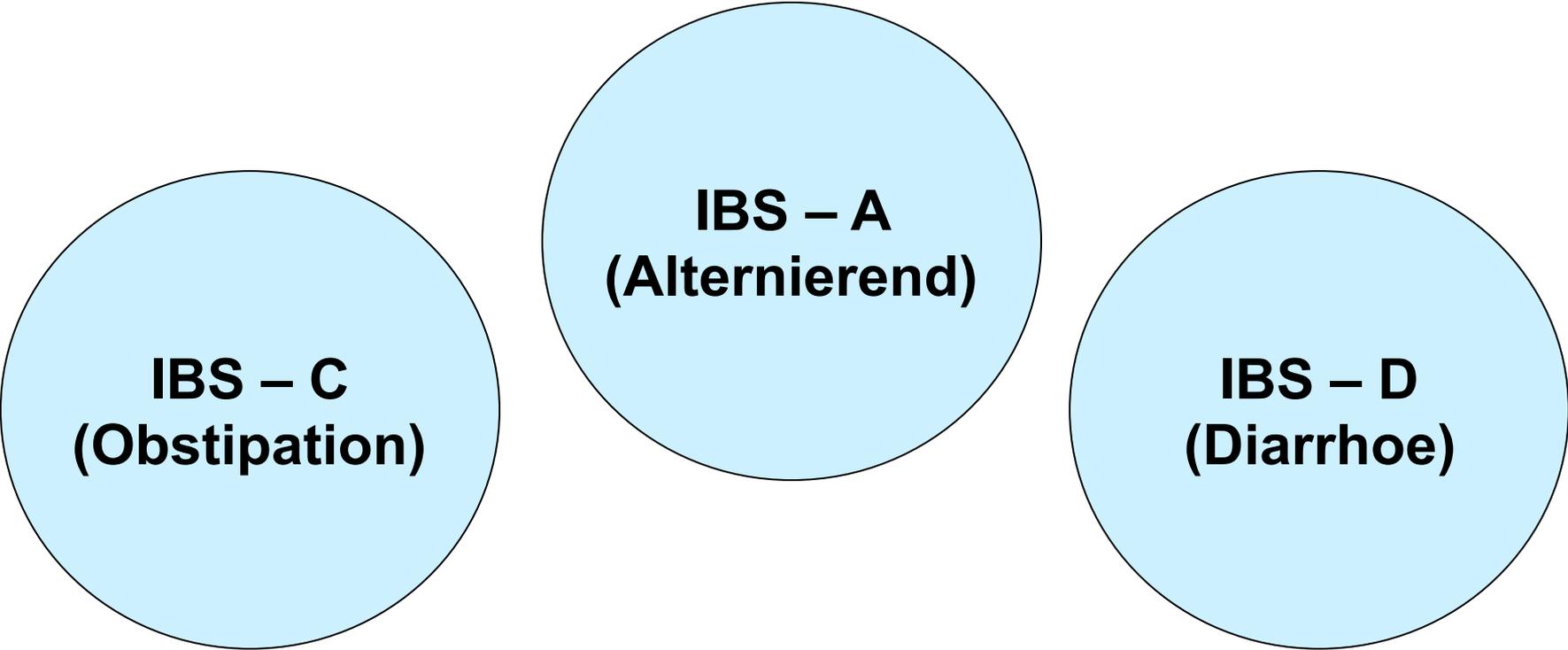


Almy TP. Am J Med 1951; 10: 60-67

# Reizdarmsyndrom: Rome III Kriterien

- Bauchschmerzen oder Unwohlsein für  $> 3$  Mo seit  $> 6$  Mo kontinuierlich oder wiederholt
- Mind. 2 zusätzliche Kriterien
  - Beschwerden bessern nach Defäkation
  - Beschwerden assoziiert mit Änderung der Stuhlfrequenz
  - Beschwerden assoziiert mit Änderung der Form/Aspekt des Stuhlganges

# Reizdarmsyndrom: Sub-Klassifizierung



**IBS – C**  
**(Obstipation)**

**IBS – A**  
**(Alternierend)**

**IBS – D**  
**(Diarrhoe)**

# Reizdarmsyndrom: Diagnose

- Rome III Kriterien
- Keine Alarmsymptome
- Normaler klinischer Status
- Ausschluss organischer Erkrankungen
  - Routinelabor (Blutbild, CRP, Leber-/NierenFx)
  - TSH, Sprue-AK
  - Stuhl auf Wurmeier und Parasiten (IBS-D)
  - Kolonoskopie bei Patienten >45 Jahre

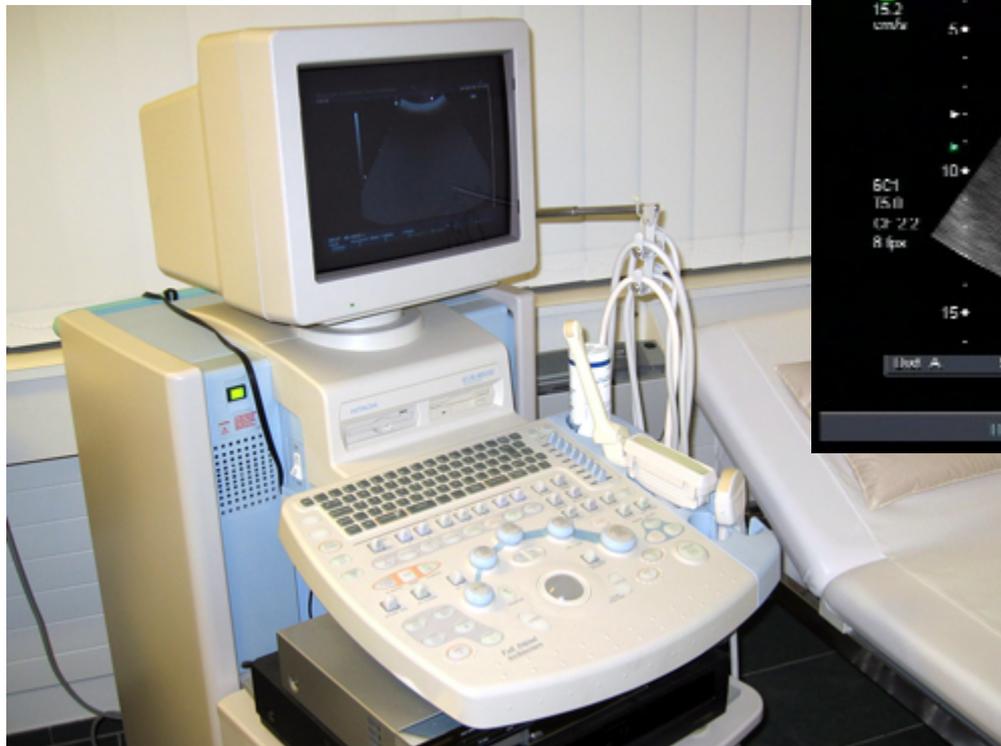
# Reizdarmsyndrom: Diagnose

- **Weitere Abklärungen bei Alarmsymptome**

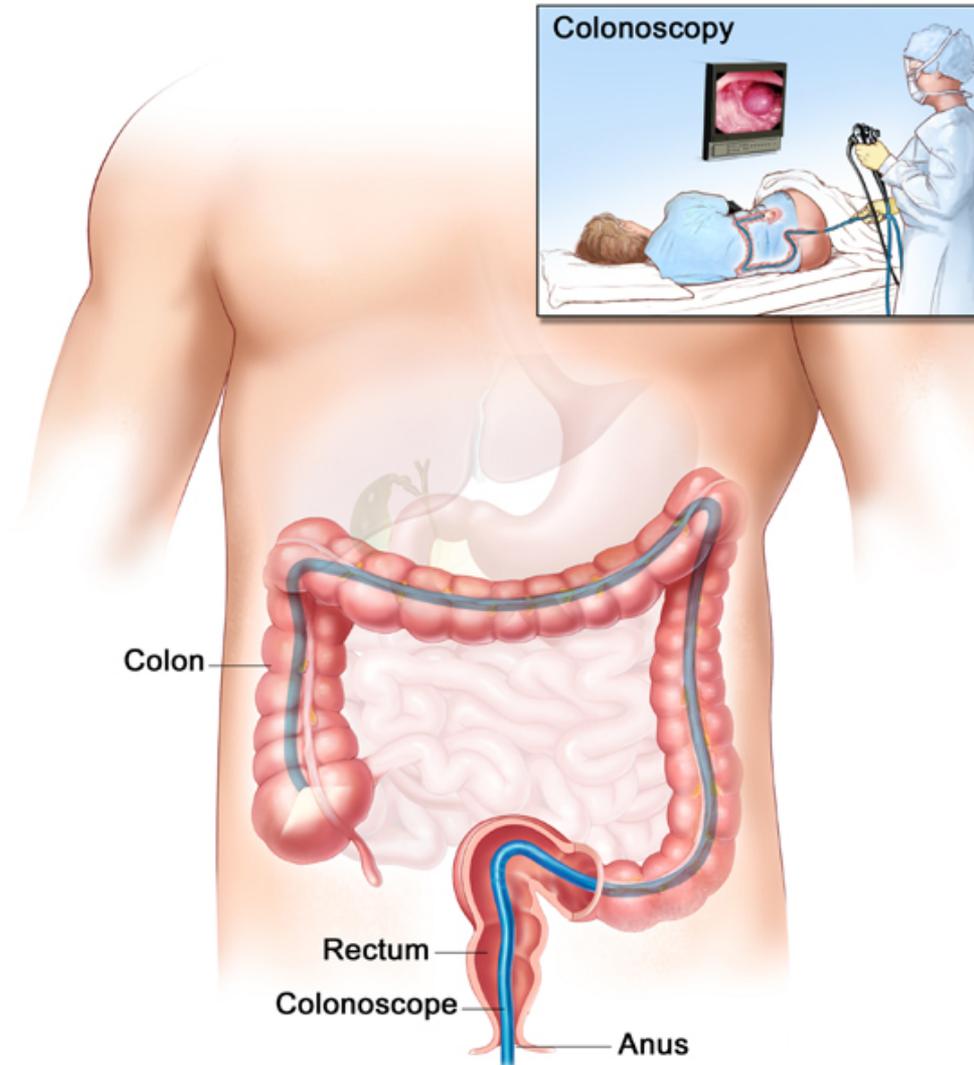


- Anämie
- FA ColonCA oder IBD
- Fieber
- Hemoccult +
- Blutabgang ab ano
- Beginn Alter > 50
- Abnormale rektale Untersuchung
- Persistierende Diarrhoe
- Persistierende Obstipation
- Antibiotika Therapie
- Gewichtsverlust
- Nächtliche Beschwerden

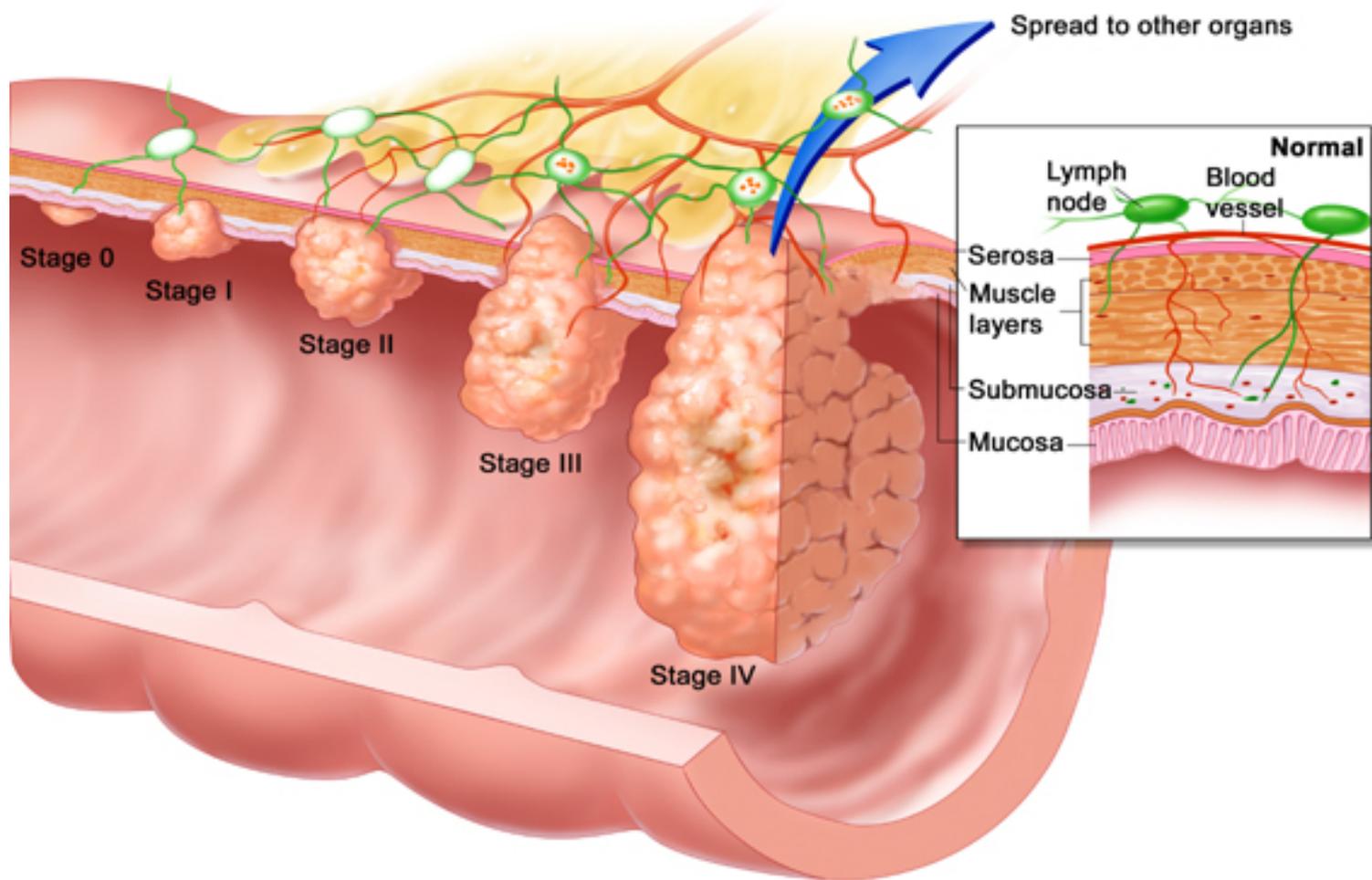
# Ultraschall Abdomen



# Kolonoskopie

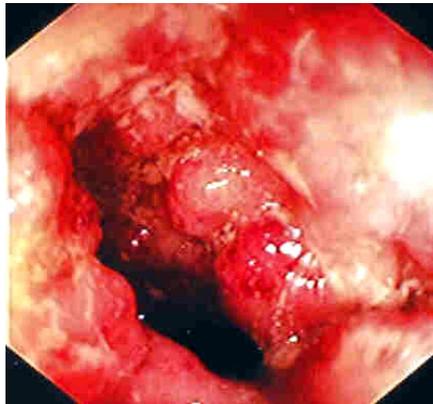


# Colon CA

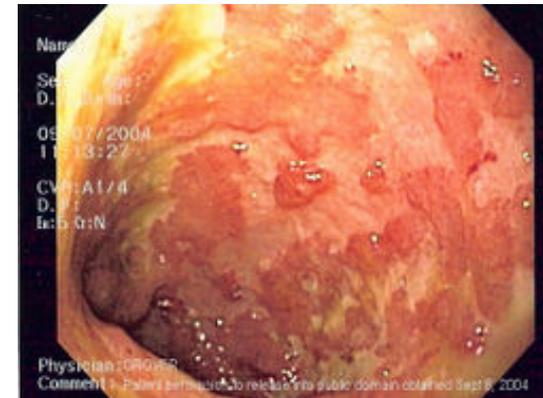
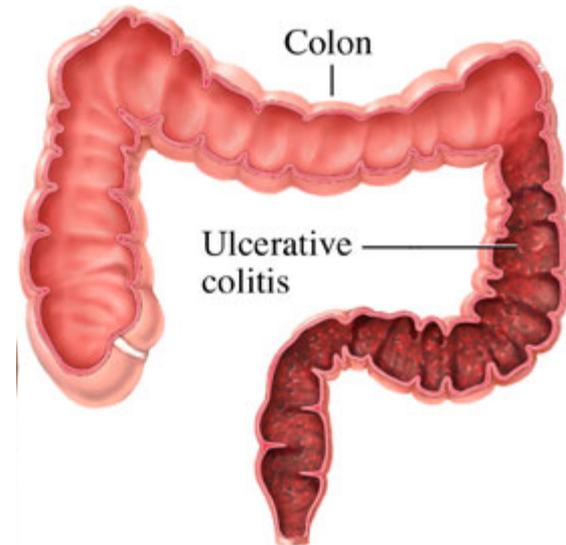


# Entzündliche Darmerkrankungen

## M. Crohn



## Colitis ulcerosa



# Reizdarmsyndrom: Therapie

- IBS-C (Obstipation)
  - Laxantinen und Quellmittel
  - Procaloprid, Lubiprostone
- IBS-D (Diarrhoe)
  - Loperamid
  - Cholestyramin
- IBS-A (Schmerzen)
  - Dicyclomin, Hyoscyamin
  - Imipramin

# Reizdarmsyndrom – Therapeutische Schritte

**SCHWERGRADIG**

**Antidepressiva  
Spezialisierte Kliniken**

**MITTELGRADIG**

**Pharmacotherapie    Psychotherapie**

**MILD**

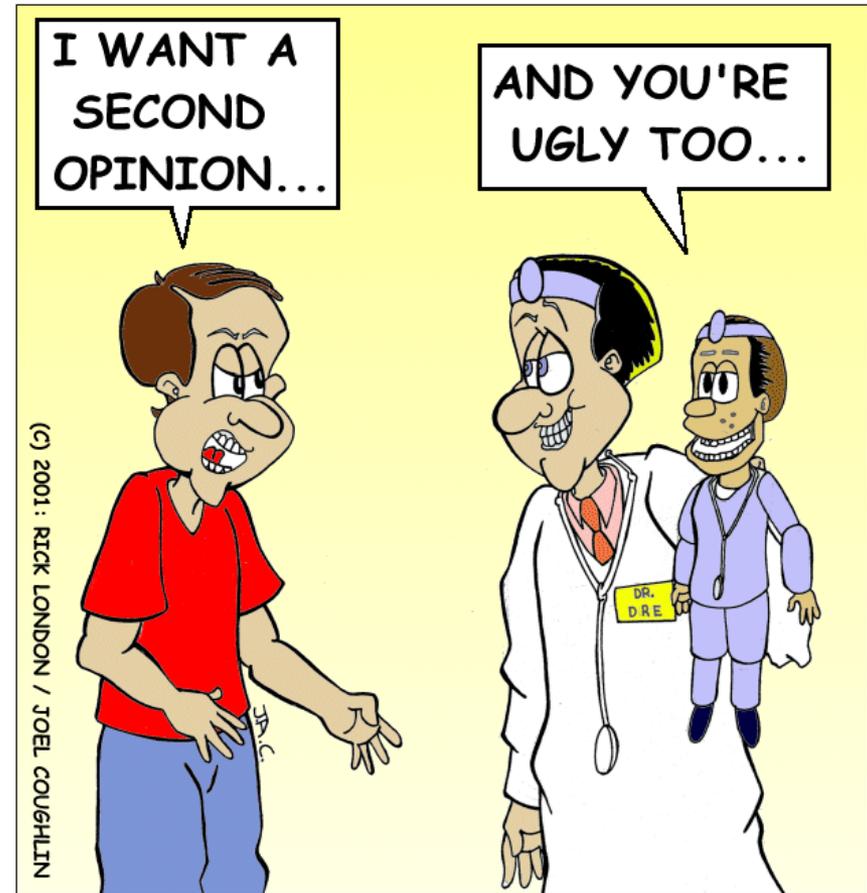
**Life-style und Diät Massnahmen**

**ALLE**

**Information, kontinuierliche Betreuung  
(Arzt-Patient Beziehung)**

# Patientengespräch (Positive Diagnose)

- Arzt braucht Zeit!
- Empathie
- Normale Befunde (Endo., US, Labor) Sicherheitsgefühl vermitteln; nicht Symptome in Frage stellen
- Vermeiden: „Untersuchungen zeigen nichts“, „Sie haben nichts“, etc.
- Realistische Einschätzung Therapien (und Grenzen)



# Reizdarmsyndrom: Zusammenfassung

- **Häufige Krankheit**
- **Spezifische Diagnostische Kriterien**
- **Positive Diagnose**
  - Ausschluss anderer Ursachen
  - Alarmsymptome
- **Therapie**
  - Ziele der Therapie
  - IBS Subtyp
  - Medikamente, Betreuung