



Abklärung der chronischen Diarrhö

Die Anamnese ist bestimmend für die weiteren Untersuchungen

Zur Abklärung der chronischen Diarrhö steht kein standardisierter Algorithmus zur Verfügung. Eine ausführliche Anamneseerhebung sowie die Basisuntersuchung helfen jedoch, die Differenzialdiagnosen einzugrenzen. Für die Differenzierung zwischen Reizdarm und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eignet sich die Calprotektin-Bestimmung, wie multiple Studien zeigen.

Die Differenzialdiagnose der chronischen Diarrhö ist immens. Zur Abklärung stehen einfache bis sehr aufwendige Tests zur Verfügung, was eine entsprechende Kostenlawine nach sich ziehen kann. So stellt sich für den behandelnden Arzt die Frage: Mit welcher Untersuchung wo anfangen und wo aufhören?

Primär ist es wichtig festzustellen, ob überhaupt eine chronische Diarrhö vorliegt. Die chronische Diarrhö wird definiert als eine Stuhlfrequenz von mehr als 3mal pro Tag mit einem Stuhlgewicht von über 200 g pro Tag, wobei die Symptomatik seit mindestens 4 Wochen bestehen muss. Abzugrenzen ist die chronische Diarrhö von der akuten Diarrhö, die meistens infektiös und selbstlimitierend ist, des Weiteren von der Steatorrhö bei Pankreasinsuffizienz und insbesondere von der Inkontinenz.

Detaillierte Anamnese

Um die Differenzialdiagnosen etwas eingrenzen zu können, ist eine detaillierte Anamnese notwendig. Folgende Fragen sollten dabei gestellt werden: Seit wann bestehen die Symptome und was war der initiale Auslöser? Ist die Diarrhö auf die Unverträglichkeit bestimmter Nahrungsmittel zurückzuführen? Treten begleitend Abdominalschmerzen auf? Kam es zu einer ungewollten Gewichtsabnahme? Wurde eine Chemo- oder Strahlentherapie durchgeführt? Weiters ist eine ausführliche Medikamenten- und Reiseanamnese sowie die Erfassung eines eventuell risikobehafteten Sexualverhaltens wichtig. Nächtliche Defäkationen sprechen gegen eine osmotische, jedoch für eine sekretorische oder entzündliche Diarrhö. Blut im Stuhl weist auf ein entzündliches Geschehen hin. Eine begleitende Flushsymptomatik kann durch ein Karzinoid bedingt sein. Zudem muss auf potenzielle extraintestinale Manifestationen von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wie Arthritiden, Arth-

ralgien oder eine kutane Manifestation geachtet werden. Nach der Anamnese ist eine orientierende körperliche Untersuchung durchzuführen. Leider liefert diese nur beschränkt Informationen. Insbesondere sollte man die Schilddrüse untersuchen sowie auf Zeichen einer Malabsorption achten. Das Abdomen ist auf Resistenzen und Druckdolenzen hin zu untersuchen.

Laboruntersuchungen

Das Labor liefert wichtige Hinweise, ob eine Malabsorption, eine Entzündung oder eine allergische Komponente vorliegt. Dazu sollte ein Differenzialblutbild durchgeführt werden. Eine Eosinophilie könnte für das Vorliegen von Parasiten, Allergien, aber auch für eine eosinophile Gastroenteritis sprechen. Daneben sollten die BSG und das CRP als Entzündungsmarker bestimmt werden, zudem die Elektrolyte, ein Eisenstatus, ein Schilddrüsenstatus (TSH), unter Umständen auch ein HIV-Test sowie zum Ausschluss einer Sprue die Transglutaminase-Antikörper inkl. IgA. Die häufig verordneten Stuhlkulturen zeigen nur in 5% ein positives Ergebnis. Protozoen und der Mycobacterium-avium-Komplex können bei immunsupprimierten und insbesondere bei HIV-infizierten Patienten eine Rolle spielen. Bei hospitalisierten Patienten ist an einen Infekt mit Clostridium difficile zu denken. Salmonellen, Shigellen, Campylobakter und Yersinien führen nur in Ausnahmefällen zu einer chronischen Diarrhö.

Entzündliche Diarrhö

Eine sehr hilfreiche Differenzierung zwischen entzündlichen und nicht-entzündlichen Veränderungen im Darm bietet die Calprotektin- oder Laktoferrin-Bestimmung im Stuhl. Beide Substanzen werden aus neutrophilen Granulozyten abgegeben. Inzwischen zeigen multiple Studien den hohen prädiktiven Wert von Calprotektin in der Differen-

zierung zwischen Reizdarm und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.

Liegt eine entzündliche Diarrhö vor, ist der nächste Schritt eine Gastroskopie bzw. Kolonoskopie. Im Rahmen der Gastroskopie sollten tiefe Duodenalbiopsien zum Ausschluss eines Morbus Whipple und einer Sprue gewonnen werden. Bei Patienten, die Blut im Stuhl haben, ist primär eine Kolonoskopie durchzuführen. Hierbei geht es um den Ausschluss einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung und – insbesondere bei Patienten über 50 Jahren oder einer positiven Familienanamnese – eines kolorektalen Karzinoms.

Liefern die Labor-Resultate keine Erklärung für die Ursache der chronischen Diarrhö, muss an eine funktionelle Erkrankung gedacht werden. Vor Stellen dieser Ausschlussdiagnose sollte man jedoch eine Kolonoskopie durchführen. In seltenen Fällen liegt nämlich eine mikroskopische Kolitis vom kollagenen oder lymphozytären Typ vor, die nur im Histologiepräparat diagnostiziert werden kann.

Osmotische Diarrhö

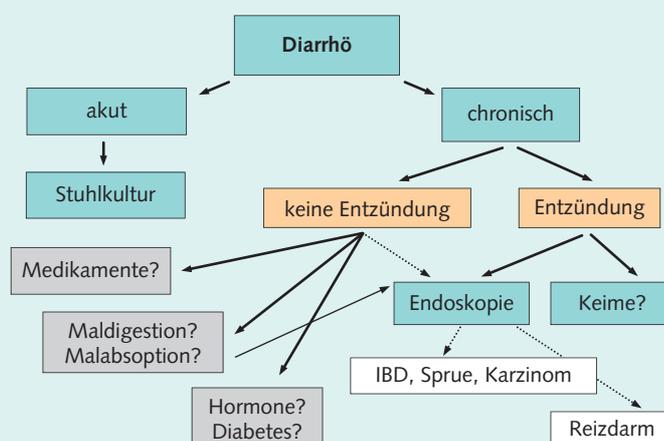
Der Verdacht auf eine osmotische Diarrhö sollte durch die Bestimmung der osmotischen Lücke bestätigt werden. Hierzu werden die Elektrolyte im zentrifugierten Stuhl bestimmt ($300 \text{ mmol/kg} - 2 \cdot \text{Osmolarität von Natrium plus Kalium}$; pathologisch ist eine Differenz grösser als 60). Die osmotische Diarrhö ist auf einen Disaccharidasenmangel oder auf schlecht resorbierbare bzw. nicht ausreichend resorbierte Substanzen zurückzuführen wie beispielsweise Laxanzien, Laktulose, Sorbit, Fruktose. Weitere Abklärungen müssen erfolgen: z.B. direkter Nachweis der Laxanzien im Stuhl oder bei Verdacht auf Malabsorption erweiterte Dünndarmdiagnostik mittels Gastroskopie, Röntgen Sellink, MRI Sellink oder Kapsel- bzw. Doppelballonendoskopie. Eine bakterielle Überwucherung als Ursache für eine osmotische Diarrhö kann mittels Keimzahlbestimmung in der Jejunalflüssigkeit oder mit Hilfe eines H₂-Atemtests nachgewiesen werden.

Autonome Neuropathien oder endokrinologische Erkrankungen sind häufige Ursachen für eine sekretorische Diarrhö. Endokrinologische Ursachen lassen sich mittels Bestimmung von VIP, Gastrin, PP, 5-Hydroxy-Indolessigsäure im 24-Stunden-Urin sowie TSH näher eingrenzen. Bei Verdacht auf eine autonome Neuropathie muss eine genaue neurologische Untersuchung erfolgen (insbesondere Überprüfung des Vibrationssinnes).

Häufigste Ursachen chronischer Diarrhö

Am häufigsten ist die chronische Diarrhö durch eine Laktoseintoleranz bedingt. Hier kann ein H₂-Atemtest oder eine orale Laktosebelastung mit engmaschiger Blutzuckerdokumentation durchgeführt werden. Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind ebenfalls relativ häufig Verursacher einer chronischen Diarrhö. Diese werden primär durch die Endoskopie resp. die Bildgebung des Dünndarms abgeklärt. Des Weiteren gehört der Reizdarm zu den häufigsten Ursachen der chronischen Diarrhö. Letztendlich ist dies eine Ausschlussdiagnose, die über die Rom-Kriterien definiert ist (wiederholte Abdominalschmerzen innerhalb der letzten 3 Monate bei Beginn vor mindestens 6 Monaten und Assoziation mit zwei oder mehreren der folgenden Symptome: Besserung der Schmerzen nach der Defäkation, Beginn der Symptomatik mit einem Wechsel der Stuhlfrequenz und/oder Veränderung der Stuhlform).

Abklärung Diarrhö



Es gibt keinen standardisierten Abklärungsalgorithmus. Eine ausführliche Anamnese sowie die Basisuntersuchung dienen dazu, die Differenzialdiagnosen rasch einzugrenzen. Hilfreich ist es, zwischen entzündlicher und nicht-entzündlicher Diarrhö zu unterscheiden. Liegt keine Entzündung vor, muss eruiert werden, ob eine Maldigestion oder Malabsorption vorliegt. Liegt eher eine sekretorische Diarrhö vor, müssen Hormone untersucht werden und allenfalls eine autonome Neuropathie ausgeschlossen werden. Bei Entzündungen ist primär eine Endoskopie des unteren Gastrointestinaltrakts und gegebenenfalls auch des oberen Gastrointestinaltrakts erforderlich.