Chronisch-rezidivierende Bauchschmerzen

Ein funktionelles Problem, das allen auf den Magen schlägt.

PRAXIS U18
Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin

„Mein Bauch tut weh“. Ein Kind leidet, seine Mutter fühlt mit. Es keimt die „Angst“, etwas „Furchtbares“ zu übersehen. „Machtlosigkeit“ macht sich breit. Dem eigenen Kind nicht helfen zu können, führt zum Gefühl, des „Versagens“, eventuell bis hin zur „Schuld“, selbst für dieses Leiden verantwortlich zu sein.

Bauchschmerz ist einer der häufigsten Gründe, die zu einem Termin beim Kinderarzt führen (ca. 20% aller Kinder im Alter zwischen 4-14 Jahren). Sie haben dementsprechend vielfältige, altersabhängige Ursachen. Ausgesprochen selten steckt eine organische Erkrankung dahinter, manchmal aber doch (ca. 20%). Das führt zu einem Dilemma: Überdiagnostik (mit all ihren Belastungen) versus Übersehen einer Krankheit (mit den damit verbundenen Ängsten). Außerdem verschwindet der Leidensdruck bei Patienten und Eltern nicht automatisch, nur weil keine organische Ursache gefunden werden kann.

Andererseits fällt häufig eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und z.B. überproportional hohen Schulfehltagen auf. Nicht selten lassen sich zusätzliche intra-familiäre Stressfaktoren erkennen wie elterliche Beziehungskonflikte, Beziehungsstörungen Eltern-Kind, chronische Krankheit, Angst- und Depressionszustände bei einem Elternteil, finanzielle Probleme der Eltern o.ä. Diese Störfaktoren der intrafamiliären Beziehung führen nicht selten bei Eltern zusätzlich zu einer verzerrten Wahrnehmung der Häufigkeit und Intensität der Beschwerden und somit zu einer weiteren Verunsicherung. Psychosomatische Faktoren durch inneren Leistungsdruck, soziale Angepasstheit oder von außen nicht erkennbare, emotionale Zerrissenheit können beim Kind ebenso eine Rolle spielen, wie objektivierbare Belastungen durch sozialen Druck, Ausgrenzung, Mobbing oder Missbrauch.

Nach einer Erstbeurteilung mit Verdacht auf funktionelle Bauchschmerzen kann es nützlich sein, dass Kind und Eltern gemeinsam während etwa vier Wochen ein detailliertes Beschwerdeprotokoll führen. Unter Einbezug von Dauer und Intensität der Schmerzen sowie Stuhl- und Essgewohnheiten können die Beschwerden so besser objektiviert und eventuell auslösende Faktoren festgestellt, ein Verdacht auf organische oder biochemische Ursachen erhärtet oder entkräftet werden.

Wichtigstes Unterscheidungskriterium bei Bauchschmerzen ist der Verlauf:

•	**akut**: Beginn oder Verschlechterung innert Stunden bis Tage <u>Termin beim Kinderarzt:</u> in wenigen Stunden bis Tagen
•	**chronisch**: Wiederkehrend und belastend seit Wochen bis Monate regelmäßig mindestens 1x/Woche länger als > 2 Monate oder unregelmäßig > 3 Monate <u>Termin beim Kinderarzt</u>: in einigen Wochen

Bauchschmerzen können sich äußern:

- stechend/schneidend/brennend/reißend/drückend/dumpf/undefinierbar
- chronisch (immer vorhanden), wechselnd (zu-/abnehmend), kolikartig (krampfartig/stark in Wellen)
- ausstrahlend in andere Körperregionen
- zu bestimmter Tageszeit (Zubettgehen, Mahlzeiten)
- nur im Liegen/Bett, nur im Stehen, nur bei Bewegung/Sport
- im Zusammenhang mit geistiger/psychischer Belastung

Bauchschmerzen können liegen:

- periumbilikal (um den Bauchnabel gelegen)
- rechter Unterbauch (Blinddarm, Muskelschmerz)
- linker Unterbauch (Dickdarmabknickung, Muskelschmerz)
- Rücken-Flanken (Nierenschmerzen, Seitenstechen)
- rechter Oberbauch (Galle-/Leberprobleme)
- linker Oberbauch (Magenschmerzen, Milzschwellung)
- Epigastrisch (Mittelbauch unter der Brust, Magenschmerzen)
- ganzer Bauch (undefiniert)

Bauchschmerzen können auftreten zusammen mit:

- Fieber, Ausschlag, Schwellung der Gelenke, Gelbfärbung der Haut
- Übelkeit, Erbrechen (gelblich-gallig oder auch nüchtern)
- Schluckbeschwerden
- Durchfall (auch nächtlicher), Obstipation (Verstopfung), wechselhafte Stuhlkonsistenz, Fettauflagen auf dem Stuhl, Stuhlschmieren in der Hose
- Analer Blutabgang, Blut am Stuhl, Veränderung am After (Marisken/Einrisse/Ulcera)
- Meteorismus (Luft im Bauch / gesteigerter Luftabgang)
- Stark ausladender Bauch
- Schmerzen beim Wasserlassen, Blut im Urin, nächtliches Einnässen
- Körpergewichts Zu-/Abnahme
- ungewöhnliche Nahrungszusammensetzung / Diät (Allergie, Gluten, vegan)
- große Mengen Lactose / Fructose / Sorbit (v.a. Milch, Säfte pur)
- Menarche (erste Blutung), Periode
- Schwangerschaft
- vorausgegangener Magen-Darm-Infekt
- Auslandsaufenthalt (Parasiten, Kommersalen, Keime)
- Nächtlicher analer Juckreiz, Würmer
- vorangegangene Bauch-Operation
- Auffälligkeiten in der Neugeboren-Zeit (Frühgeboren, Rotavirus-Infekt)
- Angststörung, Depressionen
- die Atmung behindernd; Dyspnoe (Atemnot)
- familiär ähnliche Problematiken im Zusammenhang mit autoimmun Krankheiten, chron. entzündliche Darmerkrankungen, Zöliakie, Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes mellitus, Reizdarmsyndrom.

Natürlich steht im Vordergrund die Suche nach somatischen (körperlichen) Ursachen. Wir müssen nur „die Sache“ finden, die „kaputt“ ist. Und nicht selten kann man etwas finden, was unser Erklärungsbedürfnis befriedigt. Aber jeder Mensch ist anders und deshalb verläuft

auch jede Krankheit anders. Und so kommt es manchmal vor, dass man zwar den „Fehler repariert“, aber die Bauschmerzen damit nicht zum Verschwinden bringt.

Funktionelle Beschwerden sind keine eingebildeten Beschwerden, sondern Erkrankungen, welche nicht auf organische, biochemische oder entzündliche Ursachen zurückzuführen sind. Funktionelle Beschwerden sind in ca. 80% aller Fälle die Auslöser von chronisch-rezidivierenden Bauchschmerzen. Dabei ist es wichtig zu verstehen, dass es sich nicht um „phantasierte“ Schmerzen Handelt, nur weil man keinen greifbaren Auslöser findet. Eine genetische Prädisposition und mehrere untereinander in Wechselbeziehung stehende Systeme werden als Ursache vermutet.

- Es kommt durch Reizung im Darminnenraum selbst (Mahlzeit, veränderte Stuhlzusammensetzung, Zusammensetzung der an der Verdauung beteiligte Keime, Darmdehnung) oder auch von außen (psychosozialer Druck) zu veränderten Darmfunktionen mit **veränderter Darmbewegung und Sekretion**. Dies führt zu Verstopfung oder Durchfall.
- Eine gesteigerte Empfindlichkeit des Darmes mit verstärkter Wahrnehmung verbunden mit einer Reduzierung der Schmerzschwelle auf Dehnungsreize im Gastrointestinaltrakt führt schlussendlich zur **Überempfindlichkeit auf innere Reize und folgend Schmerz**.
- Nervengesteuerte Interaktionsstörungen zwischen Gehirnzentren und Darm sind mit erhöhter Reaktion auf Stress und **gestörter Schmerzempfindlichkeit** verbunden.

Wichtige **Einflussfaktoren im psychosozialen Bereich** sind dauernde oder im täglichen Leben wiederholt auftretende Stressfaktoren, Angst- und Depressionszustände, Zustand nach sexuellem oder körperlichem Missbrauch. Neuere Studien liefern den verblüffenden Hinweis, dass widrige Lebensereignisse in frühester Kindheit (Neugeborenen- und Säuglingsalter) wie Schmerzen und Stress Langzeitveränderungen des Schmerzempfindens induzieren und so zur gesteigerten Empfindlichkeit des Darmes beitragen können.

Ein chronischer Schmerz führt ebenso wie psychische Faktoren (Erwartungshaltung, Aufmerksamkeit/Ablenkung, Stress, Entspannungsverfahren) zu einer Veränderung der Empfindlichkeit zentraler Schmerzzentren. Die Schmerzerfahrung selbst lässt den Schmerz zunehmend stärker erscheinen.

Typische anamnestische Charakteristika bei funktionellen Bauchschmerzen

- Alter 5–14 Jahre; selten: < 5 Jahre/ > 14 Jahre
- Chronische und rezidivierende Symptomatik
- Häufig symptomfreie Intervalle (Wochen bis Monate)
- Periumbilikal lokalisierte Schmerzen ohne Ausstrahlung
- Große Variabilität von Schmerzcharakter (krampf-/kolikartig, brennend), Schmerzdauer (wenige Minuten bis einige Stunden) und Schmerzintensität (Protokoll)
- Keine nächtlichen Schmerzepisoden
- Allgemeinzustand und gewohnte Tagesaktivitäten nur gering gestört
- Verstärkung der Symptome durch diverse Stressfaktoren
- Gelegentlich vegetative Begleitsymptome wie Blässe, Übelkeit und Kopfschmerzen
- Tendenz zu Obstipation bzw. Durchfall
- Suche nach typischen Stigmata im Charakter: eher introvertiert, ängstlich, leicht depressiv, eher zurückgezogen, tiefes Selbstwertgefühl
- Erniedrigte Schmerzgrenze

5 Typen funktioneller chronische Bauchschmerzen im Kindesalter

funktionelle Dyspepsie

Anhaltende oder wiederkehrende **Schmerzen** mit Schwerpunkt im **Oberbauch** in Verbindung mit der **Nahrungsaufnahme** sprechen für eine funktionelle Dyspepsie. Sie ist durch Erbrechen, Übelkeit, Völlegefühl und rasches Sättigungsgefühl gekennzeichnet. **Durch Defäkation (Stuhlgang) kommt es zu keiner Erleichterung** und die Stuhlfrequenz ist normal bzw. hat sich nicht verändert. Es wird angenommen, dass Motilitätstörungen (Muskelbewegungen) des Magens, zu verzögerter Magenentleerung oder unzureichender, postprandialer gastraler Relaxation (Magenerschlaffung nach dem Essen) führen. Dies kann zu Oberbauchbeschwerden aber auch zu geblähtem Abdomen (Bauch) führen.

funktionelle Bauchschmerzen

Hier liegt ein episodischer oder kontinuierlicher Bauchschmerz vor sowie **unzureichende Kriterien für andere funktionelle gastrointestinale Störungen**. Es besteht kein Zusammenhang der Schmerzen zum Essen oder der Stuhlentleerung. Die Schmerzen sind überwiegend um den Bauchnabel gelegen, strahlen nicht aus und sind mindestens 1x in der Woche seit mehr als > 2 Monate vorhanden.

Syndrom der funktionellen Bauchschmerzen

Hier kommen **zu den Zeichen der funktionellen Bauchschmerzen**, die 25% der Zeit auftreten noch eine **deutliche Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten** sowie der Lebensqualität. Zusätzliche müssen somatische Beschwerden wie Kopfschmerz, Gliederschmerzen oder Schlafstörungen hinzukommen. „Das Kind macht nichts mehr, was ihm sonst immer Spaß gemacht hat“.

Reizdarmsyndrom (RDS)

Beim Reizdarmsyndrom besteht eine **Beziehung** zwischen **Bauchschmerzen und Defäkation** in Form von veränderter Stuhlgangs Frequenz (> 4x/Tag oder <1-2x/Woche) und Stuhlkonsistenz (hart oder wässrig). Es können Obstipation oder Durchfall oder auch beides wechselnd vorkommen. Es gibt ein Gefühl von gesteigertem Stuhldrang oder der unvollständigen Entleerung sowie Völlegefühl oder einen geblähten Bauch. Schleimauflagen auf dem Stuhl können vorkommen. Die Bauchschmerzen bessern sich nach oder durch Stuhlentleerung.

Beim RDS gibt es eine **Überschneidung** rein funktioneller Betrachtungsweisen mit in ihrer Bedeutung noch ungeklärten, **ernährungsbedingten Ursachen**. Unklar ist sowohl der Einfluss von FODMAP, hier handelt es sich um nicht resorbierbare „Fermentierbare Oligo-, Di- und Monosaccharide und (and) Polyole“, die in glutenhaltigen Getreiden, aber auch in Gemüse, Obst, Süßstoffen und Milchprodukten enthalten sind, als auch die Bedeutung von Gluten selbst. Sollte eine Gluten -reduzierte oder -freie Diät mit Erfolg begonnen worden sein, könnte auch eine Weizenmehlallergie oder eine nicht-zöliakie-assoziierte Glutenunverträglichkeit hinter den Bauchschmerzen stecken (siehe auch ElterRatgeber-Allergie Weizen, und ElterRatgeber-Allergie Nahrungsmittel). Die Rolle der Histaminunverträglichkeit ist Teil vieler unbewiesener Annahmen und Diskussionen.

Positive H_2-Atemteste auf Fructose oder Lactose sind häufig positiv, ohne dass eine Kausalität bewiesen wäre. Diätversuche können unabhängig von Atemtesten erfolgreich sein. Ebenso kann eine probatorische laxative (abführende) Therapie unabhängig vom Nachweis einer Stuhlretention Erfolg bringen. Entweder kann eine okkulte (nicht sichtbare) Obstipation vorliegen, oder die Anamnese war unzureichend, da gerade Jugendliche ihr eigenes Stuhlverhalten nicht beobachten / beschreiben

können oder wollen. Parasiten wie Dientamoebia fragilis, Blastocystis hominis oder Giardia lamblia sind manchmal zu finden, deren Eradikation hat aber selten Einfluss auf die Symptome.

Migräne im Bauch (Abdominal Migräne)

Die abdominale Migräne ist gekennzeichnet durch **anfallsartige Episoden** mit heftigen, akuten periumbilikalen Schmerzen, die für mindestens eine Stunde (bis mehrere Tage) andauern. Die **Schmerzsymptomatik ist häufig so stark** ausgeprägt, dass die Kinder aus dem Schlaf heraus aufwachen und in ihrer Alltagsaktivität deutlich eingeschränkt sind. Die Triggerfaktoren der abdominalen Migräne sind in der Regel physische oder psychische Stresssituationen. Das Durchschnittsalter bei Diagnose ist 7 Jahre. Zusätzlich müssen weitere Kriterien erfüllt sein:

- zwischenzeitliche Perioden mit normalem Gesundheitszustand über Wochen bis Monate
- Beeinträchtigung normaler Aktivitäten durch den Schmerz
- Assoziation des Schmerzes mit mindestens zwei der folgenden Symptome: Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Lichtscheue oder Blässe
- keine Anzeichen für organische Störungen (chron. Entzündliche Darmerkrankungen, chirurgische Ursachen, zerebrale Neoplasien)

Zudem muss die Symptomatik mindestens zweimal in den letzten zwölf Monaten aufgetreten sein. Der Stuhlgang ist typischerweise unverändert. Es besteht eine Gemeinsamkeit mit Migräne Kopfschmerz und zyklischem Erbrechen, somit auch eine familiäre Häufung.

Bei diesen Warnzeichen müssen weitere Untersuchungen stattfinden

Alter < 4 Jahre, > 14 Jahre
(unklares) Fieber
Schmerzen abseits des Nabels (v.a. oberer/unterer re Quadrant)
Nächtliche Schmerzen
Schluckbeschwerden, Sodbrennen
Nahrungsmittelassoziiert (Milch, Früchte)
Ausstrahlung der Schmerzen
Wiederholtes (>1 Tag) Erbrechen, gallig
Wiederholter (>5 Tage) und v.a. nächtliche Durchfall, begleitendes Einkoten
sichtbares Blut im/auf dem Stuhl
Dysurie (Schmerzen/Auffälligkeiten beim Wasserlassen)
Ungewollte Körpergewichtsabnahme >10%
Wachstumsstörung
Nachweisbarer Leistungsknick in Schule oder beim Sport
Menstruationsstörungen, verzögerte Pubertät
Auffällige Verhärtungen im Bauch
Anale Veränderungen (Einrisse, Hautfalten)
Wiederholte Entzündungen der Mundschleimhaut (Aphthen)
Gelenksbeschwerden (Schmerzen, Schwellung, Rötung), v.a. Knie
Zunahme der Trinkmenge
Familiäre Vorgeschichte mit Magenschleimhautentzündung, entzündlicher Darmerkrankungen (Morbus Crohn / Colitis Ulcerosa), Zöliakie oder gastroduodenaler Ulkus

Schmerz bei Kindern und Jugendlichen

https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/patienteninformationen/besonderheiten-bei-schmerz/schmerz-bei-kindern

Viszerale Hypersensitivität

Ein chronischer viszeraler (die Eingeweide betreffender) Schmerz führt zur Sensitivierung (Verstärkung der Empfindung) von zentralen (im Gehirn liegende) Schmerzzentren, die auch von inflammatorischen (entzündlichen) Prozessen und psychologischen Faktoren wie z.B. Aufmerksamkeit/Ablenkung, Stress und Coping-Strategien beeinflusst werden. Mädchen mit RDS haben eine verminderte endogene Schmerzinhibition (innere Schmerzunterdrückung). Bei Kindern mit Reizdarmsyndrom finden sich bei Dehnung des Rektums (Enddarms) durch einen Ballon eine erniedrigte Schmerzschwelle und eine erhöhte Schmerzintensität. Dies gilt sowohl gegenüber Gesunden als auch im Vergleich mit organisch Erkrankten.

Schmerzen sind bei Kindern und Jugendlichen ein häufiges Phänomen. Im Schnitt leidet jedes fünfte Kind mindestens einmal pro Woche unter Schmerzen - am häufigsten Kopfschmerzen, gefolgt von Bauch- und Rückenschmerzen. Meist werden die Kinder durch diese Beschwerden kaum belastet. Sie wenden automatisch Schmerzbewältigungsstrategien an, wie z.B. Ablenkung und das Einlegen von Ruhepausen.

Wenn Ihr Kind über Schmerzen klagt, sollten Sie die Schmerzen ernst nehmen und Ihr Kind bei der Schmerzbewältigung unterstützen. Zum Beispiel können Sie es ermuntern, sich aktiv abzulenken oder eine kurze Ruhepause vorschlagen, wenn der Alltag sehr stressig war. Ausruhen sollte auf Dauer nicht die Methode der Wahl sein, da vermehrte Schonung bei Schmerzen mittelfristig zu häufigeren und stärkeren Schmerzen führen kann. Bitte fragen Sie Ihr Kind im Alltag nicht, ob es Schmerzen hat, da Ihr Kind dadurch an die Schmerzen erinnert wird.

Wenn Kinder häufiger über Schmerzen klagen, sollte ein Kinderarzt aufgesucht werden. Zum Glück kann er in den meisten Fällen eine organische Ursache ausschließen. Das bedeutet allerdings nicht, dass sich Ihr Kind die Schmerzen einbildet oder simuliert, sondern lediglich, dass im Körper keine Organstörung beispielsweise durch eine Entzündung oder einen Tumor vorliegt oder ihr Kind an einer Krankheit leidet, die die Schmerzen erklären (beispielsweise Rheuma). Leichtere Verspannungen in Nacken oder Rücken oder Verkrampfungen im Darm können aber starke Schmerzen verursachen, ohne dass dort eine Krankheit vorliegt. Diese Schmerzen sprechen allerdings auf Schmerzmittel nicht oder nur wenig an. Es ist daher ratsam, Kindern Schmerzmedikamente nur nach Rücksprache mit dem Kinderarzt oder einem ärztlichen Kinderschmerztherapeuten zu verabreichen und – wegen möglicher Nebenwirkungen – die Einnahme nach Rücksprache mit dem Arzt auch wieder zu beenden, wenn der gewünschte Effekt nicht eingetreten ist. In manchen Fällen, wie z.B. bei der kindlichen Migräne, reichen allgemeine Maßnahmen wie aktive Ablenkung oder die Veränderung von Lebensgewohnheiten als alleinige Maßnahmen nicht aus, und es ist zusätzlich eine medikamentöse Schmerztherapie beim Auftreten von Migräneattacken erforderlich.

Chronische Schmerzen: Alle Folgen im Blick

Etwa 5% aller Kinder leiden an sogenannten chronischen Schmerzen, d.h., sie leiden über mindestens drei Monate mehrmals pro Woche unter Schmerzen, die das Leben zur Qual machen können und sie in ihrer Alltagsaktivität (z.B. Schulbesuch) stark einschränken. Die vielen medizinischen Untersuchungen bleiben in der Regel ohne fassbares Ergebnis oder erklären nicht, warum das Kind unter Schmerzen leidet. Gut gemeinte Ratschläge von besorgten Freunden, Verwandten oder auch Lehrern belasten Kind und Eltern zusätzlich.

In diesen Fällen besteht Handlungsbedarf. Kinder mit chronischen Schmerzen sind gefährdet, im Leben nicht mehr mit zu kommen oder eine psychische Störung zu entwickeln. Vor allem Ängste, Schulprobleme und Depressionen können die Folge unzureichend behandelter chronischer

Schmerzen sein. Umgekehrt zeigen viele Studien, dass eine hohe emotionale Belastung des Kindes, z.B. aufgrund familiärer oder schulischer Konflikte, zu chronischen Schmerzen beitragen kann. Auch eine vermehrte, auf körperliche Beschwerden gerichtete Besorgnis der Eltern oder chronische Schmerzen bei einem Elternteil erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind chronische Schmerzen entwickelt.

Eine gute Schmerztherapie sollte alle diese Faktoren berücksichtigen. Eine Hilfe bietet auch der speziell an den Bedürfnissen chronisch schmerzkranker Kinder ausgerichtete Ratgeber z.B. „Rote Karte für den Schmerz“. (Amazon, ca. 20€) Das Behandlungsziel besteht darin, die Schmerzsymptomatik zu vermindern sowie einen angemessenen Umgang mit der Erkrankung zu fördern, um die Lebensqualität zu verbessern. Wirksame verhaltenstherapeutische Faktoren sind dabei die Psychoedukation, Entspannungsmethoden, kognitive Verfahren sowie verhaltensorientierte Maßnahmen.

Was kann man tun?

Überblick kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapiemethoden zur Behandlung chronischer, funktioneller Bauchschmerzen

Element	Beispiel	Ziel
Psychoedukation	• Vermittlung zu Ursachen der Bauchschmerzen • Wissensvermittlung zu Bewältigungsstrategien	Förderung der eigenverantwortlichen Mitarbeit der Betroffenen
verhaltensorientierte Entspannung	• progressive Muskelrelaxation • Imagination (Phantasiereise) • autogenes Training	Abbau von schmerzinduzierter Anspannung und Aufbau eines entspannten Zustandes
kognitive Verfahren	• Ablenkungstechnik • kognitive Umstrukturierung	positive Sichtweise im Umgang mit dem Schmerz erlernen
Verhaltensorientierte Verfahren	• Aktivitätspläne erstellen	Wiederherstellen der Funktionsfähigkeit im Alltag