

# Schmerzen im Oberbauch – eine mögliche Annäherung

## Teil 2: Vorgehen

Niklaus Schaub<sup>a</sup>, Jürg Weber<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Gastroenterologie, Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital, Bruderholz, <sup>b</sup> Arzt für Allgemeine Medizin FMH, Bottmingen

### Quintessenz

- Akute Oberbauchschmerzen erfordern eine rasche Evaluation (siehe «red flags») und die Nähe des Chirurgen.
- Bei akuten (Ober-)Bauchschmerzen ist eine Analgesie mit Opiaten erlaubt, muss aber präzise dokumentiert und kommuniziert werden.
- Bei episodenhaften akuten Oberbauchschmerzen kann die prompte Bestimmung der Leberwerte die biliäre Ursache bestätigen.
- Bei Patienten mit chronischen Oberbauchschmerzen/Dyspepsie dominieren funktionelle Ursachen und entsprechend ist dem Pfad des Dyspepsie-Algorithmus zu folgen.

### Vorgehen bei Oberbauchschmerzen


Wenn wir als Grundversorger in der Praxis oder als Spitalärzte auf der Notfallstation mit unselektionierten ambulanten Patienten mit dem Symptom «Oberbauchschmerzen» konfrontiert sind, müssen wir uns bewusst sein, dass in einem Drittel bis zur Hälfte der Fälle keine eindeutige Diagnose gestellt werden kann. Das ist sowohl für den Patienten als auch für den Arzt unbefriedigend. Wir sind uns in dieser Situation bewusst, dass die in diesem Falle häufig postulierte «Gastritis» eine oft unzutreffende Verlegenheitsdiagnose darstellt. Am ehesten trifft sie zu bei inadäquatem hochprozentigem Alkoholkonsum mit/ohne Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika. Ansonsten stellt die Diagnose «Gastritis» eine histologische Kategorie mit wenig klinischem Korrelat dar.

Einmal mehr leistet die *Anamnese* mit besonderer, möglichst präziser Berücksichtigung der Chronologie bzw. Evolution relevanter Symptome den entscheidenden Beitrag zur Diagnose und Entscheidungsfindung. Dabei ist die Zuordnung zur klinischen Präsentation im Sinne von *akuten-intermittierenden, episodenhaften-chronischen* Oberbauchschmerzen hilfreich. Der Hausarzt hat das Privileg, den Patienten mit seiner persönlichen Anamnese und damit seinem Risikopotential (inklusive Noxen) in Relation zur aktuellen Klinik zu kennen. Eine besondere Herausforderung an die klinische Einschätzung stellen Patienten mit alterierter Wahrnehmung (hohes Alter, Psychopharmaka,) und allenfalls beeinträchtigten biologischen Reaktionen (hohes Alter, Diabetes mellitus, Immunsuppression, Tumoren) dar.

#### Akute Oberbauchschmerzen (<24 Stunden)

Neue, akut auftretende Oberbauchschmerzen, die zum unmittelbaren Patientenkontakt führen und den ausgeprägten viszeralen Charakter mit deutlich vegetativen Zeichen

aufweisen, können vital bedrohlich sein. Dies gilt es als Erstes zu bedenken.

Beim Vorliegen von «red flags» (Tab. 1 ) ist die Indikation zur raschen stationären Betreuung und Diagnosefindung in der Regel mit Hilfe der verfügbaren bildgebenden Verfahren klar gegeben.

Die *kurze klinische Untersuchung* berücksichtigt den Blutdruck und sein Verhalten im *Liegen und Stehen*.

Die Auskultation erfasst die Pneumonie, das pleurale oder perikardiale Reiben und beurteilt die Darmgeräusche (hochgestellt – fehlend).

Die Palpation des Abdomens erfasst Défense, (pulsierende) Raumforderung, Murphy-Zeichen und sucht nach Hernien und Laparatomienarben. Ein positiver Rüttelschmerz ist in dieser Situation ein weiterer feiner Indikator für den somatoparietalen Schmerz und somit für Peritonismus.

Der akute epigastrische Schmerz mit viszeralem Charakter erfordert die Differentialdiagnose einer myokardialen Ischämie bzw. eines Infarktes (EKG, Troponin, CK).

Fast immer bleibt Zeit für weiterführende Laboruntersuchungen (hämatologische Parameter, CRP, Leberwerte,

**Beim Vorliegen von «red flags» ist die Indikation zur raschen stationären Betreuung und Diagnosefindung klar gegeben**

P-Amylase), ein Thoraxbild im Stehen bzw. eine Abdomenleeraufnahme in zwei Ebenen (stehend und linke Seitenlage) und eine Ultraschalluntersuchung (US) der grossen Gefässe, Gallenwege, Leber, Nieren.

Die heute bei akuten (Ober-)Bauchschmerzen in den Kliniken niederschwellig eingesetzte CT-Untersuchung beantwortet viele Fragen, aber sie verpasst Steine (→ US!). In dieser Phase des Betreuungspfades dieser Patienten stellt sich immer wieder die Frage nach der Sicherheit einer notwendigen patientengerechten *Analgesie mit Opiaten*.

Es wird argumentiert, dass durch Opiate die für eine Operationsindikationsstellung klare Klinik, beispielsweise eines Peritonismus, kaschiert werde. Eine rezente kritische Analyse von zwölf Studien (Erwachsene und Kinder) zeigte eine erkennbare Beeinflussung der klinischen Befunde, aber keine durch Opiate negative Beeinflussung der Prognose und Therapie [2].

#### Legende

CK	Kreatinkinase
CRP	C-reaktives Protein
CT	Computertomographie
ERCP	endoskopische retrograde Cholangio-Pankreatikographie
MRCP	Magnetresonananz-Cholangio-Pankreatikographie
PPI	Protonenpumpeninhibitor
US	Ultraschall

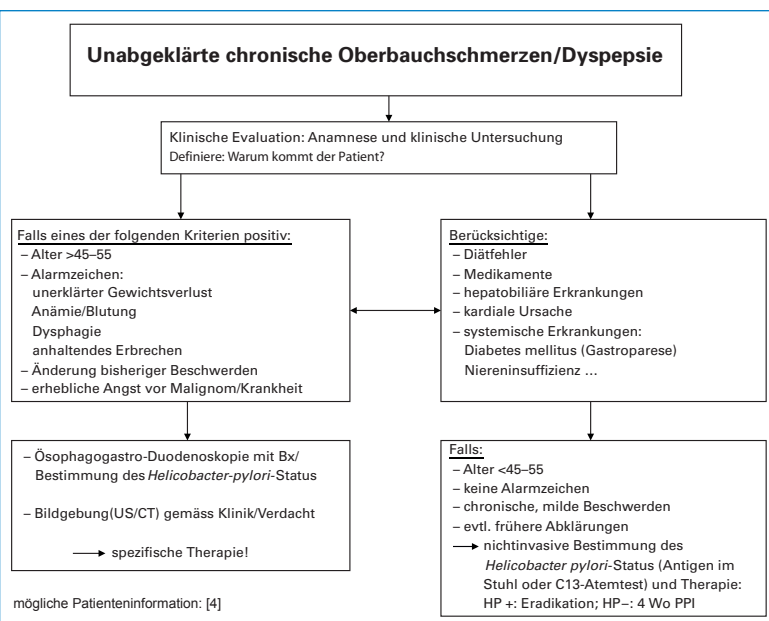


Niklaus Schaub

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.

**Tabelle 1. Akute Oberbauchschmerzen: klinische «red flags».**

<b>Anamnese</b>
– Anhaltendes Erbrechen <i>nach</i> Schmerzbeginn
– Kollaps, Synkope
– Fieber/Schüttelfrost
– Oberbauch- mit Schulterschmerzen
– Blutverlust (Hämatemesis, Melaena)
– Schwangerschaft
<b>Klinik</b>
– Peritonismus
– Kreislaufinstabilität
– Schwitzen
– Sehr starke Schmerzen diskordant zu diskreten klinischen Befunden (Ischämie, Obstruktion/Volvulus)
– Ikterus mit Status febrilis (Cholangitis!)



**Abbildung 1**  
Algorithmus chronischer Oberbauchschmerzen/Dyspepsie (nach [3]).

Im Interesse der Patienten an einer adäquaten Analgesie müssen wir lernen, mit diesem Hilfsmittel umzugehen. Dabei sind die präzise Kommunikation über Zeitpunkt und verabreichte Dosis sowie der frühzeitige Beizug des chirurgischen Entscheidungsträgers als Ausdruck einer optimalen interdisziplinären Zusammenarbeit auf der Notfallstation wichtig.

**Intermittierende/rezidivierende Oberbauchschmerzepisoden**

Vor allem bei Patientenkontakten am «Tag danach» steht differentialdiagnostisch ein Gallensteinleiden im Vorder-

grund. Hier können die erhöhten Leberwerte (Transaminasen, eventuell alkalische Phosphatase/Bilirubin) der einzige Hinweis auf eine stattgefundene Steinpassage sein und der Ultraschall die allenfalls verbleibenden Gallenblasensteine zeigen. Intermittierende Obstruktionen (Voroperationen?) oder eine Pathologie der Bauchwand sind in dieser Kategorie besonders zu berücksichtigen.

**Chronische Oberbauchschmerzen**

In dieser Situation nutzen wir die Zeit vor allem für eine sorgfältige Anamnese. Dabei sind neben der Dokumentation der genauen Symptomatologie namentlich die Fragen nach der Dauer der Beschwerden, nach Veränderungen von allenfalls mehrjährigen Symptomen und vor allem auch nach dem unmittelbaren Anlass für die Konsultation aus der Sicht des Patienten entscheidend.

Auf die klinische Untersuchung, obwohl nicht selten ohne wegweisenden Befund, ist auf keinen Fall zu verzichten. Sie vermittelt Vertrauen in die Sorgfalt des konsultierten Arztes.

Primär gilt es zu versuchen, Patienten mit organischen Schmerzursachen von denjenigen mit funktionellen Beschwerden zu unterscheiden. Man hat und nimmt sich genügend Zeit und orientiert sich bezüglich der weiterführenden Untersuchungen (Labor, Endoskopie, Bildgebung) am Alter und dem Vorhandensein von Alarmzeichen und folgt einem Dyspepsie-Algorithmus (Abb. 1 [3]).

Bei den Patienten mit chronischen epigastrischen Schmerzen ist der zeitlich limitierte Einsatz eines Protonenpumpeninhibitors (PPI) vor oder nach Endoskopie ein diagnostischer und allenfalls auch hilfreicher therapeutischer Schritt.

Persistieren Beschwerden auch unter PPI, können im Einzelfall nach negativer Endoskopie und Bildgebung verfeinerte, neuere Techniken zur Objektivierung namentlich des Refluxgeschehens (z.B. 24-Stunden-Impedanz-pH-Metrie) die Bedürfnisse nach ursächlicher Erklärung der Symptomatik befriedigen.

Kann trotz sorgfältiger Evaluation inklusive Berücksichtigung der Raritäten keine Ursache für chronische, zum Teil starke abdominelle Schmerzen gefunden werden und bleiben therapeutische (PPI, Spasmolytika) Interventionen ohne subjektiven Erfolg, liegt im Einzelfall möglicherweise ein komplexes, schwerwiegendes, «funktionelles, abdominelles Schmerzsyndrom» mit hohen Ansprüchen an die in der Regel interdisziplinäre Betreuung vor.

**Korrespondenz:**

Dr. med. Niklaus Schaub  
Leitender Arzt Gastroenterologie  
Medizinische Universitätsklinik  
Kantonsspital Bruderholz  
CH-4101 Bruderholz  
[niklaus.schaub@ksbh.ch](mailto:niklaus.schaub@ksbh.ch)

**Literatur**

1 Klinkman MS. Episodes of care for abdominal pain in primary care practice. Arch Fam Med. 1996;5:279.  
2 Ranji SR, Goldman EL, Simel DL, et al. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain? JAMA. 2006; 296/14:1764.

3 AGA Medical Position Statement: evaluation and technical review of dyspepsia (2005): [http://www.gastro.org/user-assets/documents/02\\_clinical\\_practice/medical\\_position\\_statements/dyspepsia\\_mps.pdf](http://www.gastro.org/user-assets/documents/02_clinical_practice/medical_position_statements/dyspepsia_mps.pdf)  
4 Patienteninformation «Dyspepsie und Reizdarmsyndrom». [http://www.akdae.de/35/92\\_Reizdarmsyndrom\\_2000\\_1Auflage.pdf](http://www.akdae.de/35/92_Reizdarmsyndrom_2000_1Auflage.pdf)