

chronischer Durchfall

allgemein

Epidemiologie: 3-5%, im hausärztlichen Setting eher selten

Definition

- Diarrhoe: ≥ 3 ungeformte Stühle/24 h oder Wassergehalt $\geq 75\%$ oder Stuhlgewicht ≥ 250 g
- zeitliche Komponente
 - *American Gastroenterological Association*: $\geq 3x$ tgl. dünner / wässriger Stuhlgang über ≥ 4 Woche
 - *DEGAM*: > 2 Wochen (Grenze akute Diarrhoe)

Ätiologie

intestinal

- chron. Darmentzündungen M. Crohn, Colitis ulcerosa, mikroskop. Colitis (kollagen / lymphozytär), eosinophile Gastroenteritis, Sprue...
- neoplastisch neuroendokrine Tumoren (z.B. VIPom, Gastrinom), paradoxe Diarrhoe bei stenosierendem Tumor...
- Malabsorption exokrine Pankreasinsuffizienz, chologene Diarrhoe, Kurzdarmsyndrom, Laktoseintoleranz...

metabolisch

Hyperthyreose...

medikamentös-toxisch

Medikamente (z.B. Metformin, Antibiotika-assoziierte Diarrhoe), Laxantienabusus...

chronische Infektionen

Clostridium difficile¹, M. Wipple², Giardiasis, Amöbenenteritis, Tbc...

funktionell

Reizdarmsyndrom, situative Diarrhoe (z.B. vor Prüfungen)...

Diagnostik

Anamnese

- Begriffsklärung: was versteht der Patient unter Durchfall?
- Stuhlfrequenz / Farbe / Konsistenz / Volumen / Geruch / Blut- oder Schleimbeimengungen, Kontinenz
- zeitlicher Verlauf (akut vs. schleichender Beginn / nächtliche Diarrhoe / wechselndes Stuhlverhalten / Stuhlverhalten bei Diät)
- extraintestinale Symptome: Augen, Gelenke, Muskulatur, Haut
- Begleiterkrankungen, Voroperationen
- Medikamente, Allergien
- Reiseanamnese
- psychosoziale Belastung, Ernährungsverhalten
- red flags: Gewichtsverlust, Anämie, okkulte / sichtbare Blutung, reduzierter Allgemeinzustand

klinische Untersuchung

- Allgemeinzustand Gewicht? periphere Ödeme?
- Hautkolorit/ -veränderungen Ikterus? Anämie? Dermatitis herpetiformis? Acrodermatitis enteropathica? Hinweise auf Hyperthyreose?
- Augenveränderungen Episkleritis? Exophthalmus?
- Abdomen Narben, Druckschmerz, Raumforderungen...
- Anorektum perianale Veränderungen, insb. Fisteln / Abszesse? suspekte Veränderungen? Sphinkterfunktion?

weiterführende Diagnostik (je nach klinischem Verdacht)

- Basisdiagnostik
 - BB, CRP, TSH, Transaminasen, Lipase, Elektrolyte, Glucose
 - Gewicht
- je nach klinischem Verdacht...
 - Malabsorption Albumin, Calcium, Phosphat, Magnesium, Elektrophorese, tTG-AK oder EmA-AK³
 - exokrine Pankreasinsuff. Elastase im Stuhl⁴
 - CED Calprotectin im Stuhl (auch positiv bei kolorektalem Karzinom / Adenom, Magen-Ca)⁵
 - Laktoseintoleranz H2-Atemtest oder diätischer Auslassversuch
- fachärztliche Diagnostik
 - Stuhlkultur pathogene Keime
 - endoskopische Diagnostik insb. bei Blut im Stuhl, v.a. CED / mikroskop. Colitis / Giardiasis, Tumorverdacht

¹ zeitlicher Abstand zur vorangehenden Antibiotikatherapie und Auftreten der Symptome meist nur wenige Tage, ggf. mehrere Wochen, in seltenen Fällen Monate

² Infektion mit Tropheryma whipplei; sehr selten, v.a. Männer zwischen 30.-60.LJ, unbehandelt letal
keine zuverlässigen epidemiologischen Daten, geschätzte Inzidenz Mitteleuropa $< 1/1$ Mio./Jahr

Symptome: Malabsorptionssyndrom mit Gewichtsverlust, Diarrhoe, Steathorrhoe; abdominale Schmerzen, enteropathische Arthritis, Sakroiliitis, Polyserositis, Fieber, Lymphknotenschwellung, Herzklappeninsuffizienz, neurolog. Störungen (Myoklonien, Ataxie, Okulomotorikstörungen)

Diagnostik: Dünndarmbiopsie mit PAS-positiven Makrophagen, bei neurolog. Symptomatik LP

Therapie: Ceftriaxon 14d i.v., dann orale Erhaltungstherapie über 1 Jahr mit Cotrimoxazol

³ gleichwertig, da bei 5-10% der Patienten gleichzeitiger IgA-Mangel \rightarrow Gesamt-IgA mitbestimmen

⁴ auch bei Substitution mit Pankreasenzymen aussagekräftig, fragl. diagnost. Wertigkeit bei leichteren Formen

⁵ falsch-positive Ergebnisse bei Bronchitis, Pneumonie, Sinusitis mgl.

Therapieoptionen (falls keine kausale Therapie mgl.)

Loperamid (Imodium®)

- Wirkung: Stimulation von enterischen Opioidrezeptoren, durch hohen first-pass-Effekt nur geringe systemische Wirkung
- Kontraindikationen
 - Ileus
 - Diarrhoe mit Körpertemperatur > 38,5°C und/oder Blut- / Schleimbeimengungen
 - Colitis ulcerosa im akuten Schub, pseudomembranöse Colitis
 - Komedikation mit P-Glycoprotein-Hemmern (z.B. Chinin, Verapamil): ZNS-gängig
- CAVE: eingeschränkte Anwendung bei Kindern
 - generell kontraindiziert bei Kleinkindern < 2. LJ, schwere NW (Lethargie, Ileus) bis zum 3. LJ mgl.
 - gehäuft extrapyramidal-motorische Störungen im Kleinkindalter
- Dosierung Erwachsene (Arzneimitteltelegramm, Stand 09/2017)
 - Erwachsene: 4 mg/d
 - Kinder: gewichtsadaptiert 0,04 mg/kgKG/d (2.-8. LJ), 2 mg/d (ab 8. LJ)
- Besonderheiten
 - missbräuchliche Verwendung beschrieben
 - ab Gesamtmenge von 24 mg/Packung verschreibungspflichtig
 - zu Lasten der GKV verordnungsfähig bei (OTC Anlage III, Stand 07/2017)
 - Z.n. kolorektaler Resektion in der postoperativen Adaptationsphase
 - schwere und länger anhaltende Diarrhoe (>7/Tag), inkl. therapieinduzierte Diarrhoe (z.B. Zystostatika / Radiatio)

Tinctura opii normata

- BtM-rezeptpflichtig
- hohes Abhängigkeitspotential, daher strenge Indikationsstellung, nur bei schweren und ansonsten therapierefraktärem Verlauf
- keine detaillierten Informationen auf gelber/roter Liste, Arzneimitteltelegramm, uptodate
- individuelle Dosititration nach Wirkung, 3-4x tgl. 2-20 gtt (0,2-1,0g), Tagesmaximaldosis 5,0g⁶

weitere Optionen

- Cholestyramin: bei chologener Komponente
- Clonidin: bei sekretorischer Komponente
- Flohsamen und Flohsamenschalen: unterstützend bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom, HIV assoziierter Diarrhoe
- ggf. Heidelbeeren, schwarzer Tee (Ziehzeit?)

Fazit für die Praxis

- Begriffsklärung: Was versteht der Patient unter Durchfall?
- eine genaue Anamnese ist meist wegweisend, die weiterführende Diagnostik sollte hieran angepasst werden
- chronische, therapieresistente Diarrhoe ohne Ursache ist sehr selten
- bei älteren Patienten / entsprechenden Risikofaktoren: aktive Exploration von Stuhlinkontinenz, da häufig nicht spontan berichtet
- bei einem Therapieversuch mit Loperamid: beachte die Kontraindikationen / Besonderheiten (Kinder, Ileus, Ko-Medikation)
- Förderung der Selbstwirksamkeit: Was empfindet der Patient als hilfreich? Entwicklung und Förderung Coping-Strategien

⁶ H. Messmann: *Klinische Gastroenterologie*. Georg Thieme Verlag, 2011. S. 34;
H. Hammer: *Therapielexikon Gastroenterologie und Hepatologie*. Springer-Verlag. 2005. S. 599