



gedacht wird, ist die Hyperthyreose. Deshalb sollte zunächst auch das TSH bestimmt werden. Ist eine Hyperthyreose ausgeschlossen, sollte eine erneute Koloskopie, allerdings mit Stufenbiopsien, durchgeführt werden, denn es geht um den Nachweis bzw. Ausschluss einer mikroskopischen – kollagenen oder lymphozytären – Kolitis. Bei einer solchen ist typischerweise der endoskopische Befund unauffällig. Sollte sich bei der Patientin eine mikroskopische Kolitis ergeben, steht heute mit dem topischen Steroid Budesonid eine sehr effektive Therapie zur Verfügung.

MMW-Experte Prof. Fießl:

Anamnese und Stuhlschau: Vor Beginn einer aufwendigen Diagnostik muss eine „Pseudodiarrhö“ ausgeschlossen werden: erhöhte Stuhlfrequenz ohne Steigerung des Stuhlgewichtes. Beispiele: Proktitis, Colon irritabile. Eine Inkontinenz wird von Patienten gelegentlich als Durchfall bezeichnet. Wie viele Entleerungen pro Tag, wässrig, breiig, Blut, Schleim, Fett? Evtl. Stuhlvisite, allgemei-

ne Entzündungszeichen? CRP? Calprotectin, Lactoferrin im Stuhl?

Medikamente: NSAR-Enteropathie (bis 70% aller NSAR-Patienten, endoskopisch Bild wie bei Colitis ulcerosa oder pseudomembranöser Kolitis), Biguanide, Acarbose, Digitalis (Hemmung der Na-Resorption). Laxantienabusus? Diuretikaabusus? Antibiotika in der Vorgeschichte?

Labor: Führt selten zur Diagnose, aber Hinweis auf Folgen einer Malassimilation: Serumcholesterin niedrig, INR, Ferritin, Serum Eisen, Eiweiß und Elektrophorese (bei Malassimilation erniedrigtes Serumalbumin, bei intestinalem Eiweißverlust Albumin und Globulin stärker erniedrigt; Blutbild: Eosinophilie im Differenzialblutbild als Hinweis auf Parasiten); AP, Kalium, Natrium, Kalzium (erniedrigt bei Vitamin-D-Mangel, erhöht bei Hyperparathyreoidismus - HPT kann Diarrhö hervorrufen!). TSH-Bestimmung (Hyperthyreose?)

Fastenversuch:

- a) weiter Durchfall: sekretorische Diarrhö
- b) Durchfall stoppt: Malassimilation = Maldigestion, Malabsorption.

Raritäten (erst nach Durchführung der einfachen Maßnahmen ventilieren):

- Dünndarmdivertikel, -tumore, -strikturen: Durchfälle wegen bakterieller Überbesiedlung. Röntgenuntersuchung des Dünndarms, H2-Atemtest.
- Medulläres SD-Ca.: Calcitoninbestimmung
- Carcinoid-Syndrom Durchfall und Flushsymptomatik. 5-HIES-Bestimmung an drei aufeinanderfolgenden Tagen.
- Neuroleptika, Antihistaminika
- Zollinger-Ellison-Syndrom (Gastrin-Bestimmung, Sekretin-Test)
- VIPom, GIPom, Verner-Morrison-Syndrom; Amyloidose.

Können Sie das erklären?

Ulcus duodeni verschlimmert sich im Frühjahr und Herbst

Frage von N. N.:

Es ist eine Erfahrung, die meines Wissens wissenschaftlich kaum belegt oder überhaupt untersucht ist. Und doch habe ich

mehrere Patienten, die versichern, dass sich ihr Ulcus duodeni regelmäßig in den Frühlings- und Herbstmonaten verschlimmert. Gibt es für dieses Phänomen irgendwelche pathophysiologischen Grundlagen und Erklärungsansätze?

MMW-Experte Dr. Stiefelhagen:

Dass Magen- und Darmulzera in bestimmten Jahreszeiten häufiger auftreten, ist eines der Mythen in der Medizin. Dafür gibt es keine wissenschaftlichen Daten. Bei den auslösenden Faktoren wie NSAR oder Helicobacter gibt es keine jahreszeitlichen Häufungen.



© H. S. Fießl

Kennt das Ulcus duodeni „Frühlingsgefühle“?

Erratum

In unserem Sonderheft 1/2012 (Akte AIDS 2012), ist in Tabelle 2 auf S. 19 die Zusammensetzung des Medikamentes Atripla® falsch angegeben. Atripla® (Einnahme einmal täglich) enthält Efavirenz plus Emtricitabin plus Tenofovir.

Dieser QR-Code führt Sie direkt zur MMW-Sprechstunde.