

# DIE 10-MINUTEN-SPRECHSTUNDE

## 34-Jähriger hat seit Wochen Durchfall

# Chronische Diarrhö

P. Stiefelhagen

**Ein 34-jähriger Patient klagt über seit Wochen anhaltende blutige Diarrhöen und 3–4 kg Gewichtsabnahme. Vorerkrankungen sind nicht bekannt, auch keine Auslandsreise, kein Fieber und keine Medikamenteneinnahme.**



© vadinguzhva / iStock

— Eine Diarrhö ist definiert als: > 3 Stühle/Tag, Stuhlwassergehalt > 75%, Stuhlgewicht > 250 g/Tag. Akute Diarrhöen sind meist infektiös bedingt. Dauern die Durchfälle länger als drei Wochen an, spricht man von einer chronischen Diarrhö.

### Anamnese: oft diagnoseweisend

Eine genaue Medikamenten-, Ernährungs- und Reiseanamnese kann rasch zur Diagnose führen. Folgende Arzneimittel können Durchfälle auslösen: Antidiabetika, insbesondere Metformin, Antibiotika, HIV-Medikamente, Zytostatika, Digoxin, Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und Levodopa, Carbamazepin, Immunsuppressiva, NSAR und Protonenpumpenhemmer (PPI). Wichtig sind auch Vorerkrankungen und Begleitbefunde wie Gewichtsabnahme, Fieber, Blutbeimengungen und Schmerzen. Bei Diabetikern sollte immer an eine diabetische autonome Polyneuropathie gedacht werden.

### Calprotectin unverzichtbar

Zum Basislabor gehören Blutbild, Gesamtprotein, Albumin, TSH, Eisenstatus, Vitamin B 12, Stuhlbakteriologie, HIV-Suchtest, evtl. Autoimmunmarker wie ANA, cANCA oder pANCA. Die häufigsten Ursachen einer anhaltenden Diarrhö nach Auslandsreise sind parasitäre Erreger wie *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica* und *Strongyloides stercoralis*, seltener sind *Campylobac-*

*ter*, *Shigellen* und *Salmonellen*. Empfehlenswert ist die Calprotectin-Bestimmung im Stuhl. Gerade zum Nachweis/Ausschluss einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (CED) ist dies unverzichtbar. Sensitivität und Spezifität liegen bei ca. 90%. Bei ausschließlicher Dünndarmbeteiligung des Morbus Crohn finden sich aber gelegentlich niedrige Calprotectin-Werte, und beim Reizdarm ist der Wert nicht erhöht.

### Osmotisch oder sekretorisch?

Bei Malassimilation, die durch Malabsorption oder Maldigestion hervorgerufen sein kann, verschwinden die Durchfälle bei Nahrungskarenz. Man spricht von einer osmotischen Diarrhö, die meist mit voluminösen bzw. fettigen Stühlen einhergeht. Die häufigsten Ursachen einer Malabsorption sind Zöliakie, M. Whipple, Amyloidose, Strahlenschaden und Zytostatika. Bei der Maldigestion sind Laktasemangel, chronische Pankreasinsuffizienz, Fruktoseintoleranz und bakterielle Überwucherung ursächlich.

Die Diagnose „chronische Pankreatitis“ erfordert einen morphologischen Befund wie Verkalkungen oder Gangveränderungen bei der endoskopischen retrograden Pankreatikografie (ERP) und den Nachweis einer Funktionsstörung (z. B. verminderte Elastase-Ausscheidung im Stuhl).

Sistieren die Durchfälle bei Nahrungskarenz nicht, handelt es sich um eine sekretorische Diarrhö. Ursachen

können Infektionen, Medikamente, mikroskopische Kolitis oder CED sein.

### Bildgebung und Endoskopie

CED sind eine wichtige Differenzialdiagnose. Morbus Crohn wird oft verzögert diagnostiziert. Bei V. a. CED ist deshalb eine weitere endoskopische Diagnostik, d. h. eine totale Koloskopie mit Inspektion des terminalen Ileums indiziert, beim Morbus Crohn zusätzlich eine MR-Enteroklyse. Bei Morbus Crohn sollte die Lokalisation und Ausdehnung der Erkrankung mittels Ösophago-Gastro-Duodenoskopie untersucht und durch eine Dünndarmdiagnostik ergänzt werden. Findet sich bei der Koloskopie makroskopisch kein krankhafter Befund, sollten trotzdem Stufenbiopsien entnommen werden, um eine mikroskopische Kolitis nicht zu übersehen. ■

### → Anschrift des Verfassers:

**Dr. med. Peter Stiefelhagen**  
Ziegelhütter Weg 39, D-57627 Hachenburg  
E-Mail: pdrstiefel@aol.com

## Kasuistik

### WIE GING ES WEITER?

Laborchemisch findet sich eine leichte hypochrome Anämie, und die Entzündungsparameter (CRP und BSG) sind erhöht. Das Calprotectin im Stuhl ist deutlich positiv, pathogene Keime sind nicht nachweisbar. Koloskopisch findet sich eine ausgedehnte Colitis ulcerosa.