

# universum

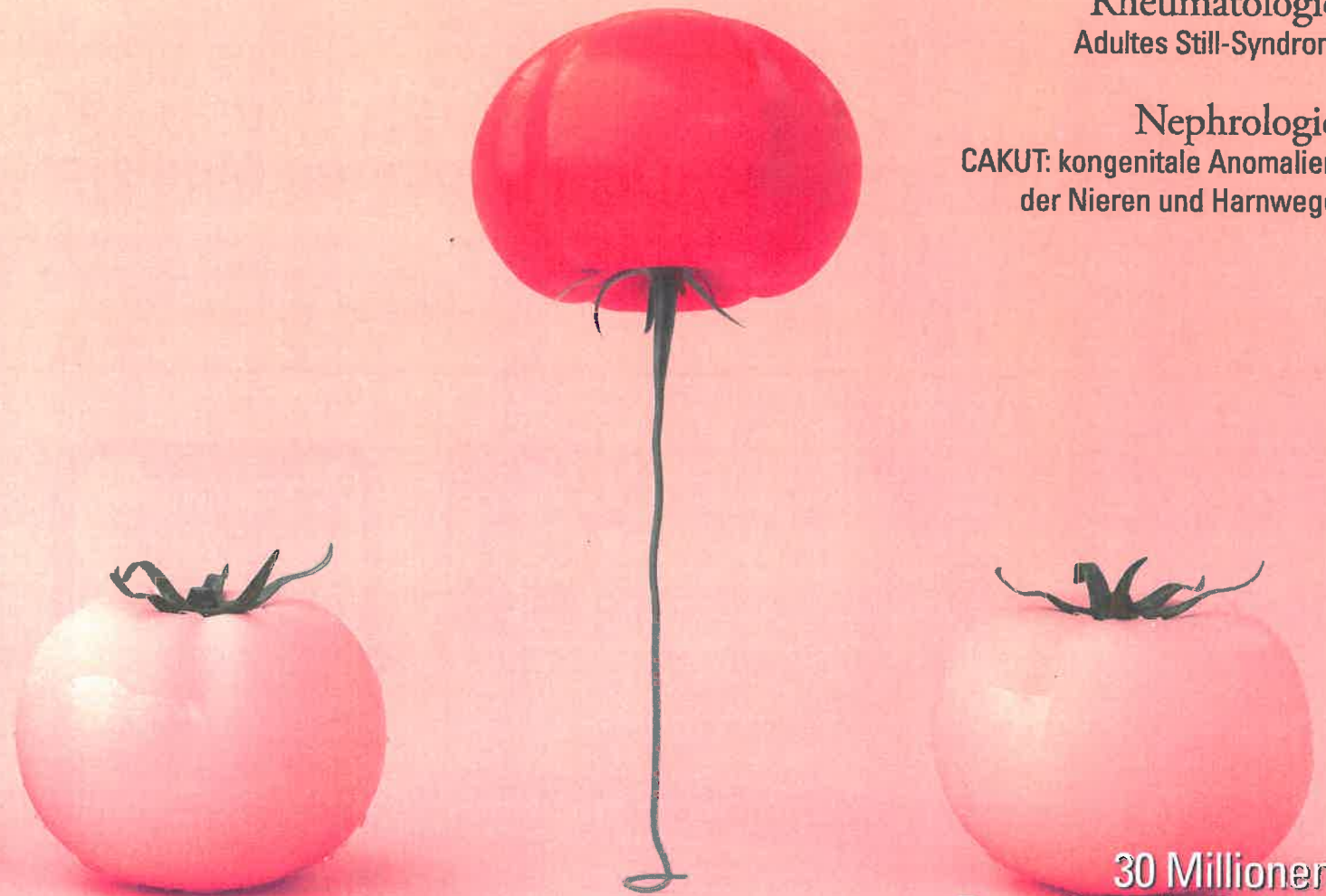
# InnereMedizin

Sonderheft zur Ausgabe 04 | 23

Hämatologie  
Erste „Off the shelf“-  
T-Zell-Immuntherapie

Rheumatologie  
Adultes Still-Syndrom

Nephrologie  
CAKUT: kongenitale Anomalien  
der Nieren und Harnwege



30 Millionen  
Betroffene in Europa

## Seltene Erkrankungen



MedMedia  
Verlag und  
Mediaservice GmbH

Ursachen, Prävention, Therapie

# Schmerzen beim Kurzdarmsyndrom

Dr. Lukas Schlager von der Spezialambulanz für Kurzdarmsyndrom, Universitätsklinik für Allgemeinchirurgie, Medizinische Universität Wien, unterstützt als medizinischer Beirat den Verein „Die Chronischen Experten“ für Menschen mit Kurzdarmsyndrom (KDS). Im Gespräch mit UNIVERSUM INNERE MEDIZIN spricht er über häufige Auslöser sowie Möglichkeiten zur Prävention und Therapie von Schmerzen bei einem KDS.<sup>1</sup> Redaktion: Markus Plank, MSc

## UNIVERSUM INNERE MEDIZIN: Welche grundlegenden Therapieoptionen stehen bei einem Kurzdarmsyndrom (KDS) zur Verfügung?

**Dr. Lukas Schlager:** Bei einem KDS kommt es durch Operationen oder angeborene Erkrankungen zu einer Resorptionsschwäche des Dünndarms, wobei unter einer normalen Diät keine adäquate Nährstoff- und Flüssigkeitsaufnahme möglich ist. Für die meisten Patient:innen ist nach einer initialen Phase mit parenteraler Unterstützung ein Leben mit oraler Therapie, die aus einer Substitution der Mikro- und Makronährstoffe sowie Medikamenten besteht, realistisch. Ein Sonderfall ist das Darmversagen, wobei die Resorptionsfähigkeit des Darms so reduziert ist, dass ein Überleben ohne parenterale Unterstützung nicht möglich ist. Als Therapieoption steht das GLP-2-Analogon Teduglutid zur Verfügung, das durch eine Hypertrophie der Dünndarmschleimhaut ein Leben ohne parenterale Unterstützung – und die damit einhergehenden Komplikationen – für viele Patient:innen möglich macht.

## Warum können im Rahmen eines KDS Magenschmerzen auftreten, und welche Therapieoptionen gibt es?

Nach dem Verlust von großen Teilen des Dünndarms kommt es aufgrund von Reduktion oder Verlust des negativen Feedbacks zu einer vermehrten Freisetzung von Gastrin und somit zu einer vermehrten Bildung von Magensäure. Dies kann zu multiplen Pathologien wie GERD, Ulzera und einer inadäquaten Aktivierung der Pankreasenzyme mit folgender Malabsorption führen. Zusätzlich kommt es durch die gastrale Hypersekretion zu Flüssigkeitsverlust. Ziel der Therapie ist es, der Hypersekretion entgegenzuwirken. Primär sollten Protonenpumpenhemmer (PPI) verwendet werden. Eine regelmäßige Reevaluation der Therapie ist aufgrund des erhöhten Risikos für „small intestinal bacterial overgrowth“ (SIBO) notwendig. Als weitere symptomatische Therapieoptionen stehen Sucralfat bei Ulzera sowie die Substitution von Pankreasenzymen bei durch Hypersekretion bedingter Malabsorption zur Verfügung.

## Wodurch können bei einem KDS Nierensteine entstehen, und wie können Sie diese Schmerzen verhindern oder behandeln?

Der vermehrte Flüssigkeitsverlust mit damit einhergehenden reduzierten Urinmengen sowie ein niedriger Harn-pH führen zu einem erhöhten Risiko für Kalziumoxalatsteine. Bei Patient:innen, deren Dickdarm nicht in Passage ist, kann es durch einen Mangel an *Oxalobacter formigenes* zu einem reduzierten Abbau von Oxalaten kommen. Bei Patient:innen mit Dickdarm in Passage und Fettmalabsorption kann Kalzium an freie Fettsäuren binden und so das nichtgebundene Oxalat im Dickdarm resorbiert werden. Zusätzlich kann nichtabsorbierte Gallensäure im Dickdarm zu einer erhöhten Resorption von Oxalaten führen. Therapeutisch sollte eine ausreichende Diurese durch adäquate Flüssigkeitszufuhr gewährleistet



**Dr. Lukas Schlager**  
Spezialambulanz für Kurzdarmsyndrom,  
Universitätsklinik für Allgemeinchirurgie,  
Medizinische Universität Wien

FOTO: FEELIMAGE/MATERN

werden. Eine oxalatarme sowie bei Patient:innen mit Dickdarm in Passage fettreduzierte Diät sollte empfohlen werden. Medikamentös stehen Kaliumzitrat sowie Kalziumkarbonat zur Verfügung.

## Wie kann ein Stoma zu Schmerzen führen, und was kann man dagegen machen?

Zum einen besteht häufig ein sogenanntes High-Output-Stoma, also ein Output von mehr als 2 l pro Tag. Zum anderen ist der Stoma-Output durch die bereits erwähnte gastrale Hypersekretion sowie die kurze Länge des Darms besonders sauer. Diese Kombination kann zu Entzündungen der Haut um das Stoma, Pilzinfekten, einer Follikulitis und Blutungen des Stomas durch die häufig notwendige Manipulation führen. Therapeutisch sollte versucht werden, den Stoma-Output zu reduzieren. Neben PPI stehen hierfür Loperamid, Tinctura opii und Racecadotril zur Verfügung. Zusätzlich kann die Rate an stomaassoziierten Komplikationen durch korrekte Versorgung, insbesondere das korrekte Anpassen der Hautschutzplatte, sowie das Verwenden von Hautschutz reduziert werden. Seltener Komplikationen wie eine Stenose, Einziehungen oder Hernien müssen chirurgisch behandelt werden.

## Wie kann es bei einem Kurzdarmsyndrom zu Schmerzen durch Gallensteine kommen, und wie können sie behandelt werden?

Obwohl die Ätiologie noch nicht geklärt ist, wissen wir, dass KDS-Patient:innen ein erhöhtes Risiko für Gallensteine haben, die durch lithogene Obstruktion zu einer Cholezystitis führen können. Risikofaktoren sind eine intravenöse Ernährung, Dünndarmlänge  $\leq 120$  cm, veränderte Zusammensetzung der Galle, reduzierte Kontraktion der Gallenblase und Resektion des terminalen Ileums. Als Therapie ist eine Entfernung der Gallenblase empfohlen. Eine initiale antibiotische Therapie kann versucht werden, um die Gallenblase in einem entzündungsfreien Intervall zu entfernen. KDS-Patient:innen haben aufgrund der oft multiplen Voroperationen ein erhöhtes chirurgisches Komplikationsrisiko. Deswegen kann überlegt werden, im Rahmen eines anderen notwendigen Eingriffs eine elektive präventive Entfernung der Gallenblase durchzuführen. ■

<sup>1</sup> Pironi L et al., Clin Nutr 2016; 35:247–307