

# Leitsymptom Diarrhöe

Zu dem Übersichtsaufsatz von  
Professor Dr. med. Roland Wanitschke  
in Heft 9/1985, Seite 563 ff.

## Stellungnahme

Der Beitrag „Leitsymptom Diarrhöe“ ist, wie vom Verfasser ausdrücklich betont wird, aus pathophysiologischer Sicht geschrieben. Da er jedoch diagnostische Empfehlungen enthält, kann er in einigen Punkten nicht unwidersprochen bleiben.

In der Darstellung der Symptomatik fehlt völlig der Begriff der *fiieberhaften* diarrhoischen Enteritis. So entsteht ein falscher Eindruck von der Häufigkeit der einzelnen Diarrhöeformen. Schätzungen anhand der gemeldeten Erkrankungen lassen jährlich mindestens 1 bis 1,5 Millionen Diarrhöe-Fälle infektiöser Genese in der Bundesrepublik Deutschland erwarten, dabei sind die nichtinfektiösen, durch mikrobielle Toxine bedingten Lebensmittelvergiftungen nicht berücksichtigt. Somit ist die infektiöse Enteritis zumindest eine der häufigsten, wenn nicht die häufigste Ursache der Diarrhöe. Diese Enteritiden sind jedoch nicht überwiegend toxininduzierte Durchfälle im Sinne der „Reisediarrhöe“ oder „Sommerdiarrhöe“, die der Autor als „häufigste Durchfallerkrankung unserer Breiten“ apostrophiert. Enterotoxinbildende *E. coli* und andere enterotoxische Keime sind nach derzeitiger Kenntnis als Enteritis-erreger in Mitteleuropa ätiologisch unbedeutend.

Die wichtigsten Erreger sind hierzulande vielmehr Salmonellen, *Campylobacter jejuni/coli*, *Yersinia enterocolitica* und enteropathogene Viren (vor allem Rotaviren). Bei den genannten bakteriellen Infekten spielt die sekretorische Komponente eine unterge-

ordnete Rolle, sie wird häufig von einem invasiven Virulenzmechanismus überlagert. Fieber als Leitsymptom ist dabei in etwa 70 Prozent aller Diarrhöe-Fälle infektiöser Genese pathogonomisch. Unter Einbeziehung dieses Symptoms wären für praktische Zwecke die Durchfälle eher in solche mit ohne Fieber zu unterteilen gewesen.

Für die Aufstellung diagnostischer Richtlinien sollte weiter berücksichtigt werden, daß die meisten Patienten mit einer Diarrhöe ambulant behandelt werden. Nur ein geringer Teil, nämlich Fälle mit unklarem protrahiertem oder hochakutem Verlauf, werden der stationären Diagnostik zugeführt. So ergab kürzlich eine prospektive dänische Studie bei Kindern und Jugendlichen bis zu 15 Jahren, daß nur etwa 1 bis 2 Prozent aller Patienten mit einer akuten Diarrhöe hospitalisiert wurden, während 98 bis 99 Prozent niedergelassene Ärzte konsultierten.

Für die Möglichkeiten einer ambulanten Diagnostik ist aber das vorgesehene Diagnose-Schema, zum Beispiel die Abklärung einer Durchfallserkrankung über die Bestimmung von Stuhlgewicht und Natriumionen-Konzentration, wenig geeignet und nur in den seltensten Fällen praktikabel. Gerade bei der fiieberhaften Diarrhöe sollte auf eine frühzeitige mikrobiologische Diagnostik auf keinen Fall verzichtet werden, zumal sich durch die Einbeziehung neuer Erreger in das Untersuchungsspektrum die Aussichten auf Klärung der Ätiologie deutlich verbessert haben.

Die den Patienten nicht belastende mikrobiologische Stuhlunter-

suchung sollte nicht zugunsten eingreifender und teurer Untersuchungsmaßnahmen auf den vierten oder fünften Krankheitstag oder gar noch weiter hinausgeschoben werden. Dies würde einen diagnostischen Rückschritt bedeuten, da nach unseren Erfahrungen ca. 80 Prozent der *Campylobacter*-Infektionen und ca. 70 Prozent der Salmonellen-Infektionen bereits vor Ablauf der ersten vier Krankheitstage ätiologisch geklärt werden können. Nach Ausschluß der infektiösen Genese einer Diarrhöe kann – ohne Gefährdung des Untersuchers – eine weitere, gegebenenfalls invasive Diagnostik vorgenommen werden. Für solche Fälle ist das vorgeschlagene Diagnoseschema sinnvoll.

Dr. med. M. Kist  
Professor Dr. med. W. Bredt  
Institut für Allgemeine  
Hygiene und Bakteriologie  
Albert-Ludwigs-Universität  
Hermann-Herder-Straße 11  
7800 Freiburg i. Br.

## Schlußwort

Der Begriff fiieberhafte diarrhoische Enteritis weist im allgemeinen auf eine infektiöse Genese der Durchfallserkrankung, Fieber aber ist ein fakultatives Symptom, das mit recht unterschiedlicher Häufigkeit angegeben wird (3; 4; 7). Als differentialdiagnostisches Symptom bei infektiösen Durchfallserkrankungen trennt es weder klinisch noch ätiologisch ausreichend, tritt auch bei nichtinfektiösen Durchfallserkrankungen in akut-fulminanten Phasen auf und findet sich bei wäßrigen Durchfällen ohne jede Enteritis, wie zum Beispiel bei Tropenheimkehrern mit *Malaria tropica*. Das Symptom Fieber in Verbindung mit dem anamnestisch-klinischen Bild ist sicher informativ, aber für eine Klassifizierung weniger gut geeignet. Hohe Fiebertemperaturen stellen im Verständnis des Klinikers immer eine Komplikation dar, so daß diesbezügliche Miß-

verständnis in der Beurteilung gar nicht erst aufkommen. Die ätiologische Abklärung akuter Durchfallserkrankungen ist von mehreren Faktoren abhängig: Altersgruppe, sporadische oder endemische Erkrankung, Reisediarrhöe, stationäres oder ambulantes Krankengut, Dauer der Erkrankung, Jahreszeit und vor allem Leistungsfähigkeit des Labors. Unter optimalen Voraussetzungen gelingt es heute, das infektiöse Agens in ca. 50 bis 60 Prozent nachzuweisen, 40 bis 50 Prozent bleiben ätiologisch ungeklärt (1; 4; 5). Es besteht gar kein Zweifel, daß *E. coli* die am häufigsten eruierte Durchfallsursache bei der Reisediarrhöe darstellt (1; 3; 7). Bei endemischen infektiösen Diarrhöen spielen neben Viren (Rotaviren) unbestritten Salmonellen und *Campylobacter* eine zunehmende Rolle (4; 5), wohl auch *Yersinia*-Infektionen, obwohl dies nicht in allen Studien gesehen wurde (5). Das Erregerspektrum ist unbestritten ständig im Wandel. Bemerkenswert ist eine Publikation aus der Kinderklinik und dem Hygiene-Institut der Universität Freiburg, bei der der Mitverfasser des Kommentars (Dr. Kist) Koautor ist (2): Dort wird zusammengefaßt gesagt, daß der überwiegende Teil der Durchfallserkrankungen bisher der ätiologischen Diagnose entgeht und daß an der Spitze der bekannten Ursachen, besonders im Kleinkindesalter, die Rotaviren, gefolgt von *E. coli*, Salmonellen und *Campylobacter jejuni/coli* stehen.

Bezogen auf die Durchfälle, die ärztlicher Diagnostik bedürfen, spielen einmalige akute Durchfallsepisoden, die nach vier Tagen spätestens abklingen, unabhängig von ihrer Ätiologie keine Rolle. Sowohl aus klinischer Sicht als auch vom Standpunkt der Kosten-Nutzen-Analyse sind für diese kurzzeitigen, selbstlimitierenden Durchfälle Stuhluntersuchungen auf pathogene Keime in keiner Weise gerechtfertigt (1; 8). Die Diagnostik beginnt dann, wenn Durchfallsepisoden länger anhal-

ten und/oder Komplikationen wie blutige Durchfälle auftreten, womit bereits ein Teil der Shigellen-, Salmonellen- und *Campylobacter*-Infektionen frühzeitig erfaßt werden. Selbstverständlich sind auch hohe Fiebertemperaturen eine Komplikation und müssen entsprechend beachtet werden.

Stuhlgewicht und Stuhlelektrolyte sind natürlich kein Ersatz für notwendige mikrobiologische Tests. Kein Kliniker wird das so verstehen. Im übrigen wäre aber zum Beispiel die Bestimmung der Stuhlelektrolyte – ohne daß dies in so einer Situation klinisch angemessen erscheint und empfohlen wird – eine sehr geeignete Methode, invasive (= malabsorptive) von nichtinvasiven (= sekretorischen) infektiösen Durchfallserkrankungen zu trennen. Stuhlgewicht und Stuhlelektrolyte zu bestimmen, sind aus verständlichen Gründen unangenehme, aber einfache, kostengünstige und für den Kliniker sehr hilfreiche Methoden, das breite Spektrum unklarer, vor allem chronischer nichtinfektiöser Durchfallserkrankungen zu differenzieren.

#### Literatur

- DuPont, H. L.; Pickering, L. K.: Diarrhea of travelers. In: Infections of the gastrointestinal tract. Plenum Medical Book Comp. New York-London (1980) 215–226 – Forster, J.; Kist, M.: Neues über Enteritiden. *Med. Welt* 34 (1983) 1073–1074 – Internationales Symposium über infektiöse Durchfallserkrankungen. Internationaler Kongreß für Chemotherapie, Florenz (1981). Chairman: K. Gyr., Basel – Jewkes, J., et al.: Aetiology of acute diarrhoea in adults. *Gut* 22 (1981) 388–392 – Loosli, J.: Epidemiologie der akuten infektiösen Diarrhöe in der Schweiz (endemische Diarrhöe). *Schweiz. Med. Wschr.* 114 (Suppl. 17) (1984) 5–6 – Riecken, E. O.: Klinik der Infektionen des Gastrointestinaltraktes – Erwachsene –. In: Infektionen des Gastro-Intestinaltraktes. Hrsg. H. Knothe, P. Naumann, E. O. Riecken, H. Schönfeld, Editiones „Roche“, Basel (1978) 75–94 – Steffen, R.: Epidemiology of traveller's diarrhoea. *Scand. J. Gastroenterol.* 18 (Suppl. 84) (1983) 5–17 – Volkeimer, G.: Enterale Infekte und Parasitosen. *Diagnostik* 12 (1983) 8

Professor Dr. med.  
Roland Wanitschke  
I. Medizinische Klinik und  
Poliklinik der Universität  
Langenbeckstraße 1  
6500 Mainz

## Gastrointestinale Polypose mit orokutaner Hamartomatose (Cowden-Syndrom)

1962 beschrieben Lloyd und Dennis erstmals ein Krankheitsbild, bestehend aus multiplen orokutanen Hamartomen, einer Struma, einer Mastopathia cystica sowie einer gastrointestinalen Polypose unterschiedlicher Histologie.

Inzwischen ist eine Vielzahl ähnlich gelagerter Fälle publiziert worden, wobei zusätzlich noch Schilddrüsen- und Mammakarzinome, Larynx- und Zungenpapillome sowie vereinzelt Kolonkarzinome gefunden wurden.

Das Krankheitsbild scheint autosomal dominant vererbt zu werden. Einer unlängst von Starink, Amsterdam, veröffentlichten Zusammenstellung zufolge sind bislang 87 Fälle in der Literatur mitgeteilt worden.

Kennzeichnend sind die mukokutanen Veränderungen mit Trichilemmomen im Gesichtsbereich, einer akralen Keratose und oralen Papillomen. Die polypoide Hyperplasie setzt sich im Pharynx und Tonsillenbereich fort, im gesamten Verdauungstrakt lassen sich kleine Polypen nachweisen, die zum Teil als entzündlich-hyperplastisch, zum Teil als ganglioneuromatös klassifiziert wurden.

Die Neigung zu Karzinomen im Bereich von Schilddrüse, Mamma und weiblichem Genitale macht eine diesbezügliche Überwachung erforderlich. W

Gorenssek, M.; Matko, I.; Skralovnik, A.; Satler, J.; Jutersek, A.: Disseminated hereditary gastrointestinal polyposis with orocutaneous hamartomatosis. *Endoscopy* 16:59–63, 1984

University Clinical Center, Ljubljana, Jugoslawien

Starink, Th., M.: Cowden's disease: analysis of fourteen new cases.

Department of Dermatology, Free University Hospital, 1007 Amsterdam

*J. Am. Acad. Dermatol.* 11: 1127–1141, 1984