

064-016 Bauchschmerz bei Kindern und Jugendlichen – Bildgebende Diagnostik

Vorbemerkung:

Bauchschmerzen gehören zu den häufigsten Symptomen im Kindesalter (1). Zwischen akuten und chronischen Beschwerden muss unterschieden werden. Übergänge zwischen beiden Formen sind möglich.

Der akute Bauchschmerz ist ein Symptom des akuten Abdomens. Für die Differentialdiagnostik sind begleitende Symptome wegweisend. Neben der klinischen Untersuchung und Labordiagnostik dient die bildgebende Diagnostik der Sicherung der Diagnose und erlaubt eine rasche Entscheidung für oder gegen eine Operation (2).

Die Ultraschalluntersuchung (US) des Abdomens einschließlich des Retroperitonealraumes ist die initiale bildgebende Methode und erlaubt in vielen Fällen des akuten Abdomens die definitive Diagnose und stellt die Indikation zur Behandlung; dabei sollen Pericard und basaler Pleuraspalt sowie basale Lunge mit beurteilt werden. Weitere Schritte der bildgebenden Diagnostik sind konventionelles Röntgenbild (Rö), Computertomographie (CT) mit größen-, gewichts- und altersbezogenen Niedrigdosis-Protokollen, Magnetresonanztomographie (MRT). Sind anatomische oder funktionelle Veränderungen nicht erkennbar, dann ist z.B. eine metabolische Genese der Bauchschmerzen auszuschließen.

Bei chronischen Bauchschmerzen sind solche mit strukturellem oder biochemischem Korrelat von funktionellen Beschwerden zu unterscheiden. Diese können in vier Krankheitsentitäten eingeteilt werden: Funktionelle Oberbauchbeschwerden, Reizdarm, abdominelle Migräne, funktionelle Bauchschmerzen im Kindesalter. Diese Krankheiten sind durch typische Symptome charakterisiert, müssen aber im Sinne einer Ausschlussdiagnostik von strukturellen Erkrankungen differenziert werden. Hier sind Warnsymptome („red flags“) zu beachten, die eine weiterführende Diagnostik (zum Beispiel Laboruntersuchungen, Endoskopie) oder eine Bildgebung erforderlich machen (1).

Empfehlung 1

Die Ultraschalluntersuchung des Abdomens **soll** als Methode der Wahl bei erforderlicher Bildgebung im Rahmen von Bauchschmerzabklärungen eingesetzt werden.

Starker Konsens. 10/10

Empfehlung 2

Die weiterführende Bildgebung mit Röntgen, Durchleuchtung bzw. MRT **soll** individuell entschieden werden.

Starker Konsens. 10/10

Empfehlung 3

In Einzelfällen **kann** die Computertomografie mit dosisreduzierten Protokollen als Problemlöser eingesetzt werden.

Versionsnummer: 5.0

Erstveröffentlichung: 03/2011

Überarbeitung von: 04/2023

Nächste Überprüfung geplant: 06/2026

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online

Starker Konsens. 9/10

Empfehlung 4Bei chronischen Bauchschmerzen und sog. Red flags **soll** die Bildgebung nicht verzögert werden.

Starker Konsens. 10/10

Die nachfolgende Tabelle enthält wichtige Differentialdiagnosen, erhebt aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Fragestellung	Bildgebung	Kommentar
Perforation/Ileus	US/Rö.	Rö. in Linksseitenlage (horizontaler Strahlengang) ausreichend, Beachte Besonderheiten in der Neonatologie (ap) Ggf. CT MRT statt CT, wenn möglich
Appendizitis	US	Weiterführend ggf. CT bei unklarem US/Komplikationen MRT statt CT, wenn möglich
Invagination	US	Desinvagination sonografisch gesteuert
Volvulus	US + FKDS Rö. Abdomen ap	Ggf. MDP CAVE: Diagnose bildgebend nicht immer zu sichern!
Enteritis/Enterocolitis	US	in der Regel Bildgebung nicht erforderlich
Chron. entzündliche Darmerkrankung	US + FKDS MRT mit Darmdistension	Darmwandbeurteilung erforderlich; Rö.-Kontrastmittelverfahren nicht zielführend
Chron. Obstipation	US	Ggf. Kolon-Kontrasteinlauf i. A. von Vordiagnostik (bei V.a. M. Hirschsprung)
Chron. periumbilikaler Bauchschmerz	US	In der Regel kein organisches Korrelat
Cholezystitis/-lithiasis	US	
Gallenwegserkrankung	US	MRT/MRCP bei Komplikation/Fehlbildung (z. B. Choledochuszyste)
Pankreatitis	US	Ggf. MRT/CT bei Komplikationen/Fehlbildung Ggf. CEUS (off label use)
Harnwegserkrankung		Siehe Leitlinien Hämaturie, Harnwegsinfektion, Harntraktdilatation
Leistenhernien	US	US bei unklarem Befund. Bei Verdacht auf Inkarzeration OP nicht verzögern.

Ovarialzyste / -torsion	US	mit gefüllter Harnblase Weiterführend ggf. MRT bei unklarem US/Komplikation
Akutes Scrotum	US + FKDS	Gefäßdarstellung; CAVE – OP nicht verzögern
Trauma	US + FKDS	Ggf. CT/MRT, Ggf. Kontrastmittelultraschall i.v. (CEUS, Off label use)
Tumor	US + MRT	Siehe Leitlinie (z.B. Protokolle GPOH)
Röntgendichter Fremdkörper	Röntgen-Untersuchung von Epipharynx bis Symphyse	Durchleuchtungsbild mit LIH oder digitale Aufnahme mit sehr niedriger Dosis meist ausreichend. eingebildet auf Pharynx/Oesophagus bzw. Magendarmtrakt CAVE Perforationen durch mehrere Magnete, durch Knopfbatterien Ggf. vergleichend Fremdkörpermaterial zuvor röntgen