



**Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung
(GPGE)**

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 068/005	Entwicklungsstufe:	1	nicht aktualisiert
---------------------------------	--------------------	---------------------------	----------	---------------------------

Erbrechen

1. Definition

Erbrechen ist die antiperistaltische Entleerung von Mageninhalt aus dem Mund. Es ist von Speien (Spucken von kleinen Mengen) und Rumination (Wiederkäuen und Aufstoßen) zu unterscheiden. Erbrechen ist keine eigenständige Erkrankung, sondern nur ein Symptom bei ätiopathogenetisch differenten Krankheitsbildern.

2. Leitsymptom

Erbrechen kann als einziges Symptom oder in Kombination mit anderen Krankheitserscheinungen (Fieber, Schmerzen, Exsikkose, Durchfall, Kopfschmerzen u.a.) bei einem kaum oder stark beeinträchtigtem Kind auftreten. Es kann eine harmlose Begleiterscheinung, aber auch ein ernstes Leitsymptom darstellen. Das Alter des Kindes (junger Säugling, Kleinkind, größeres Kind), die Art des Erbrechens (schwallartig, schlaff, seine zeitliche Beziehung zu den Mahlzeiten, die Art des Erbrochenen (gallig, blutig, Hämatin-, Koterbrechen) und der Grad der Beeinträchtigung sowie die Begleitsymptome ergeben wichtige Hinweise für differentialdiagnostische Maßnahmen. Weiterhin ist der zeitliche Ablauf (unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme oder im Nüchternzustand) und die Unterscheidung des akuten vom chronischem Erbrechen hinsichtlich der ätiologischen Zuordnung und weiterführenden Diagnostik bedeutsam. Die individuelle Bereitschaft zum Erbrechen ist sehr unterschiedlich.

3. Diagnostik

Die indizierte Diagnostik ist gezielt aufgrund von Anamnese, Alter des Kindes und Begleitsymptomen einzusetzen. Dabei ist eine stufenweise Ausschlußdiagnostik anzustreben.

- 3.1** Erbrechen bei Infektiösen Erkrankungen (z.B. Gastroenteritis, Pyelonephritis, Meningoenzephalitis, Otitis, Virusinfekte, Infektionen der oberen Luftwege u. a.): Entzündungsparameter, Infektionserreger.
- 3.2.** Erbrechen bei Erkrankung des Magen-Darm-Traktes (z.B. Fehlbildungen, Achalasie, gastroösophagealer Reflux, spastisch-hypertrophe Pylorusstenose, Ileus, chronisch entzündliche Darmerkrankung, Zöliakie, Appendizitis, Invagination, Pankreatitis,

Hepatitis, Kuhmilchproteinintoleranz, Tumoren u.a.):

Angeborene Fehlbildung: Röntgenabdomenübersichtsaufnahme, ggf.

Röntgendiagnostik mit wasserlöslichem Kontrastmittel

Gastroösophagealer Reflux: s. entsprechende Leitlinie

Bluterbrechen: Endoskopie

spastisch-hypertrophe Pylorusstenose: Sonographie.

Ileus: Rö.-Abdomenübersicht, Sonographie.

Chronisch entzündliche Darmerkrankung: Endoskopie, Sonographie, Radiologie,

Entzündungsparameter, Antikörper (ASCA, ANCA, PAK, BAK)

Zöliakie: Malabsorptionsparameter (u. a. Eisenstatus, Gesamteiweiß, Albumin, Gliadin

IgA, Gliadin IgG, Endomysium-Antikörper

Appendizitis: Sonographie

Invagination: Sonographie

Pankreatitis: Pankreasenzyme, Sonographie, ggf. kontrastmittelverstärkte CT

Kuhmilchproteinintoleranz: Oraler Provokationstest

3.3. Erbrechen bei Erkrankungen des ZNS (z. B. Meningoencephalitis, Trauma, Tumor, Hydrozephalus, Hirnödem; Leitsymptome: Bewußtseinsbeschränkung, meningitische Zeichen, Krämpfe, Paresen):

Augenhintergrundsbeurteilung, Sonographie beim Säugling mit offener Fontanelle, CT, MRT, Lumbalpunktion.

3.4. Erbrechen bei Stoffwechselerkrankungen (z.B. Salzverlust bei AGS, urämisches Koma, Galaktosämie, Fruktoseintoleranz, Organoazidurien, CDG, Störungen des Harnstoffzyklus und der Fettsäureoxidation): Elektrolyte, Blutzucker, Ketonkörper, Säure-Basen-Haushalt, Harnstoff, Kreatinin, Lactat, Pyruvat, Transaminasen, AT III, Ammoniak, organische Säuren im Urin - siehe Leitlinien: Stoffwechselerkrankungen.

3.5. Erbrechen bei exogenen Vergiftungen oder medikamentöser Therapie (z. B. Nahrungsmittel, Medikamente, Pflanzen, Pilze, Zytostatika):

Hinweisende Anamnese, Urin und Blut sowie Mageninhalt auf Fremdstoffe und Metabolite.

3.6. Erbrechen ohne organische und metabolische Ursachen (habituelles Erbrechen, nervöses Erbrechen, Ärophagie, Anorexia nervosa, zyklisches Erbrechen):

Bei dringlichem Hinweis und Ausschluß anderer Ursachen psychologische Diagnostik.

4. Therapie:

4.1. Kausale Behandlung

Die Therapie der Grunderkrankung, die das Erbrechen auslöst, steht im Vordergrund. Sie bestimmt die Art und Weise der Behandlung.

Das Spektrum der kausalen Behandlung reicht von der

- antibiotischen Behandlung (Infektionen, Meningitis) über
- operative Eingriffe (Fehlbildungen, spastische hypertrophe Pylorusstenose, Ileus, Appendizitis, etc.),
- diätetische Maßnahmen (Kuhmilchproteinintoleranz, Stoffwechselerkrankungen, Zöliakie),
- Giftelimination oder Antidotgabe (exogene Vergiftungen) bis zur
- Psychotherapie (nervöses Erbrechen, Anorexia nervosa)

4.2. Behandlung der begleitenden Wasser- und Elektrolytstörungen:

Das Ziel der symptomatischen Therapie ist die Korrektur von Wasserverlust, Mineralverschiebung, Azidose, Alkalose. Bei rezidivierendem Erbrechen ohne Dehydratation und möglicher oraler Aufnahme sind häufigere kleine, bei Acetonurie kohlenhydratreiche, Mahlzeiten empfehlenswert.

Bei wenig ausgeprägtem Erbrechen (Begleiterbrechen bei infektiösen Erkrankungen) ist die häufige orale Zufuhr in kleinen Portionen oder die kontinuierliche nasogastrale Flüssigkeitszufuhr von Glukose-/Elektrolytlösungen (orale Rehydratationslösungen) sinnvoll. Bei stärkerem Erbrechen mit Dehydratation ist eine kontinuierliche intravenöse Rehydratation mit Glukose-/Elektrolytlösungen erforderlich. Die Infusionsmenge setzt sich zusammen aus dem Grundbedarf (1800 ml/m²/Tag; bei Säuglingen 120 - 140 ml/kg/Tag, bei Kleinkindern 80 -100 ml/kg/Tag) und dem geschätzten Flüssigkeitsverlust (mittelschwere Exsikkose -- 5 - 10 % Gewichtsverlust = 50 - 100 ml/kg KG. Initial sollte eine isotone Lösung verabreicht werden (Ausnahme: hypertone Dehydratation). Der Elektrolytausgleich richtet sich im weiteren nach der Art der Dehydratation (hypoton, isoton, hyperton).

Eine nasogastrale Ablaufsonde kann bei häufigem Erbrechen sinnvoll sein.

4.3. Medikamentöse Therapiemaßnahmen:

Zur Dämpfung des Brechreizes können Sedativa und Antiemetika eingesetzt werden. Sie ersetzen nicht die Behandlung der Grundkrankheit.

Sedierung:

Promethazin: 1 mg/kg KG (1Tr.=1mg)

Levomepromazin: 1 mg/kg/Tag in 3 Einzeldosen (1 Tr. = 1 mg)

Antiemetika:

Dimenhydrinat Supp.

Supp. 40 mg - Kleinkind 80 mg - Schulkind

Prokinetika:

Prokinetika (Metoclopramid, Cisaprid) dürfen nur bei strenger Indikation eingesetzt werden; vor Cisapridgabe EKG zum Ausschluss eines long QT-Syndroms und Extraaufklärung der Eltern über die Gefahren!

Serotoninantagonisten:

Ondansetron bei Zytostatikamedikation: 5 mg/m² iv über 15 min
danach oral 4 mg alle 12 h, evtl. mit Dexamethason.

Verfahren zur Konsensbildung:

Es wurde eine Expertenkommission gebildet, die sich speziell mit dem Thema befasst. Darüber hinaus wurde die Leitlinie vom Vorstand und Beirat diskutiert, bearbeitet, zur Überarbeitung an die Autoren zurückgegeben und nach Akzeptanz durch den Beirat und Vorstand den Mitgliedern bei der Mitgliederversammlung vorgestellt. Nach einer Einspruchsfrist wurde die Leitlinie als akzeptiert betrachtet.

Autoren:

N. Bannert, J. Henker

Erstellungsdatum:

April 2002

Überarbeitung:

Überprüfung geplant:

April 2004

Zurück zum [Index Leitlinien Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung \(DPGE\)](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: April 2002

© *Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung*

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 27.09.2004; 11:11:52