

DIOS bei Mukoviszidose

Das **D**istale **I**ntestinale **O**bstruktions**S**yndrom (DIOS; mechanischer [sub-] Ileus) bedeutet, dass der Darm durch verhärteten, verklebten fettigen Stuhl verlegt wird, so dass ein vollständiger Verschluss des Darms droht. Tritt dies ein, kann der Darm perforieren. Ein DIOS tritt meist im Abschnitt des distalen Ileum und Zökum auf.

Das DIOS kann bei Mukoviszidose-Patient*innen (Cystische Fibrose, [CF]) akut auftreten. Manche Menschen leiden an einem chronischem DIOS. Wenn bereits zwei Tage Stuhlauffälligkeiten oder kein Stuhlgang erfolgt, muss eine CF-Spezialambulanz aufgesucht oder informiert werden. Treten die genannten Symptome akut auf, ist eine sofortige stationäre Aufnahme in eine Klinik mit Erfahrung in der Behandlung von CF zu empfehlen.

Symptome:

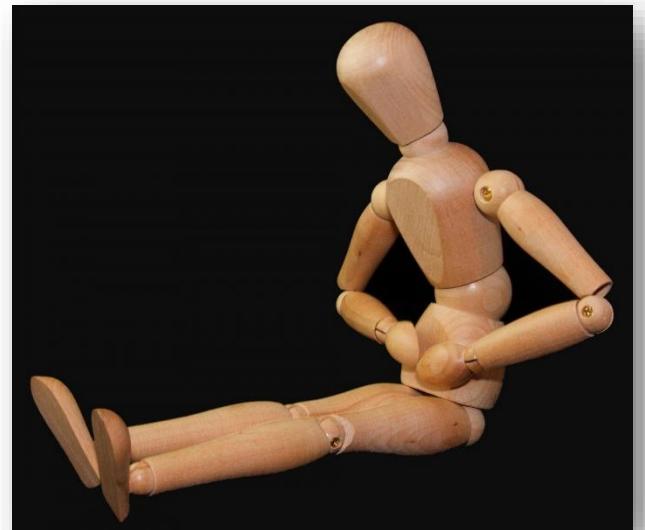
- Rechtsseitig betonte, kolikartige Bauchschmerzen, Stuhlverhalt und Emesis

Diagnostik:

- Bei eindeutiger Klinik nicht erforderlich
- Labor: Blutbild, CRP, Elektrolyte, Blutgase, Blutzucker, Kreatinin
- Sonographie Abdomen (Ausschluss Appendizitis, Invagination,...)
- Ggf. Röntgen: Abdomenübersicht im Stehen oder Seitenlage (Frage: Spiegelbildung? Perforation?)

Prognose:

- Fast immer konservativ beherrschbar
- CAVE: Rezidivgefahr - deshalb ausführliche Schulung über Prävention, Symptome und Therapie



Therapie:

- Anterograde Spülung (in der Regel per nasogastraler Sonde) mit Macrogol (z. B. Klean-Prep®) 10-20ml/kg/h, nach spätestens 4 h klinische Reevaluation
- Rektale Spülung (Schwenkeinläufe in Linksseitenlage) mit NaCl 0,9 % oder Macrogol 500-1500 ml initial und alle 6-8 h
- Venenverweilkanüle und Infusion (CAVE: Hyponatriämie und Hypoglykämie)
- Bedarfsorientierte Analgesie und Antiemese
- Kontrolle BGA, BZ, E'lyte nach ca. 24h
- Evtl. chirurgische Intervention bei ausgeschöpften konservativen Maßnahmen (starke Schmerzen, Erschöpfung, anhaltendem Erbrechen)
- Therapiedauer: meist 2-3 Tage, bis zum Absetzen von klarer Flüssigkeit in Verbindung mit sistieren der Koliken (meist große Mengen alten Stuhlgangs, Kotballen, dann wässriger Stuhlgang vermischt mit Lavageflüssigkeit)

Literatur:

- A. Munck, C. Alberti, et al.: International prospective study of distal intestinal obstruction syndrome in cystic fibrosis: associated factors and outcome. J Cyst Fibros. 2016 Feb 23. pii: S1569-1993(16)00014-X. doi: 10.1016/j.jcf.2016.02.002.
- D. Declercq, S. Van Biervliet, E. Robberecht: Nutrition and pancreatic enzyme intake in patients with cystic fibrosis with distal intestinal obstruction syndrome. Nutr Clin Pract. 2015 Feb;30(1):134-7. doi: 10.1177/0884533614551838. Epub 2014 Oct 6.
- M. Lavie, T. Manovitz, et al.: Long-term follow-up of distal intestinal obstruction syndrome in cystic fibrosis. World J Gastroenterol. 2015 Jan 7;21(1):318-25. doi: 10.3748/wjg.v21.i1.318.
- C. Colombo, H. Ellemunter, R. Houwen, A. Munck, C. Taylor, M. Wilschanski: Guidelines for the diagnosis and management of distal intestinal obstruction syndrome in cystic fibrosis patients. J Cyst Fibros. (2011) Jun;10 Suppl 2:S24-8. Review.
- S. Demeyer, K. de Boeck, K. Cosaert: Beyond pancreatic insufficiency and liver disease in cystic fibrosis. European Journal of Pediatrics, July 2016, Volume 175
- C. Castellani, et al.: ECFS best practice guidelines: the 2018 revision. Journal of Cystic Fibrosis 17 (2018) 153-178
- https://www.muko.info/fileadmin/user_upload/mediathek/erkrankung/broschuere_notfaelle.pdf
[Zugriff am 12.10.2020, 08:40]

Bilder:

Bauchschmerzen: <https://pxhere.com/de/photo/481923> [Zugriff am 12.10.2020, 08:40]

WC: <https://pxhere.com/de/photo/829825> [Zugriff am 12.10.2020, 08:45]