



GAISSACHER ÄRZTE-JOURNAL

ZEITSCHRIFT FÜR DIE THERAPIE CHRONISCHER
ERKRANKUNGEN IM KINDES- UND JUGENDALTER



Säuglingskoliken („Colicky infants“)

Seite 14

14.-16. März 2014
25. Gaißbacher Tage

Hyposensibilisierung in der Praxis • Diagnostik, Prävention und Therapie der Nahrungsmittelallergie • Stationäre Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) • Triple P in der Fachklinik Gaißach – positive Erziehung bei ADHS • Molekulare Allergiediagnostik

Säuglingskoliken („Colicky infants“)

Klinische Präsentation, mögliche Ursachen und Therapieoptionen

Univ.Prof. Dr. Reinhold Kerbl, Landeskrankenhaus Leoben, Abteilung für Kinder und Jugendliche

Sogenannte „Säuglingskoliken“ (auch als „Dreimonatskoliken“ bezeichnet) stellen ein sehr häufiges Problem dar. Typischerweise kommen die Eltern mit ihrem Baby zum Kinderarzt, weil dieses anhaltend schreit, herumquengelt, die Beine anzieht, und die Eltern das Gefühl haben, dass das Baby Schmerzen hat (Abb. 1). Die Eltern haben zu diesem Zeitpunkt in der Regel schon alle möglichen Versuche unternommen, das Baby zu beruhigen (Herumtragen, Klopfen, Stillen bzw. Flasche, z. B. mit Fencheltee), manchmal sind sie sogar mit dem Auto herumgefahren, um das Baby zu beruhigen. Es wird dann oft berichtet, dass „das jeden Tag so geht“, und die Verzweiflung der Eltern ist oft groß. Manchmal besteht auch die Gefahr, dass Eltern ihr Kind in dieser Situation schütteln und auf diese Weise ein Schütteltrauma erzeugen.



Abb. 1

Typische klinische Präsentation mit anhaltendem „schmerzhaftem“ Schreien, motorischer Unruhe und Anziehen der Beine

Definition „Colicky baby“

Naturgemäß ist die Toleranz der Eltern für derartige Unruhe- und Schreiepisoden sehr unterschiedlich. Insbesondere junge und „Ersteltern“ sind durch diese Episoden eher beunruhigt, während erfahrene Eltern und insbesondere Großmütter dieses Verhalten oft als „normal“ ansehen.

Um das subjektive Empfinden möglichst zu eliminieren, wurde 1954 von Wessel et al. in Pediatrics eine Definition publiziert, die bis heute Gültigkeit findet

und zwischen „Wessel Koliken“ und „non-Wessel Koliken“ unterscheidet.

Gemäß dieser Definition spricht man von Wessel Koliken dann, wenn ein Baby zumindest an drei Tagen der Woche zumindest drei Stunden schreit bzw. „herumquengelt“, seltenere Ereignisse werden als non-Wessel Koliken bezeichnet.

Höchst unterschiedliche Prävalenz

Verschiedene Studien zeigen höchst unterschiedliche Prävalenzen für das Auftreten von Säuglingskoliken.

So gibt eine skandinavische Studie (Canivet et al., 2002) die Prävalenz insgesamt mit 9,4 % an, wobei allerdings nur 2,3 % die Kriterien der Wessel Koliken erfüllen.

Im Gegensatz dazu nannte eine türkische Studie (Ciftci et al., 2007) eine Gesamtprävalenz von 75,8 %, wobei immerhin 51,1 % als „Wessel Babies“ eingestuft wurden.

Schließlich gab eine iranische Studie (Talachian et al., 2008) an, dass 20,4 % aller Säuglinge die Wessel-Kriterien erfüllen.

Es bleibt spekulativ, ob eine genetische bzw. ethnische Ursache zu den höchst unterschiedlichen Häufigkeiten beiträgt. Denkbar sind durchaus auch unterschiedliche Praktiken der Säuglingspflege (u. a. die Ernährung betreffend), aber auch eine temperamentsbedingte unterschiedliche subjektive Wahrnehmung.

Spekulationen über die Genese von Säuglingskoliken

Bis heute ist die eigentliche Ursache der Säuglingskoliken ungeklärt. Lange

Zeit war man sich auch nicht klar darüber, ob es sich um ein anatomisches oder ein funktionelles Problem handelt. So wurden Säuglingskoliken u. a. mit „Pylospasmus“ in Verbindung gebracht und spasmolytisch behandelt.

Zahlreiche Arbeiten betrachten Säuglingskoliken in erster Linie als „Verhaltensproblem“ und teilweise als ein Durchgangsstadium der frühkindlichen Entwicklung, wobei vielfach auch die Mutter-Kind-Interaktion ins Spiel gebracht wird.

Andere Publikationen sehen in erster Linie ein „Ernährungsproblem“ als Ursache. Diese Hypothese wird gestützt durch die Beobachtung, dass Säuglingskoliken bei nicht gestillten Babies etwa doppelt so häufig auftreten wie bei gestillten. Manche dieser Arbeiten stellen auch eine mögliche „allergische Genese“ (z. B. durch bovines IgG) zur Diskussion.

Schließlich interpretieren viele Berichte Säuglingskoliken auch als ein „Luft- bzw. Gasproblem“, weil bei „colicky babies“ nicht selten ein meteoristisches Abdomen beobachtet wird.

Wie uneinheitlich die Sichtweise über die Genese von Säuglingskoliken ist, zeigt auch eine Umfrage unter österreichischen Kinder- und JugendärztInnen. Anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung wurden 200 PädiaterInnen zu diesem Thema befragt und lieferten ein höchst heterogenes Ergebnis (Abb. 2)

Natürlicher Verlauf von Säuglingskoliken

Bei der Mehrzahl der Fälle sind Säuglingskoliken selbstlimitierend und verschwin-

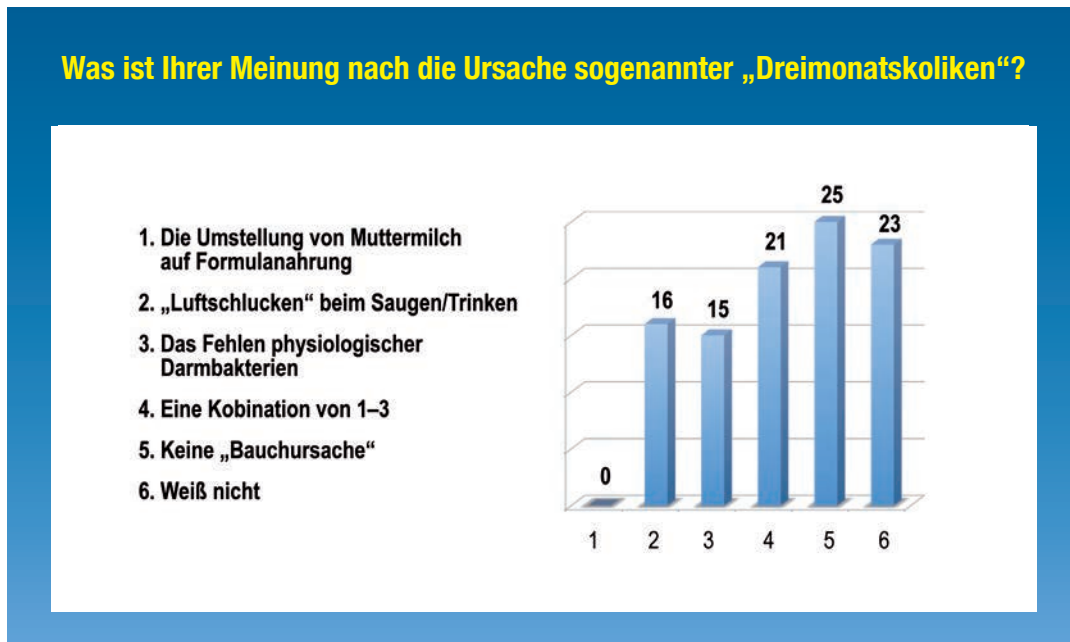


Abb. 2: Sichtweise über die Genese von Säuglingskoliken (erhoben unter 200 Kinder- und JugendärztInnen im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung in Seggau, Österreich, 2011).

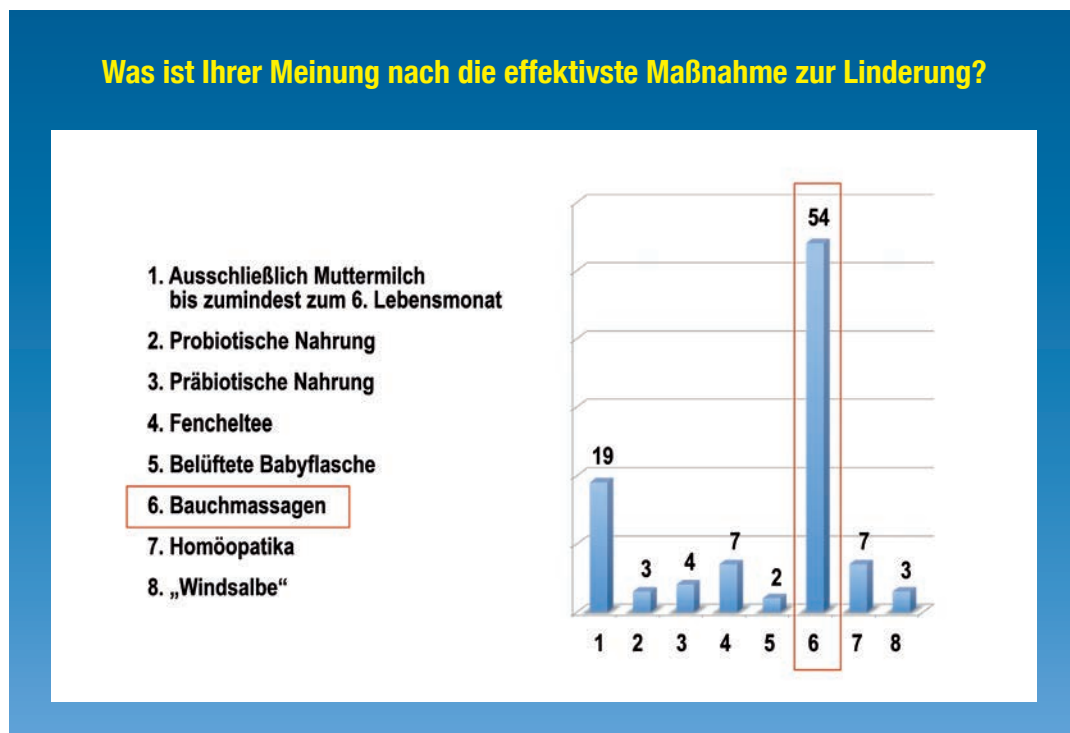


Abb. 3: Sichtweise über die wirkungsvollste Therapiemaßnahme für Säuglingskoliken (erhoben unter 200 Kinder- und JugendärztInnen im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung in Seggau, Österreich; 2011).

den charakteristischerweise im Alter von drei bis sechs Monaten („Dreimonatskoliken“). Allerdings gibt es auch Berichte, dass „colicky infants“ auch im weiteren Leben zu bestimmten Proble-

men neigen. So beschrieb eine finnische Studie (Rautava et al., 1995) in betroffenen Familien auch drei Jahre später noch erhöhte psychische Belastung und vermehrten Bedarf von Familienbetreu-

ung. Eine schwedische Studie (Canvet et al., 2000) zeigte bei betroffenen Kindern vier Jahre später noch gehäuft negative Emotionen, vermehrt Essprobleme und Ma-

Fortsetzung auf Seite 16

Vergleich einer konventionellen Babytrinkflasche und einer Trinkflasche mit Bodenbelüftung

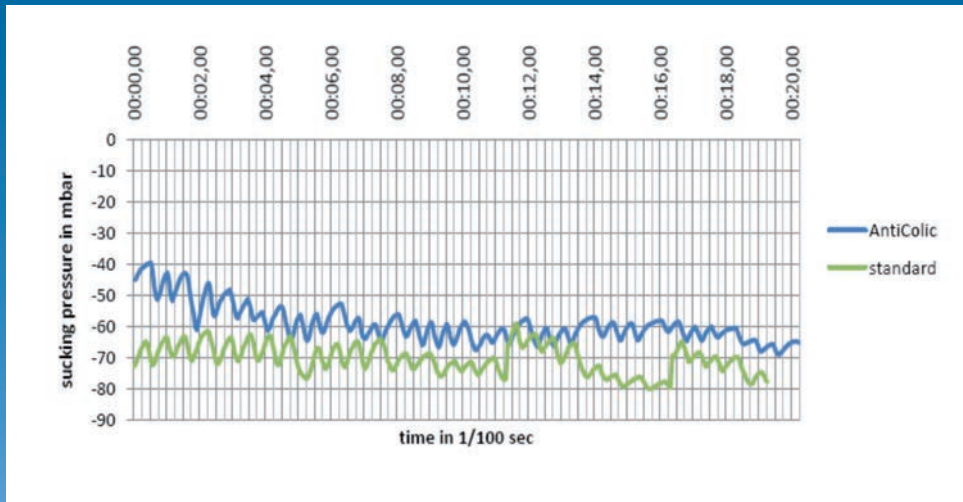


Abb. 4: Vergleich einer konventionellen Babytrinkflasche (grüne Kurve) und einer Trinkflasche mit Bodenbelüftung (blaue Kurve). Beim Trinken von der konventionellen Flasche ist nicht nur der negative Munddruck (gemessen in mbar über Drucksensor im Trinksauger) negativer, es zeigen sich auch immer wieder (hier bei ca. 11 und 17 Sekunden) Phasen des (partiellen) Druckausgleichs (durch Mundöffnen und Lufteinlassen).

genschmerzen. Eine Studie aus Denver/Colorado (Neu et al., 2002) zeigte schließlich, dass bei Schuleintritt die vormals betroffenen Kinder zwar als „gesund“ eingestuft werden konnten, dass sie aber in bestimmten Situationen noch immer zu inadäquaten Stressreaktionen neigten.

Therapieoptionen für Säuglingskoliken

Ebenso heterogen wie die beschriebenen potenziellen Ursachen für Säuglingskoliken sind die empfohlenen Maßnahmen. Die wesentlichen

Faktoren in der Behandlung scheinen Geduld und Zeit zu sein, da sich das Problem fast immer früher oder später selbst löst.

Allerdings sind das Schreien und Quengeln sowie das scheinbare Vorliegen von Schmerzen für viele Eltern derart belastend, dass sie mit

Verlauf verschiedener für Säuglingskoliken typischer Symptome

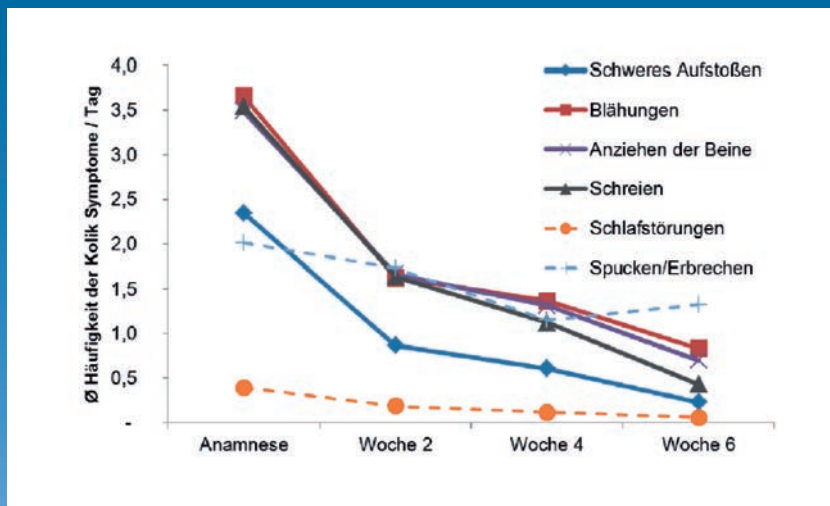


Abb. 5: Verlauf verschiedener für Säuglingskoliken typischer Symptome (abgefragt durch standardisiertes semi-strukturiertes Telefoninterview zu den Zeitpunkten 0, 2, 4 und 6 Wochen).

großer Vehemenz nach einer „sofortigen Therapie“ suchen bzw. verlangen.

Herumtragen, Wippen im Kinderwagen, im Auto Herumfahren, Rücken klopfen und Bauchmassagen (z.T. mit „Windsalbe“) sind vielfach von Bekannten oder Verwandten empfohlene Maßnahmen. Die Wirksamkeit derartiger Interventionen mag oft auch auf die Befriedigung darüber zurückzuführen sein, „etwas getan zu haben“.

Nahrungsumstellung und Gabe von Fencheltee stellen einen Versuch dar, eventuelle nahrungsmittelbedingte Imbalancen zu beseitigen, auch dabei ist der Placebo-Effekt nicht zu unterschätzen. Zuletzt wurden auch Prä- und Probiotika als mögliche Therapie genannt, allerdings fehlt auch dafür noch ein objektiver Wirknachweis.

Schließlich wird – unter der Annahme eines „Gasproblems“ – häufig Simethicon therapeutisch angewandt.

Auch dessen Effektivität ist nicht bewiesen, die Substanz hat jedoch zumindest den Vorteil, nebenwirkungsfrei zu sein.

Weitere Therapieansätze sind homöopathische und andere komplementärmedizinische sowie psychotherapeutische Interventionen (Ambulanzen für „Schreibabibes“ etc.).

Wie unterschiedlich selbst die Sichtweise von „Professionisten“ ist, zeigt wiederum die

Umfrage unter 200 österreichischen Kinder- und JugendärztInnen (Abb. 3). Allerdings wurde dort mit großer Mehrheit die „Bauchmassage“ als wirkungsvollste Maßnahmen eingestuft.

Eigene Untersuchungen

Unter der Hypothese, dass „Luftschlucken“ einen entscheidenden Anteil an der Genese von Säuglingskoliken haben könnte, wurde von unserer Arbeitsgruppe der Wirkmechanismus einer speziellen Babyflasche untersucht.

Zu diesem Zweck wurde in einem ersten Schritt das Trinkverhalten gesunder Säuglinge bei Verwendung zweier verschiedener Trinkflaschen miteinander verglichen.

Dabei zeigte sich bei der konventionellen Trinkflasche das erwartete Verhalten: Durch das rhythmische Saugen entsteht in der Trinkflasche zunehmender Unterdruck, den der trinkende Säugling mit zunehmendem (negativen) Saugdruck beantworten muss, um einen effektiven Milchfluss zu ermöglichen. In gewissen Intervallen wird dann der Mund geöffnet, um Luft in die Flasche einströmen zu lassen (Abb. 4).

Eine damit verglichene neuere Flasche (Anti-Colic®, MAM) ermöglicht durch ein Ventil im Flaschenboden das Einströmen von Luft bei Erreichen eines bestimmten Unterdrucks. Der Säugling muss daher beim Trinken nicht absetzen um Luft einzulassen, zusätzlich strömt die Luft nicht durch die Milch nach oben, sodass auch deutlich weniger Schaum entsteht.

In einer zweiten Studienphase wurde untersucht, ob Babies vom geänderten physikalischen Verhalten der Anti-Colic®-Flasche auch „klinisch“ profitieren. Daher wurde Eltern von „colicky babies“ angeboten, diese Flasche zu verwenden. In Telefoninterviews wurden die Eltern nach zwei, vier und sechs Wochen mittels standardisiertem Fragebogen über den weiteren Verlauf befragt. Dabei zeigte sich für die abgefragten Parameter „Blähungen, Anziehen der Beine, Schreien und schweres Aufstoßen“ bereits nach zwei Wochen ein signifikanter Rückgang der beobachteten Episoden. Der Rückgang von „Spucken/ Erbrechen“ und „Schlafstörungen“ war hingegen statistisch nicht signifikant (Abb. 5).

Fazit für die Praxis

Säuglingskoliken sind ein häufiges und für die Eltern oft belastendes Problem junger Säuglinge v. a. in den ersten drei bis vier Lebensmonaten. Die Genese dieser Episoden ist nach wie vor ungeklärt. Wiewohl es sich bei den „Dreimonatskoliken“ fast immer um ein selbstlimitierendes Problem handelt, stellen die Wochen der Beschwerdesymptomatik für die Eltern eine nicht unbedeutende Belastung dar. Dies führt oft zur nachdrücklichen Forderung nach „Behandlung“. Eine solche erscheint auch deshalb angezeigt, weil Babies mit „Säuglingskoliken“ im Langzeitverlauf vermehrt zu Verhaltensauffälligkeiten bzw. Folgebeschwerden neigen.

Verschiedene Therapiemaßnahmen scheinen effektiv zu sein, wobei ein zumin-

dest partieller Placebo-Effekt für alle diese Maßnahmen wahrscheinlich ist. Eine neue bodenbelüftete Trinkflasche scheint sich für nicht (mehr) gestillte Säuglingen als kostengünstige und nebenwirkungsfreie Therapieoption anzubieten.