

Sabine Schlüssel
Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Universität München

Koautor: Prof. Dr. med. Jochen Gensichen,
Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der
Universität München

Differenzialdiagnosen von A wie Anämie bis Z wie Zöliakie

„Müde, schlapp und abgeschlagen“

Die 38-jährige Frau D. stellt sich mit seit drei Monaten bestehender ausgeprägter Müdigkeit vor. Sie kann sich vor allem am Arbeitsplatz kaum konzentrieren. Stundenlang sitzt sie vor dem Computer und starrt ins Leere. Mittlerweile befürchtet sie, dass der Chef sie aufgrund fehlender Leistung abmahnen wird.

— Gemäß aktueller Studienlage geben bei einer deutschen Bevölkerungsbefragung knapp ein Drittel aller Befragten (> 16. Lebensjahr) an, manchmal oder häufig müde zu sein [2]. Das Leitsymptom „Müdigkeit“ kann sich auf unterschiedlichen Ebenen präsentieren: emotional (als Unlust, Motivationsmangel, niedergedrückte Stimmung), kognitiv (verminderte geistige Aktivität bzw. Leistungsfähigkeit), Verhaltensaspekte („Leistungsknick“) und körperliche Aspekte (z. B. muskuläre Schwäche) [2]. Dabei kommt häufig ein bunter Strauß an Differenzialdiagnosen in Frage von A wie Anämie bis Z wie Zöliakie. Welche Schritte zur Diagnose sind sinnvoll? Wie kann der Hausarzt eine Überversorgung im Sinne der Quartärprävention vermeiden? Die wichtigsten Differenzialdiagnosen finden sich in **Tab. 1**.

Anamnese als Schlüssel zum Erfolg

Als wichtigster und erster Schritt zur Eingrenzung der zahlreichen Diagnosen erfolgt die ausführliche Anamnese: Charakteristika des Symptoms, assoziierte Beschwerden (Organsysteme abfragen), Müdigkeit neu/ungewohnt, Beeinträch-

tigung im Alltag, Schlafqualität, Medikamenteneinnahme und psychosoziale Situation. Zudem sollten mittels etablierter Fragepaare Depression und Angststörungen eruiert werden (s. **Kasten**). Auch die körperliche Aktivität und Belastung sollte abgefragt werden, da Bewegungsmangel ein häufiger Auslöser für chronische Müdigkeit ist.

Die körperliche Untersuchung sollte sich auf Abdomen, Lymphregionen, Herz, Puls/Blutdruck, Schleimhäute, Atemwege und Muskeltrophik, -kraft, -tonus und -eigenreflexe fokussieren.

Ergeben sich aus Anamnese und klinischer Untersuchung Auffälligkeiten, z. B. eine Herzinsuffizienz, wird diese mit weitergehender Diagnostik abgeklärt [2]. Die folgenden Laborparameter sollten nur bei primärer unklarer Müdigkeit erhoben werden: Blutglukose, Blutbild, Blutsenkung/CRP, Transaminasen, γ -GT und TSH.

Die sechs häufigsten Diagnosen

1. Anämie

Gemäß aktueller Studienlage besteht nur ein geringer Zusammenhang zwischen erniedrigtem Hämoglobinwert und Mü-

digkeit. Allerdings konnte eine Kausalität zwischen Eisenmangelanämie (80% aller Anämien) und Müdigkeit nachgewiesen werden. Daher sollte bei erniedrigtem Hb die Serumferritinkonzentration bestimmt werden. Der Eisenreferenzbereich ist sehr weit (♀: 15–100 ng/ml; ♂: 30–100 ng/ml). Erst ab einem Grenzwert von 100 μ g/l ist ein Eisenmangel sicher auszu-

Depression oder Angststörung?

Erste Fragen Depression [1]

1. Haben Sie sich im letzten Monat oft niedergeschlagen, schwermütig oder hoffnungslos gefühlt?
2. Haben Sie im letzten Monat oft wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten gehabt?

Erste Fragen Angststörung [1]

1. Fühlten Sie sich im Verlauf der letzten vier Wochen deutlich beeinträchtigt durch nervliche Anspannung, Ängstlichkeit, Gefühl, aus dem seelischen Gleichgewicht zu sein? Sorgen über vielerlei Dinge?
2. Hatten Sie während der letzten vier Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Angst oder Panik)?

Tab. 1 Die wichtigsten Differenzialdiagnosen nach Organsystemen (die häufigsten sind fett gedruckt, kein Anspruch auf Vollständigkeit)

Organsystem	Mögliche Diagnosen
Hämatookologie	<ul style="list-style-type: none"> • Eisenmangelanämie • Malignome
Kardiologie/Angiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Arterielle Hypotonie • Herzinsuffizienz • Pulmonale Hypertonie • Prodrom Herzinfarkt
Pulmologie	<ul style="list-style-type: none"> • COPD • Schlafstörungen (u. a. Schlafapnoe-Syndrom) • Globale Ateminsuffizienz • Sarkoidose
Gastroenterologie	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatopathie • Chronisch entzündliche Darmerkrankungen • Maldigestion/Malabsorption
Endokrinologie	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus • Hypothyreose • Hyperthyreose
Nephrologie	<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Niereninsuffizienz
Infektiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Para-/postinfektiös (z. B. EBV-Infektion)
Rheumatologie	<ul style="list-style-type: none"> • Rheumatoide Arthritis • Kollagenosen
Medikamentennebenwirkung	<ul style="list-style-type: none"> • Psychopharmaka, Antihypertensiva, Opiate usw.
Neurologie/Psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> • Depressions- oder Angstsymptomatik • Psychosoziale Belastung • Suchtverhalten
Funktionelle Syndrome	<ul style="list-style-type: none"> • Irritables Kolon • Fibromyalgie • Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS) • Spannungskopfschmerz

Mod. nach [3]

schließen. Milde Formen sind asymptomatisch. Generell gilt: Jede Eisenmangelanämie sollte substituiert werden. Die Substitution bei Speichereisenmangel ohne Anämie wird kontrovers diskutiert. Eine großzügigere Indikationsstellung zur Substitution eines reinen Speichereisenmangels sollte bei Dialysepatienten, Herzinsuffizienz, Schwangeren, Hochleistungssportlern und rezidivierendem Speichereisenmangel erfolgen [4].

Liegen kein ausgeprägter Eisenmangel und keine Anämie vor, wird eine Eisen-substitution die Müdigkeit nur unwesentlich verbessern. Es sollten andere Differenzialdiagnosen erwogen werden.

2. Malignome

Beim Beratungsanlass Müdigkeit sind Malignome in unter 1% der Fälle ursäch-

lich. Zudem lassen sich praktisch in jedem Fall weitere klinische Hinweise auf die Erkrankung finden. Daher ist zu empfehlen, auf weitere Diagnostik und insbesondere Tumordiagnostik zu verzichten, sofern sich körperliche Untersuchung und laborchemische Basisuntersuchung unauffällig zeigen.

3. Hypothyreose

Müdigkeit zählt zum klassischen Symptomkomplex der Hypothyreose. Zeigt sich im Basislabor ein erhöhtes TSH (> 4 mU/l), sollte die weitere Diagnostik und Therapie gemäß DEGAM-Leitlinie „erhöhter TSH-Wert“ erfolgen.

4. Depression

Es besteht eine enge Assoziation von Depression und Müdigkeit. Bei ca. 20% al-

ler Patienten, die sich mit Müdigkeit zur Primärdiagnostik vorstellen, liegt eine Depression zu Grunde [2]. Werden die beiden Depressions-Screeningfragen verneint (s. **Kasten** auf S. 31), kann eine ausgeprägte Depression (sog. „Major“ Depression) mit hoher Sicherheit als ausgeschlossen gelten (Sensitivität von 96%).

5. Schlafstörungen

Als Leitsymptom besteht die Insomnie in Form von Ein- und/oder Durchschlafstörungen oder auch einer Hypersomnie gekennzeichnet durch ausgeprägte Tagesschläfrigkeit. In der Hausarztpraxis machen die funktionellen Schlafstörungen die größte Gruppe aus. Diese werden insbesondere durch erhöhte Anforderung, schlechte Schlafhygiene und beruflichen Stress getriggert [5] und erfordern i. d. R. keine weiterführende Diagnostik.

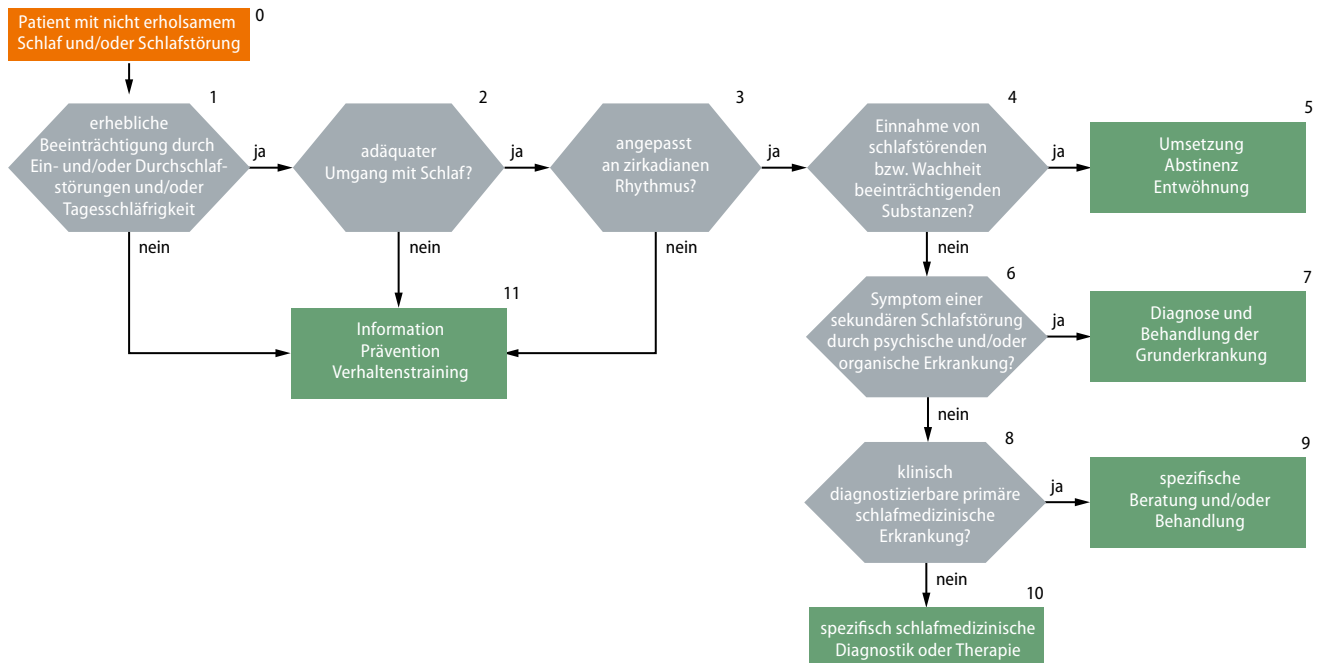
Ergeben sich in der Anamnese jedoch Hinweise auf eine spezifische Störung (s. folgende Auflistung), sollte eine Überweisung an ein Schlaflabor bzw. einen Neurologen (Wach-EEG und Polysomnografie: Zum Ausschluss organischer Schlafstörungen, z. B. periodische Beinbewegungen oder schlafbezogene Atmungsstörungen) erfolgen:

- vermehrte Tagesschläfrigkeit
 - Adipositas
 - Hypertonie, überwiegend nächtliche Herz-Rhythmus-Störungen
 - Beobachtung nächtlicher Atempausen durch den Bettpartner
 - lautes, unregelmäßiges Schnarchen
 - Libido- und Potenzstörungen
 - unruhiger Schlaf
 - morgendliche Abgeschlagenheit, diffuse, dumpfe Kopfschmerzen, Mundtrockenheit
 - unspezifische psychische Symptome wie Abgeschlagenheit, Leistungsknick.
- Ein mögliches diagnostisches Vorgehen ist im Flussdiagramm aus der S3 Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörung“ aufgezeigt (**Abb. 1**).

6. Pharmakotherapie

Müdigkeit kann eine erwünschte oder unerwünschte Therapiefolge vieler Substanzklassen sein [2]. Bei zeitlichem Zusammenhang und begründetem Ver-

Abb. 1 Algorithmus Schlafstörung



Mod. nach [7]

dacht sollte eine medikamentöse Umstellung nach Einzelfallentscheidung erwogen werden. Die folgende Auflistung hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit:

- Benzodiazepine
- Opiate

- Antidepressiva: v. a. trizyklische Antidepressiva (wie Amitriptylin und Doxepin)
- Antipsychotika: Levomepromazin, Melperon, Pipamperon, Olanzapin und Clozapin
- Antihistaminika der 1. Generation (Diphenhydramin, Dimenhydrinat, Dimetinden)
- Antihypertensiva: β -Blocker (Propranolol > Metoprolol > Atenolol), Clonidin.

Therapiebeginn, um die Kausalität zu überprüfen.

- **Literatur:** springermedizin.de/mmw
- **Title and Keywords:** "Tired, weak and exhausted" – which diagnostic steps make sense in the GP's practice?
Differential diagnosis fatigue / sleeping disorder / chronic fatigue syndrome / general medicine
- **Für die Verfasser:**
Sabine Schlüssel
Institut für Allgemeinmedizin
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München
Pettenkoferstr. 8a, D-80336 München
E-Mail: allgemeinmedizin@med.uni-muenchen.de

Kasuistik

WIE GING ES WEITER?

Die Anamnese bei Frau D. ergibt keine weiteren organbezogenen Symptome, keine B-Symptomatik und keinen Hinweis auf Schlafstörungen. Die beiden Screeningfragen nach Depression beantwortet sie positiv. Der im Anschluss durchgeführte PHQ-9-Fragebogen* ergibt einen Summenwert von elf Punkten und entspricht demnach einer leichten depressiven Symptomatik. Die weitere körperliche Untersuchung und Labordiagnostik zeigen keine Auffälligkeiten. Mit der Patientin wird die Diagnose intensiv erörtert und die weiteren möglichen Therapiestrategien werden besprochen.

* Valides Instrument zur Diagnose und Einstufung des Schweregrades einer Depression. Der Fragebogen steht im Internet zum kostenlosen Download zur Verfügung [8].

Häufige Trugschlüsse

- Häufig erfolgt primär die somatische Diagnostik und erst in einem zweiten Schritt die psychosoziale Abklärung. Ein kombiniertes Vorgehen ist sinnvoller [2].
- Bei chronischen Erkrankungen wird häufig vorschnell eine Kausalität vermutet und eine weitere Diagnostik bleibt aus. Daher ist auch bei chronischen Erkrankungen eine vollständige Abklärung empfehlenswert [2].
- Pathologische Laborwerte werden vorschnell als Ursache akzeptiert. Daher Empfehlung zur Reevaluation der Symptomatik nach erfolgtem

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Die Differenzialdiagnostik zum Thema „Müdigkeit“ kann fast immer beim Hausarzt erfolgen, ohne dass eine Überweisung notwendig wird.
2. Auch Depression und Angststörung sollten immer eruiert werden.