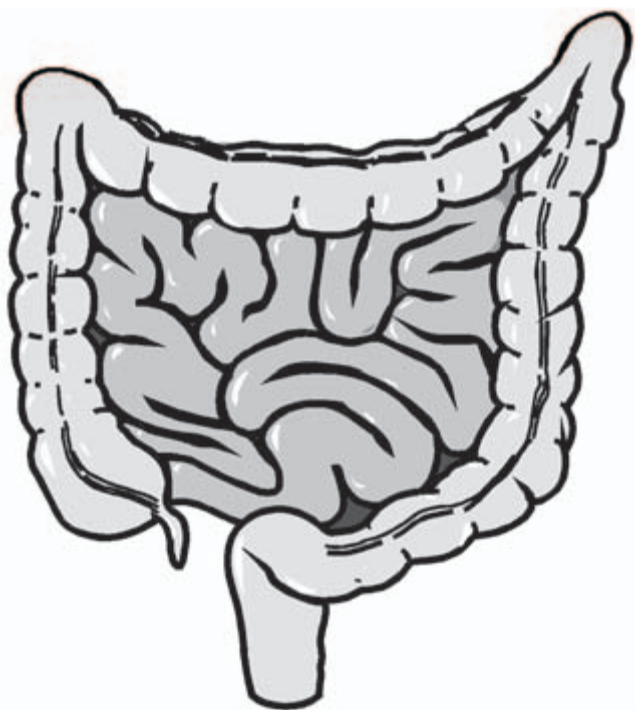

Ratgeber für Patienten

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen: Morbus Crohn und Colitis ulcerosa



GASTRO  **LIGA** e.V.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm
und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung e.V.

Allgemeines

Zu den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zählen der Morbus Crohn und die Colitis ulcerosa. Beide Krankheiten sind durch eine Entzündung der Darmschleimhaut gekennzeichnet und haben einen chronischen Verlauf. Typischerweise kommt es immer wieder zu akuten Schüben mit mehr oder weniger langen beschwerdefreien Intervallen.

Jährlich erkranken etwa 5 - 6 von 100.000 Menschen neu an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung, einer von 250 – 500 Menschen ist somit betroffen. Meist sind die Neuerkrankten zwischen 20 und 30 Jahre alt, jedoch sind 25 % aller Morbus Crohn Patienten und 15 – 40 % aller Menschen, die unter einer Colitis ulcerosa leiden, jünger als 20 Jahre.

Der Morbus Crohn, erstmals von dem amerikanischen Gastroenterologen Burrill B. Crohn beschrieben, kann dabei den gesamten Magen-Darm-Trakt von der Mundhöhle bis zum After befallen. Die bevorzugte Lokalisation ist jedoch der letzte Abschnitt des Dünndarms (terminales Ileum, Tabelle 1).

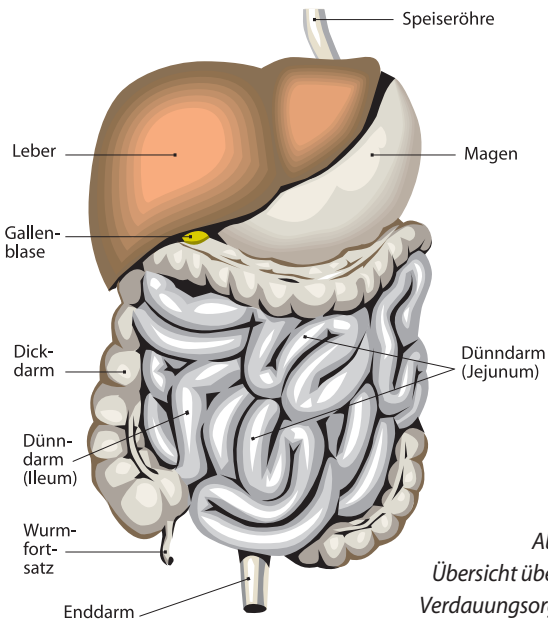


Abb. 1:
Übersicht über die
Verdauungsorgane

Die Colitis ulcerosa dagegen bleibt meist auf den Dickdarm (Colon) beschränkt. Dabei ist zuerst der Enddarm (Rektum) befallen, die Entzündung breitet sich dann meist von hier aus kontinuierlich über den gesamten Dickdarm aus. Selten können auch noch die letzten 10 – 20 cm des unteren Dünndarms (Ileum) mitbefallen sein, man spricht dann von einer "backwash-Ileitis" (Tabelle 1).

Tabelle 1: Befallstypen und deren Häufigkeit

Morbus Crohn	Colitis ulcerosa
Beteiligung des Enddarms (10 – 20 %)	Enddarm (30 – 40 %)
Dünn- und Dickdarm (45 %)	linksseitiger Dickdarm (30 – 40 %)
nur Dickdarm (30 %)	gesamter Dickdarm (10 – 20 %)
nur Dünndarm (25 – 30 %)	Backwash-Ileitis (< 5 %)
Speiseröhre, Magen	Zwölffingerdarm (5 %)

Ursachen

Welche genaue Ursache hinter den beiden chronisch entzündlichen Darmerkrankungen steckt, ist noch nicht eindeutig geklärt. Neben Umwelteinflüssen, wie Infektionen mit Viren und Bakterien, Ernährungsgewohnheiten und Rauchen, ist auch eine erbliche Veranlagung mitverantwortlich. Ungefähr 20 % der Patienten, die unter einem Morbus Crohn leiden, haben eine Veränderung (Mutation) im sogenannten NOD2-Gen, welches für die Erkennung und Abwehr von Darmbakterien von Bedeutung ist. Es konnte auch eine Störung der Defensine (antibiotisch wirksame Substanzen, die von dem Darm selbst hergestellt werden) bei Morbus Crohn-Patienten nachgewiesen werden. So haben es die unzähligen Mikroorganismen des Darmes leichter, in den Darm einzudringen und eine Entzündung auszulösen. Bei der Colitis ulcerosa dagegen scheint diese natürliche Antibiotika-Abwehr intakt zu sein. Hier wird immer häufiger das Pro-

blem in der Schleimschicht (Mucus) gesehen, welche den Darm von den Darmbakterien schützen soll.

Insgesamt betrachtet wird eine chronisch entzündliche Darmerkrankung vermutlich erst durch das Zusammenspiel mehrerer, sowohl den Organismus selbst als auch die Umwelt betreffender Faktoren ausgelöst.

Symptome und Komplikationen

Die Symptome beider Erkrankungen, des Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa, sind ähnlich. Neben allgemeinen Krankheitszeichen wie Leistungsabfall, Müdigkeit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und gelegentlich Fieber sind insbesondere Stuhlgangunregelmäßigkeiten mit schleimigen bis blutigen Durchfällen charakteristisch. Häufig begleiten krampfartige Bauchschmerzen, teils diffus verteilt, teils punktuell lokalisiert den akuten Anfall. Der Blutverlust über den Darm kann auch zu einer Anämie, also einer Blutarmut führen. Da mit dem Blut auch das Eisen verloren geht, handelt es sich häufig um eine Eisenmangelanämie.

Gelegentlich sind auch andere Stellen des Organismus, fernab des Darmes, mitbetroffen. Man nennt dies auch eine extra-intestinale (außerhalb des Darmes gelegene) Manifestation (Abbildung 2). So kann es beispielsweise zu Entzündungen von Gelenken mit Schwellungen, Schmerzen und Bewegungseinschränkungen kommen. Besonders häufig sind dabei das Kreuzbein, das Knie- und das Ellenbogengelenk betroffen. Auch entzündliche Veränderungen der Regenbogenhaut und der Bindehaut des Auges sind nicht selten. Hauterscheinungen, typischerweise mit Ausbildung von schmerzhaften, rundlichen, lila-roten Hautverdickungen im Bereich der Unterschenkel (Erythema nodosum) kommen ebenfalls vor. Die Leber und die Gallengänge können entzündlich vernarben und so zu einer Gelbsucht oder zu Verdauungsstörungen führen. Selten kann es auch zu einer Mitbeteiligung der Bauchspeicheldrüse und des Herzbeutels kommen.

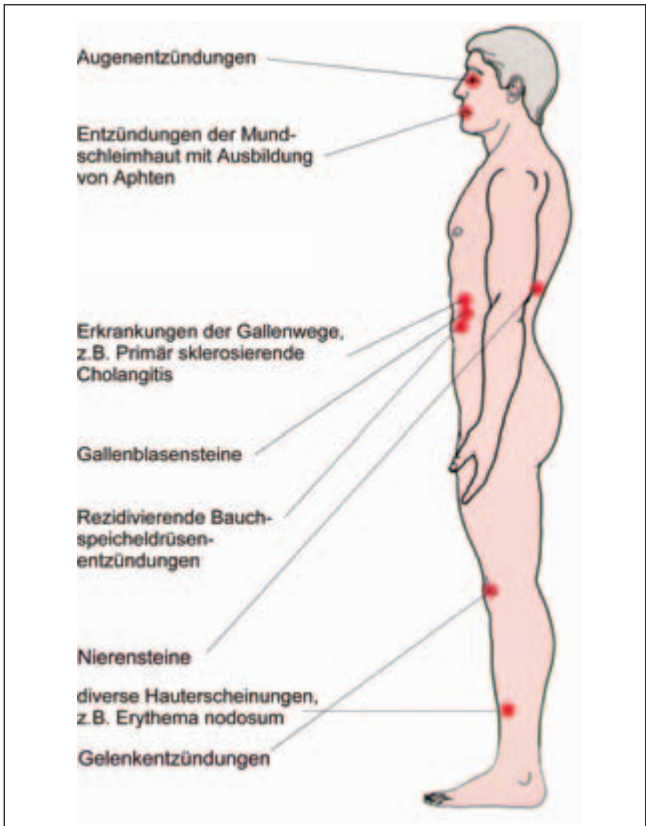


Abb. 2: Extraintestinale Manifestationen chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (mit freundlicher Genehmigung aus: Stange et al. Colitis ulcerosa - Morbus Crohn. UNI-MED Science, 2. Auflage 2004; modifiziert)

Bei der Colitis ulcerosa sind eine akute Darmerweiterung (toxisches Megakolon) und der Darmdurchbruch (Perforation) besonders gefürchtet. So kann es zu einer Bauchfellentzündung (Peritonitis) oder zu einem Darmverschluss (Ileus) kommen.

Äußerst unangenehme Komplikationen des Morbus Crohn sind die Ausbildung von Abszessen (ausgekleidete Eiterhöhlen) und Fisteln (Abbildung 3), also krankhafte Verbindungen zwischen dem Darm einerseits und Darm, Haut, Blase beziehungsweise Scheide andererseits. Auch eine Darmveren-

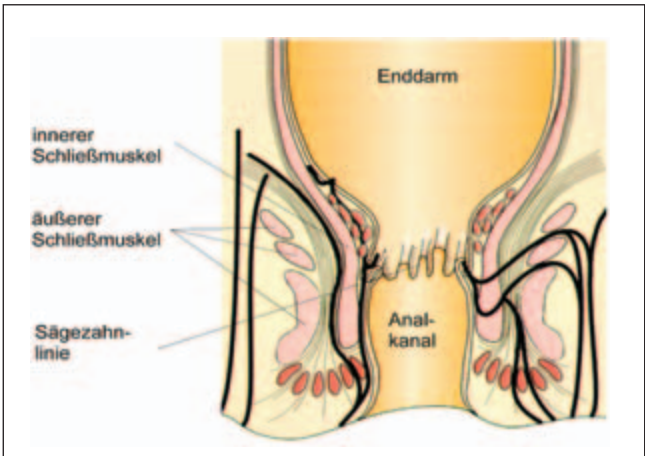


Abb. 3: Mögliche Fistelverläufe (schwarz) in Bezug zur Anatomie des Analkanals (mit freundlicher Genehmigung aus: Stange et al. Colitis ulcerosa - Morbus Crohn. UNI-MED Science, 2. Auflage 2004)

gung (Stenose) bei Entzündung und Vernarbung eines bestimmten Darmabschnittes kann gelegentliche Folge eines Morbus Crohn sein.

Untersuchungsmethoden

Nicht nur beim erstmaligen Auftreten eines Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa muß der Hausarzt, eventuell auch ein Krankenhaus aufgesucht werden. Da diese Erkrankungen einen chronischen Charakter haben, sollte auch bei Beschwerdefreiheit mindestens zweimal jährlich ein Arztbesuch stattfinden. Insbesondere die Magen- und Darmspiegelung sind zur Unterscheidung zwischen den beiden Krankheitsbildern und zur Beurteilung des Ausmaßes der Entzündung von wesentlicher Bedeutung (Abbildung 4-6). Die wichtigsten Untersuchungstechniken sind in Tabelle 2 dargestellt, selbstverständlich müssen nicht immer alle Untersuchungen durchgeführt werden.

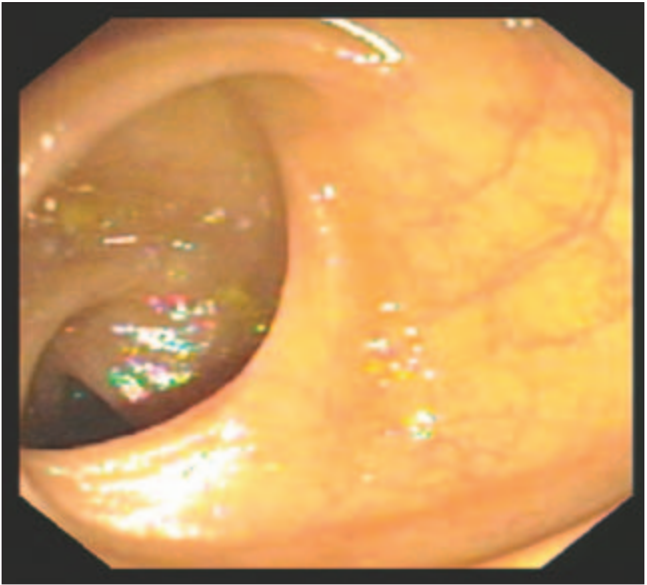


Abb. 4: Normale Dickdarmschleimhaut

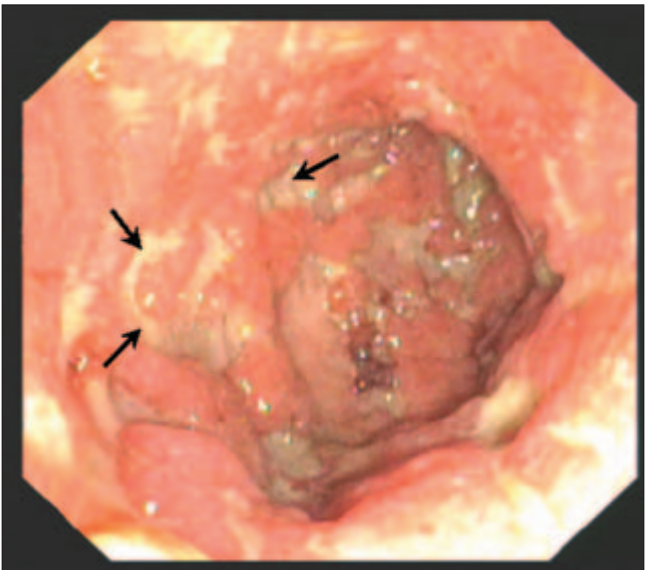


Abb. 5: Morbus Crohn: Die Pfeile markieren tiefe Geschwürbildungen (Ulcerationen) im letzten Abschnitt des Dünndarms (terminales Ileum).

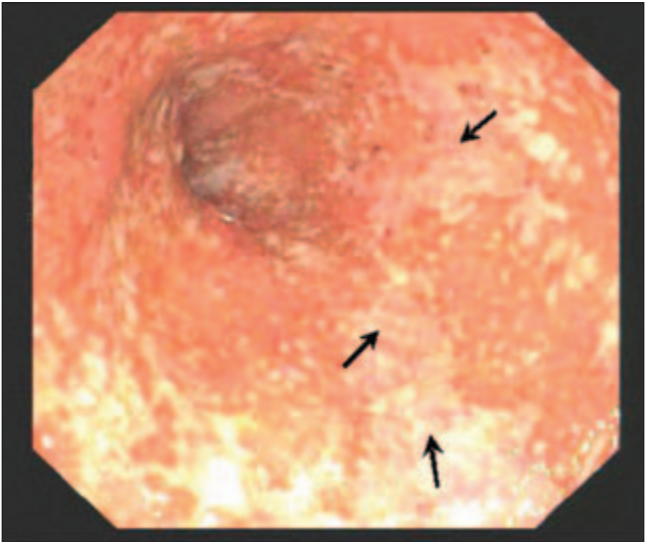


Abb. 6: Colitis ulcerosa: Die Pfeile zeigen Fibrinbeläge bei ausgeprägter Rötung der gesamten Dickdarmschleimhaut.

Tabelle 2: Untersuchungsmethoden und ihr Zweck

Untersuchungsmethode	Zweck der Untersuchung
Körperliche Untersuchung	Erkennen der Symptome und Komplikationen (s.o.)
Blutuntersuchung	Suche nach Entzündungszeichen, Störungen der Nahrungsaufnahme und versteckten Blutungen
Stuhluntersuchung	Ausschluß einer durch Bakterien oder Viren ausgelösten Darmentzündung
Ultraschall des Bauchraumes	Nachweis von Darmwandverdickungen und Abszessen
Magen- und Darmspiegelung	Lokalisation entzündlicher Darmabschnitte, Entnahme von Gewebeproben zur mikroskopischen Untersuchung, Unterscheidung zwischen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
Röntgen nach Sellink, Magnetresonanztomographie mit Kontrastmittel und Kapselendoskopie	Suche nach Entzündungen und Stenosen im Bereich des Dünndarms, Kapsel selten erforderlich (nur nach Stenoseausschluß)
Computertomographie und Magnetresonanztomographie	Nachweis von Abszessen und Fisteln

Bei länger bestehender Colitis ulcerosa (> 7 Jahre) sollte jährlich eine Darmspiegelung mit der Entnahme von mehreren Biopsien (sog. Stufenbiopsien) durchgeführt werden, nur so kann man die Entstehung eines Dickdarmtumors beziehungsweise seiner Vorstufen ("Dysplasien") rechtzeitig erkennen. In diesem Fall muß meist der gesamte Dickdarm operativ entfernt werden. Da die Colitis ulcerosa eine Erkrankung des Dickdarmes ist, kann so eine "Heilung" erreicht werden. Der Morbus Crohn, der ja den gesamten Magen-Darm-Trakt befallen kann, ist leider bisher nicht heilbar.

Allgemeine Behandlungsmaßnahmen

Neben Medikamenten und Operationen können auch noch andere gesundheitsfördernde Maßnahmen die Prognose einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung verbessern. Insbesondere ist es für Morbus Crohn-Patienten wichtig, das Rauchen einzustellen. Raucher erleiden mehr als doppelt so viele Rückfälle wie Nichtraucher. Eine psychotherapeutische Behandlung kann ebenfalls hilfreich bei der Krankheitsbewältigung sein. Das gleiche gilt für diätetische Maßnahmen: Häufig kann das Meiden bestimmter Speisen, auch das totale Weglassen der Nahrung im akuten Schub, lindernd wirken. Ein Patentrezept für eine Diät gibt es jedoch nicht.

Therapie des Morbus Crohn

Der akute Schub bei Morbus Crohn wird üblicherweise mit Cortison-Präparaten (Steroiden) behandelt. Je nach Ausmaß und Lokalisation der Erkrankung werden letztere intravenös oder in Form von Tabletten gegeben. Da Steroide leider nur vorübergehend wirken und eine Vielzahl von Nebenwirkungen haben, sollte man sie nicht dauerhaft einsetzen. Weniger Nebenwirkungen hat das lokal wirksame Budesonid, das in Form von Kapseln bei ileozökalem Befall eingenommen wird.

Bei mäßiggradigem Morbus Crohn des Dickdarms kommt auch das Mesalazin und Sulfasalazin in Frage. Zur Vermeidung immer wiederkehrender Krankheitsschübe muß rechtzeitig an eine immunsuppressive, also das Immunsystem unterdrückende Therapie mit Azathioprin beziehungsweise 6-Mercaptopurin (alternativ auch Methotrexat) gedacht werden. Diese Behandlung sollte gewissenhaft, unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle und bei sicherer Empfängnisverhütung (wegen der Gefahr von Kindsmissbildungen) für mindestens 3 – 4 Jahre durchgeführt werden. In besonders komplizierten Fällen können auch die Tumor-Nekrose-Faktor-Antikörper Adalimumab oder Infliximab eingesetzt werden. Allerdings sind diese wegen ihrer seltenen, aber schwerwiegenden, zum Teil sogar tödlichen Nebenwirkungen mit Vorsicht anzuwenden.

In der Akutbehandlung von Fisteln haben sich Antibiotika wie Ciprofloxacin und/oder Metronidazol bewährt. Erfolgsversprechend kann hier auch wieder der Tumor-Nekrose-Faktor-Antikörper Infliximab sein – allerdings mit seinem Ernst zu nehmenden Nebenwirkungsprofil.

Wichtig ist es, bei Versagen der medikamentösen Therapie, insbesondere bei Komplikationen wie Darmverengungen, Darmverschlüssen, Abszessen und Fisteln rechtzeitig ein chirurgisches Vorgehen in Betracht zu ziehen.

Therapie der Colitis ulcerosa

Aminosalizylate (Mesalazin, 5-ASA) können bei einem leichten bis mittelstarken Schub verwendet werden. Wenn lediglich der letzte Abschnitt des Dickdarmes betroffen ist, können diese auch mittels Zäpfchen, Schäumen oder Klysmen lokal eingesetzt werden, eventuell auch gemeinsam mit lokal wirkenden Cortison-Präparaten, wie dem Budesonid, das ebenfalls als Schaum oder Klysmen angewendet werden

kann. Der schwere Schub einer Colitis ulcerosa muß aber, analog zur Therapie des Morbus Crohn, durch Cortison-Präparate in Tablettenform oder auch als Infusion angegangen werden. Falls dies den akuten Schub nicht lindern sollte, so muß zur Vermeidung einer drohenden Operation eine immunsuppressive Dauerinfusion mit Cyclosporin durchgeführt werden. Alternativ kann Tacrolimus, ebenfalls ein die Immunreaktion reduzierendes Medikament, verabreicht werden. Eine weitere Therapiealternative kann erneut das Infliximab sein.

Aminosalizylate in oraler beziehungsweise bei ausschließlichem Befall des Enddarms in lokaler Form reduzieren die Häufigkeit von erneuten Schüben. Da sie offensichtlich auch das Dickdarm-Krebsrisiko reduzieren, sollte ein 5-ASA-Präparat auch bei Beschwerdefreiheit dauerhaft eingesetzt werden. Alternativ kann, insbesondere bei Unverträglichkeit von Aminosalizylaten, die Gabe eines bestimmten probiotischen Bakteriums (*Escherichia coli* Nissle) hilfreich sein. Falls es trotzdem zu häufigen Rückfällen kommt, muß ein Immunsuppressivum (z.B. Azathioprin) eingesetzt werden.

Auch bei der Colitis ulcerosa muß bei längerem Verlauf rechtzeitig, insbesondere weil das Risiko eines Dickdarmtumors erhöht ist, an eine Operation gedacht werden. Häufig wird hierbei der gesamte Dickdarm entfernt. Zur Vermeidung eines endgültigen künstlichen Darmausganges wird dabei ein sogenannter "Pouch", also eine Tasche aus Dünndarmschlingen als Reservoir und Ersatz für den Mastdarm gebildet.

Raum für Notizen:

Mitgliedschaft in der Gastro-Liga e.V.

Ich möchte Mitglied in der Gastro-Liga e.V. werden.
Nachfolgend mein Aufnahmeantrag:

Name _____

Vorname _____

Beruf _____

Straße _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Datum _____

Unterschrift _____

Mit der Abbuchung des jährlichen Mitgliedsbeitrags in
Höhe von _____
(Mindestbeitrag € 30/Jahr)

Betrag in Worten _____

bei _____

(Bank, Sparkasse, Postgiroamt)

BLZ _____ Konto-Nr. _____

bin ich einverstanden

Datum _____ Unterschrift _____

Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben elektronisch gespeichert werden.

Den ausgefüllten und unterzeichneten Antrag senden Sie bitte an:

Gastro-Liga e. V. • Friedrich-List-Straße 13 • 35398 Gießen
Telefax 06 41-9 74 81 - 18

RATGEBER FÜR PATIENTEN

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

SPEISERÖHRE

- Sodbrennen und säurebedingte Magenbeschwerden

MAGEN

- Der Magen
Aufgaben und Erkrankungen – ein Überblick
- Entzündungen (Gastritis) und Geschwüre des Magens und Zwölffingerdarms
- Reizmagen (funktionelle Dyspepsie) – ein häufiges Krankheitsbild
- Kampf dem Magenkrebs
Auch Sie können selbst dazu beitragen
- Schmerzmittel und Magen

LEBER

- Fettleber
- Funktion der Leber / Galle
- Was Sie schon immer über Gelbsucht wissen wollten und sollten!
- Was Sie über Leberzirrhose wissen sollten!
- Leberkoma – Hepatische Enzephalopathie
- Was Sie schon immer über Gallensteine wissen wollten!
- Hämochromatose

DARM

- Obstipation (Verstopfung)
- Kampf dem Darmkrebs
Auch Sie können selbst dazu beitragen
- Blähsucht – Meteorismus
Was Sie selbst zur Behebung Ihrer Beschwerden beitragen können
- Pilze im Stuhl
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
- Was Sie schon immer zum Reizdarmsyndrom wissen wollten
- Divertikelkrankheit des Dickdarms
- Milchzuckerunverträglichkeit (Laktoseintoleranz)

-
- Blinddarm und Blinddarmentzündung
 - Hämorrhoiden
 - Juckreiz im Analbereich (Pruritus ani)

BAUCHSPEICHELDRÜSE

- Die Bauchspeicheldrüse und ihre Erkrankungen
- Die Funktion der Bauchspeicheldrüse

DIAGNOSTISCHE VERFAHREN

- Die Computertomographie des Bauchraumes (Abdomen-CT)
- Magnetresonanztomographie in der Gastroenterologie
- Ultraschall (Sonographie)
- Färbeverfahren und Laserdiagnostik in der Gastroenterologie

WEITERE THEMEN

- Schutzimpfungen im Erwachsenenalter
- Probiotika
- Was Sie schon immer über Operationsverfahren wissen wollten und sollten
- Verdauung – Über den Aufbau und die Funktion des Magen-Darm-Kanals
- Der Stoffwechsel – Was in unserem Körper passiert
- Gesunde Ernährung

Verfasser:

Dr. Michael Gersemann
Prof. Dr. Eduard F. Stange
Abteilung für Innere Medizin 1
Schwerpunkte Gastroenterologie, Hepatologie und
Endokrinologie
Robert-Bosch-Krankenhaus
70376 Stuttgart

GASTRO  LIGA e.V.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm
und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung e.V.

Friedrich-List-Straße 13 · 35398 Giessen · Germany

Tel. +49-6 41- 9 74 81 - 0 · Fax +49-6 41-9 74 81 - 18

Internet: www.gastro-liga.de

E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de