

DIE RADIODOKTOR-INFOMAPPE

Ein Service von:

ORF

A-1040 Wien, Argentinierstraße 30a

Tel.: (01) 50101/18381

Fax: (01) 50101/18806

Homepage: <http://oe1.ORF.at>

Österreichische Apothekerkammer

A-1091 Wien, Spitalgasse 31

Tel.: (01) 404 14-600

Fax: (01) 408 84 40

Homepage: www.apotheker.or.at

Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit

A-1030 Wien, Radetzkyst. 2

Tel.: (01) 71100-4505

Fax: (01) 71100-14304

Homepage: www.bmg.gv.at/

RADIODOKTOR – MEDIZIN UND GESUNDHEIT

Die Sendung

Die Sendereihe „Der Radiodoktor“ ist seit 1990 das Flaggschiff der Gesundheitsberichterstattung von Ö1. Jeden Montag von 14.05 bis 14.40 Uhr werden interessante medizinische Themen in klarer informativer Form aufgearbeitet und Ö1- Hörerinnen und -Hörer haben die Möglichkeit, telefonisch Fragen an das hochrangige Expertenteam im Studio zu stellen.

Wir über uns

Seit September 2004 moderieren Univ.-Prof. Dr. Karin Gutiérrez-Lobos, Univ.-Prof. Dr. Manfred Götz, Univ.-Prof. Dr. Markus Hengstschläger und Dr. Christoph Leprich die Sendung.

Das Redaktionsteam besteht aus Mag. Nora Kirchschrager, Dipl. Ing. Eva Obermüller, Dr. Doris Simhofer, Dr. Michaela Steiner, Dr. Ronny Tekal und Dr. Christoph Leprich.

Das Service

Seit dem 3. Oktober 1994 gibt es die Sendereihe flankierende Hörservice, das auf größtes Interesse gestoßen ist.

Die zu jeder Sendung gestaltete Infomappe mit ausführlichen Hintergrundinformationen, Buchtipps und Anlaufstellen wird kostenlos zur Verfügung gestellt und ist bereits am Sendungstag auf der Ö1-Homepage zu finden. Diese Unterlagen stellen in der Fülle der behandelten Themen ein Medizin-Lexikon für den Laien dar.

Die Partner

Ermöglicht wird die Radiodoktor-Serviceleistung durch unsere Partner: die Österreichische Apothekerkammer und das Österreichische Bundesministerium für Gesundheit.

An dieser Stelle wollen wir uns ganz herzlich bei unseren Partnern für die gute Zusammenarbeit bedanken!

Wir bitten um Verständnis, dass wir aus Gründen der besseren Lesbarkeit in dieser Infomappe zumeist auf die weiblichen Endungen, wie z.B. PatientInnen, ÄrztInnen etc. verzichtet haben.

ANSTIEG VON CHRONISCH ENTZÜNDLICHEN DARMERKRANKUNGEN

Mit Univ.-Prof. Dr. Markus Hengstschläger

11. Februar 2013, 14.05 Uhr, Ö1

Sendungs- und Infomappengestaltung: Dr. Michaela Steiner
Redaktion: Dr. Christoph Leprich und Mag. Nora Kirchschrager

INHALTSVERZEICHNIS

ANSTIEG VON CHRONISCH ENTZÜNDLICHEN DARMERKRANKUNGEN	5
„Ich habe Glück gehabt“	5
WAS SIND CHRONISCH ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNGEN?	7
Häufigkeit	7
Ursachen & Hypothesen	8
Morbus Crohn	9
Beschwerdebild	10
Verlauf	10
Besonderheiten bei Kindern	10
Colitis ulcerosa	11
Beschwerdebild	11
Verlauf	12
Besonderheiten bei Kindern	12
Diagnose der CED	13
Therapie der CED	14
Erwachsene	14
Kinder	14
Ausblick in die Zukunft	15
Ernährung	15
Psychosoziale Belastungen	16
ANLAUFSTELLEN UND INFOLINKS	17
BUCH- UND BROSCHÜRENTIPPS	19
SENDUNGSGÄSTE	20

ANSTIEG VON CHRONISCH ENTZÜNDLICHEN DARMERKRANKUNGEN

„ICH HABE GLÜCK GEHABT“

Barbara B. ist 35 Jahre alt. Mit etwas über 17 traten bei ihr Müdigkeit, Krankheitsgefühl und Bauchschmerzen auf. Letztere führte sie auf die Menstruation zurück, bzw. auf langes Ausgehen am Abend oder auch den Konsum von Alkohol.

Die Beschwerden wurden stärker, Durchfälle kamen dazu, Frau B. konnte kaum mehr essen, nahm an Gewicht ab und erbrach häufig. Zuletzt konnte sie aus lauter Schwäche nicht mehr aufstehen.

Anfangs reagierten Familie und Umgebung mit der Annahme, sie könne etwas mit Drogen zu tun haben bzw. mutmaßten Ärzte, sie sei schwanger.

Aufgrund massiver Austrocknung wurde Frau B. letztendlich ins Krankenhaus eingeliefert, wo sehr rasch die Verdachtsdiagnose Morbus Crohn gestellt und auch bestätigt wurde. Bereits der Großvater von Frau B. war von dieser Erkrankung betroffen gewesen.

Frau B. sagt heute: „Ich habe Glück gehabt.“ Denn sie weiß, dass bei vielen ihrer Leidensgenossen der Weg bis zur korrekten Diagnose ein viel längerer und beschwerlicherer ist.

In den ersten beiden Jahren der Erkrankung litt die Patientin unter Ängsten, es mussten auch erst die passenden Medikamente gefunden werden, und nach zwei Jahren musste das erste Mal operiert werden. Allerdings ging es ihr die darauffolgenden Jahre bezogen auf die Erkrankung relativ gut.

Schon vor der Diagnosestellung arbeitete sie in einem Büro, in dem sie auch heute noch beschäftigt ist, mit Kündigungsschutz und Behindertenpass. Die Firma stehe hinter ihr und habe ihr sehr geholfen.

Vor einem Jahr traten Abszesse und Engstellen im Darm auf, und es mussten nahezu der gesamte Dickdarm und Teile des Dünndarms entfernt werden. Frau B. befindet sich seit einem halben Jahr im Krankenstand.

Sie stößt immer wieder auch auf Betroffene, denen ihre Erkrankung peinlich ist. Sie weiß um die sozialen Probleme, Freunde hätten sich verabschiedet, sie könne aufgrund ihres schwankenden körperlichen Zustands keine Treffen für einen späteren Zeitpunkt vereinbaren, und sie müsse sich jeden Tag in vielen kleinen Situationen deklarieren.

Um die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zu enttabuisieren, hat Barbara B. eine eigene Facebookseite zum Thema erstellt („Penelope Hase“), über die sie Initiativen und Aktivitäten die Erkrankungen betreffend bekannt machen möchte.

Von den Mitmenschen wünscht sie sich mehr Wissen um die Erkrankung und auch mehr Verständnis, damit man zum Beispiel auch einmal in einem Geschäft sagen könne: „Darf ich bitte aufs Klo, ich habe Morbus Crohn.“

Quelle:

Vorgespräch Barbara B.

MANGEL AN INFORMATION

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) beginnen häufig bereits im Jugendlichen- bzw. frühen Erwachsenenalter, aber auch Kinder und sogar Säuglinge können daran erkranken.

Bis heute sind die Ursachen nicht geklärt, immer wieder tauchen neue Thesen auf und werden wieder verworfen. CED sind noch nicht heilbar, obschon mithilfe von Medikamenten der Verlauf in vielen Fällen gemildert werden kann.

Nichtsdestotrotz bedeutet die Erkrankung für viele Betroffene einen enormen Leidensweg mit großer Einschränkung der Lebensqualität, zum einen durch die Erkrankung selbst, zum anderen durch deutliche Einbußen im Bereich des beruflichen und sozialen Lebens.

Fest steht, dass die Zahl chronisch entzündlicher Darmerkrankungen so wie auch die anderer chronisch entzündlicher Erkrankungen wie Asthma, Typ-1-Diabetes oder Multiple Sklerose in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Hinzu kommt, dass sich bei den CED das Erkrankungsalter zunehmend zu den Kindern hin verschiebt.

Die Betroffenen leiden aber nicht nur unter ihrer Erkrankung, sondern auch unter der Tatsache, dass das Wissen um chronisch entzündliche Darmerkrankungen in

der Bevölkerung nur sehr gering ist, das Thema insgesamt tabuisiert wird und daher oftmals das Verständnis für die Bedürfnisse der Betroffenen fehlt. Diese Informationsmappe soll dazu beitragen, einen Überblick über die wichtigsten Fakten chronisch entzündliche Darmerkrankungen betreffend zu liefern.

WAS SIND CHRONISCH ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNGEN?

Der Begriff „chronisch entzündlichen Darmerkrankungen“ umfasst im Wesentlichen den Morbus Crohn und die Colitis ulcerosa. Beides sind chronisch entzündliche Erkrankungen des Verdauungstrakts, und beide können nach heutigem Wissensstand nicht geheilt werden.

Vorzugsweise der Morbus Crohn hat häufig einen fortschreitenden Verlauf, dieser kann aber auch bei der Colitis ulcerosa vorkommen.

Der Morbus Crohn kann den gesamten Verdauungstrakt vom Mund bis zum Anus betreffen. Die Colitis ulcerosa beginnt im Mastdarm und kann in weiterer Folge den gesamten Dickdarm befallen.

Neben diesen beiden Erkrankungen existiert als dritte Gruppe die so genannte Colitis indeterminata, also die „unbestimmte Colitis“, die zehn bis 15 Prozent der CED ausmacht. Vermutlich handelt es sich um kein eigenes Krankheitsbild, sondern um eine Darmentzündung, die Merkmale des Morbus Crohn oder der Colitis ulcerosa aufweist, jedoch nach gängigen Kriterien weder der einen noch der anderen Erkrankung definitiv zugeordnet werden kann.

Häufigkeit

Nach einer soeben abgeschlossenen Studie des Epidemiological Committee der European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) leiden etwa drei Millionen Menschen in Europa an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung. In Österreich liegt die Zahl der Betroffenen zwischen 60.000–80.000. Die meisten Betroffenen erkranken zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr. Es gibt keine gesicherte Bevorzugung des männlichen oder weiblichen Geschlechts.

Es zeigt sich nicht nur insgesamt eine deutliche Zunahme der Erkrankungszahlen, sondern auch ein signifikanter Anstieg der CED vor allem bei Kindern und Jugendlichen. „Die Zahl der Kinder, die aufgrund schwerer chronisch entzündlicher Darmerkrankungen stationär behandelt werden mussten, stieg in Österreich in

den letzten 15 Jahren um 100 Prozent“, sagt der CED-Spezialist Univ.-Prof. Dr. Walter Reinisch.

Die Ursachen für diesen Anstieg sind im Wesentlichen ungeklärt. Auch die Tatsache, dass CED heute im Durchschnitt früher diagnostiziert werden als noch vor einigen Jahrzehnten, kann diese Verschiebung der Erkrankung hin zu Kindern und Jugendlichen nicht erklären.

Ursachen & Hypothesen

Wie bereits erwähnt, sind die Ursachen für chronisch entzündliche Darmerkrankungen nicht geklärt.

Früher glaubte man, dass es sich bei den CED um psychosomatische Erkrankungen handelt. Des Weiteren wurden falsche Ernährungsgewohnheiten oder Allergien als Ursachen in Betracht gezogen. Für diese Annahmen konnten jedoch nie wissenschaftliche Beweise erbracht werden.

Umweltfaktoren wie Lebensstil, Stress, einseitige Ernährung dürften bei der Auslösung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eine große Rolle spielen. Auch für den Gastroenterologen Reinisch ist das gut vorstellbar, stellt der Darm doch die größte „Außenoberfläche“ des Körpers dar. Umweltfaktoren finden daher im Darm eine besonders große Angriffsfläche. Darüber hinaus gibt es im Darm auch große Zentren des Immun- und Nervensystems und diese können als quasi sensible Stellen durch Umweltfaktoren besonders irritiert werden. Welche Rolle die Darmflora dabei genau spielt, ist nicht geklärt.

Gesichert ist, dass sich das Immunsystem der CED-Patienten in einer Dysbalance befindet. Eine der Hypothesen zur Entstehung der CED besagt, dass sich überschießende Immunreaktionen der Abwehrzellen in der Darmschleimhaut gegen Anteile der eigenen Darmflora richten.

Erwiesen ist, dass bei zehn bis 15 Prozent der CED eine familiäre Häufung vorliegt. Betroffen sind dabei ausschließlich erstgradig Verwandte, wobei hier ein „Springen“ von Morbus Crohn zu Colitis ulcerosa und umgekehrt möglich ist. Die Gefahr einer familiären Häufung liegt bei Morbus Crohn höher als bei Colitis ulcerosa.

Auch die Zugehörigkeit zu einer Ethnie scheint bei der Entstehung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eine Rolle zu spielen. In Europa besteht darüber hinaus ein Nord-Süd-Gefälle, wobei allerdings auch in den südeuropäischen Ländern ein Anstieg der CED zu verzeichnen ist.

Weitere Hypothesen bezüglich der Ursachen von CED betreffen die Auswirkungen von Antibiotikaeinnahme, Rauchen, chronischem Stress, Umweltverschmutzung, einseitiger Ernährung etc.

Es wird auch vermutet, dass der Verlauf der CED von Viren oder Mykobakterien beeinflusst werden könnte.

Des Weiteren wurden bei CED-Betroffenen unspezifische genetische Veränderungen festgestellt, die – allerdings weniger häufig – auch bei Gesunden vorkommen. Dies spielt jedoch für den einzelnen Betroffenen keine Rolle, und es handelt sich nicht um eine im engeren Sinn genetisch vererbte Erkrankung.

Auch die so genannte „Hygienehypothese“, wonach der in unseren Breitengraden herrschende höhere Hygienestandard bzw. eine geringere Schmutzexposition sowie ein reduzierter Kontakt mit infektiösen Erregern in der Kindheit (Stichwort Kinder am Bauernhof) das Auftreten von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen fördern sollen, ist wissenschaftlich nicht gesichert.

Quellen:

Vorgespräch Univ.-Prof. Dr. Walter Reinisch

Vorgespräch Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Almuthe Hauer

MORBUS CROHN

Beim Morbus Crohn, der wie erwähnt den gesamten Darm befallen kann, kommt es typischerweise zum Auftreten so genannter „skip lesions“. Dabei wechseln sich gesunde mit erkrankten Darmabschnitten ab. Bevorzugt befallen sind das letzte Stück des Dünndarms (daher der heute obsoletere Name „Ileitis terminalis“) und der gesamte Dickdarm.

Die chronische Entzündung kann sich ausgehend von der Darmschleimhaut über alle Schichten des Darms ausdehnen, so an die Außenoberfläche der Darmwand gelangen und dort eine klebrige fibrinöse Masse bilden. Diese kann mit Nachbarorganen verkleben und somit greift die Entzündung auch auf diese über. Gefürchtet ist die Bildung von Fisteln (Gänge) zwischen Teilen der Bauchorgane. In den befallenen Darmabschnitten kann es durch die chronische Entzündung auch zu Wandverdickungen kommen, sodass der Darm einem starren Rohr ähnelt. Durch Abheilung der Entzündungen mit Narbenbildung können sich Engstellen im Darm bilden, sogenannte Stenosen. Als Folge davon kann ein Darmverschluss (Ileus) entstehen.

Diese Komplikationen können die Durchführung von Operationen, bei denen auch die Entfernung von Teilen des Darmes erforderlich sein kann, notwendig machen.

Beschwerdebild

Das Hauptsymptom des Morbus Crohn ist der Schmerz. Allerdings hängt die Symptomatik auch von der befallenen Stelle im Darm ab. Sitzt die Erkrankung im oberen Verdauungstrakt, wird der Patient eher an Oberbauchschmerzen und Erbrechen leiden. Bei Erkrankung des Dünndarms werden vorwiegend Bauchschmerzen auftreten und bei Befall des Dickdarms eventuell Durchfall und Blähungen.

Daneben kann es zu Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit und Übelkeit kommen. Fieber kann gelegentlich auftreten.

Verlauf

Die Krankheit verläuft in der Regel schubförmig, wobei ein Schub zumeist mehrere Wochen andauert.

Unbehandelt führt der Morbus Crohn bereits bei mäßig aktiver Form mit Sicherheit zur Operation. Es gibt aber auch Verlaufsformen, bei denen eine Operation erst nach Jahrzehnten notwendig wird. 50 bis 60 Prozent aller Fälle von Morbus Crohn verlaufen mäßiggradig bis schwer.

Bei bis zur Hälfte der Patienten treten sogenannte extraintestinale Manifestationen auf. Diese können etwa in Gelenksbeschwerden, Hautveränderungen und Augenentzündungen bestehen.

Besonderheiten bei Kindern

Kinder mit CED haben zu zwei Drittel einen Morbus Crohn, zu einem Drittel eine Colitis ulcerosa.

Bei Kindern ist sehr oft das Ende des Dünndarms und der Übergang zum Dickdarm befallen (Ileozökalregion).

Der Schwerpunkt des Erkrankungsalters liegt bei Kindern und Jugendlichen im jungen Mittelschulalter. Die Streuung kann jedoch breit sein und Morbus Crohn kann auch schon im Babyalter auftreten.

Das Hauptproblem bei Kindern und Jugendlichen liegt darin, dass das gesamte Gedeihen beeinträchtigt ist. Dazu gehören Gewicht, Körpergröße und die Pubertät. Bezüglich des Wachstums entsteht insofern eine Gratwanderung, als einerseits der Morbus Crohn selbst, aber auch Medikamente, im Speziellen Kortison, das Längenwachstum beeinträchtigen.

Die chronische Entzündung, vor allem bei Lokalisation im Dünndarm, führt zu einer andauernden Mangel- und Unterernährung. Diese wiederum beeinträchtigen den Heilungsverlauf – ein Teufelskreis entsteht.

Bei Kindern beginnt die Erkrankung häufig mit „versteckten“ Symptomen. Das Kind fühlt sich z.B. unwohl, ist nicht mehr gut drauf, hängt nur noch auf dem Sofa herum und klagt ständig über Bauchschmerzen. Dies wird oft missinterpretiert und man glaubt, das Kind hat Schulprobleme oder es läge an Problemen in der Familie (Scheidung etc.). D.h., die Symptome können sehr unspezifisch sein und auch in Richtung einer psychosomatischen Erkrankung deuten.

Sehr hellhörig sollten Eltern jedenfalls werden, wenn ihr Kind abnimmt oder nicht mehr gut gedeiht.

Aufgrund dieser unspezifischen Symptome beträgt die durchschnittliche Dauer vom Beginn der Beschwerden bis zur Diagnosestellung drei bis vier Monate.

Der Verlauf des Morbus Crohn ist sehr unterschiedlich. Problematisch sind jene Erkrankungen, die bereits im Säuglingsalter auftreten.

Quellen:

Vorgespräch Univ.-Prof. Dr. Walter Reinisch

Vorgespräch Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Almuthe Hauer

Dissertation Michaela Pilch: Die Erstmanifestation der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im Kindesalter (2010)

COLITIS ULCEROSA

Bei der Colitis ulcerosa beginnt die Entzündung im Mastdarm und breitet sich aufsteigend über den Dickdarm aus. Im Gegensatz zum Morbus Crohn ist der erkrankte Abschnitt nicht durch gesunde Anteile unterbrochen. In der Regel bleibt die Entzündung auf die Schleimhaut beschränkt.

Beschwerdebild

Je größer der befallene Dickdarmabschnitt ist, desto weniger kommt die eindickende Funktion des Dickdarms auf den Stuhl zum Tragen. Die Folge ist flüssiger Stuhl mit blutigen Absonderungen. Dies verursacht Schmerzen und vorzugsweise einen dringenden Stuhldrang. In Letzterem liegt auch der große Leidensdruck, unter dem die Betroffenen stehen. Der Stuhldrang ist sehr unmittelbar und kaum zurückzuhalten. Dies führt zu einem deutlich

eingeschränkten Aktionsradius der Betroffenen. In schwereren Fällen können zehn bis zwölf flüssige Stühle pro Tag auftreten.

Verlauf

Tritt die Colitis ulcerosa als einmalige Episode auf, so sei die Diagnose zu hinterfragen, sagt der Darmexperte Walter Reinisch. Oder aber eine sehr frühzeitige effiziente Therapie habe das Wiederauftreten blockiert.

Die Colitis ulcerosa kann chronifizieren oder wiederholt schubweise auftreten. Dies würde man als progredienten Verlauf bezeichnen. In solchen Fällen breitet sich die Entzündung vom Mastdarm in den Dickdarm aus, und betroffene Personen haben ein erhöhtes Risiko für eine Operation. Ebenso besteht in diesen Fällen ein Risiko für maligne Entartung, also die Entstehung von Krebs.

Besonderheiten bei Kindern

Das Problem der Gedeihstörung steht bei der Colitis ulcerosa nicht im Vordergrund.

Der Beginn verläuft in der Regel sehr dramatisch, daher beträgt die Dauer bis zur Diagnosestellung durchschnittlich maximal vier bis sechs Wochen. Im Gegensatz zu Erwachsenen betrifft die Colitis ulcerosa bei Kindern häufig den gesamten Dickdarm (Pancolitis).

Das Leitsymptom der Colitis ulcerosa ist blutiger Stuhl oder sogar blutiger Durchfall mit zumeist sehr ausgeprägten krampfartigen Schmerzen. Eltern suchen mit Kindern in diesem Zustand in der Regel sehr rasch einen Arzt auf, zumal blutiger Stuhl (im Erwachsenenalter) mit bösartigen Erkrankungen in Zusammenhang gebracht wird. Im Kindesalter ist das jedoch extrem selten. Vielmehr können oft harmlose Erkrankungen mit blutigem Stuhl einhergehen, wie zum Beispiel eine Infektion oder Kuhmilchunverträglichkeit bei einem Baby.

Quellen:

Vorgespräch Univ.-Prof. Dr. Walter Reinisch

Vorgespräch Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Almuthe Hauer

Dissertation Michaela Pilch: Die Erstmanifestation der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im Kindesalter (2010)

DIAGNOSE DER CED

Die Diagnose der CED setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen. Zunächst kann das Alter der bzw. des Betroffenen einen gewissen Verdacht nahe legen. Bei der Anamnese muss auch nach dem eventuellen Auftreten einer CED bei einem erstgradig Verwandten gefragt werden.

Die CED-Arbeitsgruppe des AKH Wien hat unter der Schirmherrschaft der Arbeitsgruppe CED der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) einen Fragebogen entwickelt, der von Menschen mit entsprechenden Beschwerden ausgefüllt werden kann und eine Hilfestellung zur Früherkennung einer CED ermöglichen soll (www.ced-check.at/home.shtml). Neben der körperlichen Untersuchung wird eine Blutabnahme durchgeführt. Als Hinweise können sich Entzündungszeichen im Blut (diese sind nicht zwingend vorhanden) oder eventuell auch eine Eisenmangelanämie finden.

Der Stuhl kann auf Calprotectin untersucht werden. Dabei handelt es sich um einen Marker, mithilfe dessen eine chronisch entzündliche Darmerkrankung vom Reizdarm abgegrenzt werden kann. Der Stuhltest mit Calprotectin stellt eine sehr hilfreiche Screeningmethode dar, mit der es gelingt, Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen frühzeitig zu erfassen.

Mit dem Ultraschall können die Dicke der Schleimhaut, sowie – besonders bei Kindern wichtig – der Übergang vom Dünndarm in den Dickdarm (Bauhinsche Klappe) beurteilt werden, die beide bei einer Entzündung verdickt sein können. Magnetresonanztomografie bzw. Computertomografie gehören ebenso zum Standard der bildgebenden Verfahren, um den Dünndarm darstellen und damit die Ausdehnung der Entzündung zu bestimmen zu können.

Den Goldstandard der Diagnostik stellt sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern die Endoskopie dar. Nach den sogenannten Porto-Kriterien muss ein Kind mit Verdacht auf CED sowohl gastroskopiert werden als auch eine Spiegelung des Dün- und Dickdarms erhalten. Dies wird in vielen Institutionen in Allgemeinnarkose durchgeführt.

Bei einer Koloskopie bei Erwachsenen ist immer auch der letzte Abschnitt des Dünndarms (terminales Ileum) zu spiegeln. Der pathohistologische Befund der entnommenen Darmproben erfordert einen qualifizierten Pathologen. Bei Verdacht auf Morbus Crohn wird auch eine Gastroskopie durchgeführt.

Quellen:

Vorgespräch Univ.-Prof. Dr. Walter Reinisch

Vorgespräch Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Almuthe Hauer

THERAPIE DER CED

Da die Ursache der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bisher nicht bekannt ist, existiert dagegen auch keine spezifische Therapie. Dennoch verbessern eine frühe Diagnosestellung und ein früher Therapiebeginn die Prognose der CED. Viele Betroffene müssen ihre Medikamente lebenslang einnehmen.

Erwachsene

Bei Colitis ulcerosa gibt es ein therapeutisches Stufenschema. Zunächst werden entzündungshemmende Medikamente, Mesalazine, zum Schlucken und/oder als Einlauf oder Zäpfchen verabreicht. Reichen diese Maßnahmen nicht aus, wird Kortison eingesetzt. In einer nächsten Stufe kommen Immunsuppressiva wie Azathioprin und Methotrexat zum Einsatz und erst als letzte Option, wenn Immunsuppressiva nicht wirken, Biologika, nämlich TNF-alpha-Antagonisten.

Beim Morbus Crohn kommt ein progressives Schema zur Anwendung. Auch hier wird bei milden Fällen mit Mesalazinen oder lokal wirksamem Kortison behandelt. Bei dieser Erkrankung sollte man allerdings schon frühzeitig an den Einsatz von Biologika denken – und zwar zumeist in Kombination mit Immunsuppressiva - denn damit zeigen sich die besten Langzeiteffekte.

Heutzutage kommen bereits Screeningmethoden zum Einsatz, mit denen im Hinblick auf Nebenwirkungen von Medikamenten bereits frühzeitig bzw. schon vor Therapiebeginn Risikoprofile für einzelne Patienten erstellt werden können, um die Sicherheit der Medikamente zu verbessern.

Kinder

Grundsätzlich kommen bei Kindern dieselben Medikamente wie bei Erwachsenen zum Einsatz.

Eine milde Colitis ulcerosa kann oft lokal mit 5-ASA-Präparaten als Zäpfchen oder Schaum ausreichend behandelt werden. Bei mittelschwerer und schwerer Colitis ulcerosa wird parallel zu 5-ASA-Präparaten Kortison zum Schlucken verabreicht. Wichtig sei bei diesen Kindern, dass ein vollständiger Impfschutz vorhanden ist, so die Kinderärztin Almuthe Hauer. Zusätzliche Impfungen, etwa gegen Meningokokken C und Influenza, seien zu empfehlen.

Bei Morbus Crohn sind bestimmte Biologika ab sechs Jahren zugelassen. In einzelnen Fällen und mit individueller Begründung können sie auch zwischen null und sechs Jahren „off-label“ (sind für diese Indikation nicht zugelassen) verabreicht werden.

Ausblick in die Zukunft

Leider sprechen nicht alle Patienten auf TNF-alpha-Antagonisten an oder die Wirkung lässt mit der Zeit nach. Dies und auch der Leidensdruck der Betroffenen tragen dazu bei, dass intensiv an neuen medikamentösen Therapieoptionen geforscht wird.

Konkret geht es zum Beispiel um den Antikörper Ustekinumab, der einen anderen Wirkmechanismus aufweist als die TNF-alpha-Antagonisten und der bereits bei der Schuppenflechte zum Einsatz kommt. Eine Studie zum Morbus Crohn zeigte positive Effekte von Ustekinumab, untersucht wurden jedoch nur Patienten, bei denen TNF-alpha-Antagonisten versagt hatten.

Eine Substanz, die kürzlich bei der rheumatoiden Arthritis zugelassen wurde, ist Tofacitinib, ein Januskinase-Hemmer, der in ersten kleinen Studien bei der Colitis ulcerosa gute Ergebnisse geliefert hat.

Es läuft derzeit auch eine Studie zur Therapie mit Eiern des Schweinepeitschenwurms, die in Tierexperimenten zu einer Verminderung der Entzündung im Darm führte. Hier sind Ergebnisse noch ausständig und vorläufig kann eine Therapie damit laut Professor Reinisch keinesfalls empfohlen werden.

Ernährung

Im Hinblick auf eine spezielle Ernährung gibt es derzeit keine wissenschaftlich bewiesenen nachhaltigen Vorteile auf den Krankheitsverlauf durch bestimmte Diäten, so Walter Reinisch. Dies spricht jedoch nicht gegen eine individuelle Beratung von Betroffenen, um durch diätetische Maßnahmen bestimmte Beschwerden und Symptome zu bessern.

Quellen:

Vorgespräch Univ.-Prof. Dr. Walter Reinisch

Vorgespräch Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Almuthe Hauer

PSYCHOSOZIALE BELASTUNGEN

Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen stehen unter einem erheblichen Leidensdruck. Dies ergibt sich zum Teil aus der Krankheit selbst - Schmerzen, häufige Stuhlgänge, wechselnde Krankheitsverläufen mit immer wieder auftretenden Schüben, und nicht zuletzt die Notwendigkeit von oft beeinträchtigenden Operationen mit allen Folgen bis hin zu künstlichem Darmausgang etc.

Dazu kommen oft massive soziale und auch berufliche Einschränkungen. Plötzlicher Stuhldrang und bis zu zwölf Stuhlgänge am Tag lassen es praktisch nicht zu, sich frei zu bewegen. Darüber hinaus werden Stuhlgang, Blähungen etc. von vielen Menschen tabuisiert. Gerade das macht aber Betroffenen zu schaffen, denn sie fühlen sich unverstanden.

Nur Unwissenheit kann etwa die Ursache dafür sein, dass betroffene Schülerinnen und Schüler im Unterricht Probleme bekommen können, wenn sie rasch ein WC aufsuchen müssen.

Expertinnen und Experten betonen, dass das Thema „chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ viel mehr Aufklärung in der Bevölkerung bedarf. So hätten bei einer Straßenumfrage weniger als fünf Prozent der Befragten mit den Begriffen Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa etwas anfangen können. Die Aufklärungsarbeit sei auch Aufgabe der Gesundheitspolitik, so der Gastroenterologe Reinisch vom Wiener AKH. Notwendig ist auch die Einführung von Qualitätsstandards, was die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen anbelangt.

Quellen:

Vorgespräch Univ.-Prof. Dr. Walter Reinisch

Vorgespräch Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Almuthe Hauer

ANLAUFSTELLEN UND INFOLINKS

Darm plus – CED Initiative Österreich

<http://www.darmplus.at>

CED – Selbsthilfe-Organisationen Österreich

[http://www.selbsthilfe.at/go.asp?sektion=personen&aktion=view&berufsgruppe=s
ho&stichwort=m%2E+crohn&bereich_id=9204&subbereich_id=o&order_by_marke
r=B](http://www.selbsthilfe.at/go.asp?sektion=personen&aktion=view&berufsgruppe=s
ho&stichwort=m%2E+crohn&bereich_id=9204&subbereich_id=o&order_by_marke
r=B)

Österreichische Morbus Crohn – Colitis ulcerosa Vereinigung (ÖMCCV)

http://www.oemccv.or.at/257_DE-OeMCCV.htm

Ambulanzen für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen in Österreich

http://www.netdokter.at/health_center/magen_darm/kliniken/

CED Seite auf Facebook der Betroffenen Barbara B.

<http://www.facebook.com/home.php#!/penelope.hase?fref=ts>

European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO)

<https://www.ecco-ibd.eu/>

CED-Check Studie

<http://www.ced-check.at/home.shtml>

Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE)

<http://www.gpge.de/>

European Federation of Crohn's & Ulcerative Colitis Associations

<http://www.efcca.org/>

Alarm im Darm – Wege aus der CED-Falle

<http://www.youtube.com/watch?v=EqB5UTzEBi4>

Morbus Crohn – Kinder- & Jugendärzte im Netz

<http://www.kinderaerzte-im-netz.de/bvkj/krankheit/show.php3?id=115&nodeid=60>

Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV) e.V.

<http://www.dccv.de/die-dccv/>

AbbVie – Toilettenfinder

<https://www.crohnhilfe.at/>

Android App – Toiletten Finder

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.bto.toilet&hl=de>

Kompetenznetz chronisch-entzündliche Darmerkrankungen e.V.

<http://www.kompetenznetz-ced.de/startseite.html>

Crohn beim Kind: Sind Antibiotika schuld?

<http://www.springermedizin.at/artikel/28301-crohn-beim-kind-sind-antibiotika-schuld>

Links zu Leitlinien Morbus Crohn/Colitis ulcerosa (DCCV)

<http://www.dccv.de/crohn-colitis/therapie-behandlung/leitlinien/leitlinien-links/#c16682>

Fachgruppe CED – Pflegepersonal mit Spezialausbildung

<http://fachgruppe-ced.at/ger/CED/Das-sind-wir>

Darmerkrankungen: „Epidemie“ bei Kindern

<http://derstandard.at/1355459992682/Gastroenterologe-Epidemie-an-Darmerkrankungen-bei-Kindern>

BUCH- UND BROSCHÜRENTIPPS

Sven-David Müller

Die Rolle der Ernährung bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa

Grin Verlag 2011

ISBN 3640838572

Rainer Langsch, Eberhard Zillessen, Claudia Osswald-Timmler

Morbus Crohn - Colitis ulcerosa

GRVS-Verlag 2009

ISBN 3899675541

Deutsche Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Vereinigung. e. V.

Morbus Crohn - Colitis ulcerosa: Damit komm ich klar: Die Basic-Infos, um so zu leben, wie ich will

Trias Verlag 2004

ISBN 3830431287

Gudrun Biller-Nagel, Christiane Schäfer

Gesund essen bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa: Über 100 Rezepte bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Trias Verlag 2012

ISBN-13 978-3830439011

SENDUNGSGÄSTE

In der Sendung Radiodoktor – Medizin und Gesundheit vom 11. Februar 2013
waren zu Gast:

Barbara B.
Morbus Crohn-Betroffene

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Almuthe Christine Hauer
FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde, Pädiatrische Gastroenterologin
Klinische Abteilung für allgemeine Pädiatrie, Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendheilkunde, Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 34
A-8036 Graz
Tel.: +43/316/385/81113
E-Mail: almuthe.hauer@medunigraz.at
Homepage: <http://www.medunigraz.at/kinderklinik/>

Univ.-Prof. Dr. Walter Reinisch
FA für Innere Medizin, Leiter der Arbeitsgruppe „Chronisch entzündliche
Darmerkrankungen“ der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und
Hepatologie (ÖGGH)
Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsklinik für Innere
Medizin III, Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
Tel.: +43/1/40400/4740
E-Mail: walter.reinisch@meduniwien.ac.at
Homepage: <http://www.meduniwien.ac.at/innere3/>