

Ratgeber

Morbus Crohn

Prof. Dr. Franz Hartmann

Prof. Dr. Eduard F. Stange



Einleitung

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zählen zu den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, die, vergleichbar mit dem Gelenkrheuma, bislang nicht geheilt werden können und deren Ursachen immer noch nicht abschließend geklärt sind. Dieser Patientenratgeber richtet sich an Interessierte und hat zum Ziel, Sie übersichtlich und verständlich über die wichtigsten Fragen zu Morbus Crohn zu informieren. Ein Glossar, das die wichtigsten medizinischen Begriffe erklärt, finden Sie am Ende des Ratgebers. Der Ratgeber ersetzt nicht das persönliche Gespräch mit dem Arzt¹⁾, an den Sie sich bei gesundheitlichen Fragen, Zweifeln und Sorgen wenden sollten, und dem die individuelle Diagnostik und Therapie in Absprache mit Ihnen vorbehalten ist.

Die Erkrankung

Der Morbus Crohn ist eine chronisch verlaufende, entzündliche Erkrankung des Darmes, die den gesamten Magen-Darm-Trakt, meist abschnittsweise, befallen kann. Benannt wurde die Erkrankung nach dem U.S.-amerikanischen Gastroenterologen Burrill Bernard Crohn (1884–1983). Ihm verdanken wir die Erstbeschreibung des Morbus Crohn als eigenständiges Krankheitsbild.

Die Ursachen des Morbus Crohn sind auch heute noch nicht vollständig aufgeklärt. Mehrere Faktoren (Genetik, Umwelt, körpereigene Abwehr, Darmflora) spielen jeweils eine große Rolle, wobei der letztlich auslösende Faktor im Einzelfall nicht bekannt ist. Sicher ist, dass Rauchen das Risiko und den Verlauf

1) Aus Vereinfachungsgründen wurde unabhängig vom Geschlecht nur die männliche Formulierungsweise gewählt. Die Angaben beziehen sich auf Angehörige jedweden Geschlechts.

des Morbus Crohn nachhaltig negativ beeinflusst. Typischerweise beginnt die Erkrankung im jungen Erwachsenenalter (im zweiten bis dritten Lebensjahrzehnt). Sie kann jedoch auch bereits in der Kindheit (etwa 25% der Patienten erkranken vor dem 18. Lebensjahr) oder erst im höheren Lebensalter (sechstes bis siebtes Lebensjahrzehnt) auftreten.

Auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse wurden unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten von zahlreichen Experten aus unterschiedlichen ärztlichen Fachgesellschaften und unter Einbeziehung von Patientenvertretern Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung des Morbus Crohn verfasst. Diese Empfehlungen werden auch „Leitlinien“ genannt. Sie dienen dem Arzt als Orientierungs- bzw. Entscheidungshilfe, von der er aber in begründeten Fällen abweichen kann oder sogar muss. Die aktuelle Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn“ von 2014 kann im Internet abgerufen werden, unter www.awmf.org oder unter www.dgvs.de. Es gibt auch eine europäische Leitlinie in englischer Sprache, die von der European Crohn's and Colitis Organisation erstellt wurde. Diese kann unter www.ecco-ibd.eu eingesehen werden.

Wie häufig ist die Erkrankung?

In Europa gibt es bis zu 320 Betroffene pro 100.000 Einwohner (Prävalenz); die Neuerkrankungsrate liegt jährlich bei etwa 13 Fällen pro 100.000 Einwohner (Inzidenz). Insgesamt nimmt die Anzahl der Erkrankungen weltweit, insbesondere auch in den asiatischen Ländern, zu.

Welches Erscheinungsbild hat die Krankheit?

Die Beschwerden beim Morbus Crohn können vielfältig sein. Häufig treten chronische Durchfälle (länger als vier Wochen), Bauchschmerzen und/oder Gewichtsverlust auf. Insbesondere bei jungen Patienten sollte bei diesen Beschwerden an einen Morbus Crohn gedacht werden. Der Beginn der Erkrankung kann schleichend sein mit wechselnder Symptomatik. Oft kommen auch ganz allgemeine Beschwerden wie ein unspezifisches Krankheitsgefühl oder Fieber hinzu. Bei Kindern kann eine Wachstumsverzögerung im Vordergrund stehen. Nicht wenige Betroffene (bis zu 50 %) leiden auch unter gelegentlichen Gelenkschmerzen, mit und ohne Schwellung. Es können nur wenige oder viele Gelenke betroffen sein. Die Gelenksbeschwerden korrelieren nicht streng mit den Entzündungsschüben am Darm. Auch Augenentzündungen (Entzündungen der Bindehaut, der Regenbogenhaut etc.) und Hautveränderungen (Aphthen, Erythema nodosum, Pyoderma gangraenosum) können den Morbus Crohn begleiten. Diese Krankheitserscheinungen werden als extraintestinale (d.h. nicht den Darm betreffende) Symptome bezeichnet (Abb. 1).

Nicht selten bestimmen die im längeren Krankheitsverlauf, insbesondere bei inkonsequenter Therapie, auftretenden Komplikationen (Darmeinengungen, Fisteln, Abszesse) das Beschwerdebild und führen neben Schmerzen zu einem deutlich reduzierten Ernährungszustand, bei Kindern auch zur Wachstumsverzögerung bzw. Wachstumsstopp.

Wie verläuft die Krankheit?

Die Krankheit weist einen insgesamt sehr unterschiedlichen Spontanverlauf auf. Bei knapp 50 % der Betroffenen kommt es nach entzündlicher Aktivität im ersten Krankheitsjahr zu einem zunehmenden Abfall der Intensität der Entzündung im weiteren Verlauf. Etwa ein Viertel der Patienten leidet unter kontinuierlichen Symptomen, etwa ein Drittel leidet unter chronisch intermittierenden Schüben. Insgesamt führt die Erkrankung im längeren Verlauf zu einer Zunahme von narbigen und einer Abnahme von entzündlichen Veränderungen, sodass die Mehrzahl der Patienten langfristig doch operiert werden muss. Möglicherweise kann dieser Verlauf durch eine konsequente Therapie günstig beeinflusst werden. Bei einer Entzündung des Dickdarms steigt auch beim Morbus Crohn nach etwa zehn Jahren das Risiko der Entwicklung eines Tumors im Dickdarm oder Enddarm an und bedarf deshalb einer regelmäßigen endoskopischen Überwachung.

Gibt es psychosoziale Faktoren, die den Verlauf des Morbus Crohn beeinflussen?

Depressive Verstimmungen, Ängste und als chronischer Stress empfundene Situationen erhöhen das Risiko für Krankheitsschübe. Akute belastende Lebensereignisse hingegen sind als Risikofaktoren für Rückfälle bislang nicht bestätigt. Gleichwohl sind die meisten Betroffenen der Ansicht, dass Stress einen negativen Einfluss auf ihre Erkrankung hat. Der behandelnde Arzt sollte bei psychischen Störungen und bei mangelnder Krankheitsbewältigung eine psychotherapeutische Mitbehandlung empfehlen.

Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen können bei der Krankheitsbewältigung helfen. Informationen zur DCCV (Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung) können unter www.dccv.de eingesehen werden.

Gibt es andere Organe (extraintestinale Manifestationen), die bei Morbus Crohn erkranken?

Im Verlauf der Erkrankung, z. T. auch schon vor der Erstdiagnose des Morbus Crohn, können bei mehr als der Hälfte der Betroffenen entzündliche Veränderungen anderer Organe zu zusätzlichen Beschwerden führen (siehe auch Seite 4 u. Abb. 1). Am häufigsten betroffen sind die Gelenke in Form von wechselnden Gelenkschmerzen ohne Schwellung (Arthralgien) oder Gelenkentzündungen mit Schwellung (Arthritiden). Auch die Wirbelsäulengelenke (entzündlicher Rückenschmerz) bzw. die Gelenke zwischen Kreuzbein und Darmbein (Sacroileitis) können betroffen sein. Ferner kann es zu Hautentzündungen kommen, die sich in Form von roten Knoten (Erythema nodosum) meist im Bereich der Beine oder Geschwüren (Pyoderma gangraenosum) zeigen. Sind die Augen betroffen, sollte in jedem Fall schnellstmöglich ein Augenarzt aufgesucht werden, da Augenentzündungen wie z. B. die Regenbogenhautentzündung (Uveitis) letztendlich sogar zur Erblindung führen können. Zusammen mit dem Morbus Crohn können auch die Leber und die Gallengänge (primär sklerosierende Cholangitis, PSC) von entzündlichen Vorgängen betroffen sein. Andere Organbeteiligungen (z. B. Bauchspeicheldrüse, Lunge) sind ebenfalls möglich, aber selten.

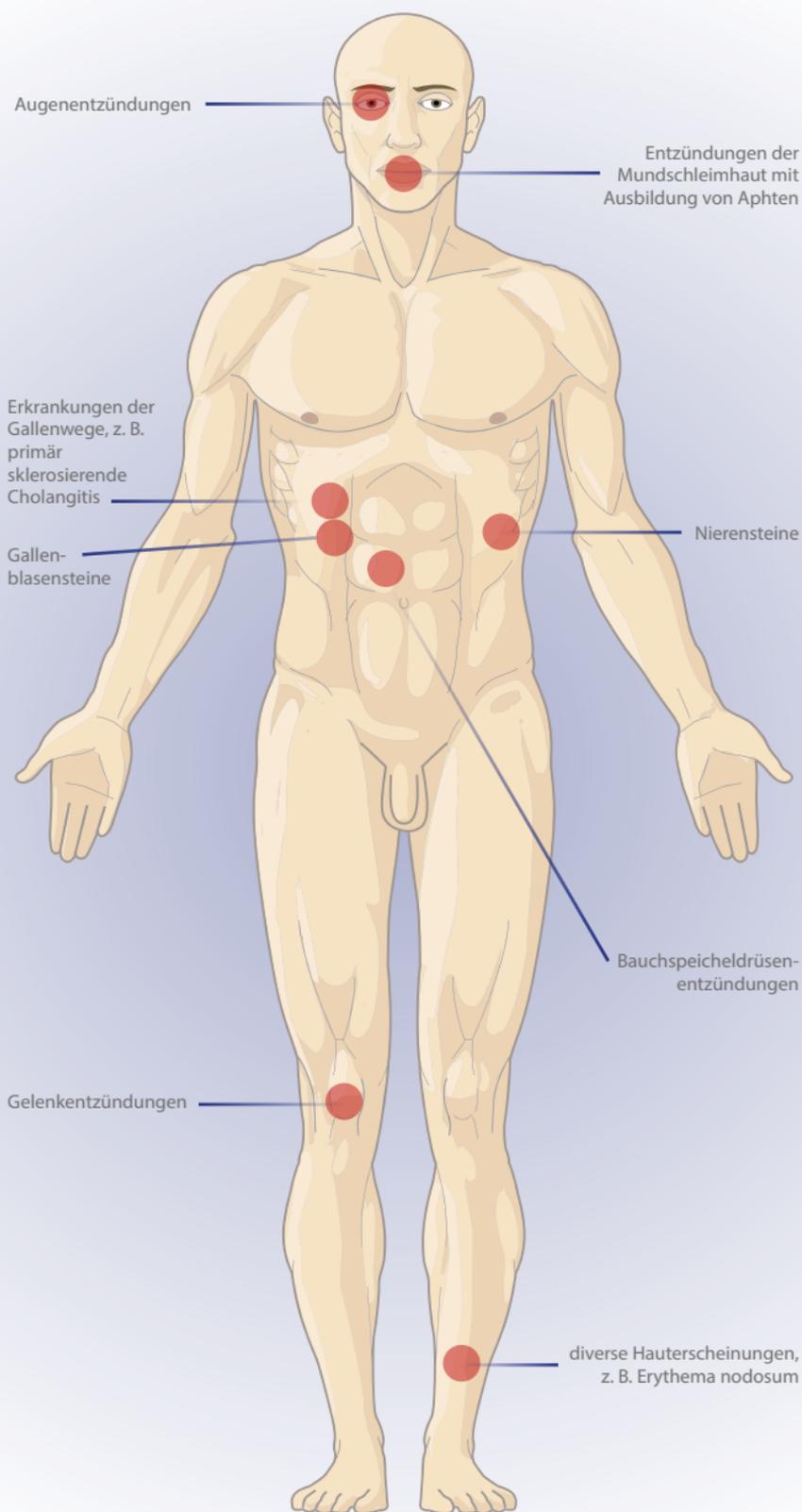


Abb. 1: Extraintestinale Begleiterkrankungen chronisch entzündlicher Darmerkrankungen

Wie wird ein Morbus Crohn festgestellt (Diagnostik)?

Es gibt keine einzelne Untersuchung, mit der die Diagnose Morbus Crohn gestellt werden kann. Vielmehr wird die Diagnose aus der Zusammenschau des bisherigen Verlaufes, der Beschwerden und den Ergebnissen von körperlicher Untersuchung, Blutuntersuchung, Stuhluntersuchung, Ultraschalluntersuchung des Bauchraumes, Darm- und Magenspiegelung mit Gewebeprobenentnahme sowie gegebenenfalls radiologischen Untersuchungen (z. B. Kernspinuntersuchung des Dünndarms) gestellt. Die Stuhluntersuchung erfolgt zum Ausschluss einer Darminfektion als möglicher Ursache der Entzündung.

Spezielle Stuhltests (z. B. Calprotectin-Test, Lactoferrin-Test) können hilfreich sein, um festzustellen, ob tatsächlich eine Entzündung im Darm vorliegt. Die wichtigste Untersuchung zur Sicherung der Diagnose ist die Magen- und Darmspiegelung (Gastroskopie/Ileokoloskopie). Die Magen- und Darmspiegelung weist zusammen mit der Ultraschall- oder der Kernspinuntersuchung (MR-Enterografie, MR-Sellink) nicht nur das Befallsmuster, sondern auch die Schwere der Entzündung nach. In seltenen, unklaren Fällen ist eine genaue Untersuchung des Dünndarmes nötig. Dann kann in spezialisierten Zentren eine klassische Dünndarmspiegelung (Ballonenteroskopie) oder eine Kapselendoskopie (hierbei wird eine kleine Digitalkamera in Form einer Kapsel geschluckt) durchgeführt werden.

Der Morbus Crohn betrifft meist einzelne Abschnitte (Segmente) des Magen-Darm-Trakts. Am häufigsten ist jedoch der Übergang vom Dün- zum Dickdarm betroffen (Ileitis terminalis). Oft kommt es auch zu einer Entzündung im Bereich des Darmausganges (Afters) mit Entwicklung von entzündlichen Gängen (Fisteln) und Eiterhöhlen (Abszessen) in dieser Region. Ein Befall der oberen Abschnitte des Magen-Darm-Trakts ist bei Erwachsenen zwar selten, bei Kindern aber deutlich häufiger (siehe Abb. 2).

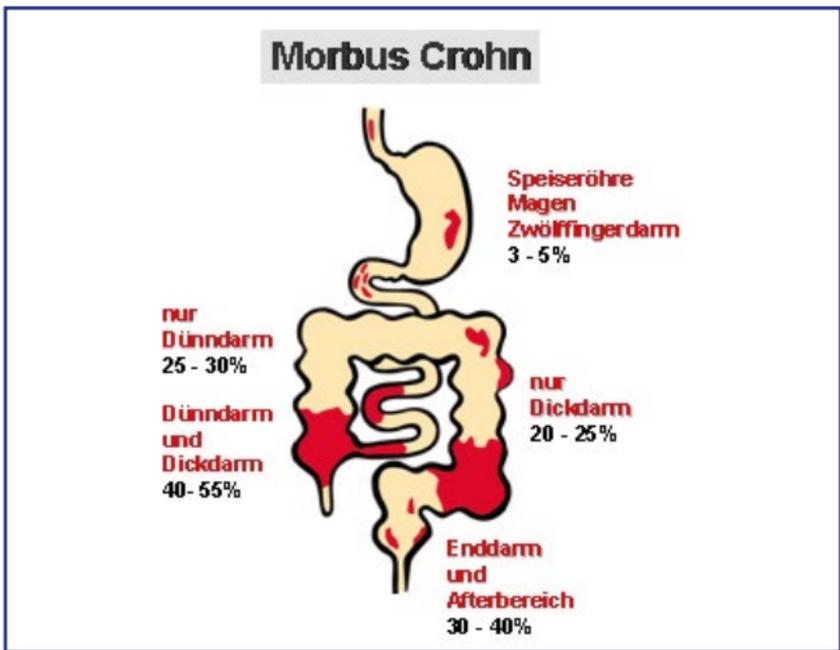


Abb. 2: Befallsmuster (rot markierte Regionen) des Morbus Crohn im Magen-Darm-Trakt

Die Entzündung beim Morbus Crohn betrifft in der Regel nicht nur die Darmschleimhaut, sondern die gesamte Darmwanddicke und kann sich so auch bis in die Umgebung ausbreiten. Einengungen des Darms (Stenosen), die Entwicklung von Fisteln und Abszessen sind die dabei gefürchteten Komplikationen, die im längeren Krankheitsverlauf bei unzureichender Kontrolle der Entzündung auftreten. Zusätzlich können, wie bereits oben erwähnt, auch Organe außerhalb von Magen und Darm betroffen

sein (extraintestinale Manifestationen). Am häufigsten kommt es dann zu Beschwerden in den Gelenken und dem Achsenskelett (bis 50 %), den Augen (bis 10 %) und der Haut (bis 12 %). Die Bestimmung der Ausdehnung und der Schwere der Entzündung sowie der Ausschluss bzw. der Nachweis von Komplikationen sind für eine optimale Therapieplanung von großer Bedeutung.

Welche Behandlungen gibt es?

Zunächst stehen medikamentöse Therapien im Vordergrund, allerdings sind bei den meisten Patienten mit Morbus Crohn im Verlauf, insbesondere bei Komplikationen, auch chirurgische Eingriffe erforderlich. Die Diät spielt nur eine untergeordnete Rolle. Eine eigentliche „Crohn-Diät“ gibt es nicht.

Die bei Morbus Crohn wirksamen Medikamente greifen meist in das Immunsystem ein, indem sie die Immunabwehr schwächen. Ein häufig verabreichtes Medikament wird verkürzt als „Kortison“ bezeichnet. Dabei handelt es sich um Kortikosteroide wie z. B. Prednison oder Prednisolon oder den Kortisonabkömmling Budesonid, der vor allem lokal im unteren Dünndarm und Übergang zum Dickdarm wirksam ist. Nachteilig sind die Entwicklung eines Vollmondgesichts, Gewichtszunahme, Schlaflosigkeit, Osteoporose und Infektneigung. Alle diese Nebenwirkungen sind unter Budesonid deutlich weniger ausgeprägt. Steroide sollten daher nur für möglichst kurze Zeit verabreicht werden, in der Ruhephase der Erkrankung sind sie abzusetzen. Deutlich weniger wirksam sind die Aminosalizylate, die nur bei leichten Schüben zum Einsatz kommen. Die nächste Stufe sind die sogenannten Immunsup-

pressiva wie Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Methotrexat, die Steroide einsparen können, aber bis zum Eintritt der Wirkung mindestens drei Monate brauchen. Mögliche Nebenwirkungen sind eine Verminderung der Leukozyten (weiße Blutkörperchen) und unterschiedliche Infektionen. Daher sind regelmäßige Blutbildkontrollen zwingend erforderlich. Bisweilen verursachen diese Medikamente auch Übelkeit und Erbrechen, eher selten Bauchspeicheldrüsen- oder Leberentzündungen. Als Spätkomplikation, vor allem bei älteren männlichen Patienten, sind Lymphome (Lymphdrüsenkrebs) beschrieben. Schneller wirken die sogenannten TNF-(Tumornekrosefaktor)-Antikörper, die entweder als Infusion oder als Spritzen unter die Haut gegeben werden müssen (z. B. Infliximab, Adalimumab). Sie wirken ebenfalls immunsuppressiv und können selbst eine Antikörperreaktion mit Allergie und/oder Wirkungsverlust auslösen. Sie prädisponieren überdies zu Infektionen, daher müssen vor der erstmaligen Gabe eine latente Tuberkulose und andere Infektionen (Hepatitis B und C) ausgeschlossen werden.

Ustekinumab, ein Ende 2016 von der europäischen Arzneimittelbehörde für die Behandlung von M.Crohn zugelassenes Medikament, ist ebenfalls ein Antikörper, der die Entzündungsbotschaften Interleukin 12 und 23 blockiert. Es stellt eine weitere Behandlungsoption dar, sofern sich andere Medikamente als unwirksam erweisen oder ihre Wirkung verlieren.

Seit 2014 im medikamentösen Arsenal sind die Antikörper gegen Integrine (Vedolizumab), die ebenfalls per Infusion verabreicht werden müssen, erfreulicherweise aber gut verträglich sind und die körperei-

gene Abwehr insgesamt nur wenig beeinträchtigen. Die Wirkung tritt im Vergleich zu den TNF-Antagonisten etwas verzögert ein, scheint dafür aber lange anzuhalten.

Welche Therapie wann und bei wem?

Die Therapiewahl hängt von verschiedenen Faktoren, insbesondere der Lokalisation der Erkrankung, der Schwere des Krankheitsschubs, dem früheren Ansprechen auf bzw. der Unverträglichkeit von Medikamenten oder auch der aktuellen Lebenssituation ab (Wachstum, Schwangerschaft). Das im Folgenden beschriebene Vorgehen orientiert sich an der deutschen Leitlinie, eine Übersicht bietet Tabelle 1. In jedem Fall sollte ein erfahrener Arzt konsultiert werden, der mit dem Patienten, die in der jeweiligen Situation angemessene Therapie abstimmt und einleitet.

Beim für Morbus Crohn typischen Befall der Ileocecalregion (Übergang Dünndarm/Dickdarm) wird bevorzugt Budesonid eingesetzt, weil es bei guter Wirkung nur geringe Nebenwirkungen hat. Aminosalizylate sind nur bei geringer Krankheitsaktivität vergleichbar wirksam. Bei fehlendem Ansprechen soll ein systemisches Steroid (z. B. Prednisolon) zum Einsatz kommen. Dies gilt auch für den zusätzlichen Befall von Speiseröhre, Magen oder oberem Dünndarm. Bei vorwiegendem Dickdarmbefall werden ebenfalls systemische Kortikosteroide wie Prednisolon benötigt, Aminosalizylate wie Sulfasalazin nur bei geringer Krankheitsaktivität. Bei Beteiligung des Mastdarms und des anschließenden Krummdarms (Sigma) kann zusätzlich ein Kortisoneinlauf oder -schaum versucht werden.

Falls es unter Steroiden nicht zu einer Besserung kommt (steroidrefraktärer Verlauf), wird meist auf TNF-Antikörper zurückgegriffen.

Tabelle 1:

Gering- bis mäßiggradiger Schub

Standard	• Kortikosteroide (oral)
Ileozökaler Befall	• Budesonid (oral) - bei mildem Schub Mesalazin
Dünndarmbefall (vor allem bei Kindern)	• Enterale bilanzierte Diät
Dickdarmbefall	• bei mildem Schub: Sulfasalazin

Schwerer Schub

Standard	• Kortikosteroide (oral oder intravenös)
Falls steroidrefraktär	• TNF-Antikörper - Infliximab (intravenös) oder - Adalimumab (subkutan)
Bei Versagen	• Vedolizumab • Ustekinumab

Fisteln

Kurzfristig (v.a. perianale Fisteln)	• Ciprofloxacin oder Metronidazol (oral)
Langfristig	• TNF-Antikörper (Infliximab oder Adalimumab)

Remissionserhaltung

Bei Steroidabhängigkeit	• Azathioprin bzw. 6-Mercaptopurin (oral)
Alternativ	• Methotrexat (intramuskulär, subcutan) 15 mg/Woche oder • TNF-Antikörper • Vedolizumab • Ustekinumab

Hier sind Infliximab und Adalimumab weitgehend gleichwertig, die Entscheidung fällt meist unter Berücksichtigung der bevorzugten Applikation (Infusion bzw. Injektion). Von manchen Ärzten wird auch der frühere Einsatz (vor „Kortison“) dieser Substanzen propagiert, da häufig nicht nur eine Besserung des Befindens, sondern auch eine prognostisch günstige Schleimhautheilung (in der Endoskopie) erreicht wird. Andererseits fehlen nach frühem Einsatz dieser Reservemedikamente bei unbefriedigendem Ansprechen dann meist weitere Therapieoptionen. Nicht selten kommt es auch zu einem „steroidabhängigen“ Verlauf, d.h. bei schrittweiser Reduktion der Steroiddosis kommt es zu einem Rückfall der Symptome. In diesem Fall sollte früh eine Immunsuppression erfolgen (z. B. mit Azathioprin), um dann nach etwa drei Monaten das „Kortison“ ausschleichen zu können. Oft wird bei Unverträglichkeit von Azathioprin dann 6-Mercaptopurin (Purinethol) oder Methotrexat vertragen.

Die Erhaltung der Ruhephase der Erkrankung kann insbesondere nach Einsatz von TNF-Antikörpern durch deren fortgesetzte Gabe erfolgen. Ebenso wie unter Immunsuppression mit Azathioprin kann es aber auch hier wieder zu Rezidiven (Rückfällen) kommen. In diesem Fall kann versucht werden, die Krankheitsaktivität durch Dosiserhöhung oder Intervallverkürzung doch noch zu beherrschen. Recht wirksam sind TNF-Antikörper auch bei Fisteln, z. B. im Bereich der Analregion, oft in Kombination mit Antibiotika. Alternativ kann Ustekinumab bzw. Vedolizumab zum Einsatz kommen, das auch bei einem Teil der anti-TNF-refraktären Patienten Wirksamkeit gezeigt hat. Es ist eine offene Frage, wann all diese Medikamente nach länger andauernder Krankheits-

beherrschung wieder abgesetzt werden können – meist wird dies nach etwa zwei bis vier Jahren Remission (Ruhephase) versucht. Bei Kindern ist natürlich insbesondere auf das Wachstum zu achten, Steroide sind wegen ihrer Wachstumshemmung hier extrem problematisch. Besser sind bei Kindern enterale Diäten (Astronautenkost) oder TNF-Antagonisten. Eine andere Sondersituation stellt eine Schwangerschaft dar, auch in diesem Fall muss zwingend ein Experte hinzugezogen werden.

Wann muss operiert werden?

Die Chirurgie spielt eine wesentliche Rolle bei der Beherrschung von Komplikationen, aber auch bei ansonsten therapierefraktärem Verlauf. Typische Komplikationen des Morbus Crohn in diesem Zusammenhang sind Abszesse, Stenosen (Engen des Darms) oder selten auch Blutungen. Abszesse in der Bauchhöhle, meist zwischen den Darmschlingen, können zunächst durch Sonografie oder Computertomografie geortet und dann mit einer Drainage abgeleitet werden. Auch wenn dies gelingt, ist eine anschließende Operation mit Entfernung der beteiligten Darmschlingen meist erforderlich. Erfreulicherweise genügt oft der laparoskopische Zugang als „Schlüssellochchirurgie“. Die Erholung nach der Operation erfolgt dann sehr viel rascher. Bei endoskopisch erreichbaren Engstellen können diese mit einem kleinen Ballon gedehnt werden, dies ist aber nur im Dickdarm oder bei Engen an Operationsnarben im Darm sinnvoll. Die Chirurgie kann entweder das betroffene, verengte Darmsegment direkt entfernen oder es erfolgt eine sogenannte Strikturoplastik, d.h. Längsspaltung mit Quernaht, die keinen Darm opfert. Falls keine medikamentöse Therapie an-

schlägt, muss ebenfalls der Chirurg zugezogen werden, der die betroffenen Darmsegmente entfernen kann. Diese Entscheidung fällt umso leichter, je kürzer dieses Segment ist. Eine Ileocoecalresektion (Entfernung des untersten Dünndarms mit Anastomose zum Dickdarm) ist natürlich eine kleinere Operation, im Gegensatz zu einer Operation, bei der der gesamte Dickdarm entfernt werden muss und ein Stoma (künstlicher Darmausgang an der Bauchdecke) erforderlich wird. Allerdings ist auch bei ausgedehnteren Resektionen (Darmentfernung) nicht von einer Heilung auszugehen, da in aller Regel die Entzündung im verbliebenen Darm wieder beginnt. Diese kann aber oft medikamentös beherrscht werden, am besten direkt als Prophylaxe nach der Operation durch die Gabe eines Antibiotikums (Metronidazol über drei Monate).

Eine spezielle Expertise, sowohl des Chirurgen als auch des internistischen Partners, erfordert das anale Fistelleiden, die gute Kooperation ist entscheidend. Im Vordergrund sollte die effektive Drainage von Abszessen-, unter Erhalt der Sphinkterfunktion, stehen. Bewährt haben sich die Fadendrainagen, die in die Fisteln als „Loop“ eingelegt werden und dort verbleiben können, sodass Sekret ohne Stau abfließen kann. Bei ergänzender medikamentöser Therapie (siehe oben) ist meist eine gute Fistelkontrolle möglich.

Welche Rolle spielen „alternative Medizin“, Psychosomatik oder Diäten?

Viele Patienten sind mit der sogenannten Schulmedizin, die nur Medikamente mit gesichertem Nachweis einsetzt, unzufrieden und probieren alle erdenklichen Alternativen. Manche dieser Substanzen, wie beispielsweise Weihrauchextrakt, sind in klinischen

Studien als mehr oder weniger wirksam getestet worden. Andere waren unwirksam bzw. wurden nie ausreichend geprüft: Ihre subjektiv empfundene Wirksamkeit beruht zumindest jedoch auf einem Placeboeffekt. Alternativtherapien anstatt einer evidenzgesicherten Therapie sind abzulehnen. Komplementäre Therapien können bei Patientenwunsch supportiv eingesetzt werden. Wichtig ist es, dass Sie Ihren Arzt über eine solche Einnahme informieren, da etliche Präparate wie Johanniskraut bei gleichzeitiger Einnahme von anderen Medikamenten durch Interaktionen Probleme bereiten können.

Sinnvoll ist demgegenüber bei Problemen im Alltagsleben, im Beruf oder in der Partnerschaft eine psychosomatische oder psychologische Mitbetreuung. Obwohl das ursprüngliche Konzept einer „psychosomatischen“ Erkrankung verlassen wurde, kann eine Unterstützung durch Psychologen extrem hilfreich sein bei der Bewältigung der mit dieser Erkrankung einhergehenden Probleme.

Wie oben erwähnt, gibt es keine „Crohn-Diät“. Aber das Achten auf persönliche Unverträglichkeiten (Nüsse, Zitrusfrüchte, blähende Speisen, Milchprodukte etc.) ist sicher sinnvoll und deren Vermeidung mit deutlich weniger Beschwerden verbunden.

Welchen Einfluss hat der Morbus Crohn auf Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Nachwuchsplanung?

Wie hoch ist das Risiko einer Vererbung?

Das Risiko, ebenfalls an Morbus Crohn zu erkranken, ist bei Kindern von Eltern mit Morbus Crohn um das ca. 3- bis 20-Fache erhöht.

Das individuelle Risiko ist aber immer noch verschwindend gering.

Die Fruchtbarkeit von Frauen und Männern mit Morbus Crohn ist in der Regel während einer Ruhephase der Erkrankung nicht beeinträchtigt. Bei aktiver Erkrankung ist sie allerdings vermindert, bei schwerer Erkrankung kann es sogar zum Ausbleiben der Regelblutung (Amenorrhö) kommen.

Hat der Morbus Crohn

Einfluss auf die Schwangerschaft?

Mehrere Studien konnten nachweisen, dass kein erhöhtes Risiko für einen Spontanabort, angeborene Missbildungen oder neonatale Todesfälle besteht. Möglicherweise ist das Frühgeburtsrisiko (< 37 Woche) ebenso wie das Risiko eines niedrigeren Geburtsgewichtes (< 2500 g) um das Zweifache erhöht.

Welchen Einfluss hat die Schwangerschaft auf den Morbus Crohn?

Vor Eintritt einer Schwangerschaft sollte der Morbus Crohn möglichst nicht aktiv sein. Erfolgt die Empfängnis in der inaktiven Phase der Erkrankung, ist das Risiko, einen Schub zu erleiden, vergleichbar mit dem nicht schwangerer Frauen.

Am häufigsten treten Schübe im ersten Drittel der Schwangerschaft und nach der Entbindung auf. Wird der Morbus Crohn während der Schwangerschaft aktiv, sollte er konsequent behandelt werden. Die meisten Medikamente, die bei nicht schwangeren Frauen eingesetzt werden, können auch während

der Schwangerschaft verwendet werden. Eine Ausnahme ist Methotrexat, das mindestens drei bis sechs Monate vor einer Schwangerschaft abgesetzt werden muss. Die Betreuung schwangerer Frauen mit Morbus Crohn sollte in enger Absprache zwischen Gastroenterologen und Gynäkologen erfolgen. Die Art der Entbindung sollte sich in erster Linie nach geburtshilflichen Notwendigkeiten richten. Falls keine Entzündung im After- oder Dammbereich besteht, ist eine normale (vaginale) Entbindung anzustreben.

Vor einer geplanten Schwangerschaft sollte ein Gespräch mit dem behandelnden Gastroenterologen erfolgen, um mögliche Gefahren und Probleme zu besprechen. Sinnvoll ist in dieser Phase häufig die Einnahme eines Folsäurepräparates (Vitamin B₉). Bestehende Mangelercheinungen (z. B. Eisenmangel) und eine erhöhte entzündliche Aktivität, die einen Eisenmangel hervorruft, sollten behandelt werden. Bei Männern, die Kinder zeugen wollen, sollte eine Therapie mit Sulfasalazin beendet werden, da dies zu einer vorübergehenden Zeugungsunfähigkeit führen kann. Auch Methotrexat sollte drei bis sechs Monate vor einer möglichen Zeugung abgesetzt werden.

Glossar

Abszess

Eine entzündliche, umkapselte Gewebeseinschmelzung gefüllt mit Eiter, die in den meisten Fällen durch eine bakterielle Infektion ausgelöst wird

Amenorrhö

Ausbleiben der Regelblutung

Aminosalzylate

Gruppe von lokal entzündungshemmenden Medikamenten

Anal

Um/im After (Anus) gelegen

Antibiotikum

Medikament, um Bakterien abzutöten

Aphthen

Schmerzhafte, von einem entzündlichen Randsaum umgebene, weißlich gelb belegte, nur wenige Millimeter messende Schädigung der Schleimhaut

Arthralgien

Gelenkschmerzen

Arthritiden

Gelenkentzündungen

Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Methotrexat

Medikamente, die zur Gruppe der Immunsuppressiva gehören

Ballonenteroskopie

Endoskopische Untersuchung des Dünndarmes mit speziellen Endoskopen (Doppel-Ballon, Single-Ballon)

Budesonid

Synthetisch hergestelltes Kortisonpräparat, das im Wesentlichen nur vor Ort, nicht im Gesamtorganismus wirkt

Calprotectin/Lactoferrin-Test

Stuhluntersuchung, die eine Entzündung im Darm nachweist

Ciprofloxazin

Breitbandantibiotikum

Computertomografie

Ein Röntgenverfahren, mit dem der menschliche Körper in Querschnittsbildern (Schnittbildverfahren) dargestellt wird

Darmflora

Gesamtheit der Mikroorganismen (Bakterien, Viren, Pilze) im Darm

Darmschleimhaut (Mukosa)

Innerste, schleimbildende Schicht der Darmwand; Sie kleidet den Darm aus

enterale (bilanzierte) Diäten

Künstliche Flüssignahrung, die komplett im Dünndarm aufgenommen wird

Erythema nodosum

Unschärf begrenzte, münzgroße Flecken bzw. Knötchen unter der Haut (meist Streckseite der Unterschenkel), die leicht erhaben und durch die darunterliegende Entzündung sehr druckempfindlich sind

extraintestinal

Außerhalb des Darms gelegen

Fadendrainage

Ein schlingenförmig in eine Fistel eingelegter Faden, der den Abfluss von Sekret gewährleistet

Fistel

Eine entzündliche, rohrförmige Verbindung zwischen zwei Hohlorganen bzw. zwischen einem Organ und der Körperoberfläche

Gastroskopie

Magenspiegelung

Genetik

Vererbungslehre

i.v.

Intravenös; über die Venen

Ileitis terminalis

Entzündung des letzten Dünndarmabschnittes

Ileokoloskopie

Spiegelung von Dickdarm, Enddarm und letztem Abschnitt des Dünndarms

Immunsuppressiva

Die körpereigene Abwehr unterdrückende Medikamente

Infliximab, Adalimumab

TNF α -Antikörper, Medikamente mit immunsuppressiver Wirkung, die die Entzündung im Darm unterdrücken

Integrine

Eiweiße in der Hülle (Membran) von nahezu allen Körperzellen, die in der Lage sind Zellen mit anderen Zellen zu verbinden

Interleukine

Botensubstanzen der Entzündung

Kapselendoskopie

Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Schleimhaut des Verdauungstraktes (insbesondere des Dünndarms) mithilfe einer schluckbaren Kamerakapsel

Kernspintomografie

Ein bildgebendes Verfahren (Schnittbildverfahren) zur Darstellung des menschlichen Körpers mit Magnetfeldern oder Radiowellen; hat keine Röntgenstrahlenbelastung

Komplikationen

Unerwünschte Folge einer Krankheit, eines Eingriffs, einer Behandlung

Kortison

Kortikosteroide siehe Prednison und Steroide

Laparoskopisch

Die Bauchspiegelung (Laparoskopie) betreffend

latent

„Verdeckt“, „verborgen“ oder „im Verborgenen“. Der Begriff wird in der Medizin meist eingesetzt, um auszudrücken, dass ein krankhafter Zustand vom Arzt und/oder dem Patienten nicht bemerkt wird.

Leukozyten

Weiße Blutkörperchen

Loop

Schlinge

Mastdarm

Enddarm

Mesalazin

Auch 5-Aminosalicylsäure (5-ASA), Entzündungshemmer, siehe Sulfasalazin

Metronidazol

Antibiotikum, das insbesondere gegen bestimmte Darmbakterien wirkt

MR-Enterografie/MR-Sellink

Kernspintomographie des Dünndarms, Verfahren, um den Dünndarm ohne Strahlenbelastung darzustellen

neonatal

Das Neugeborene betreffend

oral

Über den Mund

Osteoporose

Mangel an Knochengewebe

Placeboeffekt

Das Auftreten therapeutischer Wirkungen nach Scheinbehandlungen, insbesondere nach der Gabe von Scheinpräparaten (Placebos)

Prednison/Prednisolon

Synthetisch hergestelltes Kortisonpräparat, das entzündungshemmend wirkt und die körpereigene Abwehr unterdrückt

primär sklerosierende Cholangitis (PSC)

eine seltene, chronisch verlaufende Entzündung der Gallengänge in und außerhalb der Leber, die zum chronischen Gallestau mit anschließendem bindegewebigen Umbau der Leber führt

Prophylaxe

Maßnahmen, die dazu dienen, eine Beeinträchtigung der Gesundheit durch Risikofaktoren, Krankheiten oder Unfälle zu verhindern

Pyoderma gangraenosum

Schmerzhafte Erkrankung der Haut, bei der es großflächig, meist an einer Stelle, zu einer Geschwürsbildung und zum Absterben der Haut kommt; tritt gehäuft bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen auf

„refraktärer Patient“

Patient, der auf eine bestimmte Therapie nicht anspricht

Sacroileitis

Entzündung des Kreuz-Darmbein-Gelenks

Sigma

Krummdarm, Sigmadarm

Sonografie

Ultraschalluntersuchung

Steroide

Sind eine Klasse chemischer Verbindungen (Sterane), die im menschlichen Stoffwechsel eine wichtige Rolle, etwa bei der hormonellen Steuerung, spielen. Im medizinischen Sprachgebrauch wird der Begriff häufig synonym mit kortisonhaltigen Medikamenten verwendet

Stoma

Künstlicher Darmausgang

Strikturoplastik

Operationsverfahren, bei dem eine Darmenge durch Längsspaltung mit Quernaht aufgehoben wird

Sulfasalazin

Auch Salazosulfapyridin, Entzündungshemmer, aber kein Steroid oder TNF-Antikörper; wird durch Darmbakterien in

Sulfapyridin und Mesalazin gespalten

Symptome

Zeichen, die im Zusammenhang mit einer Krankheit auftreten

Therapie

Behandlung einer Krankheit

Therapierefraktär

Nichtansprechen auf eine Therapie

TNF α -Antikörper

Gentechnologisch hergestellte Medikamente, die gegen eine Entzündungsbotensubstanz (Tumor-Nekrose-Faktor alpha - TNF α) wirken und damit die körpereigene Abwehr dämpfen

Ustekinumab

Gentechnologisch hergestelltes Medikament, das bestimmte Interleukine blockiert

Uveitis

Regenbogenhautentzündung im Auge

Vedolizumab

Gentechnologisch hergestelltes Medikament, das bestimmte Integrine blockiert und dadurch im Darm entzündungshemmend wirkt

Ihnen hat dieser Ratgeber gefallen? Sie haben Fragen oder Anregungen? Dann schreiben Sie uns. Mit Ihrer Rückmeldung helfen Sie, diesen Patientenratgeber weiter zu verbessern. Unsere Anschrift: Gastro-Liga e.V., Redaktion „Patientenratgeber“, Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen, E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de

Autoren:

Prof. Dr. Franz Hartmann

Agaplesion

Medizinisches Versorgungszentrum Frankfurt gGmbH

Wilhelm-Epstein-Str. 2

60431 Frankfurt/Main

Prof. Dr. Eduard F. Stange

Happoldstr. 71a

70469 Stuttgart

Interessenskonflikte:

Prof. Dr. F. Hartmann erhält Vortragshonorare von AbbVie, Dr. Falk Pharma, Ferring, Takeda und Janssen sowie Beratungshonorare von AbbVie, Takeda und Janssen.

Prof. Dr. E. Stange erhält Honorare für Vorträge von Abbie, Dr. Falk Pharma, Ferring und Takeda sowie Honorare für Beratung von Merck, Takeda und Janssen. Er führte klinische Studien für Abbie, Falk, Celgene, Takeda, Gilead, Amgen, Boehringer, Salix und Pfizer durch.

Aufnahmeantrag

an Gastro-Liga e.V. , Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen



Ich möchte in die Gastro-Liga e.V. als Mitglied aufgenommen werden

Name

Vorname

Beruf

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon / Fax

E-Mail

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von €
(jährlicher Mindestbeitrag € 50,00)

Betrag in Worten
wird jährlich per Lastschrift erhoben.

Datum und Unterschrift

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



Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftenmandats für die Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger/Gläubiger:

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung (Gastro-Liga) e.V., Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE19ZZZ00000452908

Mandatsreferenz-Nr.: * (s.u.)

Ich/Wir ermächtige/n die Gastro-Liga e.V. Zahlungen vom u. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gastro-Liga e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

* Die Mandatsreferenz wird mir separat mitgeteilt. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis Lastschrift wird mich die Gastro-Liga e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC:

Name Kreditinstitut:

Datum und Unterschrift

Weitere Informationen:

Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn“ (www.awmf.org)

Europäische Leitlinie zum Morbus Crohn der European Crohn's and Colitis Organisation, in englischer Sprache (www.ecco-ibd.eu)

Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung – DCCV – e.V. (www.dccv.de)

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (www.dgvs.de)

Die Ratgeber-Reihe der Gastro-Liga e.V. wurde erstellt in Kooperation mit Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS).



Gefördert durch die Ernst und Berta Grimmke – Stiftung



Stand April 2019

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

Friedrich-List-Straße 13 | 35398 Gießen | Germany
Telefon: +49 641 - 9 74 81 - 0 | Telefax: +49 641 - 9 74 81 - 18
Internet: www.gastro-liga.de | E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de