

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

**Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn
in laienverständlicher Form**

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| 1. Einleitung | 7 |
| 1.1 Vorbemerkungen | 8 |
| 1.2 Methodik | 8 |
| 2. Diagnostik | 9 |
| 2.1 Klinische Diagnostik | 9 |
| 2.1.1 Diagnosestellung | 9 |
| 2.1.1.1 Allgemeines | 9 |
| 2.1.1.2 Leitsymptome – Die häufigsten Krankheitsbeschwerden beim Morbus Crohn | 9 |
| 2.1.1.3 Krankheitsgeschichte | 10 |
| 2.1.1.4 Körperliche Untersuchung | 10 |
| 2.1.1.5 Erste Laboruntersuchungen | 10 |
| 2.1.2 Etablierung der Diagnose – weitere Maßnahmen zur Diagnosestellung | 11 |
| 2.1.2.1 Strikturen – Engstellen im Darm | 11 |
| 2.1.2.2 Kinder und Jugendliche | 11 |
| 2.1.3 Dünndarmdiagnostik | 12 |
| 2.1.3.1 Die Rolle der Magenspiegelung mit Entnahme von Gewebeproben | 12 |
| 2.1.3.2 Die Rolle der Kapselendoskopie | 12 |
| 2.1.4 Untersuchungen im Krankheitsverlauf | 13 |
| 2.1.4.1 Laboruntersuchungen | 13 |
| 2.1.4.2 Spiegelungen und bildgebende Verfahren | 13 |
| 2.1.4.3 Überwachung zur Krebsvorsorge und -früherkennung | 13 |
| 2.1.5 Besondere Untersuchungssituationen | 14 |
| 2.1.5.1 Untersuchungen, um Komplikationen jenseits der Darmwand zu erkennen | 14 |
| 2.1.5.2 Untersuchungen vor Operationen | 14 |
| 2.1.6 Nicht empfohlene Untersuchungen | 14 |
| 2.2 Untersuchungen von Gewebe auf krankhafte Veränderungen | 15 |
| 2.2.1 Untersuchungen von Gewebeproben | 15 |
| 2.2.2 Untersuchung von Operationspräparaten auf krankhafte Veränderungen | 15 |
| 2.2.3 Mikroskopische Untersuchung von auffälligen Gewebeneubildungen an der Darmwand | 16 |
| 3. Therapie | 16 |
| 3.1 Akuter Schub | 16 |
| 3.1.1 Einführung | 16 |
| 3.1.2 Morbus Crohn mit Ileozökalfall – Morbus Crohn im unteren Dünndarm | 17 |
| 3.1.2.1 Leichte Entzündungsaktivität | 17 |
| 3.1.2.2 Mäßige Entzündungsaktivität | 17 |
| 3.1.2.3 Hohe Entzündungsaktivität | 18 |
| 3.1.3 Colitis Crohn = Morbus Crohn im Dickdarm | 18 |
| 3.1.4 Ausgedehnter Dünndarmbefall | 19 |
| 3.1.5 Befall von Speiseröhre und Magen | 20 |
| 3.1.6 Steroidrefraktärer Verlauf – Verlauf, bei dem Cortisonpräparate nicht wirken | 20 |
| 3.1.7 Frühzeitiger erneuter Krankheitsschub nach erreichter Ruhephase | 21 |
| 3.1.8 Erneuter Krankheitsschub bei steroidabhängigem Verlauf | 21 |
| 3.1.9 Kinder und Jugendliche | 22 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 3.2 | Remissionserhaltung – Erhaltung der Krankheitsruhephase..... | 23 |
| 3.2.1 | <i>Ziele der Langzeittherapie.....</i> | 23 |
| 3.2.2 | <i>Wann braucht man eine Behandlung, um die Ruhephase bei Morbus Crohn aufrecht zu erhalten?</i> | 23 |
| 3.2.2.1 | <i>Ruhephase und Tabakrauchen</i> | 24 |
| 3.2.2.2 | <i>Aufrechterhaltung der Ruhephase und Cortisonpräparate.....</i> | 24 |
| 3.2.2.3 | <i>Aufrechterhaltung der Ruhephase mit Azathioprin/6-Mercaptopurin.....</i> | 24 |
| 3.2.2.4 | <i>Dauer der Behandlung zur Aufrechterhaltung der Ruhephase mit Azathioprin/6-Mercaptopurin.....</i> | 24 |
| 3.2.2.5 | <i>Behandlung zur Aufrechterhaltung der Ruhephase, wenn Azathioprin und 6-Mercaptopurin versagen</i> | 25 |
| 3.2.2.6 | <i>Ruhephase nach Anti-TNF-alpha-Behandlung</i> | 25 |
| 3.2.3 | <i>Erhaltung der Ruhephase nach Operation</i> | 25 |
| 3.2.4 | <i>Kinder und Jugendliche.....</i> | 25 |
| 3.3 | Medikamente | 26 |
| 3.3.1 | <i>Budesonid</i> | 26 |
| 3.3.2 | <i>Systemisch wirksame Steroide – Cortisonpräparate, die im ganzen Körper wirken können</i> | 26 |
| 3.3.3 | <i>Sulfasalazin</i> | 26 |
| 3.3.4 | <i>Azathioprin / 6-Mercaptopurin</i> | 27 |
| 3.3.5 | <i>Methotrexat.....</i> | 27 |
| 3.3.6 | <i>TNF-alpha-Antikörper.....</i> | 28 |
| 3.4 | Fruchtbarkeit und Schwangerschaft..... | 29 |
| 3.4.1 | <i>Fruchtbarkeit.....</i> | 29 |
| 3.4.2 | <i>Schwangerschaft</i> | 29 |
| 3.4.2.1 | <i>Einfluss der Krankheitsaktivität auf Verlauf und Ergebnis einer Schwangerschaft</i> | 29 |
| 3.4.2.2 | <i>Einfluss der Schwangerschaft auf den Krankheitsverlauf.....</i> | 30 |
| 3.4.2.3 | <i>Medikamente während der Schwangerschaft.....</i> | 30 |
| 3.4.2.4 | <i>Schwangerschaft und Spiegelungsuntersuchungen.....</i> | 30 |
| 3.4.2.5 | <i>Fisteln und Schwangerschaft</i> | 31 |
| 3.4.2.6 | <i>Art der Entbindung.....</i> | 31 |
| 3.4.3 | <i>Medikamente in der Stillzeit.....</i> | 31 |
| 3.5 | Schmerztherapie..... | 31 |
| 3.6 | Chirurgie beim Morbus Crohn | 32 |
| 3.6.1 | <i>Erkrankung im Dünndarm oder am Übergang vom Dünn- zum Dickdarm</i> | 33 |
| 3.6.1.1 | <i>Begleitabszess.....</i> | 33 |
| 3.6.1.2 | <i>Strikturoplastik – Vom Umgang mit Engstellen.....</i> | 33 |
| 3.6.1.3 | <i>Laparoskopische Resektion – Operation mit Schlüssellochtechnik</i> | 34 |
| 3.6.2 | <i>Morbus Crohn im Dickdarm.....</i> | 34 |
| 3.6.2.1 | <i>Erkrankung eines weniger als 30cm langen Abschnitts des Dickdarms.....</i> | 34 |
| 3.6.2.2 | <i>Hochgradige intraepitheliale Neoplasie – (Vorstufe zu) Dickdarmkrebs.....</i> | 34 |
| 3.6.2.3 | <i>Ileopouch-ale Anastomose (IPAA) – Anlage eines Pouch</i> | 34 |
| 3.6.3 | <i>Chirurgie und Medikation</i> | 35 |
| 3.6.3.1 | <i>Operation unter Behandlung mit TNF-alpha-Antikörpern</i> | 35 |
| 3.6.3.2 | <i>Operation unter Behandlung mit Cortisonpräparaten.....</i> | 35 |
| 3.6.3.3 | <i>Operation unter Behandlung mit Azathioprin/6-Mercaptopurin.....</i> | 35 |
| 3.6.3.4 | <i>Eignung für Operationen</i> | 35 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 3.7 | Diagnose und Management des fistulierenden Morbus Crohn | 35 |
| 3.7.1 | <i>Diagnostik von anorektalen und perianalen Fisteln – Untersuchungen im Hinblick auf Fisteln in der Umgebung des natürlichen Darmausgangs (Anus)</i> | 36 |
| 3.7.2 | <i>Behandlung von Fisteln.....</i> | 36 |
| 3.7.2.1 | <i>Einfache Fisteln in der Umgebung des natürlichen Darmausgangs</i> | 36 |
| 3.7.2.2 | <i>Komplexe Fisteln in der Umgebung des natürlichen Darmausgangs.....</i> | 37 |
| 3.7.2.5 | <i>Behandlung mit Medikamenten.....</i> | 38 |
| 4. | Extraintestinale Manifestationen, Psychosomatik und komplementäre und alternative Therapien..... | 39 |
| 4.1 | Krankheitserscheinungen außerhalb des Darms | 39 |
| 4.1.1 | <i>Gelenkmanifestationen</i> | 39 |
| 4.1.2 | <i>Osteoporose - Knochenschwund.....</i> | 40 |
| 4.1.3 | <i>Hautmanifestationen.....</i> | 41 |
| 4.1.4 | <i>Augenmanifestationen</i> | 42 |
| 4.1.5 | <i>Hepatobiliäre Erkrankungen – Begleiterkrankungen an Leber und Galle.....</i> | 42 |
| 4.1.6 | <i>Seltene extraintestinale Manifestationen bei Morbus Crohn.....</i> | 43 |
| 4.2 | Psychosomatik | 43 |
| 4.2.1 | <i>Krankheitsverlauf beeinflussende psychosoziale Faktoren.....</i> | 44 |
| 4.2.2 | <i>Therapeutische Ansätze</i> | 44 |
| 4.2.2.1 | <i>Arzt-Patienten-Verhältnis, Information und klinische Versorgung</i> | 44 |
| 4.2.2.2 | <i>Integrierte psychosoziale Versorgung.....</i> | 44 |
| 4.2.2.3 | <i>Selbsthilfegruppen.....</i> | 44 |
| 4.2.2.4 | <i>Psychotherapie</i> | 44 |
| 4.2.2.5 | <i>Raucherentwöhnung.....</i> | 45 |
| 4.2.3 | <i>Kinder und Jugendliche.....</i> | 45 |
| 4.3 | Komplementäre und alternative Therapien | 45 |
| 4.3.1 | <i>Definition.....</i> | 45 |
| 4.3.2 | <i>Anwendung.....</i> | 46 |
| 4.3.3 | <i>Alternative Therapieverfahren.....</i> | 47 |
| 4.3.4 | <i>Komplementärmedizinische Verfahren</i> | 47 |
| 4.3.4.1 | <i>Akupunktur</i> | 47 |
| 4.3.4.2 | <i>Omega-3-Fettsäuren</i> | 47 |
| 4.3.4.3 | <i>Boswellia serrata (Weihrauch)</i> | 48 |
| 4.3.4.4 | <i>Trichuris suis ovata (Eier des Schweinepeitschenwurms).....</i> | 48 |
| 4.3.4.5 | <i>Probiotika.....</i> | 48 |
| 5. | Glossar..... | 49 |
| 6. | Grafik: Verdauungssystem..... | 65 |

1. Einleitung

Leitlinien beschreiben, wie eine bestimmte Erkrankung festgestellt und behandelt werden sollte, sie sind also eine Richtschnur für Diagnose und Therapie. Sie legen offen, welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand einen besonderen Nutzen bewiesen haben, und setzen die wissenschaftliche Forschungserkenntnisse (so genannte „Evidenzen“) in praktische Handlungsempfehlungen um.

Um eine Leitlinie zu entwickeln, beruft in der Regel eine medizinische Fachgesellschaft Experten auf dem jeweiligen Gebiet zu einer so genannten Konsensuskonferenz. Oft werden thematische Arbeitsgruppen gebildet. In diesen Gruppen werden wissenschaftliche Veröffentlichungen nach der Qualität ihrer wissenschaftlichen Aussagekraft (Evidenzstärke) bewertet und in der Praxis gewonnene Erfahrungen diskutiert. Auf dieser Basis werden mögliche Handlungsempfehlungen für die Diagnostik und Therapie formuliert. Die Zustimmung zu diesen Empfehlungen wird gemessen und so der Grad der Konsensusstärke, ein Maß für die Einigkeit der Experten, ermittelt.

Damit die Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn“ aus dem Jahr 2008 aber nicht nur bei Experten bekannt wird, legt die Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV) e.V. die wesentlichen Inhalte im Folgenden in laienverständlicher Form vor. Auf Fachbegriffe wurde möglichst weitgehend verzichtet; wichtige medizinische Vokabeln aus der Leitlinie finden Sie im Anhang in einem Glossar erläutert. Zum besseren Verständnis wurde außerdem eine Graphik des Verdauungssystems des Menschen beigelegt.

Diese Patientenleitlinie wurde von Dr. Susanne In der Smitten erstellt und von Birgit Kaltz redigiert (beide DCCV e.V.).

Wir danken Herrn PD Dr. Jörg C. Hoffmann für die inhaltliche Überprüfung und kritische Durchsicht des Manuskriptes.

Korrespondenzadresse / Informationen für Patienten:

Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung - DCCV - e.V.

Birgit Kaltz

Reinhardtstraße 18

10117 Berlin

Telefon: 030 / 2000392-0

Telefax: 030 / 2000392-87

Internet: <http://www.dccv.de>

1.1 Vorbemerkungen

Morbus Crohn (MC) und Colitis ulcerosa (Cu) sind die beiden häufigsten chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED). Die Neuerkrankungsrate für den MC liegt in Mitteleuropa zwischen 5,2 und 8,6 pro 100.000 Einwohner pro Jahr, wobei für Deutschland zuletzt 5,2 pro 100.000 Einwohner angegeben wurden. Insgesamt sind nach derzeitigen Schätzungen 120 bis 200 Personen pro 100.000 Einwohner an Morbus Crohn erkrankt.

Besonders viele Betroffene erkranken im Alter zwischen 15 und 34 Jahren, so dass die Krankheit für viele schon während der Schulzeit oder der Berufsausbildung beginnt und sie durch ihr gesamtes berufliches Leben begleitet. Daraus folgt, dass nicht nur die direkten Kosten für Medikamente, Arztbesuche, Operationen, Krankenhausaufenthalte etc., sondern auch die indirekten Kosten, beispielsweise durch Arbeitsausfälle und Erwerbsunfähigkeit, hoch sind. Man geht davon aus, dass die indirekten Kosten etwa 2/3 der Krankheitskosten ausmachen. Das Universitätsklinikum Ulm hat im Jahr 2002 eine Berechnung veröffentlicht, nach der die Kosten für einen Patienten mit Morbus Crohn im Mittel bei knapp 1.600 Euro pro Monat liegen. In Deutschland fallen so pro Jahr bis zu drei Milliarden Euro für die Versorgung von Patienten mit Morbus Crohn an, davon bis zu 400 Millionen Euro allein für Medikamente. Dieser Posten steigt seit einigen Jahren deutlich an, weil mit den so genannten Biologika eine Gruppe von neuen und sehr teuren Medikamenten auf den Markt gekommen ist.

1.2 Methodik

Zur Erstellung der Morbus Crohn Leitlinie hat die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) im Juni 2007 Experten zu einer Konsensuskonferenz nach Berlin eingeladen. Darunter waren Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Vertreter aus dem Kompetenznetz Chronisch entzündliche Darmerkrankungen, aber auch Vertreter für die Patientenseite aus der Deutschen Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung e.V. (DCCV).

Für die Leitlinie lagen umfangreiche Vorarbeiten vor. Denn in Deutschland war zuletzt 2003 eine Leitlinie zum Morbus Crohn unter Federführung der DGVS erarbeitet worden, und auf europäischer Ebene hatte die European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) im Jahr 2006 eine Crohn-Leitlinie veröffentlicht. Trotzdem wurde zusätzlich noch eine systematische Literaturrecherche für den Zeitraum Januar 2001 bis April 2007 betrieben. So sollte sichergestellt werden, dass alle wichtigen Forschungsarbeiten, die nach der letzten deutschen MC-Leitlinie veröffentlicht worden waren, auch berücksichtigt wurden.

Über einen Zeitraum von einigen Wochen sichteten die Konferenzteilnehmer die Literatur und erarbeiteten Vorschläge für Empfehlungen. Über die Aussagen der ECCO-Leitlinie wur-

de vor der Konferenz per Internet abgestimmt, über neue Empfehlungen wurde auf der Konferenz jeweils nach einer Plenumsdiskussion abgestimmt. Als Konsens galt eine Zustimmung von mehr als 80% der anwesenden Konferenzteilnehmer. Stimmt weniger als die Hälfte zu, wurde die Aussage abgelehnt. Bei einer mehrheitlichen Zustimmung zwischen 50 und 80 Prozent wurden die Empfehlungsgrade für die Aussage abgestuft.

Der stärkste vergebene Empfehlungsgrad gemessen an der Aussagekraft der Studien und dem Konsens der Teilnehmer wurde mit A bezeichnet, die Abstufungen reichen nach unten bis D. Die aktuelle Leitlinie soll fünf Jahre gültig sein und voraussichtlich 2012 erneut überarbeitet werden.

Die Leitlinienüberarbeitung wurde finanziert durch das Kompetenznetz CED, die Robert-Bosch-Stiftung und die Werner-Otto-Stiftung sowie im Rahmen eines Forschungsprojektes der Telematikplattform für medizinische Forschungsnetze e.V.

2. Diagnostik

2.1 Klinische Diagnostik

2.1.1 Diagnosestellung

2.1.1.1 Allgemeines

Der Morbus Crohn (MC) hat kein einheitliches Krankheitsbild. Prinzipiell können alle Abschnitte des Verdauungstraktes in unterschiedlicher Kombination von Entzündungen des MC betroffen sein. Die Diagnosestellung kann daher nicht durch eine einzelne Untersuchung erfolgen. Vielmehr basiert sie auf einer Kombination der Krankheitsgeschichte mit den aktuellen Krankheitsbeschwerden, Labor- und Ultraschalluntersuchungen, Spiegelungen, Befunden von Gewebe- und/oder Röntgenuntersuchungen (D).

2.1.1.2 Leitsymptome – Die häufigsten Krankheitsbeschwerden beim Morbus Crohn

Die Beschwerden, die der MC verursacht, können vielfältig sein. Häufig gehören Durchfall für mehr als sechs Wochen, Bauchschmerzen und/oder Gewichtsverlust dazu. Diese Symptome sollten insbesondere bei jungen Patienten den Verdacht auf einen Morbus Crohn erregen. Auch ein allgemeines Krankheitsgefühl oder Fieber sind häufig (D). Bei Kindern kann eine Wachstumsverzögerung der erste Hinweis auf die Krankheit sein (B).

Nur ein Viertel der Kinder und Jugendlichen hat die klassischen Beschwerden Bauchschmerzen, Durchfall und Gewichtsverlust.

2.1.1.3 Krankheitsgeschichte

Um einen Überblick über die komplette Krankheitsgeschichte zu erhalten, sollte der Arzt danach fragen, wann die aktuellen Beschwerden begonnen haben, ob der Patient in letzter Zeit auf Reisen war, ob und welche Nahrungsmittel er nicht verträgt, ob er Kontakt mit ansteckenden Durchfallerregern hatte, welche Medikamente er genommen hat oder nimmt (insbesondere mit Blick auf Antibiotika und nicht-cortisonhaltige Rheumamedikamente), ob er geraucht hat oder raucht, welche Krankheiten in der Familie vorkommen und ob dem Patienten bereits der Blinddarm entfernt wurde (D). Wichtig sind auch die Fragen, ob und welche Krankheitsbeschwerden nachts auftreten, ob der Patient Krankheitszeichen an Mund, Haut, Augen und/oder Gelenken aufweist oder wunde Stellen, Hauteinrisse oder Eiteransammlungen in der Umgebung des natürlichen Darmausgangs bzw. des Schließmuskels hat (D).

Mit diesen Fragen erhält der Arzt wichtige Informationen über vorhandene Risikofaktoren für einen Morbus Crohn (Rauchen, vorausgegangene Blinddarmoperation) sowie über mögliche alternative Erklärungen für die Beschwerden (Infektion, Nahrungsmittelunverträglichkeit, Medikamentennebenwirkung).

2.1.1.4 Körperliche Untersuchung

Bei der körperlichen Untersuchung sollte der Arzt nach dem Allgemeinzustand des Patienten fragen, den Puls, den Blutdruck und die Körpertemperatur messen, den Bauch abtasten, in den Mund des Patienten blicken sowie Po und Enddarm untersuchen. Die Bestimmung von Körpergewicht und Body-Mass-Index werden empfohlen (D). Bei Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, die Größe, das Gewicht, den Wachstumsverlauf und das Pubertätsstadium zu bestimmen und die Werte mit alterstypischen Werten von gesunden Kindern und Jugendlichen zu vergleichen (D).

2.1.1.5 Erste Laboruntersuchungen

Die Patienten sollten untersucht werden auf Zeichen der akuten und/oder chronischen Entzündung, Blutarmut, Flüssigkeitsdefizit und Zeichen der Mangelernährung oder der mangelhaften Aufnahme von Nahrungsbestandteilen (D). Bei der ersten Laboruntersuchung sollten ein Blutbild erstellt (D) und das so genannte C-reaktive Protein (B) als Entzündungsmarker bestimmt werden. Stuhlproben sollten mikrobiologisch auf infektiöse Durchfallerreger inklusive dem Gift des Clostridium difficile Bakteriums untersucht werden (B). Zusätzliche Tests können bei Patienten notwendig sein, die kürzlich im Ausland waren. Bestätigt sich der Ver-

dacht auf einen Morbus Crohn, können weitere laborchemische Untersuchungen im Einzelfall notwendig sein (D).

Die Bestimmung der Menge von so genanntem Calprotectin im Stuhl kann hilfreich sein, um eine Entzündung von nichtentzündlichen Ursachen der Beschwerden zu unterscheiden (A).

2.1.2 Etablierung der Diagnose – weitere Maßnahmen zur Diagnosestellung

Wenn sich bei einem Patienten bei einer Dickdarmspiegelung Hinweise auf einen Morbus Crohn zeigen, werden auf jeden Fall weitere Untersuchungen des übrigen Verdauungstraktes empfohlen, um alle von der Erkrankung betroffenen Stellen und die genaue Krankheitsausdehnung zu bestimmen, und das unabhängig davon, ob auch der Übergang vom Dickdarm zum Dünndarm entzündet war oder nicht (A).

Bei Verdacht auf einen Morbus Crohn gehören eine Ultraschalluntersuchung des Bauchraums, eine Darmspiegelung mit Entnahme von Gewebeproben aus allen Dickdarmabschnitten und aus dem Übergang zum Dünndarm sowie Untersuchungen des Dünndarms zur Diagnosestellung dazu (A).

2.1.2.1 Strikturen – Engstellen im Darm

Wenn der Arzt aufgrund von Engstellen bestimmte Darmabschnitte bei der Spiegelung nicht erreichen kann, sind bildgebende Untersuchungen nötig, um das Ausmaß und die genauen Orte der Entzündung zu ermitteln (A).

Dazu gehören neben dem Ultraschall auch Röntgentechniken wie die Doppelkontrastuntersuchung. Virtuelle Spiegelungen, bei denen der Darm mittels Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRK) dargestellt wird, sind eine empfehlenswerte Alternative für die Untersuchung nicht erreichbarer Darmabschnitte, wenn der Arzt mit diesen Methoden viel Erfahrung hat.

2.1.2.2 Kinder und Jugendliche

Bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf einen Morbus Crohn sollten die ersten Untersuchungen eine Darmspiegelung mit Entnahme von Gewebeproben aus allen Darmabschnitten (A) sowie eine Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm ebenfalls mit Entnahme von Gewebeproben aus allen Abschnitten (B) sein. Zusätzlich sollte eine Dün-

darmdarstellung, bevorzugt mit Ultraschall oder Magnetresonanztomographie (MRT) erfolgen (B). Die Spiegelung sollte unter Vollnarkose oder bei Dämmer Schlaf unter Schmerz- und Beruhigungsmitteln erfolgen (B).

2.1.3 Dünndarmdiagnostik

Es gibt verschiedene bildgebende Techniken für die Untersuchung des Dünndarms, z.B. den Ultraschall des Bauchraums, Kontrastmitteluntersuchungen wie die fraktionierte Magen-Darm-Passage oder das Dünndarm-Enteroklysma, Spiegelungen, die Computertomographie (CT) und die Magnetresonanztomographie (MRT). Die hochauflösende Ultraschalluntersuchung sollte durch eine weitere komplette Bildgebung ergänzt werden, vorzugsweise durch die MRT-Untersuchung, weil die ohne Röntgenstrahlen auskommt (B).

2.1.3.1 Die Rolle der Magenspiegelung mit Entnahme von Gewebeproben

Die Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm samt Entnahme von Gewebeproben wird bei der ersten Diagnosestellung und beim Auftreten von Krankheitsbeschwerden im oberen Verdauungstrakt im weiteren Krankheitsverlauf empfohlen (D).

2.1.3.2 Die Rolle der Kapselendoskopie

Die Untersuchung mittels einer Kapsel, die auf ihrem Weg durch den Darm Bilder aufnimmt, kann erwogen werden, wenn ein Patient Beschwerden hat und der Verdacht auf einen Krankheitsbefall des Dünndarms besteht, wenn zugleich Engstellen im Darm ausgeschlossen sind, die Betrachtung des untersten Dünndarmabschnittes bei der Darmspiegelung unauffällig oder technisch nicht möglich war und der Ultraschall, Durchleuchtungs- oder Schnittbildverfahren keine Verletzungen des Dünndarms gezeigt haben (A).

Die Kapsel kann Veränderungen und Verletzungen des Dünndarms sehr gut zeigen. Allerdings müssen Engstellen im Darm vorher ausgeschlossen sein, damit die Kapsel nicht stecken bleibt. Ein entscheidender Nachteil liegt darin, dass die Kapsel nicht gezielt gesteuert und keine Gewebeproben entnommen werden können. Dadurch kann der Arzt verdächtige Stellen im Darm nicht genauer untersuchen.

2.1.4 Untersuchungen im Krankheitsverlauf

2.1.4.1 Laboruntersuchungen

Welche Laboruntersuchungen im weiteren Krankheitsverlauf nötig sind, hängt vom gesamten Beschwerdebild des Patienten, vom Befallsmuster und von der Therapie ab (D). Bei untypischen oder starken Beschwerden sollten weitere Untersuchungen im Hinblick auf krankmachende Bakterien und Viren erfolgen (D).

Bei Patienten mit einem schweren und langjährigen Verlauf des Morbus Crohn kann eine systematische Untersuchung im Hinblick auf Mangelerscheinungen sinnvoll sein (z.B. Eisen, Zink, 25-OH, Vitamin D, Vitamin B 12). Vor allem wenn der Patient Antibiotika einnimmt, sollte auch auf das Clostridium difficile Bakterium getestet werden.

2.1.4.2 Spiegelungen und bildgebende Verfahren

Wenn bei dem Patienten Beschwerden eines erneuten Krankheitsschubes auftreten, sollte immer eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt werden (B). Weitere Untersuchungen mit anderen bildgebenden Verfahren und Spiegelungen sind bei unklarem Befund und bei Verdacht auf Komplikationen erforderlich (D).

2.1.4.3 Überwachung zur Krebsvorsorge und -früherkennung

Patienten mit Morbus Crohn scheinen im Vergleich zur Normalbevölkerung ein erhöhtes Dickdarmkrebsrisiko zu haben; dies gilt insbesondere, wenn die Entzündung den Dickdarm befallen hat (B). Der Nutzen eines Überwachungsprogramms mit Darmspiegelungen zur Früherkennung einer bösartigen Geschwulst ist bei Patienten mit Morbus Crohn im Dickdarm ungeklärt.

Weil die Daten aus der medizinischen Fachliteratur über das genaue Krebsrisiko uneinheitlich sind und Forschungen zu Vorsorgemaßnahmen fehlen, kann keine generelle Empfehlung für eine Krebsüberwachungsstrategie beim Morbus Crohn gegeben werden. Allerdings erscheint es für Patienten mit einem Morbus Crohn im Dickdarm sinnvoll, ähnlich wie die Patienten mit Colitis ulcerosa an Überwachungs Darmspiegelungen in jährlichem Abstand teilzunehmen, und zwar beginnend nach einer Krankheitsdauer von 15 Jahren, wenn nur begrenzte Teile des Dickdarms entzündet waren, und beginnend nach einer Krankheitsdauer von 8 Jahren, wenn der ganze Dickdarm entzündet war. Da eine zusätzliche Erkrankung an primär sklerosierender Cholangitis (PSC; das ist eine Begleiterkrankung an den Gallengängen) das Krebsrisiko wei-

ter erhöht, ist zudem eine jährliche Überwachungsdarmspiegelung ab der Diagnosestellung der PSC sinnvoll.

2.1.5 Besondere Untersuchungssituationen

2.1.5.1 Untersuchungen, um Komplikationen jenseits der Darmwand zu erkennen

Bei Verdacht auf Komplikationen, die von der Darmwand in den Körper reichen wie neu gebildeten Verästelungen des Darms (Fisteln) oder Eiteransammlungen (Abszesse), sind der Ultraschall, die Computertomographie (CT) und/oder die Magnetresonanztomographie (MRT) geeignete Untersuchungsmethoden (A).

2.1.5.2 Untersuchungen vor Operationen

Auch vor Operationen sollten bildgebende Untersuchungen nach den bereits beschriebenen Prinzipien zur Diagnostik des Morbus Crohn erfolgen (D).

2.1.6 Nicht empfohlene Untersuchungen

Nicht für den routinemäßigen Einsatz empfohlen werden

- genetische Tests (z.B. NOD2/CARD15)
- Untersuchung auf bestimmte serologische Marker (z.B. ASCA, ANCA, ompC, I2, Flagellinantikörper)
- Tests auf Durchlässigkeit der Darmwand
- Klassifikationen des Morbus Crohn nach verschiedenen Erscheinungsformen

Zwar ist NOD2/CARD15 als Risiko-Gen für Morbus Crohn nachgewiesen; es fehlen aber Erkenntnisse darüber, wie man unter Einsatz von Gentests den weiteren Krankheitsverlauf vorhersagen oder beeinflussen kann. Wenn im Blutserum ASCA vorliegen und gleichzeitig ANCA fehlen, spricht dies für einen Morbus Crohn. Die Untersuchung ist dann sinnvoll, wenn bei der Diagnosestellung noch unklar ist, ob man es vielleicht mit einer Colitis ulcerosa zu tun hat. Die Darmdurchlässigkeit ist auffällig bei Patienten in einer Krankheitsruhephase, die ein erhöhtes Risiko haben, innerhalb eines Jahres einen neuen Schub zu erleiden. Sie wird aber nur in spezialisierten Zentren durchgeführt und ist darum nicht als Routinediagnostik geeignet.

2.2 Untersuchungen von Gewebe auf krankhafte Veränderungen

2.2.1 Untersuchungen von Gewebeproben

Um die Diagnose „Morbus Crohn“ zu stellen, ist die Untersuchung von Gewebeproben der Darmschleimhaut, die bei der Spiegelung entnommen wurden, besonders bedeutsam. Vor allem die folgenden Befunde sprechen für einen Morbus Crohn: Fleckenförmige, ggf. unterbrochene Stellen mit chronischer Entzündung, an denen vermehrt weiße Blutkörperchen zu finden sind, in Kombination mit einer örtlichen (unterbrochenen) Störung der Darmoberflächenarchitektur aus Darmzotten und Einsenkungen (Krypten-/Villusarchitektur) sowie knötchenförmige Gewebeneubildungen (abseits von Krypten) (B).

Für die auf Gewebeuntersuchungen aufbauende Erstdiagnose eines Morbus Crohn werden mehrere Gewebeproben aus dem untersten Dünndarmabschnitt (dem terminalen Ileum) und allen Dickdarmabschnitten einschließlich des Enddarms benötigt. Entnommen werden sollen hierzu mindestens zwei Proben aus jeder Region, und zwar aus befallenen und nicht befallenen Abschnitten (B).

Die Gewebeproben sollten nach dem Ort, an dem sie entnommen wurden, gekennzeichnet werden und durch Informationen zum sonstigen Krankheitsbild ergänzt werden (Beschwerden, Alter des Patienten oder der Patientin, Dauer der Erkrankung, Art und Dauer der Behandlung, Befund der Spiegelung u.a.) (B).

Da entzündliche Darmverletzungen gegebenenfalls nur milde oder örtlich begrenzt vorhanden sind, wird die Aufarbeitung der Gewebeproben in Stufen- oder Serienschnitten empfohlen (C). Der Pathologiebefund zu Gewebeproben oder zu operativ entfernten Abschnitten sollte eine Aussage zur Entzündungsaktivität in dem Gewebe enthalten. Wenn in der Gewebeprobe keine Entzündung festzustellen ist, bedeutet das nicht notwendigerweise, dass der Patient keine Entzündung hat (D).

2.2.2 Untersuchung von Operationspräparaten auf krankhafte Veränderungen

Auch operativ entfernte Teile des Darms von Patienten mit Morbus Crohn sollen systematisch untersucht werden. Dazu werden sie zunächst äußerlich genau betrachtet und danach in der Längsachse aufgeschnitten. Dann sollen Proben aus verschiedenen Darmabschnitten (Dickdarmabschnitte, Dünndarm, Wurmfortsatz des Blinddarms) unter Einbeziehung von Lymphknoten für die mikroskopische Gewebeuntersuchung gesichert werden (C).

2.2.3 Mikroskopische Untersuchung von auffälligen Gewebeneubildungen an der Darmwand

Die Diagnose und Schweregradeinschätzung von bösartigen Gewebeveränderungen an der Darmoberfläche (intraepitheliale Neoplasien (IEN), früher Dysplasien) bei Morbus Crohn mit Dickdarmbeteiligung erfolgt nach den gleichen Kriterien der Weltgesundheitsorganisation wie bei der Colitis ulcerosa (B).

Wie bei der Colitis ulcerosa ist auch beim Morbus Crohn die Unterscheidung vereinzelter Adenome (Zellwucherungen) von so genannten DALM-Läsionen (Dysplasie-assoziierte Läsionen oder Masse) notwendig, da sich die Behandlung unterscheidet. Das Patientenalter, der Ort und die Struktur der Gewebeveränderungen sowie Gewebeproben aus der umgebenden flachen Darmschleimhaut können bei der Entscheidungsfindung hilfreich sein (B).

Bei Diagnose einer intraepithelialen Neoplasie (Entartung der Darmschleimhaut, Vorstufe zu Darmkrebs) muss eine unabhängigen Zweitmeinung/Referenzbegutachtung eingeholt werden (D).

3 Therapie

3.1 Akuter Schub

3.1.1 Einführung

Es gibt bislang keine Therapie, die die Ursachen des Morbus Crohn behandelt und die Krankheit heilen kann. Darum haben die medikamentöse und die Ernährungstherapie das Ziel, die Entzündungsaktivität zu verringern, damit der Patient möglichst lange weniger Beschwerden und eine höhere Lebensqualität hat und ein Verlust von Darmfunktionen möglichst verhindert wird. Der Arzt sollte die Wahl des Medikamentes mit dem Patienten besprechen und dabei die Krankheitsaktivität, das Befallsmuster, das Vorhandensein von Krankheitszeichen außerhalb des Darms, mögliche Nebenwirkungen der Medikamente sowie das Ansprechen des Patienten auf Vorbehandlungen, also die Frage, wie gut frühere Medikamente gewirkt haben, berücksichtigen. Es ist schwierig, die Krankheitsaktivität objektiv zu erfassen und die zukünftige Entwicklung vorherzusagen. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass es eine Gruppe von Patienten mit niedriger Krankheitsaktivität und seltenen Schüben (Patienten mit guter Prognose) ebenso gibt wie Patienten, bei denen bekannte Therapien nicht wirken oder die eine chronische Krankheitsaktivität haben (Patienten mit ungünstiger Prognose).

Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen basieren die Empfehlungen meist nicht auf Ergebnissen kontrollierter Studien, sondern auf einer Übertragung der Ergebnisse von Therapiestudien, die an Erwachsenen durchgeführt wurden. Die Besonderheiten der medikamentösen Therapien (Wirkungen, Nebenwirkungen, Zuverlässigkeit der Patienten) im Kindesalter und insbesondere bei Jugendlichen vor und während der Pubertät sowie die Auswirkungen von Krankheit und Therapie auf das Wachstum und die psychosoziale Entwicklung müssen beachtet werden. Kinder und Jugendliche mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung sollten daher durch einen Kinder- und Jugendarzt mit Expertise in Gastroenterologie (Kindergastroenterologe) mitbetreut werden.

3.1.2 Morbus Crohn mit Ileozökalbefall – Morbus Crohn im unteren Dünndarm

3.1.2.1 Leichte Entzündungsaktivität

Bei leichter Entzündungsaktivität ist Budesonid die Therapie der Wahl (A). Die therapeutische Wirksamkeit von Mesalazin ist begrenzt (A). Antibiotika können nicht empfohlen werden (B). Bei leichten Beschwerden kann eine Behandlung der konkreten Krankheitsbeschwerden genügen (D).

Letzteres heißt, dass bei Patienten mit niedriger Krankheitsaktivität, insbesondere ohne zusätzliche Erkrankung außerhalb des Verdauungstraktes, eine Ernährungstherapie oder eine Behandlung mit Schmerzmitteln (Paracetamol, Metamizol), entkrampfenden Mitteln und niedrig dosierten Anti-Durchfallmitteln ausreichen können.

3.1.2.2 Mäßige Entzündungsaktivität

Morbus Crohn-Patienten mit einem Befall der unteren Dünndarmabschnitte und mäßiger Entzündungsaktivität sollten vorzugsweise mit Budesonid oder mit systemischen Glukokortikoiden – das sind Cortisonpräparate, die im ganzen Körper wirken können – behandelt werden (A). Die enterale Ernährungstherapie, eine Behandlung, bei der der Patient eine speziell aufbereitete Trink- oder Sondennahrung erhält, ist ebenfalls effektiv und kann bei ausgewählten Patienten angewendet werden (A).

Antibiotika sollten bei Verdacht auf infektiöse Komplikationen zusätzlich verabreicht werden (D).

Für eine Ernährungstherapie sind vor allem Patienten geeignet, deren Gewicht deutlich zu niedrig ist und die eine solche Form der Therapie akzeptieren. Für weitere Details sollten die jeweils aktuellen Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für parenterale und enterale Ernährung und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin berücksichtigt werden.

3.1.2.3 Hohe Entzündungsaktivität

Morbus Crohn-Patienten mit einem Befall der unteren Dünndarmabschnitte und hoher Entzündungsaktivität sollten am Anfang mit Cortisonpräparaten, die im ganzen Körper wirken können, behandelt werden (A).

Wenn das die Krankheitsbeschwerden nur teilweise beseitigt, sollten zusätzlich zu den Cortisonpräparaten, die im ganzen Körper wirken können, Azathioprin bzw. 6-Mercaptopurin als Immunsuppressiva eingesetzt werden, also als Medikamente, die das Abwehrsystem dämpfen. Falls gegen diese Medikamente Unverträglichkeiten bestehen oder Nebenwirkungen auftreten, sollte stattdessen mit Methotrexat behandelt werden. (A)

Die Behandlung mit Antikörpern gegen TNF-alpha sollte dann erfolgen, wenn die Cortisonpräparate und die Immunsuppressiva nicht gewirkt oder zu Nebenwirkungen geführt haben und die Ärzte zusammen mit dem Patienten zu dem Ergebnis gekommen sind, dass eine Operation nicht sinnvoller ist als eine weitere Behandlung mit Medikamenten (A).

Wenn der Patient eine dauerhaft hohe Krankheitsaktivität aufweist, obwohl Cortisonpräparate in angemessener Dosierung eingesetzt wurden, oder wenn Cortisonpräparate bei dem Patienten nicht eingesetzt werden dürfen, dann können im Einzelfall TNF-alpha-Antikörper vor Immunsuppressiva eingesetzt werden (A).

Bei Kindern und Jugendlichen jedoch ist die ausschließliche Ernährungstherapie die Therapie der 1. Wahl.

3.1.3 Colitis Crohn = Morbus Crohn im Dickdarm

Patienten mit Morbus Crohn im Dickdarm und leichter bis mäßiger Krankheitsaktivität sollten entweder mit Sulfasalazin oder mit Cortisonpräparaten, die im ganzen Körper wirken können, behandelt werden (A).

Bei einem Befall im unteren Dickdarm sollten begleitend Zäpfchen, Einläufe oder Schäume (5-ASA, Steroide) eingesetzt werden (D).

Für Patienten mit hoher Krankheitsaktivität gelten dieselben Therapieprinzipien wie für Patienten mit Morbus Crohn in den unteren Dünndarmabschnitten (siehe oben) (A).

Bei Patienten, die innerhalb von drei Monaten nach Beginn einer Ruhepause der Krankheit einen erneuten Krankheitsschub erleiden, sollte Azathioprin bzw. 6-Mercaptopurin zusätzlich (oder, falls Unverträglichkeiten bestehen oder Nebenwirkungen auftreten, Methotrexat) eingesetzt werden (B).

3.1.4 Ausgedehnter Dünndarbefall

Ein Morbus Crohn mit ausgedehntem Dünndarbefall sollte mit Cortisonpräparaten, die im ganzen Körper wirken können, behandelt werden (B).

Bei mäßiger bis schwerer Krankheitsaktivität sollte diese Therapie frühzeitig durch eine das Abwehrsystem dämpfende Behandlung mit Azathioprin bzw. 6-Mercaptopurin (oder, falls Unverträglichkeiten bestehen oder Nebenwirkungen auftreten, Methotrexat) ergänzt werden (C). Die Behandlung mit Antikörpern gegen TNF-alpha sollte dann erfolgen, wenn die Cortisonpräparate und Immunsuppressiva als Medikamente, die das Abwehrsystem dämpfen, nicht gewirkt haben und eine Operation nicht sinnvoller ist als eine weitere Behandlung mit Medikamenten. Wenn der Patient eine dauerhaft hohe Krankheitsaktivität aufweist, obwohl Cortisonpräparate in angemessener Dosierung eingesetzt wurden, oder wenn Cortisonpräparate bei dem Patienten nicht eingesetzt werden dürfen, dann können im Einzelfall TNF-alpha-Antikörper vor anderen Medikamenten, die das Abwehrsystem dämpfen, eingesetzt werden (B).

Da bei Patienten mit Dünndarbefall eine Mangelernährung droht, sollte eine enterale Ernährungstherapie, also eine Ernährung mit speziell aufbereiteter Trink- oder Sondennahrung, frühzeitig in Betracht gezogen werden (C).

Grundsätzlich ist eine Operation bei Morbus Crohn im Dünndarm möglich. Eine solche Behandlung sollte aber in Zentren durchgeführt werden, die über eine entsprechende Expertise verfügen und dadurch sicherstellen, dass nicht zuviel vom Darm weggeschnitten wird, damit ein Kurzdarmsyndrom vermieden wird.

Bei Kindern und Jugendlichen mit ausschließlichem Dünndarmbefall ist die ausschließliche Ernährungstherapie die Therapie der 1. Wahl.

3.1.5 Befall von Speiseröhre und Magen

Wenn die Krankheit die Speiseröhre befällt und dort eine belastende Krankheitsaktivität zeigt, sollten in erster Linie Cortisonpräparate, die im ganzen Körper wirken können, eingesetzt werden (B).

Auch bei einem Befall an Magen und/oder Zwölffingerdarm, der Beschwerden macht, sollten in erster Linie mit Cortisonpräparaten, die im ganzen Körper wirken können, in Kombination mit Protonenpumpeninhibitoren (PPI) eingesetzt werden (B).

Der frühzeitige Einsatz von Azathioprin bzw. 6-Mercaptopurin (oder, falls Unverträglichkeiten bestehen oder Nebenwirkungen auftreten, Methotrexat) ist zu erwägen (D).

Eine Behandlung, die das Abwehrsystem dämpft, ist insbesondere bei Engstellen im oberen Verdauungstrakt angezeigt (D). Wenn die Engstelle Beschwerden macht, ist zu überprüfen, ob sie erweitert oder operativ behandelt werden sollte (D).

Die Therapie mit Antikörpern gegen TNF-alpha ist eine Möglichkeit, wenn andere Therapien nicht gewirkt haben (therapierefraktärer Verlauf) (B).

3.1.6 Steroidrefraktärer Verlauf – Verlauf, bei dem Cortisonpräparate nicht wirken

Wenn bei einem Patienten mit aktiver Erkrankung trotz einer Behandlung mit Cortisonpräparaten, die im ganzen Körper wirken können (mindestens 0,75 mg Prednisolonäquivalent/kg/Tag), über mindestens vier Wochen keine Besserung erzielt wurde, sollte mit Azathioprin bzw. 6-Mercaptopurin (oder, falls Unverträglichkeiten bestehen oder Nebenwirkungen auftreten, Methotrexat) behandelt werden (A).

Wenn keine Infektionen vorhanden sind, wenn die Therapie mit den genannten Medikamenten, die das Abwehrsystem dämpfen, nicht wirkt, wenn diese dem Patienten nicht gegeben werden dürfen oder wenn eine schnelle Besserung notwendig ist, ist eine zusätzliche Therapie

mit Antikörpern gegen TNF-alpha sinnvoll. Chirurgische Behandlungsmöglichkeiten sollten vorher erwogen und in die Diskussion mit einbezogen werden (A).

Nach Beginn einer Therapie mit Azathioprin kann es im Einzelfall sechs Monate, bei einer Behandlung mit Methotrexat zwei Monate dauern, bis sich die Wirkung zeigt. Bei Azathioprin bzw. 6-Mercaptopurin kann es sinnvoll sein, mit einer geringen Dosis zu beginnen und diese dann langsam zu steigern bis die richtige Dosis für die Therapie erreicht ist. Das kann Nebenwirkungen vermindern; allerdings dauert es dann unter Umständen noch länger bis die Medikamente wirken. Bei einer sehr hohen und belastenden Krankheitsaktivität sind solche Wartezeiten für einen Patienten oft nicht akzeptabel, so dass die Möglichkeiten für eine Operation oder eine Behandlung mit TNF-alpha-Antikörpern geprüft und besprochen werden sollten.

3.1.7 Frühzeitiger erneuter Krankheitsschub nach erreichter Ruhephase

Wenn ein Patient innerhalb von drei Monaten nach erreichter Ruhephase der Krankheit einen erneuten Krankheitsschub erleidet, sollte er eine Behandlung erhalten, die das Abwehrsystem dämpft (C). In dieser Situation ist auch zu prüfen, ob eine Operation sinnvoll ist (C).

3.1.8 Erneuter Krankheitsschub bei steroidabhängigem Verlauf

Von einem steroidabhängigen Verlauf (= Krankheitsverlauf, der von der Cortisonzufuhr abhängt) spricht man bei Patienten, die entweder

- a) die Steroiddosis innerhalb von vier Monaten nach Beginn der Cortisonbehandlung nichtvollständig ausschleichen können, ohne dass es zu einem erneuten Krankheitsschub kommt, oder
- b) die einen erneuten Krankheitsschub innerhalb von drei Monaten nach der Beendigung der Cortisonbehandlung bekommen.

Von einem steroidabhängigen Verlauf spricht man in diesen beiden Fällen nur dann, wenn keine Komplikationen des Morbus Crohn aufgetreten sind. Zu betonen ist, dass die Zielsetzung stets sein sollte, Cortisonpräparate vollständig auszuschleichen.

Kommt es bei solchen Patienten zu einem akuten Schub, erscheint eine erneute Stoßtherapie durch erneute Erhöhung der Dosis der Cortisonpräparate, die im ganzen Körper wirken können, weniger effektiv als eine Therapie mit TNF-alpha-Antikörpern (D). Vor dem Hinter-

grund der möglichen Nebenwirkungen sind die beiden genannten Therapiemöglichkeiten und die Möglichkeit einer Operation sorgfältig abzuwägen (D).

Grundsätzlich ist bei einem steroidabhängigen Verlauf angezeigt, eine das Abwehrsystem dämpfende Behandlung mit Azathioprin/6-Mercaptopurin bzw. Methotrexat zu beginnen. Kommt es dann bei Patienten mit steroidabhängigem Verlauf trotz dieser Behandlung mit Medikamenten, die das Abwehrsystem dämpfen, zu einem erneuten Krankheitsschub, ist zunächst zu überprüfen, ob die Patienten ihre Medikamente regelmäßig und in der richtigen Dosierung genommen haben. Die alleinige Erhöhung der Dosis der Cortisonpräparate im Sinne einer Steroidstoßtherapie lindert zwar in der Regel die Beschwerden, stellt aber auch kurzfristig kein sinnvolles Behandlungskonzept dar, weil mit einer Verringerung der Dosis die Krankheitsaktivität wieder zunimmt. In dieser Situation ist dann – wenn eine Operation nicht sinnvoller ist – eine Behandlung mit TNF-alpha-Antikörpern angezeigt.

3.1.9 Kinder und Jugendliche

Grundsätzlich gelten für Kinder und Jugendliche die gleichen Therapieempfehlungen wie für Erwachsene. Folgende Besonderheiten müssen jedoch beachtet werden:

Der Einsatz von Cortisonpräparaten sollte zu Gunsten einer Ernährungstherapie und einer frühzeitigen das Abwehrsystem dämpfende Behandlung mit Azathioprin / 6-Mercaptopurin (oder, falls Unverträglichkeiten bestehen oder Nebenwirkungen auftreten, Methotrexat) möglichst gering gehalten werden (B). Dabei sind insbesondere die negativen Effekte der Cortisonpräparate auf das Wachstum und die Knochendichte der Kinder zu bedenken.

Die Wirksamkeit von Mesalazin zur Einleitung einer Krankheitsruhephase bei Kindern mit aktivem Morbus Crohn ist nicht belegt (B).

Wenn Wachstumsverzögerungen auftreten, der Befall mit Morbus Crohn örtlich begrenzt ist oder die Krankheitsaktivität anhält, ist zu erwägen, das betroffene Darmstück durch eine Operation zu entfernen, unter anderem um einen Wachstumsschub auslösen zu können (D). Dabei sollte die Operation in Abhängigkeit vom Pubertätsstadium frühzeitig angesetzt werden. Pubertätsentwicklungsverzögerungen sind bei heranwachsenden Patienten mit Morbus Crohn häufig und brauchen nicht speziell mit Hormonen behandelt zu werden (D). Vielmehr sind die Patienten darüber aufzuklären, dass die Pubertät verspätet auftritt (D).

Wenn der Morbus Crohn bei Kindern und Jugendlichen vor allem im Dünndarm auftritt, ist auch bei hoher Krankheitsaktivität die Ernährungstherapie die Behandlung der 1. Wahl (A).

Falls ein Cortisonpräparat eingesetzt werden soll, sind Medikamente mit Budesonid in der Behandlung des leicht bis mäßig aktiven Morbus Crohn mit Befall des Übergangs vom Dünndarm zum Dickdarm wirkungsvoll und anderen Cortisonpräparaten, die im ganzen Körper wirken können, vorzuziehen, da deutlich weniger Nebenwirkungen beobachtet werden (B).

3.2 Remissionserhaltung – Erhaltung der Krankheitsruhephase

Wenn eine Ruhephase der Krankheit erreicht ist, besteht grundsätzlich das Risiko eines erneuten Krankheitsschubs. Dieses Risiko ist für den einzelnen Patienten nicht abzuschätzen. In klinischen Studien zeigte sich ein erneuter Schub im ersten Jahr mit einer Häufigkeit zwischen 30% und 60% und im zweiten Jahr bei zwischen 40% und 70% der Patienten. Darum kann man aktuell keine allgemeine Empfehlung zur remissionserhaltenden Therapie geben.

3.2.1 Ziele der Langzeittherapie

Ziel einer Langzeittherapie sollte die Erhaltung einer Ruhephase sein, bei der der Patient keine Beschwerden hat (A).

3.2.2 Wann braucht man eine Behandlung, um die Ruhephase bei Morbus Crohn aufrecht zu erhalten?

Angesichts des Verhältnisses von Nutzen, Risiken und Kosten gibt es derzeit keine ausreichende Basis, um generell bei allen Patienten eine Therapie zur Aufrechterhaltung der Ruhephase durchzuführen (A). Ob eine Behandlung zur Aufrechterhaltung der Ruhephase erforderlich ist, welches Medikament dabei eingesetzt werden soll und wie lange die Behandlung dauern soll, wird unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsverlaufs, des Risikoprofils des Patienten und der Patientenwünsche festgelegt (B).

Wenn der Patient einen erneuten Krankheitsschub erleidet, kann der Beginn oder die Verstärkung einer Behandlung zur Aufrechterhaltung der Ruhephase erwogen werden (D). Eine Operation sollte immer als eine Möglichkeit mitbedacht werden (C).

3.2.2.1 Ruhephase und Tabakrauchen

Ein Arzt sollte Patienten, die rauchen, dringend empfehlen, damit aufzuhören (A).

Denn die Beendigung des Tabakrauchens ist zur Aufrechterhaltung der Ruhephase eines Morbus Crohn vermutlich wirkungsvoller als jede Behandlung mit Medikamenten. Durch Beendigung des Tabakrauchens kann die langfristige Schubrate des Morbus Crohn halbiert werden. Daher sollte eine Aufklärung über die Auswirkungen des Rauchens Teil jeder Diskussion über eine Behandlung zur Aufrechterhaltung der Ruhephase sein.

3.2.2.2 Aufrechterhaltung der Ruhephase und Cortisonpräparate

Cortisonpräparate sind für eine Behandlung zur Aufrechterhaltung der Ruhephase ungeeignet (A).

3.2.2.3 Aufrechterhaltung der Ruhephase mit Azathioprin/6-Mercaptopurin

Bei Patienten mit einem komplexen Krankheitsverlauf sollte Azathioprin / 6-Mercaptopurin als Therapie zur Aufrechterhaltung der Ruhephase verabreicht werden (A).

Bei Patienten, die zur Aufrechterhaltung der Ruhephase mit Azathioprin oder 6-Mercaptopurin behandelt werden und die dann einen Schub erleiden, sollten die Dosis der Medikamente und die Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme überprüft werden (B).

3.2.2.4 Dauer der Behandlung zur Aufrechterhaltung der Ruhephase mit Azathioprin/6-Mercaptopurin

Bei Patienten, die zur Aufrechterhaltung der Ruhephase mit Azathioprin oder 6-Mercaptopurin ohne zusätzliche Cortisonpräparate behandelt werden, sollte diese Therapie mindestens vier Jahre durchgeführt werden (A). Nach einer Ruhephase von vier Jahren ohne Cortisonpräparate kann eine Beendigung der Behandlung diskutiert werden (A). Bei Patienten, die im Verlauf zwischenzeitig zusätzlich Cortisonpräparate brauchen, sollte eine Therapie mit Azathioprin/6-Mercaptopurin länger durchgeführt werden (D).

3.2.2.5 Behandlung zur Aufrechterhaltung der Ruhephase, wenn Azathioprin und 6-Mercaptopurin versagen

Bei Azathioprin-/6-Mercaptopurin-Wirkungslosigkeit können Methotrexat (C) oder TNF-alpha-Antikörper (A) alternativ oder in Kombination (A) eingesetzt werden. Eine Operation muss insbesondere dann bedacht werden, wenn der Krankheitsbefall örtlich begrenzt ist (B).

3.2.2.6 Ruhephase nach Anti-TNF-alpha-Behandlung

Wenn eine Ruhephase durch Anti-TNF-alpha-Behandlung eingeleitet werden konnte, sind Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Methotrexat oder TNF-alpha-Antikörper für die Behandlung zur Aufrechterhaltung der Ruhephase geeignet (A). Eine Operation muss insbesondere dann bedacht werden, wenn der Krankheitsbefall örtlich begrenzt ist (C).

3.2.3 Erhaltung der Ruhephase nach Operation

Eine generelle Notwendigkeit zur Behandlung des Morbus Crohn mit Medikamenten nach einer Operation besteht nicht. Die Wahl eines ggf. anzuwendenden Medikaments und die Dauer der Behandlung werden unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsverlaufs und des Risikoprofils des Patienten festgelegt (A).

Mesalazin hat bei der Aufrechterhaltung der Ruhephase nach einer Operation eine geringe Wirkung und kann eingesetzt werden (A). Für Antibiotika der Imidazol-Gruppe konnte gezeigt werden, dass sie nach einer Operation am unteren Dünndarm (Ileozökalresektion) wirkungsvoll sind. Sie sollten jedoch wegen der hohen Nebenwirkungsrate zur Aufrechterhaltung der Ruhephase nicht eingesetzt werden (A). Eine Behandlung, die das Abwehrsystem bremst (Azathioprin/6-Mercaptopurin), soll bei Patienten mit komplexem Krankheitsverlauf in Erwägung gezogen werden (B).

3.2.4 Kinder und Jugendliche

Prinzipiell gelten für Kinder und Jugendliche die gleichen Therapieprinzipien wie für Erwachsene. Es ist allerdings zu beachten, dass zusätzlich Wachstumsverzögerungen und verzögerte Pubertät als besondere Zeichen der Krankheitsaktivität für die Entscheidung über die Behandlung bedeutsam sind (D).

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sollte die Ernährungstherapie als weitere Behandlungsmöglichkeit bedacht werden (B).

3.3 Medikamente

Auf den Webseiten des Kompetenznetzes Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (www.kompetenznetz-ced.de) stehen Medikamenteninformationen getrennt für Ärzte und Patienten zur Verfügung. Diese Informationen geben zum Beispiel auch über die notwendigen Laborkontrollen während der Therapie Auskunft.

3.3.1 Budesonid

In den relevanten Studien wurde Budesonid in einer Dosis von 9 mg täglich über 8-16 Wochen gegeben; 6 mg Budesonid pro Tag reichten nicht aus, um eine Ruhephase der Krankheit herbeizuführen. Höhere Dosen als 9 mg scheinen nicht sehr viel wirksamer zu sein, führen jedoch zu einer erhöhten Rate von unerwünschten Wirkungen in unterschiedlichen Körperregionen. Die Gabe von Budesonid setzte eine normale Leberfunktion voraus und sollte bei Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion nur sehr zurückhaltend eingesetzt werden. Andernfalls werden sehr hohe Steroiddosen erreicht, die dann im ganzen Körper wirken können.

3.3.2 Systemisch wirksame Steroide – Cortisonpräparate, die im ganzen Körper wirken können

Prednisolon/Prednison werden bei leichter bis mäßiger Entzündungsaktivität zumeist mit einer Anfangsdosis von 40-60 mg täglich eingesetzt (entsprechend 32-40 mg Methylprednisolon). Bei höherer Krankheitsaktivität sollte 1 mg pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag verwendet werden. In Abhängigkeit von der Verbesserung der Entzündungssituation wird die Dosis über 2-4 Monate wöchentlich verringert. Eine raschere Dosisverringerng kann zu einem frühzeitigen neuen Krankheitsschub führen. Bei Gabe von Cortisonpräparaten, die im ganzen Körper wirken können, muss auch eine Vorbeugung gegen Knochenabbau (Osteoporoseprophylaxe) erfolgen, und zwar mit Calcium (1000-1500 mg pro Tag) und Vitamin D (400-1200 IE/d, das heißt Internationale Einheiten pro Tag). Cortisonpräparate, die im ganzen Körper wirken können, sollen nicht eingesetzt werden, wenn eine ausgeprägte Osteoporose oder eine durch die Krankengeschichte bekannte steroid-ausgelöste Psychose vorliegen.

3.3.3 Sulfasalazin

Die bei Kolitis wirksame Dosis liegt zwischen 3 und 6 mg. Bei 10-30% aller Patienten treten bei der Behandlung mit Sulfasalazin unerwünschte Wirkungen auf. Schwere Nebenwirkungen sind jedoch selten. Während der Therapie sollten Laborkontrollen insbesondere von Kreatinin

und Blutbild erfolgen. Im Gegensatz zu 5-Aminosalizylsäurepräparaten und Azathioprin führt Sulfasalazin zu einer dosisabhängigen Verminderung der Spermienzahl und -beweglichkeit.

3.3.4 Azathioprin / 6-Mercaptopurin

Eine Dosierung, die sich nach dem Körpergewicht richtet (2,0-2,5 mg pro kg Körpergewicht pro Tag), hat gegenüber einer Dosierung, die sich nach dem 6-TGN-Spiegel richtet (6-TGN sind aktive Umwandlungsprodukte, die bei der Verstoffwechslung von Azathioprin entstehen) keine Nachteile. Es besteht zwischen der Wirkung und der Dosis eine klare Abhängigkeit, niedrige Dosierungen von z.B. 1,0 mg pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag sind unwirksam. Es herrscht Uneinigkeit darüber, ob von Beginn an die volle Dosis gegeben werden kann oder langsam eine Dosissteigerung (innerhalb von 2-4 Wochen) bis zur therapeutischen Dosis durchgeführt werden sollte. Es gibt keine klaren Belege dafür, dass die eine oder andere Vorgehensweise besser wäre.

Bei Übelkeit, Erbrechen und Magendruck unter Azathioprinbehandlung lohnt sich ein Behandlungsversuch mit 6-Mercaptopurin. Bei 3-6% der Patienten tritt unter Azathioprineinnahme eine Leberwerterhöhung auf. In diesen Fällen lässt sich bei der Hälfte die Therapie nach einem Wechsel auf 6-Mercaptopurin fortführen. Bei etwa 3% tritt eine Entzündung der Bauchspeicheldrüse auf. In diesen Fällen ist ein Wechsel auf 6-Mercaptopurin nicht sinnvoll. Die Therapie mit einer der beiden Substanzen sollte über einen längeren Zeitraum erfolgen. Vermutlich ist auch noch nach vier Jahren ein positiver Effekt der Substanzen zu verzeichnen. Während der Behandlung ist eine engmaschige Blutbildkontrolle notwendig. Diese sollte während der ersten zwei Monate häufiger und dann weiterhin in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden.

Bei der Behandlung mit Azathioprin tritt auch eine Verminderung bestimmter Abwehrzellen (Lymphopenie) auf, die therapeutisch gewünscht ist. In der Kombinationstherapie mit anderen Medikamenten, das das Abwehrsystem ebenfalls bremsen, kann diese Lymphopenie so stark werden, dass die Zahl der T-Helferzellen unter 200 / μ l absinkt. Es ist offensichtlich, dass hierunter eine Abwehrschwäche entstehen muss. Die Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen ist hier nicht aussagekräftig; vielmehr kann gelegentlich ein Differentialblutbild durchgeführt werden, das eine Abschätzung der Zahl der T-Helferzellen erlaubt.

3.3.5 Methotrexat

Mit Methotrexat (MTX), das in einer Dosis von 25 mg (bei Kindern 15 mg pro 1,73 m² Körperoberfläche, maximal 25 mg) wöchentlich gespritzt wird, kann ein akuter Schub wirkungs-

voll behandelt werden. Aus Rheumastudien ist bekannt, dass MTX als Spritze besser wirkt als in Tablettenform. Gute Studien zum Morbus Crohn liegen bezüglich der Schubtherapie nur für MTX vor, das in den Muskel gespritzt wird (intramuskuläre Gabe). Da MTX, das nur unter die Haut gespritzt wird (subcutane Gabe), sehr gut aufgenommen wird, kann diese Form der Medikamentengabe als gleichwertig angesehen werden, auch wenn es formal keine Studien zum Vergleich von MTX intramuskulär und subcutan gibt. Da MTX mindestens acht Wochen benötigt, bis eine Wirkung eintritt, sollte eine Dosisverringerung auf 15 mg subcutan frühestens nach dieser Zeit erfolgen. Für 15 mg intramuskulär (subcutan vermutlich genauso wirksam) ist gezeigt worden, dass eine Aufrechterhaltung der Ruhephase möglich ist.

Einige der Nebenwirkungen von MTX auf den Verdauungstrakt lassen sich ohne nennenswerten Wirkungsverlust durch die Gabe von Folsäure (z.B. 5 mg am Tag nach der MTX-Gabe) vermeiden.

Auch in Fallserien an Kindern und Jugendlichen mit aktivem Morbus Crohn, bei denen Azathioprin nicht wirkte, erreichten 65-80% der Patienten durch MTX (15 mg pro m² Körperoberfläche intramuskulär) eine Ruhephase. Wie auch bei Fallserien mit erwachsenen Patienten wurde hier MTX teilweise auf Tablettenform umgestellt mit akzeptablen langfristigen Ergebnissen. Möglicherweise ist die dauerhafte Gabe über eine Spritze jedoch wirkungsvoller.

3.3.6 TNF-alpha-Antikörper

Die wesentliche Ursache für die teilweise tödlichen Nebenwirkungen der TNF-alpha-Antikörper ist die Unterdrückung des Abwehrsystems, die aber auch durch andere Substanzen ausgelöst werden kann. Die Anti-TNF-alpha-Behandlung kann zu einem Wiederaufflammen einer ruhenden Tuberkulose führen. Vor jeder hochdosierten Behandlung, die das Abwehrsystem schwächt (wie z.B. der Anti-TNF-alpha-Behandlung, aber auch einer Therapie mit Azathioprin) muss daher sichergestellt werden, dass bei dem Patienten keine Tuberkulose vorliegt. Dieser Ausschluss muss eine ausführliche Erhebung der Krankengeschichte beinhalten, bei der auf eine Tuberkuloseerkrankung, mögliche Kontakte zu Tuberkulose-Kranken und eine vorherigen und/oder derzeitige Behandlung mit Medikamenten, die das Abwehrsystem dämpfen, geachtet wird. Geeignete Untersuchungen, d.h. ein Tuberkulintest und eine Röntgenaufnahme des Brustkorbs, müssen bei allen Patienten durchgeführt werden.

Weiterhin wurden gehäufte Infektionen, insbesondere Lungenentzündungen und Weichteilinfekte, bei der Behandlung mit TNF-alpha-Antikörpern berichtet. Bei einer Kombinationstherapie mit anderen Medikamenten, die das Abwehrsystem dämpfen, wurden bei jungen Patien-

ten einige zumeist tödlich verlaufende, seltene bösartige Tumoren im Lymphgewebe (Lymphome) beobachtet.

Zurzeit bestehen in Deutschland Zulassungen für Infliximab und Adalimumab zur Behandlung eines schwergradigen, aktiven Morbus Crohn bei Patienten, bei denen sich trotz einer vollständigen und angemessenen Behandlung mit einem Cortisonpräparat und/oder einem Medikament, das das Abwehrsystem dämpft (Immunsuppressivum), keine hinreichende Verbesserung der Krankheitssymptome gezeigt hat oder bei denen eine Unverträglichkeit oder Gegenanzeigen für Cortison oder Immunsuppressiva vorliegen. Infliximab ist auch für die Behandlung von Morbus Crohn mit Fistelbildung zugelassen.

3.4 Fruchtbarkeit und Schwangerschaft

3.4.1 Fruchtbarkeit

Die Fruchtbarkeit scheint bei Patienten mit Morbus Crohn in der Ruhephase nicht beeinträchtigt zu sein (B); allerdings führt die aktive Erkrankung zu verminderter Fruchtbarkeit (B). Weibliche Patienten, die operiert werden müssen, tragen ein erhöhtes Risiko einer beeinträchtigten Eileiterfunktion (B).

Bei männlichen Patienten kann eine Operation im Becken zu Impotenz oder Problemen beim Samenerguss führen (C). Eine Therapie mit Sulfasalazin kann bei männlichen Patienten eine (nach der Behandlung vorübergehende) Unfruchtbarkeit durch Beeinträchtigung der Samenqualität bewirken. Eine Behandlung mit Sulfasalazin sollte bei Männern mit Kinderwunsch abgesetzt werden (B).

3.4.2 Schwangerschaft

3.4.2.1 Einfluss der Krankheitsaktivität auf Verlauf und Ergebnis einer Schwangerschaft

Vor dem Beginn einer Schwangerschaft ist eine Ruhephase des Morbus Crohn anzustreben. Schübe während der Schwangerschaft sollten behandelt werden, um Komplikationen zu vermeiden (B). Die aktive Erkrankung erhöht das Risiko für eine Frühgeburt und ein niedriges Geburtsgewicht (B). Bisher liegen keine ausreichenden Daten zur Erkrankung der Mutter und zum Tod des ungeborenen Kindes im Falle einer notwendigen Operation während der Schwangerschaft vor.

Ein Morbus Crohn im Ruhezustand hat allenfalls einen geringen Einfluss auf Verlauf und Ergebnis der Schwangerschaft. Eine aktive Erkrankung hingegen erhöht das Risiko für einen Verlust des Feten, für Totgeburten, Frühgeburten, niedriges Geburtsgewicht und Entwicklungsdefizite. Hierfür erscheint in erster Linie die Entzündungsaktivität der aktiven Erkrankung verantwortlich zu sein und nicht die Medikamente während der Schwangerschaft. Die Sterblichkeit des ungeborenen Kindes ist ebenfalls erhöht, wenn Operationen notwendig werden, die Rate an Fehl- und Frühgeburten liegt bei 18-40%. Eine engmaschige Betreuung durch einen Frauenarzt und einen Facharzt für Innere Medizin während der Schwangerschaft wird empfohlen, insbesondere im letzten Schwangerschaftsdrittel.

3.4.2.2. Einfluss der Schwangerschaft auf den Krankheitsverlauf

Wenn die Empfängnis in der Ruhephase der Erkrankung eintritt, ist das Risiko, einen Schub zu erleiden, vergleichbar mit dem nicht schwangerer Patientinnen (D). Wenn zum Zeitpunkt der Empfängnis eine aktive Erkrankung vorliegt, wird die Krankheitsaktivität bei zwei Dritteln der Patientinnen anhalten und sich wiederum bei zwei Dritteln von diesen Patientinnen sogar verschlechtern (B).

3.4.2.3 Medikamente während der Schwangerschaft

Die Behandlung eines Schubs oder eine Behandlung zur Aufrechterhaltung einer Ruhephase sollte auch dann stattfinden, wenn die Patientin einen Kinderwunsch hat oder schwanger ist (B).

Eine Behandlung mit Methotrexat muss mindestens 3 Monate vor einer Schwangerschaft beendet werden (D).

Frauen mit Kinderwunsch müssen zusätzlich Folsäure erhalten (D).

3.4.2.4 Schwangerschaft und Spiegelungsuntersuchungen

Während der Schwangerschaft kann eine Spiegelung durch darin erfahrene Ärzte durchgeführt werden (D).

Allerdings muss die besondere Situation der Schwangerschaft mitbedacht werden. Es sind nur wenige Situationen vorstellbar, in denen dann unbedingt eine Spiegelung durchgeführt werden muss. Eher sollten alternative Untersuchungsverfahren, vor allem der Ultraschall, genutzt

werden. Eine Magnetresonanztomographie (MRT) kann ergänzend erwogen werden, wobei leicht erhöhte Fehlbildungsraten möglich sind.

3.4.2.5 Fisteln und Schwangerschaft

Wenn ohne Schwangerschaft eine Operation zur Behandlung einer Fistel notwendig wäre, sollte diese Operation auch dann durchgeführt werden, wenn die Frau schwanger ist (D).

3.4.2.6 Art der Entbindung

Die Art der Entbindung sollte sich in erster Linie nach den Notwendigkeiten der Geburtshilfe richten. Anzustreben ist die Zusammenarbeit mit einem Gastroenterologen. Patientinnen mit unkompliziertem Morbus Crohn ohne Befall am Anus, d.h. in der Nähe des natürlichen Darmausgangs, sollten nach vorausgegangener geburtshilflicher Untersuchung auf natürlichem Wege entbinden (C). Bei aktiver Erkrankung in der Umgebung des Anus sollte ein Kaiserschnitt bevorzugt werden (C). Bei inaktiver Erkrankung in der Umgebung des Anus kann ein Kaiserschnitt erwogen werden (C). Patientinnen mit einem künstlichen Darmausgang können auf natürlichem Wege entbinden (C). Wenn der Frauenarzt erhöhte Risiken bei einer natürlichen Geburt sieht, sollte ein Kaiserschnitt durchgeführt werden. Allerdings bringt der Kaiserschnitt unter diesen Umständen ein erhöhtes Komplikationsrisiko mit sich (C).

Ein Dammschnitt sollte möglichst vermieden werden, ist aber im Zweifelsfall besser als ein unkontrollierter Dammriss. Allerdings ist die Fachliteratur zu diesem Thema uneinheitlich (C).

3.4.3 Medikamente in der Stillzeit

Mesalazin und Cortisonpräparate können während der Stillzeit nach gründlicher Überprüfung der Notwendigkeit dieser Medikamente fortgeführt werden (D). Wenn eine Behandlung, die das Abwehrsystem bremst, mit Azathioprin/6-Mercaptopurin, Methotrexat, Cyclosporin, Tacrolimus oder TNF-alpha-Antikörpern notwendig wird, sollte abgestellt werden (D).

3.5 Schmerztherapie

Schmerzen können in allen Krankheitssituationen des Morbus Crohn aus verschiedenen Ursachen auftreten. Bevor man mit einer Behandlung gegen die Schmerzen beginnt, sollte erst genau nach der Ursache der Schmerzen gesucht werden (Krankheitsaktivität, durch eine Operation behandelbare Komplikationen wie Engstellen/Stenosen oder Eiteransammlun-

gen/Abszesse, Nebenwirkungen einer antientzündlichen Behandlung, funktionelle Störungen des Verdauungstraktes, psychische Störungen) (D).

Wenn ein Patient eine Behandlung gegen seine Entzündung bekommt und kein Grund für eine Operation besteht, und wenn der Patient trotzdem im akuten Schub oder bei einem chronisch-aktivem Verlauf anhaltende Bauchschmerzen hat, dann kann eine Behandlung der Schmerzbeschwerden mit Metamizol oder Opioiden durchgeführt werden. Eine Dauertherapie mit Opioiden sollte vermieden werden (D).

Der Einsatz von Paracetamol wird auf Grund des erhöhten Risikos einer Schubauslösung und auf Grund des Risikos von Leberschädigungen bei regelmäßiger Einnahme nicht empfohlen. Ketamin kann zur Schmerztherapie bei einer besonders schweren Form der Erkrankung (fulminanter Verlauf) eingesetzt werden.

Wenn das Ausmaß der Bauchschmerzen nicht mit der entzündlichen Aktivität zu erklären ist, sollten nach Ausschluss anderer Schmerzursachen die Behandlungsstrategien für funktionelle Störungen des Verdauungstraktes angewendet werden (C).

Einige Patienten geben anhaltende Bauchschmerzen und/oder Durchfälle sowie eine verringerte Lebensqualität an, obwohl über Laboruntersuchungen, Spiegelungen und Gewebeuntersuchungen keine oder nur eine geringe Aktivität des Morbus Crohn festzustellen ist. In diesem Fall ist zu überprüfen, ob die Kriterien eines Reizdarmsyndroms erfüllt sind. Patienten mit Morbus Crohn und Reizdarmsyndrom weisen vermehrt psychische Beschwerden wie Angst/Depressivität oder psychische Störungen auf. Es liegen keine Studien zur Behandlung eines Reizdarmsyndroms bei Morbus Crohn vor. Es wird empfohlen, in der Behandlung des Reizdarmsyndroms bei Morbus Crohn die in den Leitlinien von gastroenterologischen Fachgesellschaften empfohlenen Medikamente (Spasmolytika, Antidepressiva) und psychotherapeutischen Behandlungsstrategien einzusetzen.

3.6 Chirurgie beim Morbus Crohn

Im letzten Jahrzehnt haben Entwicklungen in der medikamentösen Therapie des Morbus Crohn erheblichen Einfluss auf chirurgische Strategien genommen. Obwohl die meisten Patienten im Verlauf ihrer Erkrankung immer noch operiert werden müssen, liegt heute die Behandlung des Morbus Crohn überwiegend in den Händen eines Gastroenterologen. Eine enge

Kooperation zwischen Gastroenterologe und Chirurg ist zum Wohle des Patienten erforderlich. Beide Fachvertreter müssen gemeinsam einschätzen, was medikamentöse und chirurgische Maßnahmen zur Beseitigung der Krankheitsbeschwerden beitragen können. Auch müssen sie zusammen eine Risikoabwägung treffen, damit Patienten die bestmögliche Therapie zum bestmöglichen Zeitpunkt erhalten können. Bei der Wahl des geeigneten Operationszeitpunktes muss die zu erwartende Lebensqualität nach einer Operation mit der Lebensqualität bei langfristig fortgesetzter Einnahme von Medikamenten verglichen werden.

Neue Medikamente entwickeln sich rasch, und Symptomfreiheit lässt sich auch durch Reservemedikamente, so genannte Sekundär- und Tertiärtherapien wie z.B. TNF-alpha-Antikörper, erzielen. Eine Operation könnte dann nur noch als letzter Ausweg erscheinen. Dies birgt jedoch erhebliche Risiken, da die Patienten auf diesem Weg mit einem erhöhten Erkrankungs- und möglicherweise auch Sterberisiko zu spät zur Operation kommen.

Die wissenschaftliche Forschung hat gezeigt, dass es unnötig und nachteilig ist, große Darmabschnitte durch eine Operation zu entfernen. Die gegenwärtige Strategie beschränkt daher Operationen auf den Darmabschnitt, der für die krankheitsbegleitenden Beschwerden verantwortlich ist. Der restliche Darm bleibt dabei so lange unberührt, wie er keine Beschwerden verursacht, selbst wenn er von einer Crohn-Entzündung betroffen sein sollte. Gerade bezogen auf den Dünndarm wird dadurch das Risiko deutlich geringer, ein Kurzdarmsyndrom zu bekommen.

3.6.1 Erkrankung im Dünndarm oder am Übergang vom Dünn- zum Dickdarm

Insbesondere wenn der Morbus Crohn nur die unteren Dünndarmabschnitte bzw. den Übergang vom Dünndarm zum Dickdarm befällt (isolierter Ileozökalbefall) und Beschwerden macht, ist die Operation als Alternative zur Gabe von Medikamenten zu erwägen (B).

3.6.1.1 Begleitabszess

Wenn sich im Bauchraum eine Eiteransammlung (Abszess) gebildet hat, sollte diese mit Antibiotika und in der Regel mit einer durch die Haut zugeführten Schlauchableitung (Drainage) oder operativen Drainage behandelt werden. In der Regel wird eine spätere Operation mit Entfernung des betroffenen Darmabschnitts notwendig (B).

3.6.1.2 Strikturoplastik – Vom Umgang mit Engstellen

Wenn eine Engstelle im Darm (Strikture oder Stenose) Beschwerden macht und Medikamente nicht helfen, muss ein Arzt vor Ort eingreifen: Eine kurzstreckige Engstelle, die bei einer

Spiegelung erreichbar ist, kann auch im Rahmen der Spiegelung geweitet werden. Alle anderen Engstellen bedürfen einer Operation (B).

3.6.1.3 Laparoskopische Resektion – Operation mit Schlüssellochtechnik

Unter Einhaltung der in der Crohn-Chirurgie geltenden Kriterien ist die operative Entfernung eines Dünndarmabschnitts per Schlüssellochtechnik (laparoskopische Operation) gleichwertig zu einer konventionellen Technik mit einem größeren Bauchschnitt (A).

3.6.2 Morbus Crohn im Dickdarm

3.6.2.1 Erkrankung eines weniger als 30cm langen Abschnitts des Dickdarms

Eine Operation wird notwendig, wenn der Verlauf durch Medikamente nicht in den Griff zu bekommen ist (D). Eine Operation ist ebenfalls angezeigt bei einem unvollständigen Darmverschluss, der durch Medikamente und durch Weitung im Rahmen einer Spiegelung nicht in den Griff zu bekommen ist. Dies gilt auch für Engstellen des Dickdarms, bei denen die Möglichkeit einer Krebsentstehung besteht (D).

Generell soll bei der Crohn-Chirurgie immer nur möglichst wenig vom Darm entfernt werden. Dies gilt auch bei Entfernungen vom Dickdarmabschnitten (C).

3.6.2.2 Hochgradige intraepitheliale Neoplasie – (Vorstufe zu) Dickdarmkrebs

Wenn eine hochgradige Krebsvorstufe im Dickdarm (intraepitheliale Neoplasie, IEN) bestätigt ist, muss unbedingt operiert werden (C).

3.6.2.3 Ileopouch-anaale Anastomose (IPAA) – Anlage eines Pouch

Bei Patienten mit Morbus Crohn im Dickdarm soll eine IPAA in der Regel nicht vorgenommen werden (B).

Bei einer IPAA wird dem Patienten der Dickdarm entfernt, und aus dem Dünndarm wird eine Art Beutel oder Tasche geformt und mit dem natürlichen Darmausgang verbunden (Pouch). Eine inzwischen vorliegende Metaanalyse über verschiedene Forschungsarbeiten hat gezeigt, dass Crohn-Patienten mit IPAA häufiger Engstellen am Pouchausgang, eine Entzündung des Pouches (Pouchitis), Pouchfisteln, Pouchversagen und Inkontinenzprobleme haben als Patienten ohne Morbus Crohn.

3.6.3 Chirurgie und Medikation

3.6.3.1 Operation unter Behandlung mit TNF-alpha-Antikörpern

Das Risiko einer Gabe von TNF-alpha-Antikörpern vor einer Operation in Bezug auf Komplikationen nach einer Operation kann nicht eingeschätzt werden, da hierzu noch nicht genügend Forschungsdaten vorliegen (B).

3.6.3.2 Operation unter Behandlung mit Cortisonpräparaten

Die Datenlage zu Komplikationen nach einer Operation bei Patienten unter Behandlung mit Cortisonpräparaten ist uneinheitlich. Die Behandlung mit Cortisonpräparaten spricht nicht grundsätzlich gegen eine Operation. Eine Verringerung der Dosis vor der Operation sollte abhängig von der Krankheitssituation des Patienten zwischen Chirurg und Gastroenterologe besprochen werden (C).

3.6.3.3 Operation unter Behandlung mit Azathioprin/6-Mercaptopurin

Eine Azathioprin/6-Mercaptopurin-Medikation kann auch bei einer anstehenden Operation sicher fortgesetzt werden. Ebenso ist die Nachbehandlung mit Azathioprin/6-Mercaptopurin als sicher anzusehen (B).

3.6.3.4 Eignung für Operationen

Ernährungs-, medizinische, soziale und psychologische Faktoren beeinflussen die Fitness eines Patienten im engen zeitlichen Umfeld einer Operation. Ein hohes ernährungsmedizinisches Risiko besteht beispielsweise, wenn der Patient innerhalb der letzten 6 Monate mehr als 10-15% seines Gewichts verloren hat oder untergewichtig ist (Body Mass Index kleiner als 18.5 (kg pro m² der Körpergröße)). Die Verschiebung einer Operation zur Durchführung einer gezielten Ernährungstherapie für 10-14 Tage ist nur bei hohem ernährungsmedizinischem Risiko d.h. schwerer Mangelernährung angezeigt. Nach der Operation kann frühzeitig mit dem Kostaufbau begonnen werden, wenn der Patient das Essen verträgt.

3.7 Diagnose und Management des fistulierenden Morbus Crohn

Neue Gangbildungen (Fisteln) können bei Patienten mit Morbus Crohn an vielen Stellen auftreten. Am häufigsten werden sie am Anus, d.h. in der Nähe des natürlichen Darmausgangs, festgestellt. Häufig sind auch Fisteln, die verschiedene Abschnitte des Verdauungstraktes miteinander oder mit anderen Organen verbinden, und Fisteln, die vom Darm zur Bauchwand

reichen. Bei der Planung der Behandlung solcher Fisteln, die mit Morbus Crohn einhergehen, sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Bestimmung von Ursprung und Verlauf der Fistel
- Untersuchung des fisteltragenden Darmabschnitts (Entzündung/Engstelle)
- Untersuchung im Hinblick auf Stellen, an denen Krankheitserreger aktiv sind (Abszesse)
- Feststellung, welche Organe betroffen sind und inwieweit sie für Krankheitsbeschwerden und den Verlust von Lebensqualität verantwortlich sind
- Beurteilung des Ernährungszustands des Patienten

3.7.1 Diagnostik von anorektalen und perianalen Fisteln – Untersuchungen im Hinblick auf Fisteln in der Umgebung des natürlichen Darmausgangs (Anus)

Wie man Fisteln behandelt, hängt entscheidend davon ab, an welcher Stelle sie sich befinden, welche Organe beteiligt sind und wie hoch die Krankheitsaktivität des Morbus Crohn ist. Eine Unterscheidung zwischen Fisteln, die in der Nähe des Anus nach außen gehen (anale Fisteln) und vom Darm ausgehenden Fisteln, die an einer anderen Stelle im Körperinneren enden (enterische Fisteln) ist erforderlich, da sich ihre Behandlung unterscheidet (D).

Bei Fistelleiden am Anus ist die klinische Untersuchung, ggf. unter Narkose, Standard. Ergänzend stehen die anorektale Endosonographie, bei der ein Ultraschallkopf in den Enddarm eingeführt wird, und die Magnetresonanztomographie (MRT) zur Verfügung. In spezialisierten Zentren wird die Endosonographie bevorzugt, wenn es darum geht, eine operative Behandlungsstrategie zu entwickeln (A). Eine Fisteldarstellung (Fistulographie) wird nicht empfohlen (C).

Da die Ergebnisse der Fistelbehandlung vom Entzündungsgrad der Schleimhaut des Enddarms abhängen, ist es notwendig, die Schleimhaut durch eine Spiegelung zu beurteilen, bevor man das Behandlungskonzept für die Fistel festlegt (C).

3.7.2 Behandlung von Fisteln

3.7.2.1 Einfache Fisteln in der Umgebung des natürlichen Darmausgangs

Nur die Fisteln in der Umgebung des Anus, die dem Patienten Beschwerden bereiten, sollten behandelt werden. Die Fisteltherapie ist eine interdisziplinäre Aufgabe, an der Gastroenterologen und Chirurgen beteiligt sein sollten. Dies gilt auch für Fisteln zwischen Anus und der

weiblichen Scheide (ano-vaginale Fisteln) (D). Fisteln, die durch den Schließmuskel gehen, dürfen nicht gespalten werden (D).

3.7.2.2 Komplexe Fisteln in der Umgebung des natürlichen Darmausgangs

Vor einer Behandlung mit Medikamenten müssen Eiteransammlungen (Abszesse) in der Nähe der Fistel ausgeschlossen oder abgeleitet (drainiert) werden (B). Eine Fistel, die Sekret absondert und nicht durch eine Behandlung mit Antibiotika inaktiviert werden kann, sollte mit einer Setondrainage behandelt werden (D). Das weitere Vorgehen sollte aus einer zwischen Gastroenterologe und Chirurg eng abzusprechenden Folge von Immunsuppressiva, also Medikamenten, die das Abwehrsystem dämpfen, Infliximab und künstlichem Darmausgang bestehen (D).

Wenn die Erkrankung schwerwiegend ist, die medikamentöse Behandlung nicht wirkt und/oder die Lebensqualität des Patienten stark eingeschränkt ist, sollte der Patient operiert werden, um durch Anlage eines künstlichen Darmausgangs den betreffenden Darmabschnitt vorübergehend auszuschalten. Eine Entfernung des Enddarms stellt das letzte operative Mittel dar (D).

Fisteln sind Ausdruck einer aktiven Grunderkrankung. Wenn eine Eiteransammlung (Abszess) ausgeschlossen ist oder abgeleitet wurde, sollte daher immer eine begleitende Behandlung durchgeführt werden, die das Abwehrsystem bremst. Azathioprin/6-Mercaptopurin ist dabei das Mittel der ersten Wahl. Bei Versagen dieser Therapie und/oder hoher Krankheitsaktivität sollte Infliximab eingesetzt werden. Nur bei nachgewiesener Wirksamkeit ist eine Erhaltungstherapie mit Infliximab sinnvoll (D).

Bei inaktiver Fistel ohne aktive entzündliche Veränderung im Enddarm kann die Fistel durch eine Operation verschlossen werden (D).

3.7.2.3 Fisteln vom Anus zur weiblichen Scheide

Für Fisteln zur weiblichen Scheide (ano-vaginale Fisteln), die Beschwerden machen, gelten dieselben Behandlungsprinzipien. Auch diese Fisteln können durch eine Operation verschlossen werden, nachdem sie inaktiviert worden sind (D).

3.7.2.4 Fisteln im Körperinneren

Nur Fisteln im Körperinneren (enterische Fisteln), die Beschwerden machen, müssen behandelt werden. Die Vorgehensweise hängt vom genauen Ort der Fistel, der Einbeziehung von Nachbarorganen und dem Beschwerdebild ab (D).

Bei Fisteln zwischen Darm und Harnblase (enterovesikale Fisteln) muss operiert werden (D).

Bei Fisteln vom Darm zur Haut (enterokutane Fisteln) wird, obwohl keine direkten Daten vorliegen, bei höher Krankheitsaktivität und ausgedehntem Krankheitsbefall eine abgestufte Therapie zur Bremsung des Abwehrsystems mit Azathioprin/6-Mercaptopurin und TNF-alpha-Antikörpern empfohlen. Bei kurzstreckigem Befall mit einer einzelnen Fistel vom Darm zur Haut und hoher Fördermenge und/oder lokalen Versorgungsproblemen sollte in erster Linie eine Operation der Fistel erfolgen (D).

Bei einer Fistel zwischen zwei Darmabschnitten (interenterische Fisteln), die ein funktionelles Kurzdarmsyndrom verursacht (Bypass) muss dringend operiert werden (D).

Fisteln, die blind in der hinteren Bauchhöhle enden (Fisteln im Retroperitoneum) und dort einen Abszess verursachen, sollten operiert werden (D).

3.7.2.5 Behandlung mit Medikamenten

Es gibt nur unkontrollierte Fallserien zur Wirksamkeit von Metronidazol und/oder Ciprofloxacin in der Behandlung von Fisteln in der Umgebung des Anus bei Morbus Crohn. Antibiotika helfen, die Beschwerden zu lindern, bewirken aber selten eine vollständige Fistelheilung. Nach Absetzen der Antibiotika geht es dem Patienten in der Regel wieder schlechter.

Ebenfalls liegen nur wenige Daten zur Abheilung von Fisteln in der Umgebung des Anus durch Azathioprin oder 6-Mercaptopurin vor. Die beiden Wirkstoffe scheinen aber die Abheilung von Fisteln sowie die Aufrechterhaltung der Ruhephase wirksam zu unterstützen.

Infliximab war die erste Substanz, für die in qualitativ hochwertigen klinischen Studien (RCT) gezeigt werden konnte, dass sie die Abheilung von Fisteln in der Umgebung des Anus und die Aufrechterhaltung der Ruhephase für ein Jahr bewirken kann.

Es gibt auch nur Fallserien mit insgesamt weniger als 100 Patienten, bei denen in die Vene gespritztes Cyclosporin A bei Fisteln in der Umgebung des Anus eingesetzt wurde. Die Patienten, bei denen sich eine Wirkung zeigte, wurden auf Cyclosporin A in Tablettenform umgestellt. Allerdings ging die Wirkung nach Absetzen des Medikaments auch schnell verloren.

Unkontrollierte Fallserien zeigen, dass Tacrolimus in der Behandlung von Fisteln in der Umgebung des Anus bei Morbus Crohn wirksam ist. Darauf baute eine höherwertige Studie auf, die zwar eine Minderung des Leidens, aber keinen vollständigen Fistelverschluss belegte.

Es existieren Hinweise, dass ernährungstherapeutische Maßnahmen hilfreich sein können. Andere Behandlungsansätze befinden sich noch im experimentellen Stadium.

4 Extraintestinale Manifestationen, Psychosomatik und komplementäre und alternative Therapien

4.1 Krankheitserscheinungen außerhalb des Darms

Krankheitserscheinungen außerhalb des Darms, so genannte extraintestinale Manifestationen, treten bei etwa 30 Prozent aller Patienten mit Morbus Crohn auf. Während einige dieser Krankheitssymptome vor allem mit Schüben einhergehen (z.B. das Erythema nodosum, Entzündung des Unterhautfettgewebes und eventuell der kleinsten Blutgefäße mit schmerzhafter, knötchenförmiger Rötung), sind andere weitgehend unabhängig vom Verlauf des Morbus Crohn (z.B. Typ II-Arthritis, eine entzündliche Gelenkerkrankung). Die meisten extraintestinalen Manifestationen werden von dem behandelnden Arzt sicher erkannt und behandelt. In einigen Situationen ist allerdings ein weiterer Experte (z.B. ein Augenarzt bei der Uveitis, einer entzündlichen Erkrankung der mittleren Augenhaut) notwendig, um die Diagnose zu bestätigen und die Behandlung einzuleiten.

4.1.1 Gelenkmanifestationen

Die Diagnose einer Entzündung an von der Wirbelsäule entfernten Gelenken wie Knie-, Hüft-, Sprung-, Ellbogen-, Hand- oder Schultergelenk (periphere Arthritis), die mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung einhergeht, basiert auf der Feststellung der charakteristischen Merkmale einer solchen Erkrankung und auf dem Ausschluss anderer Formen von Gelenkentzündungen (Arthritis) (D). Bei der Entzündung vom Typ I betreffen die Symptome die großen Gelenke zu Zeitpunkten, an denen auch die chronisch-entzündliche Darmerkrankung aktiv ist, während die Symptome bei einer Entzündung vom Typ II eine größere Zahl von Gelenken

unabhängig von der Aktivität der chronisch-entzündlichen Darmerkrankung betrifft (B). Die Entzündung an der Wirbelsäule (axiale Arthritis), einschließlich einer Entzündung der Iliosakralgelenke zwischen Kreuzbein und Dammbein (Sacroiliitis) und der ankylosierenden Spondylitis (Morbus Bechterew, ebenfalls eine entzündliche Erkrankung, die vorwiegend an der Wirbelsäule auftritt), wird nach rheumatologischen Kriterien diagnostiziert. Bei der Wirbelsäulenentzündung zeigen sich charakteristische Veränderungen am eindeutigsten aber bei der Darstellung der Gelenke durch die Magnetresonanztomographie (D).

Die Behandlung einer Gelenkentzündung, die mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung einhergeht, basiert fast vollständig auf Übertragung der Behandlungsverfahren bei anderen Formen von Gelenkentzündungen. Im Fall einer Gelenkentzündung vom Typ I (siehe oben) sollte die Behandlung des zugrunde liegenden Morbus Crohn im Vordergrund stehen (C). Bei der Gelenkentzündung vom Typ II werden Sulfasalazin, Methotrexat und, wenn das nicht hilft, TNF-alpha-Antikörper eingesetzt (B).

Bei chronischen Gelenkschmerzen (Arthralgien) abseits der Wirbelsäule können in der Behandlung Schmerzmittel wie Novalminsulfon oder Opiate eingesetzt werden (D). NSAR (nicht-steroidale Anti-Rheumatika, also Rheumamedikamente ohne Cortison) sollten nicht routinemäßig eingesetzt werden, da es Hinweise gibt, dass sie möglicherweise den Morbus Crohn verschlimmern (D). COX-2-selektive Entzündungshemmer sind bezogen auf das Risiko eines erneuten Krankheitsschubs günstiger, können aber nicht generell empfohlen werden (B).

Bei Patienten mit einer Entzündung an der Wirbelsäule ist eine Behandlung mit TNF-alpha-Antikörpern wirksam (B). Außerdem haben diese Patienten einen Nutzen von intensiver Krankengymnastik (Physiotherapie) (C).

4.1.2 Osteoporose - Knochenschwund

Die Diagnose einer Osteoporose wird durch eine Knochendichtemessung an der Lendenwirbelsäule gestellt (DEXA-Untersuchung, das steht für Dual-Energy X-Ray Absorptiometrie, und dabei werden zwei energetisch leicht unterschiedliche Röntgenquellen eingesetzt). Liegt der so genannte T-Wert unter -2,5 liegt Knochenschwund (Osteoporose) vor, bei einem T-Wert zwischen -1 und -2,5 eine verminderte Knochendichte (Osteopenie), die eine Vorstufe

zum Knochenschwund sein kann (D). Der Nachweis einer verminderten Knochendichte bei Patienten mit Morbus Crohn bedeutet ein erhöhtes Risiko für Knochenbrüche (B).

Die Knochendichtemessung sollte bei Patienten durchgeführt werden, die längere Zeit Cortisonpräparate eingenommen haben, die im ganzen Körper wirken können, die einen chronisch-aktiven Krankheitsverlauf des Morbus Crohn haben oder bei denen größere Abschnitte des Dünndarms entfernt worden sind.

Drei Gruppen von Patienten sollten eine Behandlung mit Calcium plus Vitamin D erhalten, um einem Verlust von Knochenmasse vorzubeugen, nämlich

1. Patienten, bei denen eine erniedrigte Knochendichte (T-Wert kleiner -1) nachgewiesen ist
2. Patienten, die eine mangelhafte Aufnahme von Nahrungsmittelbestandteilen in die Blutbahn zeigen (Malabsorption) und bei denen gleichzeitig das Parathormon, das den Calciumspiegelspiegel im Blutplasma regelt, erhöht ist
3. Patienten die mit Cortisonpräparaten behandelt werden (C).

Gleichzeitig wird körperliches Training, Einstellung des Rauchens und eine Verringerung des Alkoholkonsums empfohlen (D).

Patienten mit nachgewiesenen Knochenbrüchen sollten mit Bisphosphonaten behandelt werden (C). Es ist nicht nachgewiesen, dass man mit Bisphosphonaten Knochenbrüchen bei Patienten mit Morbus Crohn und einer deutlich verminderten Knochendichte (T-Wert kleiner -2,5) vorbeugen kann.

4.1.3 Hautmanifestationen

Die Diagnose von Hautmanifestationen bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wird auf dem Boden klinischer Kriterien gestellt. Hierbei sollten andere Hauterkrankungen ausgeschlossen werden. Die Entnahme einer Gewebeprobe von der Haut ist nur in seltenen Fällen notwendig (B).

Die Diagnose Erythema nodosum wird auf Grund der typischen erhabenen, rot-violett verfärbten Knötchen unterhalb der Hautoberfläche gestellt. Am häufigsten sind die Beine und Arme betroffen. Gewöhnlich finden sich diese Veränderungen im Rahmen eines akuten Schubs des Morbus Crohn.

Das Pyoderma gangraenosum kann am ganzen Körper auftreten, bevorzugt im Bereich eines künstlichen Darmausganges oder an den Beinen, und ist durch herdförmige Hautgeschwüre und Vernarbungen gekennzeichnet.

Die Behandlung des Erythema nodosum orientiert sich an der Behandlung des zugrundeliegenden Morbus Crohn. Der Einsatz von Cortisonpräparaten, die im ganzen Körper wirken können, ist häufig notwendig (C).

Das Pyoderma gangraenosum wird mit Cortisonpräparaten, die im ganzen Körper wirken können, behandelt (C). Eine Therapie mit Azathioprin, die das Abwehrsystem bremst, sollte begonnen werden. Wenn diese Behandlung nicht hilft, werden TNF-alpha-Antikörper (A), Cyclosporin oder Tacrolimus (D) eingesetzt.

4.1.4 Augenmanifestationen

Um die Diagnose einer unkomplizierten Episkleritis, also einer Entzündung der Bindegewebsschicht zwischen Lederhaut und Bindehaut im Auge, zu stellen, muss ausgeschlossen werden, dass es sich um Komplikationen einer Uveitis, also einer Entzündung der mittleren Augenhaut (Aderhaut, Strahlenkörper, Regenbogenhaut) handelt. In der Regel ist hierzu die Überweisung zum Augenarzt zur Spaltlampen-Untersuchung notwendig (D). Die Episkleritis erfordert keine Behandlung, die im ganzen Körper wirksam wird. Sie reagiert auf Cortison, das gezielt am Auge angewendet wird (D).

Eine Entzündung der mittleren Augenhaut (Uveitis) wird mit Cortisonpräparaten behandelt. Dabei kann sowohl eine Behandlung, die im ganzen Körper wirksam wird, als auch eine örtlich wirksame Anwendung am Auge erforderlich sein (D). Wenn diese Behandlung nicht wirkt, erscheint eine Therapie, die das Abwehrsystem bremst, mit Azathioprin, Methotrexat oder Infliximab hilfreich (D).

4.1.5 Hepatobiliäre Erkrankungen – Begleiterkrankungen an Leber und Galle

Wenn in Verbindung mit Morbus Crohn Erkrankungen an Leber und Galle auftreten, geht der Arzt bei der Diagnosestellung so vor, wie es bei erhöhten Leberwerten Standard ist, und führt eine Ultraschalluntersuchung des Bauchraums durch sowie Labortests, die nach Viren suchen und Autoimmunmarker betrachten (D).

Die ERCP (das steht für endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatiko-Graphie und ist eine Spiegelung mit Röntgen von Gallengängen und Bauchspeicheldrüse) ist die derzeit aussagekräftigste Standarduntersuchung zur Feststellung einer primär sklerosierenden Cholangitis (PSC) (D). Die PSC erhöht das Risiko für Gallengangkrebs, bei Vorliegen eines Morbus Crohn im Dickdarm ist das Risiko für Dickdarmkrebs erhöht (A).

Eine Behandlung der PSC mit hochdosierter Ursodeoxycholsäure muss erfolgen (B). Die ERCP mit Weitung und/oder Einlage eines kleinen Gitter-Röhrchens (Stent), das die Wände der Gallengänge in ihrer Lage stabilisiert, sollte zur Behandlung von vorherrschenden Engstellen eingesetzt werden (C). Wenn die Lebererkrankung fortgeschritten ist, wird eine Lebertransplantation nötig (A).

4.1.6 Seltene extraintestinale Manifestationen bei Morbus Crohn

Begleiterscheinungen des Morbus Crohn im Bereich der Bauchspeicheldrüse, der Nieren, der Lunge und des Nervensystems werden in einzelnen Fällen beschrieben. Ebenso wurde in Fallsammlungen beschrieben, dass Verschlüsse von Blutgefäßen (thromboembolische Ereignisse), Entzündungen von Blutgefäßen (Vaskulitiden) und Ablagerungen von veränderten Eiweißkomplexen außerhalb von Zellen (Amyloidosen) häufiger vorkommen. Solche Begleiterscheinungen des Morbus Crohn außerhalb des Darms sind von Medikamentennebenwirkungen abzugrenzen. Die Diagnosestellung und Behandlung dieser Ereignisse erfolgt bei Patienten mit Morbus Crohn nicht auf eine besondere Art und Weise, sondern richtet sich nach den allgemeinen Leitlinien (D).

4.2 Psychosomatik

Psychische Störungen sind eher eine Folge als eine Ursache des Morbus Crohn. Das Ausmaß der seelischen Belastung hängt zusammen mit der Krankheitsschwere und beeinflusst die gesundheitsbezogene Lebensqualität und den Krankheitsverlauf (B).

Es ist nicht gesichert, dass psychosoziale Faktoren (Persönlichkeitsmerkmale, belastende Lebensereignisse, Alltagsbelastungen) etwas mit der Entstehung des Morbus Crohn zu tun haben (D).

4.2.1 Krankheitsverlauf beeinflussende psychosoziale Faktoren

Depressivität, Ängstlichkeit und wahrgenommener chronischer Stress sind Risikofaktoren für einen erneuten Krankheitsschub des Morbus Crohn. Es ist jedoch nicht gesichert, dass akute belastende Lebensereignisse Rückfälle auslösen (B). Die meisten Patienten sind der Ansicht, dass Stress einen Einfluss auf ihre Erkrankung hat (C).

4.2.2 Therapeutische Ansätze

4.2.2.1 Arzt-Patienten-Verhältnis, Information und klinische Versorgung

Die psychosozialen Folgen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität sollten bei den planmäßigen Arztbesuchen erfragt werden, wobei Besonderheiten, die mit dem Geschlecht der Patienten zusammenhängen, zu berücksichtigen sind. Der Patient sollte auf ihn abgestimmte Informationen und Erklärungen zu der Erkrankung in einem persönlichen Gespräch erhalten. Der Krankheitsverlauf kann verbessert werden, wenn das Selbstmanagement des Patienten mit Arztbesuchen, die den Patienten in den Mittelpunkt stellen, kombiniert wird (B).

4.2.2.2 Integrierte psychosoziale Versorgung

Ärzte sollten erfassen, wie es dem Patienten psychosozial geht und ob Bedarf für eine zusätzliche psychologische Behandlung besteht; sie sollten eine Psychotherapie empfehlen, wenn sie erforderlich erscheint. In Zentren für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen sollte eine integrierte psychosomatische Versorgung angeboten werden (B).

4.2.2.3 Selbsthilfegruppen

Patienten sollten über die Existenz von Selbsthilfeorganisationen informiert werden (D).

Denn Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen mit und ohne professionelle Unterstützung werden aus Sicht von Patienten, Pflegepersonal und Ärzten eine wichtige Rolle in der Krankheitsbewältigung (Wissen über die Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten und soziale Rechte, emotionale Akzeptanz und Unterstützung) zugeschrieben.

4.2.2.4 Psychotherapie

Psychotherapeutische Maßnahmen sind bei psychischen Störungen wie Depression und Angststörungen, verringerter gesundheitsbezogener Lebensqualität mit seelischen Belastungen und bei schlecht angepasster Krankheitsbewältigung angezeigt (B).

Die Wahl des psychotherapeutischen Verfahrens ist abhängig von der psychischen Störung und sollte durch Psychotherapeuten erfolgen. Ob eine Behandlung mit Psychopharmaka bei krankhaften psychischen Störungen (z.B. Depression, Angststörungen) angezeigt ist, sollte durch einen Arzt entschieden werden (D).

4.2.2.5 Raucherentwöhnung

Patienten, die trotz ärztlicher Empfehlung das Rauchen nicht aufgeben, sollten durch patientenzentrierte Gespräche zur Teilnahme an einer strukturierten Raucherentwöhnung motiviert werden (B).

4.2.3 Kinder und Jugendliche

Wenn der Morbus Crohn in jungen Jahren des Patienten auftritt, muss ein erhöhtes Risiko für eine psychische Störung besonders berücksichtigt werden. Den Patienten und ihren Familien sollte bei Bedarf eine psychosoziale Unterstützung angeboten werden (C).

4.3 Komplementäre und alternative Therapien

Der Gebrauch der komplementären und alternativen Medizin bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen ist bei Erwachsenen und Kindern in Deutschland hoch. Oft fehlen hierzu medizinische Studien auf hohem wissenschaftlichen Niveau. Das große öffentliche Interesse spricht dafür, dass folgende Methoden weiter untersucht werden sollten: Traditionelle Chinesische Medizin inklusive Akupunktur, Anthroposophische Medizin, Aromatherapie, Ayurvedische Medizin, Homöopathie, immunmodulative Therapien, manuelle Therapien (Osteopathie, Massagen etc.), Mind/Body-Medizin, Nahrungsergänzungsmittel, Naturheilkunde, Qi Gong, Reiki.

4.3.1 Definition

Unkonventionelle Therapien sind alle Verfahren, die als nicht anerkannt und/oder wissenschaftlich überprüft gelten (dazu gehören Verfahren, die mit Begriffen wie Erfahrungsmedizin/Erfahrungsheilkunde, integrierte Medizin, holistische Medizin umschrieben werden).

Komplementärmedizinische Verfahren (z.B. Homöopathie, Naturheilverfahren, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) inklusive Akupunktur, Anthroposophische Therapieverfahren und Ayurvedische Medizin) werden als Ergänzung zu herkömmlichen Standardtherapien angewendet.

Verfahren, die die herkömmlichen Standardtherapien ausschließen, werden als alternative Therapieverfahren bezeichnet (D).

Neuere Literatur spricht bei kombinierter Anwendung von konventionellen und komplementären Methoden auch von integrativer Medizin.

4.3.2 Anwendung

Patienten sollten über die Anwendung komplementärer Heilmethoden befragt werden. Es wird empfohlen, mit ihnen über ihre Gründe für die Anwendung komplementärmedizinischer Verfahren zu sprechen (D).

Aufgrund des hohen Anteils an Patienten, die komplementärmedizinische Therapien anwenden, sollten Ärzte sich über diese Verfahren informieren (D).

Ursache der Anwendung von komplementärmedizinischen Verfahren durch Betroffene ist häufig eine Unzufriedenheit mit der konventionellen Behandlung. Viele Betroffene sehen sich durch die naturwissenschaftliche konventionelle Medizin nicht in ihrer komplexen mehrdimensionalen Persönlichkeit erfasst. Die Auffassung von Arzt und Patient zum Krankheitsverständnis und zum Umgang mit der Erkrankung, wie auch zum Selbstbild und Weltbild, unterscheiden sich häufig. So kommt es dazu, dass außerhalb der ärztlichen Versorgung Beratung und Hilfe bei Behandlern mit komplementärmedizinischen Methoden gesucht wird (z.B. bei Heilpraktikern). Nicht selten verfahren die Betroffenen dabei „zweigleisig“: Der Facharzt behandelt konventionell, und der Patient sucht parallel nach weiteren Behandlungsmöglichkeiten. Oft hat der zusätzlich zu Rate gezogene Therapeut keine besonderen Kenntnisse über Morbus Crohn. Circa die Hälfte der Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen berichtet ihrem behandelnden spezialisierten Arzt nicht vom Gebrauch komplementärer Therapien aus Angst, dass der Arzt das schlecht bewertet. Andererseits fragen auch weniger als 20 Prozent der behandelnden Ärzte für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen nach dem Gebrauch von komplementären Methoden.

Um hier die Gefahren zu verringern, sollte eine Zweigleisigkeit der Behandlung durch den Betroffenen vermieden werden und eine enge Abstimmung beider Therapierichtungen erfolgen. Dazu sind ausreichende Kenntnisse über komplementäre Verfahren bei dem behandelnden Facharzt erforderlich. Nur eine kompetente und sachliche Beratung auch auf dem Gebiet

der Komplementärmedizin durch den behandelnden Facharzt kann die Zweigleisigkeit für den Patienten vermeiden.

4.3.3 Alternative Therapieverfahren

Alternative Behandlungsformen anstatt einer Behandlung, deren Wirksamkeit durch wissenschaftliche Studien nachgewiesen ist, sind abzulehnen (D).

4.3.4 Komplementärmedizinische Verfahren

Alle komplementären Behandlungsmethoden bei Morbus Crohn sollten wissenschaftlich in ihrer Wirksamkeit belegt sein, auch wenn sie seit Jahrhunderten angewendet werden. Sie sollten mit demselben allgemeinen Ansatz bezüglich der Wirksamkeit und Sicherheit bewertet werden wie konventionelle Therapien.

Obwohl die Messung der Patientenzufriedenheit und Wirksamkeitsbeurteilung ein wichtiger Teil des Bewertungsprozesses ist, müssen diese Messungen durch objektivere Methoden zur Messung einer Verbesserung der Krankheitsaktivität und Lebensqualität begleitet werden.

Nahrungsergänzungsmittel üben einen biologischen Effekt aus; sie können aufgrund begleitender Mangelzustände beim Morbus Crohn als Ergänzung hilfreich sein und werden von Betroffenen häufig positiv hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bewertet.

4.3.4.1 Akupunktur

Akupunktur kann im akuten Schub komplementär zur Verringerung der Krankheitsaktivität eingesetzt werden (A).

4.3.4.2 Omega-3-Fettsäuren

Omega-3-Fettsäuren können zur Aufrechterhaltung einer Ruhephase der Krankheit nicht empfohlen werden (D).

Zwar gibt es Studien zu Fischöl, die gezeigt haben, dass durch die Einnahme des Präparates weniger neue Schübe auftraten. Das in einer italienischen Studie unter Beteiligung mehrerer Zentren untersuchte Präparat wurde aber bisher in Europa und Deutschland nicht zugelassen und steht darum nicht zur Verfügung.

4.3.4.3 Boswellia serrata (Weihrauch)

Boswellia serrata ist im akuten Schub einer Behandlung mit Mesalazin zur Verringerung der Krankheitsaktivität nicht unterlegen. Das Präparat ist in Deutschland nicht zugelassen (D).

Das Präparat H15 ist in Deutschland nicht zugelassen oder registriert und kann nur über internationale Apotheken bezogen werden. Bei der Wirksamkeitsbewertung von Boswellia serrata sollte berücksichtigt werden, dass auch Mesalazin bei der Therapie des akuten Schubs nur eine geringe Wirksamkeit hat.

4.3.4.4 Trichuris suis ovata (Eier des Schweinepeitschenwurms)

Trichuris suis ovata (TSO) führte in Studien bei leicht bis mäßiggradiger Krankheitsaktivität zur Einleitung einer Ruhephase. Das Präparat ist in Deutschland nicht zugelassen und kann nicht empfohlen werden (D).

Der Hintergrund ist, dass derzeit die Wurmeier den geforderten arzneimittelrechtlichen Anforderungen nicht genügen.

4.3.4.5 Probiotika

Probiotika (also Präparate mit Bakterien wie Escherichia coli Nissle, Lactobacillus GG und Saccharomyces boulardii) sind in ihrer Wirksamkeit zur Aufrechterhaltung der Ruhephase nicht gesichert (A).

5 Glossar

Das folgende Glossar enthält wichtige medizinische Fachbegriffe im Zusammenhang mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, die im vorangegangenen Text der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn zu finden sind. Für ein Medizinisches Wörterbuch und ein Verzeichnis medizinischer Abkürzungen siehe auch <http://www.dccv.de/glossar/>.

Ausführliche und aktuelle Informationen zu Therapien und Medikamenten finden Sie im Bauchredner, dem Mitgliedsjournal der DCCV.

5-Aminosalizylsäure (5-ASA): Wirkstoff/Medikament, entzündungshemmend, vgl. auch →Mesalazin, →Sulfasalzin

6-Mercaptopurin (6-MP): Wirkstoff/Medikament, →Immunsuppressivum, in Deutschland z.B. unter dem Handelsnamen Puri-Nethol erhältlich; dämpft die Aktivität des Abwehrsystems, Stoffwechselprodukt aus →Azathioprin

Abszess: abgekapselte Eiteransammlung in einer neu gebildeten Gewebeshöhle, die beispielsweise durch eine schwere Entzündung entstanden ist

Adalimumab: Wirkstoff/Medikament, →Biologikum, in Deutschland unter dem Handelsnamen Humira erhältlich, wirkt gegen den Entzündungsbotenstoff →Tumor-Nekrose-Faktor-alpha (TNF-alpha)

Adenom: zunächst gutartige Zellwucherung, z.B. in der Darmschleimhaut

Akupunktur: aus der →TCM stammende Behandlungsmethode, bei der an bestimmten Punkten Nadeln in den Körper gestochen werden. Die Punkte sollen auf unsichtbaren Linien liegen, den Meridianen, die mit einzelnen Organen in Zusammenhang stehen. Die Akupunktur gehört zu den →komplementärmedizinischen Verfahren, die allenfalls ergänzend zur Standardtherapie eingesetzt werden sollten

akuter Schub: Phase deutlich hoher Krankheitsaktivität

alternativmedizinische Verfahren: Behandlungsverfahren, die die konventionellen Standardtherapien ausschließen. Von Experten werden sie abgelehnt, da nicht nachgewiesen ist, dass die alternativmedizinischen Verfahren genauso wirksam sind wie die Standardtherapien.

Amyloidose: krankhafte Ablagerung von Eiweißen außerhalb von Zellen, z.B. der Niere; als Folge kann z.B. Nierenversagen auftreten

Anastomose: hier: Verbindung der verbliebenen Darmabschnitte, nachdem ein Teil entfernt wurde

ankylosierende Spondylitis / Spondylitis ankylosans / Morbus Bechterew: chronisch-entzündlich-rheumatische Erkrankung der Wirbelsäulengelenke, selten anderer Gelenke

ano-: den Anus (Darmausgang, After) betreffend

anorektal: After und Mastdarm betreffend

ano-vaginal: zwischen After und Scheide (Vagina)

Ansprechen: Ein Ansprechen der Krankheit auf eine Behandlung wird daran festgemacht, dass die Krankheitsaktivität deutlich sinkt

anthroposophische Verfahren (griech. anthropos: Mensch; sophia: Weisheit): Heilmethoden, die sich auf die Anthroposophie Rudolf Steiners berufen. Die anthroposophischen Verfahren gehören zu den →komplementärmedizinischen Verfahren, die allenfalls ergänzend zur Standardtherapie eingesetzt werden sollten

Antibiotikum, pl. -a: Gruppenbezeichnung für Wirkstoffe/Medikamente, die ursprünglich aus natürlichen Stoffwechselprodukten von Bakterien und Pilzen gewonnen wurden, später dann auch künstlich hergestellt wurden und (andere) Mikroorganismen abtöten oder am Wachstum hindern

Antidepressivum, pl. -a: Gruppenbezeichnung für Wirkstoffe/Medikamente zur Behandlung einer →Depression

Anus: Darmausgang, After

Aromatherapie: Anwendung ätherischer Öle, um Körper, Geist und Seele auf eine positive Weise zu beeinflussen und so die Gesundheit und das Wohlbefinden zu fördern. Die Aromatherapie gehört zu den →komplementärmedizinischen Verfahren, die allenfalls ergänzend zur Standardtherapie eingesetzt werden sollten

Arthritis: Gelenkentzündung

Ausgedehnte Erkrankung: Von einer ausgedehnten Erkrankung ist in der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn die Rede, wenn ein Darmabschnitt von mehr als 100 cm Länge mit Morbus Crohn befallen ist. Wenn die befallenen Stellen nicht zusammenhängen, bezieht sich die Länge auf die Summe der einzelnen betroffenen Darmabschnitte.

Ausschleichen: schrittweise Verringerung der täglichen Dosis eines Medikaments, wird vor allem bei der Behandlung mit →Steroiden durchgeführt

Ayurveda (Sanskrit ayus: Leben; veda: Wissen): traditionelle indische Heilkunde, gehört zu den →komplementärmedizinischen Verfahren, die allenfalls ergänzend zur Standardtherapie eingesetzt werden sollten

Azathioprin: Wirkstoff/Medikament, →Immunsuppressivum, in Deutschland z.B. unter den Handelsnamen Azafalk, Colinsan, Imurek, Zytrim erhältlich, dämpft die Aktivität des Abwehrsystems, wird im Stoffwechsel umgesetzt zu →6-Mercaptopurin

Bakterium: mikroskopisch kleine, meist einzellige Organismus. Bakterien kommen in sehr großer Zahl vor allem im Dickdarm (→Kolon) vor. Neben Bakterien, die zur gesunden Darmflora gehören, gibt es krankmachende (pathogene) Bakterien.

bildgebende Verfahren: Sammelbezeichnung für die technischen Möglichkeiten, Aufnahmen aus dem Körperinneren zu liefern z.B. →Computertomographie, →Magnetresonanztomographie, →Röntgen, →Sonographie

Biologikum, pl. -a: Gruppenbezeichnung für Wirkstoffe/Medikamente, die gentechnisch hergestellt werden und als Medikamente eingesetzt werden. Beim Morbus Crohn spielen vor allem solche Biologika eine Rolle, die sich gegen den Entzündungsbotenstoff →Tumor-Nekrose-Faktor-alpha (TNF-alpha) richten, vgl. auch →Adalimumab, →Certolizumab pegol, →Infliximab. Biologika ist der Sammelbegriff für Medikamente, die gezielt gegen Moleküle gerichtet sind, denen krankheitsmodulierende Bedeutung zukommt. Es sind keine Naturarzneien, wie der Begriff fälschlicherweise verstanden werden könnte.

Bisphosphonat: Wirkstoff/Medikament zur Behandlung von →Osteoporose

Blutbild mit Differenzierung / Differentialblutbild (DiffBB): mikroskopische oder maschinelle Auswertung eines eingefärbten Blutausriches, bei der ausgezählt wird, welchen Anteil verschiedene Arten von weißen Blutkörperchen (Granulozyten, Monozyten, Lymphozyten) an 100 Leukozyten (weißen Blutkörperchen) haben. Das „kleine Blutbild“ gibt bereits Auskunft zu den Anteilen von weißen Blutkörperchen, Erythrozyten (roten Blutkörperchen) und Blutplättchen, Hämoglobin (Hb, roten Blutfarbstoff in den roten Blutkörperchen) und Hämatokrit (Verhältnis von Blutzellen zu Blutplasma). Kleines Blutbild und Differentialblutbild zusammen ergeben das „große Blutbild“.

Blutkörperchensenkung(sreaktion) (BKS) / Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG): In einem komplexen Vorgang trennen sich im ungerinnbar gemachten Blut Blutzellen und Blutplasma; die Geschwindigkeit dieses Vorgangs kann Entzündungen anzeigen

Body-Mass-Index (BMI) / Körpermassenindex: wird berechnet aus dem Körpergewicht (in kg) geteilt durch das Quadrat der Körpergröße (in m). Die Rechenformel lautet also $BMI = \frac{\text{Körpergewicht}}{(\text{Körpergröße} \times \text{Körpergröße})}$. Der BMI-Wert für ein Normalgewicht liegt für Frauen bei etwa 19-24, für Männer bei etwa 20-25, darüber/darunter handelt es sich um Über-/Untergewicht

Boswellia serrata (H15): Wirkstoff/Medikament, Weihrauch, kann die Aktivität des Morbus Crohn ähnlich wie →Mesalazin reduzieren, das in den medizinischen Studien verwendete Präparat ist aber bislang in Deutschland nicht zugelassen

BSG: Abk. für Blutsenkungsgeschwindigkeit, vgl. auch →Blutkörperchensenkung

Budesonid: Wirkstoff/Medikament, lokal wirksames →Kortikoid, in Deutschland z.B. unter den Handelsnamen Budenofalk, Entocort erhältlich

Calprotectin: Eiweiß, das im Falle von Infekten, Entzündungen und Tumoren im Darm verstärkt mit dem Stuhl ausgeschieden wird. Wird eine Stuhlprobe im Labor auf Calprotectin untersucht, kann die gefundene Menge einen Hinweis auf die Stärke der Entzündung geben.

CED: Abk. für chronisch entzündliche Darmerkrankung(en), besonders Morbus Crohn und Colitis ulcerosa

Certolizumab Pegol: Wirkstoff/Medikament, →Biologikum, Handelsname Cimzia, wirkt gegen den Entzündungsbotenstoff →Tumor-Nekrose-Faktor-alpha (TNF-alpha), ist aber in Europa (Ausnahme Schweiz) nicht zur Behandlung des Morbus Crohn zugelassen

Chirurgie: medizinische Fachrichtung hauptsächlich der operativen Behandlungsmethoden (Facharzt: Chirurg, Adjektiv: chirurgisch. Für die Behandlung des Morbus Crohn ist die Zusammenarbeit zwischen dem Facharzt für →Gastroenterologie oder dem spezialisierten Internisten und dem Chirurgen notwendig.

chronisch: über viele Jahre / lebenslang begleitend

Colitis Crohn: Morbus Crohn mit (alleinigem) Dickdarmbefall

Colitis ulcerosa (Cu): ausschließlich die Schleimhaut des Dickdarms betreffende Entzündung →CED

Computertomographie (CT): die rechnerbasierte Auswertung einer Vielzahl aus verschiedenen Richtungen aufgenommener →Röntgenaufnahmen, gehört zu den →bildgebenden Verfahren

Cortison: Wirkstoff/Medikament, vgl. auch →Kortikoid, →Steroide

COX-2-Antagonisten: Wirkstoff/Medikament, auch Coxibe, COX-2-Hemmer oder COX-2-Inhibitoren genannt, gehören zu den →NSAR, entzündungshemmende Medikamente, mit denen Gelenkerkrankungen behandelt werden, sollten bei →CED besonders vorsichtig eingesetzt werden, da sie im Verdacht stehen, die Darmentzündung zu verschlimmern, und da als Nebenwirkungen gefährliche Blutungen im Verdauungstrakt sowie Nebenwirkungen an Herz, Leber und Niere auftreten können.

C-reaktives Protein (CRP): Körpereiweiß, das im Rahmen von Entzündungen vermehrt gebildet wird. Bei Blutuntersuchungen im Labor ist ein erhöhter CRP-Wert ein Hinweis auf die Stärke der Entzündung.

CT: Abk. für →Computertomographie

Cyclosporin: Wirkstoff/Medikament, →Immunsuppressivum, in Deutschland z.B. unter dem Handelsnamen Sandimmun erhältlich, dämpft die Aktivität des Abwehrsystems

Depression: über einen längeren Zeitraum krankhaft gedrückte Stimmung mit Freud- und Interessenlosigkeit, Genussunfähigkeit, Grübelneigung oder innerer Unruhe; körperliche Beschwerden können hinzukommen.

DEXA (DXA): Abk. für Dual-Energy X-ray Absorptiometry, Methode zur Messung der Knochendichte, bei dem gleichzeitig zwei energetisch leicht unterschiedliche Röntgenquellen eingesetzt werden

Diagnostik: Sammelbegriff für alle Maßnahmen, die zum Erkennen einer Krankheit durchgeführt werden

Drainage: Methode zum Abfluss von Wundsekreten oder Eiter, z.B. nach einer Operation oder aus einem →Abszess

Dysplasie: Formbildungsstörung von Gewebe, Entartung der Darmschleimhaut; auch veralteter Ausdruck für →intraepitheliale Neoplasien

E. coli Nissle: Abk. für Escherichia coli Nissle, Wirkstoff/Medikament, in Deutschland unter dem Handelsnamen Mutaflor erhältlich. Es handelt sich um eine Variante eines Darmbakteriums, das Medikament gehört zur Gruppe der →Probiotika. Bezogen auf die →Colitis ulcerosa konnte bereits gezeigt werden, dass dieses Mittel bei der Aufrechterhaltung der Ruhephase hilfreich sein kann; bezogen auf den Morbus Crohn fehlen ähnlich eindeutige Nachweise für die Wirksamkeit.

Endoskopie: Untersuchung innerer Organe, klassischerweise mithilfe bestimmter Instrumente, die aus einem biegsamen Schlauch mit Lichtquelle bestehen, in dem auch kleine Werkzeuge wie Zangen oder Bürsten untergebracht sein können. Dadurch kann der Arzt bei der Untersuchung zugleich eingreifen und z.B. Gewebeproben entnehmen, Polypen abtragen, Blutungen Stillen oder Engstellen weiten, vgl. auch →Koloskopie (Darmspiegelung), →Kapselendoskopie.

Endosonographie: Kombination von →Endoskopie und Ultraschalldiagnostik zur Untersuchung innerer Organe (z.B. →Rektum)

enteral, entero-: das Körperinnere, insbesondere den Darm betreffend

enterale Ernährung: →Ernährungstherapie, bei der die Aufnahme der Nahrungsmittelbestandteile über den Darm erfolgt. Die Spezialnahrung kann beispielsweise als Trinknahrung oder Sondennahrung verabreicht werden, vgl. auch →parenterale Ernährung

Enteroklysma: Röntgenkontrastuntersuchung des Dünndarms

enterocutan/enterokutan: vom Darm zur Hautoberfläche des Menschen

enterovesikal: vom Darm zur Harnblase

Entzündungsmarker: Laborwerte, die auf eine Entzündung hindeuten

Episkleritis: Entzündung der stark durchbluteten, lockeren Bindegewebsschicht, die die Sklera (Lederhaut) von der Tunica conjunctiva (Bindehaut) am vorderen Augenrand trennt

ERCP: Abk. für endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatiko-Graphie, Röntgenuntersuchung der Gallenwege, der Gallenblase und der Bauchspeicheldrüse unter Einsatz von Kontrastmittel und Röntgenstrahlen. Das Kontrastmittel wird mit einem Untersuchungsinstrument in den Körper eingebracht, durch das gleichzeitig weitere Eingriffe erfolgen können, z.B. eine Weitung verengter Gallengänge. Die ERCP spielt eine zentrale Rolle bei der →Diagnostik der →PSC.

Ernährungstherapie: Sammelbegriff für Maßnahmen, die das Krankheitsgeschehen mithilfe einer medizinischen Spezialnahrung zu verbessern versuchen, zu unterscheiden sind →enterale Ernährung und →parenterale Ernährung. Der Ernährungstherapie kommt bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Morbus Crohn ein besonderer Stellenwert zu.

Erythema nodosum: Entzündung des Unterhautfettgewebes und eventuell der Kapillaren (kleinste Blutgefäße) mit schmerzhafter, knötchenförmiger Rötung

Evidenzbasierte Medizin (EbM, evidence-based Medicine): Der Begriff wird vom engl. „evidence“ abgeleitet, das mit Nachweis oder Beweis übersetzt werden kann. Die EbM zielt darauf, Entscheidungen über die Art der Behandlung von Patienten auf der Grundlage nachgewiesener medizinischer Wirksamkeit zu fällen. Hierzu werden Ergebnisse aus medizinischen Veröffentlichungen nach der Qualität der jeweils durchgeführten medizinischen Studie bewertet; dies geschieht auch auf →Konsensuskonferenzen zur Entwicklung von →Leitlinien. Eine besonders hohe Evidenz ist gegeben, wenn mehrere →randomisierte kontrollierte Studien (RCT) mit ähnlichen Ergebnissen vorliegen.

extraintestinal: außerhalb des Verdauungstrakts

extraintestinale Manifestationen: Erkrankungen bei Patienten mit Morbus Crohn außerhalb des Verdauungstrakts, bei denen ein Zusammenhang mit der entzündlichen Darmerkrankung besteht oder vermutet werden muss

Fallserie: Eine Fallserie beschreibt eine größere Anzahl ähnlich gelagerter Fälle. Sie enthält einfache statistische Analysen, allerdings keine Vergleichsgruppe. Damit liefern solche Veröffentlichungen medizinische Evidenz auf niedrigem Niveau, vgl. →evidenzbasierte Medizin

Fetus: das ungeborene Kind ab der neunten Schwangerschaftswoche. Vor der 9. Schwangerschaftswoche nennt man das ungeborene Kind noch Embryo.

Fistel: hier: vom Darm ausgehende röhrenförmige Gangbildung, kann blind im Bauchraum enden, stellt oft aber eine Verbindung zu einem anderen inneren Organ oder an die Hautoberfläche nach außen her

fistulierend: →Fisteln bildend

Fistulographie: Fisteldarstellung, Darstellung von entzündlich entstandenen Körperhöhlen mithilfe von Kontrastmittel und →Röntgenuntersuchung oder →Computertomographie

fraktionierte Magen-Darm-Passage: Untersuchung von Speiseröhre, Magen und Dünndarm unter Einsatz von Kontrastmitteln und Röntgenstrahlen

Frührezidiv: Ein Frührezidiv wurde für diese Leitlinie definiert als ein Wiederauftreten von →Symptomen des Morbus Crohn innerhalb von 3 Monaten nach erreichter Ruhephase der Erkrankung

fulminanter Schub: besonders schwerer Verlauf der chronisch-entzündlichen Darmerkrankung, der mit hohen Entzündungswerten, einem sehr schlechten Allgemeinzustand des Patienten, sowie oft auch Gewichtsabnahme und Fieber einhergeht

Gastroenterologie: medizinische Fachrichtung für Erkrankungen des Verdauungstrakts (Facharzt: Gastroenterologe, Adjektiv: gastroenterologisch). Für die Behandlung des Morbus Crohn ist die Zusammenarbeit zwischen dem Facharzt für Gastroenterologie oder dem spezialisierten Internisten und dem Chirurgen notwendig

Glukokortikoid: →Kortikoid

hepatobiliär: die Leber und Galle betreffend, zu Leber und Galle gehörig

Homöopathie (griech. homoios: gleichartig; griech. pathos: Leid, Krankheit): Heilmethode nach Samuel Hahnemann, die Ähnliches mit Ähnlichem heilen will. Das entscheidende Auswahlkriterium für einen Wirkstoff für ein homöopathisches Arzneimittel ist daher, dass es an Gesunden ähnliche Symptome hervorrufen kann wie die, an denen der Kranke leidet. Der Wirkstoff wird dann schrittweise mit Wasser oder Alkohol verschüttelt und so extrem verdünnt, dass der Ausgangsstoff nicht mehr nachweisbar ist. In dieser niedrigen Dosierung bekommt ihn dann der Patient. Die Homöopathie gehört zu den →komplementärmedizinischen Verfahren, die allenfalls ergänzend zur Standardtherapie eingesetzt werden sollten.

Hormon: Signal- oder Botenmolekül, das der Regulierung von Körperfunktionen dient

IE/d: Abk. für Internationale Einheiten pro Tag; die genaue Definition der „internationalen Einheit“ kann je nach Stoff schwanken

ileo-: den letzten Teil des Dünndarms, den Krummdarm, betreffend

ileoanal: in der Regel im Zusammenhang mit →Pouch: nach der Entfernung des Dickdarms und Mastdarms das → Ileum, den letzte Teil des Dünndarms, mit dem After verbindend

ileoökäl: den letzten Teil des Dünndarms (→terminale Ileum) und den Blinddarm (→Zökum) betreffend

Ileum: Krummdarm, unterer Teil des Dünndarms

Immunsuppressivum, pl. -a: Gruppenbezeichnung für Wirkstoffe/Medikamente zur Unterdrückung einer Abwehrreaktion des Körpers

Infektion: Eindringen und Vermehrung von Krankheitserregern innerhalb des Körpers

Infliximab: Wirkstoff/Medikament, →Biologikum, in Deutschland unter dem Handelsnamen Remicade erhältlich, wirkt gegen den Entzündungsbotschaft →Tumor-Nekrose-Faktor-alpha (TNF-alpha), enthält Bestandteile aus Zellen der Maus und wird als Infusion verabreicht

Inkontinenz: (teilweises) Unvermögen, den Stuhl oder Harn im Körper zurückzuhalten. Meist geht dieses Problem mit einer direkten Schädigung oder Zerstörung der Schließmuskel einher oder mit einer Nervenstörung.

interenterisch: innerhalb des Darms, zwischen Darmabschnitten

internistisch: zur Inneren Medizin gehörig

intraepitheliale Neoplasie: Formbildungsstörung von Gewebe, Entartung der Darmschleimhaut, Frühform von Darmkrebs

intramuskulär: (z.B. eine Spritze) in den Muskel (setzen)

Kapselendoskopie: Betrachtung des Darms mithilfe einer Videokapsel, die auf ihrem Weg durch den Darm Bilder aufnimmt. Anders als bei der klassischen →Endoskopie hat der Arzt im Laufe der Untersuchung keine Möglichkeit einzugreifen; er wertet die Aufnahmen erst anschließend aus.

Ketamin: Wirkstoff/Medikament, das zur Einleitung einer →Narkose genutzt werden kann; kann in geringerer Dosierung auch zur Schmerztherapie bei →fulminanten Krankheitsverläufen eingesetzt werden

kolo-: zum Dickdarm gehörig, den Dickdarm betreffend

Kolon: Dickdarm

Koloskopie: Spiegelung des Dickdarms, vgl. auch →Endoskopie

Komplementärmedizinische Verfahren: Behandlungsverfahren, die zusätzlich zu konventionellen Standardtherapien angewendet werden, z.B. →Homöopathie, →TCM inklusive →Akupunktur, →anthroposophische Verfahren, →Ayurveda.

Konsensuskonferenz: hier: eine von mindestens einer medizinischen Fachgesellschaft einberufenes Treffen, auf dem medizinische Experten ggf. verschiedener Fachrichtungen und Patientenvertreter teilnehmen, um Einigkeit über Empfehlungen für eine →Leitlinie zur Behandlung einer bestimmten Erkrankung zu erzielen. Hierzu wird auch die relevante Fachliteratur ausgewertet und mit Blick auf die Aussagekraft ihrer Forschungsergebnisse bewertet, vgl. →evidenzbasierte Medizin.

Kortiko(steroid)e / Corticoide: in der Nebennierenrinde gebildete →Hormone oder deren Nachbildung; zu Cortisonpräparaten vgl. auch →Budesonid, →Prednison/Prednisolon

Kreatinin: Ausscheidungsform von Kreatin, das sich als Energiereserve im Muskel befindet. Da Kreatinin fast vollständig über die Niere aus dem Körper entfernt wird, deutet ein erhöhter

Kreatininwert bei einer Laboruntersuchung auf eine Störung an den Nieren hin, z.B. auf Nierensteine.

Krypten: Vertiefungen und Einsenkungen des Deckgewebes des Dün- und Dickdarms, im Gegensatz zu →Villus

Kurzdarmsyndrom: Sammelbegriff für Störungen der Verdauung, die sich durch einen operativ stark verkürzten Dünndarm einstellen. Dazu gehört insbesondere ein Mangel an bestimmten Nährstoffen und Vitaminen.

laparoskopisch: Untersuchung und/oder Behandlung im Bauchraum oder an einzelnen Organen durch ein spezielles Endoskop (→ Endoskopie), das nach einem minimalen Schnitt unter die Bauchdecke geführt wird. Bisweilen werden laparoskopische Behandlungen (z.B. zur Entfernung der Gallenblase oder „Blinddarmoperation“) auch minimal-invasive Chirurgie oder „Schlüssellochchirurgie“ genannt, weil die benötigten Öffnungen deutlich kleiner sind als ein traditioneller Operationsschnitt.

Leitlinie: hier: Sammlung von Empfehlungen zur Feststellung und Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes, die auf →evidenzbasierter Medizin aufbauen und meist auf einer →Konsensuskonferenz von Experten formuliert und abgestimmt wurden.

lokalisierte Erkrankung: Von einer lokalisierten Erkrankung ist in dieser Leitlinie die Rede, wenn ein Darmabschnitt von weniger als 30 cm Länge mit Morbus Crohn befallen ist. Dies betrifft zumeist den →Ileozökalbereich, kann aber auch kurze Dün- oder Dickdarmabschnitte betreffen.

Lymphknoten: linsen- bis bohnenförmige Gebilde, die die Lymphflüssigkeit des Körpers filtern und so eine wichtige Rolle im Abwehrsystem spielen, um →Infektionen abzuwehren

Lymphom: Lymphknotenschwellungen bis hin zu bösartigen Krebserkrankungen

Lymphopenie / Lymphozytopenie: Verminderung der Zahl von →Lymphozyten, die dazu führt, dass die Patienten anfälliger für →Infektionen werden.

Lymphozyt: aus dem Lymphgewebe ins Blut kommende Abwehrzellen wie B-Zellen oder T-Zellen, die zu den weißen Blutkörperchen gehören und eine wichtige Rolle im Abwehrsystem des Körpers spielen

Magnetresonanztomographie (MRT) / Kernspintomographie: →bildgebendes Verfahren zur Darstellung von Schnittbildern des Körpers, das nicht mit →Röntgenstrahlen arbeitet, sondern mit Magnetfeldern und Radiowellen

Mesalazin: Wirkstoff/Medikament, →5-Aminosalicylsäurepräparat / 5-ASA, in Deutschland z.B. unter den Handelsnamen Asacolitin, Claversal, Mezavant, Pentasa, Salofalk erhältlich, wirkt entzündungshemmend

Metamizol: Wirkstoff/Medikament zur Schmerzlinderung, in Deutschland z.B. unter dem Handelsnamen Novalgin erhältlich

Methotrexat (MTX): Wirkstoff/Medikament, →Immunsuppressivum, in Deutschland z.B. unter dem Handelsnamen Metex, MTX erhältlich, hemmt die Zellteilung

Methylprednisolon: Wirkstoff/Medikament, ein künstliches →Kortikoid, wirkt entzündungshemmend. In dergleichen Menge ist Methylprednisolon wirksamer als →Prednisolon, führt aber auch zu entsprechend mehr Nebenwirkungen. Darum wird die einzunehmende Menge bei Methylprednisolon in der Regel niedriger angesetzt als bei Prednisolon.

Metronidazol: Wirkstoff/Medikament, →Antibiotikum, in Deutschland z.B. unter dem Handelsnamen Clont erhältlich

Mind/Body-Therapie: Die Mind/Body-Therapie geht sehr stark von der Einheit von Körper und Geist aus. Sie zielt darauf ab, den Gesundheitszustand zu verbessern, indem man negativen Stress und Belastungen reduziert, die Achtsamkeit erhöht und Selbstheilungskräfte aktiviert. Dabei spielen Methoden der Spannungsregulation ebenso eine Rolle wie die Bereiche Ernährung und Bewegung. Die Mind/Body-Therapie gehört zu den →komplementärmedizinischen Verfahren, die allenfalls ergänzend zur Standardtherapie eingesetzt werden sollten.

Morbus Bechterew: →ankylosierende Spondylitis (entzündliche Wirbelsäulenerkrankung)

Narkose / Allgemeinanästhesie: durch Medikamente herbeigeführte vorübergehende Ausschaltung des Bewusstseins und Herabsetzung oder Ausschaltung von Reflexen, um ohne Schmerzen für den Patienten eine Operation durchführen zu können

NOD2/CARD15: ein Gen, dessen Mutationen mit Morbus Crohn in Zusammenhang stehen

NSAR: Abk. für nicht-steroidale Antirheumatika, eine Gruppe von Wirkstoffen/Medikamenten; entzündungshemmende Medikamente wie Acetylsalicylsäure (z.B. ASS, Aspirin®), Diclofenac oder Ibuprofen, sollten bei →CED besonders vorsichtig eingesetzt werden, da sie im Verdacht stehen, die Darmentzündung zu verschlimmern, und da als Nebenwirkungen gefährliche Blutungen im Verdauungstrakt sowie Nebenwirkungen an Herz, Leber und Niere auftreten können.

Opioid: Gruppenbezeichnung für Wirkstoffe/Medikamente, die dem Opium, einer Droge aus der Milch des Schlafmohns, ähnlich sind und schmerzlindernd wirken.

Osteopathie: eine Heilmethode, die auf den amerikanischen Arzt Andrew Taylor Still (1828–1917) zurückgeht und bei der die Gesundheit durch spezielle Grifftechniken und sanfte Massagen gefördert werden soll. Die Osteopathie gehört zu den →komplementärmedizinischen Verfahren, die allenfalls ergänzend zur Standardtherapie eingesetzt werden sollten.

Osteopenie: Verminderung der Knochendichte in einem geringeren Ausmaß als bei der →Osteoporose

Osteoporose: deutliche Verminderung der Knochendichte, die mit einem erhöhten Risiko für Knochenbrüche einhergeht.

Paracetamol: Wirkstoff/Medikament zur Schmerzlinderung.

Parathormon: Hormon das in den Nebenschilddrüsen gebildet wird und den Calciumspiegel im Blut regelt

parenterale Ernährung: →Ernährungstherapie, bei der eine Spezialnahrung unter Umgehung des Magen-Darm-Traktes direkt in die Blutbahn gegeben wird, vgl. auch →enterale Ernährung

perianal: in der Nähe / in der Umgebung des natürlichen Darmausgangs

Physiotherapie: die Verwendung von physikalischen Einflüssen wie Massagen, Wärme, Strahlen oder Wasser zur Krankenbehandlung. Zu den wichtigsten Formen gehören beispielsweise die Krankengymnastik, die Licht-, Wärme- und Hydrotherapie.

Pouch, ileoanaler: beutelförmiges Ersatzreservoir aus Dünndarm, das nach operativer Entfernung des Dickdarms geschaffen wurde

PPI: Abk. für →Protonenpumpeninhibitoren, Säureblocker, die z.B. bei Magengeschwüren gegeben werden

Prednison/Prednisolon: Wirkstoff/Medikament; →systemisch wirksames synthetisches →Kortikoid; in Deutschland z.B. unter dem Handelsnamen Decortin erhältlich

primär sklerosierende Cholangitis (PSC): chronische Entzündung der Gallengänge innerhalb und außerhalb der Leber. Die PSC führt zu Verengungen der Gallengänge, so dass sich die Galle staut. Die Leber wird in Mitleidenschaft gezogen. Die PSC ist insgesamt eine seltene Erkrankung; aber ein hoher Anteil der Patienten hat gleichzeitig eine →CED, so dass die PSC hier als Begleiterkrankung gesehen werden kann. Die PSC ist nicht heilbar und wird mit

→ Ursodeoxycholsäure behandelt. Im fortgeschrittenen Krankheitsstadium der Leber wird eine Lebertransplantation erforderlich.

Probiotikum, pl. -a: lebende Bakterien, denen gesundheitsfördernde Wirkungen zugeschrieben werden, z.B. → E. coli Nissle

Protonenpumpeninhibitor (PPI) / Protonenpumpenhemmer: Wirkstoff/Medikament, in Deutschland z.B. unter dem Handelsnamen Omeprazol erhältlich, hemmt die Magensäure und wird beispielsweise zur Behandlung von Geschwüren im Magen und Zwölffingerdarm eingesetzt

PSC: Abk. für → primär-sklerosierende Cholangitis

Psychopharmaka (pl.): Gruppenbezeichnung für Wirkstoffe/Medikamente, die auf Gehirnfunktionen einwirken und so das Erleben, Befinden und Verhalten verändern können

Psychosomatik: Krankheitslehre, die Einflüsse der Seele (Psyche) auf Vorgänge des Körpers (Soma) in besonderer Weise berücksichtigt

psychosoziale Faktoren: durch das gesellschaftliche Umfeld auf die seelische Stabilität einwirkende Umstände, z.B. Stress (negativ), familiäre Unterstützung (positiv)

Psychotherapie: Behandlung von seelischen, emotionalen und → psychosomatischen Erkrankungen, Beziehungs- und Verhaltensstörungen

Pyoderma gangrenosum: entzündliche Hauterkrankung mit herdförmigen Geschwüren, die am ganzen Körper auftreten können

Qi Gong / Chigong: aus der → TCM stammende Meditations-, Konzentrations- und Bewegungsform zur Kultivierung von Körper und Geist, die sich positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken soll. Qi Gong gehört zu den → komplementärmedizinischen Verfahren, die allenfalls ergänzend zur Standardtherapie eingesetzt werden sollten.

randomisierte kontrollierte Studie (RCT): medizinisch-wissenschaftliche Untersuchung zur Wirksamkeit einer bestimmten Methode. Welcher Studienteilnehmer das Versuchsmedikament erhält (Versuchsgruppe) und welcher nicht (Kontrollgruppe) wird per Zufall (engl. „random“) entschieden. RCT haben in der → evidenzbasierten Medizin einen hohen Stellenwert.

Referenzbegutachtung: Beurteilung durch einen zweiten Gutachter

refraktär: widerstandsfähig, therapieresistent, nicht auf eine Behandlung ansprechend

Reiki: Der Begriff Reiki stammt aus dem japanischen von rei = Kosmos und ki = Lebensenergie und bezeichnet ein Verfahren zur Verbesserung der Wohlbefindens und der Gesund-

heit, das Anfang des 20. Jahrhunderts von Mikao Usui in Japan entwickelt wurde. Dabei soll die Lebensenergie durch Handauflegen und die mentale Arbeit mit Symbolen und Mantren verbessert werden. Reiki gehört zu den →komplementärmedizinischen Verfahren, die allenfalls ergänzend zur Standardtherapie eingesetzt werden sollten.

Reizdarmsyndrom / irritables Kolon: Störung der Darmfunktion ohne erkennbare organische Ursache. Das Reizdarmsyndrom äußert sich durch anhaltende Veränderungen des Stuhlgangs (Verstopfung oder Durchfall), die mit Bauchschmerzen einhergehen. In der Entstehung des Reizdarmsyndroms scheinen →psychosomatische Faktoren, insbesondere Stress, aber auch vorausgegangene Magen-Darm-Infektionen und Medikamenteneinnahmen eine Rolle zu spielen.

Rektum: Mastdarm

Remission: Phase ohne Krankheitsaktivität, Ruhephase der Erkrankung

Resektion: operative Entfernung von erkrankten Teilen eines Organs oder Körperteils

Retroperitoneum: der Bauchraum hinter dem Bauchfell

Rheuma: Sammelbegriff für eine Vielzahl schmerzhafter Erkrankungen, die vor allem Muskeln, Sehnen und Gelenke, aber auch das Nervensystem und andere Organe betreffen können. Rheumatische Erkrankungen können in allen Altersstufen auftreten; ihre genaue Ursache ist nicht bekannt, und sie verlaufen in der Regel →chronisch.

Röntgenuntersuchung: Untersuchung, bei der der Körper mit Röntgenstrahlen, benannt nach dem Physiker Wilhelm Conrad Röntgen, bestrahlt wird. Dabei absorbieren die unterschiedlich dichten Gewebe des menschlichen Körpers die Röntgenstrahlen unterschiedlich stark, so dass man durch Verschattung und Aufhellung eine Abbildung des Körperinneren erhält.

Sakroiliitis: Entzündung an der unteren Wirbelsäule, nämlich der Iliosakralgelenke zwischen Kreuzbein und Dammbein

Serum: zellfreie Blutflüssigkeit, die man erhält, wenn man aus dem zellhaltigen Blutplasma die Zellen und Gerinnungsfaktoren entfernt. Das Serum enthält ansonsten noch alle im Blut gelösten Stoffe, z.B. Mineralien und auch Proteine, die für das Abwehrsystem wichtig sind.

Sonographie: Ultraschalluntersuchung. Dabei werden Ultraschallwellen über einen Schallkopf in den Körper gelenkt und dort je nach Struktur und Konsistenz der zu untersuchenden Gewebe und Organe reflektiert. Das Echo wird registriert und in ein Bild vom Inneren des Körpers umgewandelt.

Spasmolytikum, pl. -a: Gruppenbegriff für Wirkstoffe/Medikamente, die Muskeln erschlaffen lassen und entkrampfend wirken

Stenose: Engstelle, Verengung

Stent: Spiraldrahtprothese; kleines Gitterröhrchen, das in Gänge eingesetzt wird, um deren Wände zu stützen, so dass sie sich nicht (mehr) verengen können

Steroid: Vielzahl unterschiedlicher Kohlenstoffverbindungen, z.B. Gallensäuren, Sexualhormone; oft als Abk. für →Kortikosteroide verwendet

steroidabhängig: Ein Krankheitsverlauf des Morbus Crohn wird steroidabhängig genannt, wenn entweder →Steroide innerhalb von vier Monaten nicht vollständig ausgeschlichen werden können (→Ausschleichen), ohne dass es zu erneuten Krankheitssymptomen kommt, oder wenn es innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Steroidbehandlung zu neuen Krankheitssymptomen kommt. Bei den Patienten mit einem steroidabhängigen Krankheitsverlauf besteht also ein erkennbarer enger Zusammenhang zwischen der Krankheitsaktivität und der Steroidbehandlung.

steroidrefraktär: Ein Krankheitsverlauf des Morbus Crohn wird steroidrefraktär genannt, wenn die Erkrankung trotz einer Behandlung mit →systemischen Steroiden in ausreichender Dosierung (mindestens 0,75 mg →Prednisolonäquivalent pro kg pro Tag) über mindestens vier Wochen weiterhin aktiv bleibt.

Stoma: künstlich geschaffene Öffnung eines Hohlorgans zur Körperoberfläche, hier: künstliche angelegter Darmausgang (anus praeter)

Striktur: erhebliche Verengung, die oft mit einer Vernarbung einhergeht

Strikturoplastik: Operationstechnik, bei der durch bestimmte Schnittführung und Nahttechnik eine kurze Engstelle des Darms (→Striktur) ohne Darmverlust beseitigt werden kann

subcutan / subkutan: (z.B. eine Spritze) unter die Hautoberfläche (setzen)

Sulfasalazin / Salazosulfapyridin: Wirkstoff/Medikament, Verbindung von →5-Aminosalicylsäure mit einem →Antibiotikum (Sulfapyridin), in Deutschland z.B. unter den Handelsnamen Azulfidine oder Colo-Pleon erhältlich, wirkt entzündungshemmend

Symptom: Krankheitszeichen, Krankheitsbeschwerde. Als Leitsymptome des Morbus Crohn gelten vor allem Bauchschmerzen und Durchfälle.

systemisch wirkende Glukokortikoide / systemische Steroide: im ganzen Körper wirksame →Kortikoide, vgl. auch →Prednisolon

Tacrolimus: Wirkstoff/Medikament, →Immunsuppressivum, in Deutschland unter dem Handelsnamen Prograf erhältlich, dämpft die Aktivität des Abwehrsystems

TCM: Abk. für →Traditionelle Chinesische Medizin

terminales Ileum: Ende des Krummdarms; das Ileum geht über die Bauhin-Klappe in den Dickdarm über

Therapie: Behandlung

TNF- α / TNF-alpha: Abk. für →Tumor-Nekrose-Faktor-alpha

Traditionelle Chinesische Medizin: Sammelbezeichnung für Methoden der Diagnostik und Therapie aus dem chinesischen Kulturraum, die danach streben, das zur Erkrankung führende gestörte Gleichgewicht der Kräfte wiederherzustellen. Zentrale Methoden sind beispielsweise die Akupunktur, Wärmebehandlungen, Massagetechniken und Bewegungsübungen. Die TCM gehört zu den →komplementärmedizinischen Verfahren, die allenfalls ergänzend zur Standardtherapie eingesetzt werden sollten.

Trichuris Suis Ovata: Eier des Schweinepeitschenwurms, können bei leichtem Morbus Crohn zur Einleitung einer Ruhephase helfen, sind aber aktuell in Deutschland nicht zugelassen, da die Wurmeier den geforderten arzneimittelrechtlichen Anforderungen nicht genügen.

Tumor-Nekrose-Faktor-alpha (TNF- α / TNF-alpha): Eiweißbotenstoff, der bei der Krankheitsabwehr des Körpers eine wichtige Rolle spielt und in diesem Rahmen auch Entzündungen fördert, wird bei der MC-Therapie durch Antikörper behandelt, vgl. auch →Adalimumab, →Certolizumab pegol, →Infliximab

unkonventionelle Therapien: alle Verfahren, die als nicht anerkannt und/oder überprüft gelten

Ursodeoxycholsäure: Wirkstoff/Medikament; →Steroid, das auch in Gallensäure enthalten ist und ihrer Verflüssigung dient; in Deutschland z.B. unter dem Handelsnamen Ursofalk erhältlich, dient der Auflösung von Gallensteinen sowie der Behandlung der →primär sklerosierenden Cholangitis

Uveitis: Entzündung der mittleren Augenhaut (Uvea) bestehend aus Aderhaut, Strahlenkörper und der Regenbogenhaut

Villus, pl. -i: Darmzotte

Virus, pl. Viren: nichtzelluläre Parasiten in den Zellen von Lebewesen, Infektionsträger

Zökum: Blinddarm, der oberste Abschnitt des Dickdarms

6 Grafik Verdauungssystem

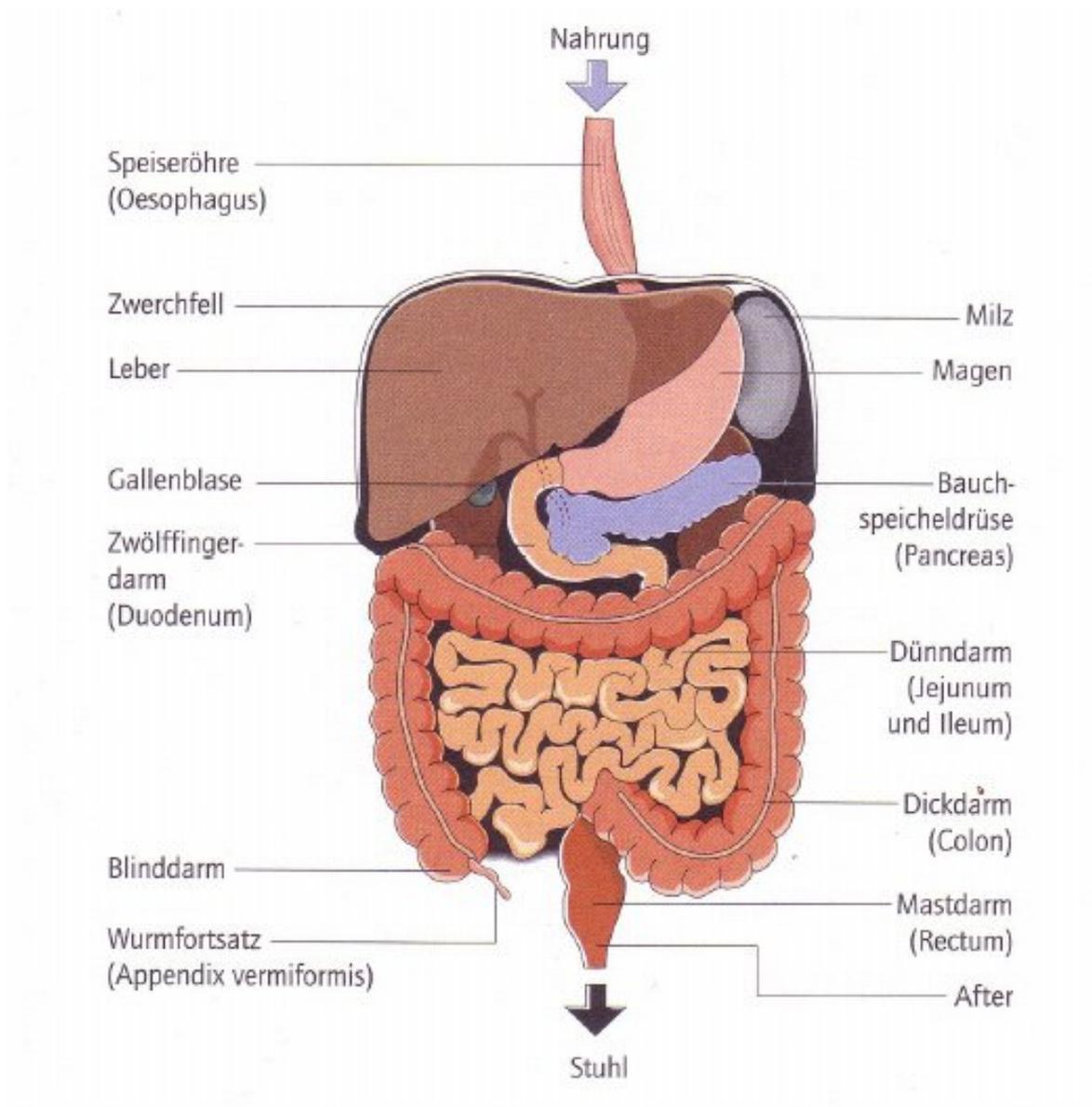


Abb.: DCCV e.V.

Die Verdauungsorgane des Menschen