

„Strikturierender Morbus Crohn – ein neuer Expertenkonsensus“

Am 01.12.2018 wurden uns die neuen Ergebnisse des Expertenkonsensus zu dem o. g. Thema bei einer Stenose im Dünndarm vorgestellt. Dabei wurden folgende Punkte berücksichtigt: Standarddefinitionen, Diagnose und Treat to target bei anti-fibrotic stricture Therapien.

Der M. Crohn ist eine chronisch progressive Erkrankung, die in drei Phänotypen unterschieden wird:

B1 = ohne Strikturen und Perforationen

B2 = Strikturierend

B3 = Penetrierend

Dabei ist die Dauer der Erkrankung allerdings entscheidend. Je länger die Krankheit besteht, gleicht sich der inflammatorisch aktive Zeitraum und der strikturierende bzw. penetrierende Verlauf immer mehr an. Bei einem follow-up von 10 Jahren liegen diese jeweils mit 31%, 32% und 37% bei dem penetrierenden Verlauf alle dicht beieinander.

Somit zeigen sich lediglich bei 10% in der Erstdiagnose Strikturen, im weiteren Verlauf allerdings bei 38% zeigt sich in der Schnittgebung eine Stenose. Leider werden ca. 80% unserer Patienten mindest 1x in ihrem Leben am Darm operiert, deren als Hauptursachesache eine Stenose vorhergeht.

Die medikamentöse Therapie ist weiterhin bei entzündlichen Stenosen die erste Wahl. Leider kann eine frühzeitige Therapie mit Prednisolon nicht immer eine OP verhindern. Bei der Therapie bei Patienten mit symptomatischer Dünndarmstenose führte diese zwar in 25 von 26 Fällen zu einem klinischen Ansprechen, allerdings erlitten 75% in einem Jahr ein klinisches Rezidiv, wobei sogar 46% im weiteren Verlauf doch operiert werden mussten.

Besser sind die Ergebnisse bei der kombinierten Therapie mit TNF-alpha-Blockern. Bei den Patienten, bei denen eine solche Therapie initiiert und über 24 Wochen fortgeführt wurde, waren 64% in Remission, d.h. keine OP, keine Steroide und keine Dilatation notwendig.

Dabei steht das Kurzdarmsyndrom immer im Hintergrund und ist möglichst zu vermeiden.

Da es wohl dennoch kaum zu vermeiden ist, dass unser Patient im Krankheitsverlauf eine Stenose entwickeln, müssen wir uns ein neues Ziel setzen: Die Stenose wieder

FA-CED e.V.

Uferstraße 3 32423 Minden

Telefon-Nr. 0571-3855477

Fax-Nr. 0571-95193704

E-Mail: phartmann@fa-ced.de

Homepage: www.fa-ced.de

Sparkasse Bad Oeynhausen - Porta Westfalica

IBAN DE15 4905 1990 0001 0333 98

BIC WELADED1PWF

Vereinsregister Bad Oeynhausen (VR 1002)

aufzulösen! Wichtig ist die Differenzierung von Stenosen mit entzündlicher Komponente, die sich durch Krämpfe, Übelkeit und Erbrechen bemerkbar macht. Dabei wird eine Dünndarm-Stenose wie folgt definiert: im MRT/CT muss eine Lumeneinengung + Wandverdickung + prästenotische Dilatation vorliegen! Der MRT wurde hierbei als optimale Modalität zur Detektion von fibrotischen Strikturen und Evaluation des Therapieansprechens gewertet.

Dilatiert wird, wenn eine Lumeneinengung und eine Wandverdickung von 11mm vorliegt, welche man in der Sonografie gut darstellen kann. Ferner kann die Stenose endoskopisch nicht mehr passiert werden. Dabei sollten Dilatationen lediglich über eine Strecke von max. 5cm erfolgen. Ist der Abschnitt länger, ist das Rezidivrisiko höher. Dabei kann eine Ballondilatation durchgeführt werden, bzw. bei fibrotischen Stenose ist die Strikturoplastik der Behandlungsstandart. Leider können wir dem Patienten dennoch durch diese Intervention nicht immer eine Operation ersparen.

Werena Siemund-Stais
FA-CED e.V. Vorstand
Schatzmeisterin
Wsiemund-stais@fa-ced.de

FA-CED e.V.

Uferstraße 3 32423 Minden

Telefon-Nr. 0571-3855477
Fax-Nr. 0571-95193704
E-Mail: phartmann@fa-ced.de
Homepage: www.fa-ced.de

Sparkasse Bad Oeynhausen - Porta Westfalica
IBAN DE15 4905 1990 0001 0333 98
BIC WELADED1PWF
Vereinsregister Bad Oeynhausen (VR 1002)