

## Ernährungstherapie bei Kindern mit Morbus Crohn

*Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen wie Morbus Crohn (MC) und Colitis ulcerosa können in jedem Lebensalter auftreten. Die Inzidenz und Prävalenz bei MC hat in den letzten Jahrzehnten stetig zugenommen. In den Industrieländern beträgt die jährliche Inzidenz 7–15/100 000 und die Prävalenz 150/100 000 (1). In 25 Prozent der Fälle tritt die Krankheit bereits im Kindes- beziehungsweise Jugendalter auf (2). Die Ursache von MC ist nicht bekannt. Man nimmt an, dass mehrere Faktoren wie genetische Prädisposition, Umwelteinflüsse und veränderte Immunreaktionen mitbeteiligt sind.*

Bei pädiatrischen Patienten konnte gezeigt werden, dass eine ausschliesslich enterale Ernährung über sechs bis acht Wochen bei 60 bis 80 Prozent zu einer klinischen Remission führt und damit ebenso effektiv ist wie die Therapie mit Steroiden (2). Die Gabe von Kortikosteroiden wirkt sich bei Kindern und Jugendlichen sehr viel ungünstiger aus als bei Erwachsenen. Das betrifft insbesondere die gravierenden Risiken für den Knochenstoffwechsel und das Wachstum. Ziele der Therapie sind die klinische Remission, die Abheilung der Schleimhautveränderungen und eine möglichst lange rezidivfreie Zeit.

47 Kinder mit Neudiagnose von MC und unterschiedlicher Behandlung wurden in einer retrospektiven Studie in Bezug auf klinische Remission, Ausheilung der Schleimhautveränderungen und rezidivfreie Zeit analysiert. Dabei wurden 10 Kinder mit Steroiden und 37 Kinder mit Ernährungstherapie (ET) behandelt. 12 Kinder erhielten eine elementare Nährlösung (Neocate®), 13 Kinder eine semielementare Nährlösung (Pregomin®) und 12 Kinder eine polymere Nährlösung (Modu-

len IBD®). Die polymere Nährlösung wurde oral eingenommen, die anderen Nährlösungen via nasogastraler Ernährungssonde. Verabreicht wurde eine Energiemenge von 50 bis 70 kcal/kg Körpergewicht während acht Wochen.

Die Remissionsrate nach 8 Wochen Behandlung betrug bei den Kindern mit ET 80 Prozent und bei den Kindern mit Steroidtherapie 90 Prozent. Zwischen den drei verschiedenen Nährlösungen ergaben sich keine Unterschiede. Verbesserungen der Schleimhautveränderungen wurden bei 65 Prozent der Kinder mit ET und bei 40 Prozent der Kinder in der Steroidgruppe erreicht ( $p < 0,05$ ). Sieben der Kinder mit ET erreichten eine vollständige Abheilung der Schleimhautläsionen, in der Steroidgruppe keines der Kinder ( $p < 0,005$ ). Die histologische Analyse der Entzündung wurde von zwei erfahrenen Experten durchgeführt, welche nicht über die Art der Therapie informiert waren.

Die mit ET behandelten Gruppen hatten bei Therapieende einen besseren Ernährungszustand (Albumin, Eisen und Wachstum). Die Gewichtszunahme war bei beiden Gruppen gleich, eine Analyse der Körperzusammensetzung wurde nicht durchgeführt. Alle Kinder erhielten bei Remission eine Therapie mit Mesalamine. Beim Follow-up nach zwölf Monaten waren in der Gruppe der ET noch mehr als 70 Prozent in Remission, in der Steroidgruppe nur 30 Prozent. Die Aussage dieser Studie ist eingeschränkt durch die retrospektive Analyse und die kleinen Fallzahlen.

Eine adäquate Ernährung mit Vermeidung von Mangelzuständen ist bei der Behandlung von Patienten – und besonders von Kindern – von unum-

strittener Bedeutung. Die Erfolgsrate ist bei guter Compliance ähnlich hoch wie bei Steroidtherapie, die wegen der Nebenwirkungen die Therapie zweiter Wahl beim Kind mit aktivem Morbus Crohn sein sollte (4).

Eine primäre Ernährungstherapie mit Verzicht auf normales Essen für mehrere Wochen ist einschneidend und bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Patienten und der Unterstützung durch die ganze Familie. Im ausführlichen Gespräch mit Arzt und Ernährungsberaterin werden die Vorteile und die Schwierigkeiten der Durchführung besprochen. Kann das Kind die Nährlösung nicht trinken, wird diese via Ernährungssonde verabreicht. Wenn die ET trotz hoher Motivation des Kindes und der Familie nicht durchgeführt werden kann oder die Belastung für das Kind zu gross ist, muss die Therapiestrategie gewechselt werden. Dabei ist es wichtig, dies nicht als Versagen des Kindes zu werten. ■

#### Adresse der Autorin:

Caroline Weberhofer  
dipl. Ernährungsberaterin MSC  
Mühlenberg 2  
4052 Basel

#### Literatur:

1. Ruemmele FM, Roy CC, Levy E, Seidman EG. Nutrition as primary therapy in pediatric Crohn's disease: Fact or fantasy? J Ped 2000; 136: 285–291.
2. Beattie RM, Croft NM, Fell JM et al. Inflammatory bowel disease. Arch Dis Child 2006; 91: 426–432.
3. Berni Canani R, Terrin G, Borrelli O, Romano MT, Manguso F, Coruzzo A, D'Armiento F, Romeo EF and Cucchiara S. Short- and long-term therapeutic efficacy of nutritional therapy and corticosteroids in paediatric Crohn's disease. Dig Liver Dis 2006; 38 (6): 381–387.
4. Koletzko, Siegert T: Ernährungstherapie der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Monatsschr Kinderheilkd 2004; 152: 145–152.