

# Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Krankheitsaktivität bestimmt die Therapie

Bei länger anhaltenden Diarrhöen, Blut im Stuhl und Bauchschmerzen sollte man auch an eine chronisch entzündliche Darmerkrankung, also eine Colitis ulcerosa oder einen Morbus Crohn, denken. Die beiden Erkrankungen unterscheiden sich hinsichtlich Darmbefall, Histologie, Verlauf und Symptomatik und erfordern unterschiedliche Therapien.

**BERND LIMBERG**

Bei der Entstehung einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED) wirken eine erbliche Veranlagung und Umwelteinflüsse zusammen. Beim Morbus Crohn nimmt man zum Beispiel an, dass die Bildung niedermolekularer Verteidigungsproteine, sogenannter Defensine, in der Darmschleimhaut gestört ist. So können Bakterien in die Darmwand eindringen und überschüssige Abwehrreaktionen auslösen. Der Verdacht auf eine CED sollte aufkommen, wenn

- Diarrhöen länger als vier Wochen bestehen
- die Stuhlfrequenz > 2 pro Tag ist
- die Stuhlkonsistenz sich vermindert
- Blut im Stuhl nachweisbar ist
- abdominelle Schmerzen auftreten.

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa weisen typische Unterschiede hinsichtlich des Befallsmusters des Gastrointestinaltraktes, der klinischen Symptomatik und der Komplikationen auf (Tabelle 1). Die Colitis ulcerosa ist eine rezidivierende entzündliche Erkrankung des Kolons und des Rektums. Charakteristisch ist eine kontinuierliche Ausbreitung der Entzündung vom Anus bis zur

## Merksätze

- Der Morbus Crohn kann den gesamten Verdauungstrakt vom Mund bis zum Anus befallen, das Rektum ist im Gegensatz zur Colitis ulcerosa aber oft ausgespart.
- Morbus Crohn und Colitis ulcerosa können sich auch extraintestinal manifestieren.
- Die Therapie konzentriert sich bei beiden Erkrankungen auf eine symptomatische Behandlung der Entzündung.

Bauhin'schen Klappe. Bei 54 Prozent der Patienten besteht eine Proktosigmoiditis, bei 27 Prozent eine linksseitige Kolitis und bei 19 Prozent eine Pankolitis. Die entzündliche Infiltration der Darmwand ist bis auf fulminante Verläufe auf die Mukosa begrenzt.

Der Morbus Crohn ist eine chronische Entzündung, die den gesamten Verdauungstrakt (Mund bis Anus) betreffen kann. Bei 40 bis 50 Prozent der Patienten sind Dünn- und Dickdarm befallen, eine besondere Prädispositionsstelle ist das terminale

**Tabelle 1: Colitis ulcerosa – Morbus Crohn: Unterschiede**

	Colitis ulcerosa	Morbus Crohn
<b>Symptome</b>	Durchfall Blutung	Schmerzen Durchfall Gewichtsverlust Fisteln
<b>Histologie</b>	Entzündung vorwiegend der Mukosa	transmurale und extramurale Entzündung
<b>endoskopische Befunde</b>	kontinuierlicher Befall Geschwüre Blutung	segmentaler Befall Aphthen Geschwüre
<b>Komplikationen</b>	toxisches Megakolon	Fisteln Stenosen Abszesse

Tabelle 2: **Basisdiagnostik von Colitis ulcerosa und Morbus Crohn**

	Colitis ulcerosa	M. Crohn
Erstdiagnose	Koloskopie Ultraschall	Koloskopie Gastroskopie Ultraschall (CT, MRT, endorektale Sonografie)
akuter Schub	Ultraschall (Koloskopie)	Ultraschall (Koloskopie, Gastroskopie) (CT, MRT, endorektale Sonografie)
Kontrolle	Koloskopie Karzinomprophylaxe (Ultraschall, CT)	Ultraschall Koloskopie (CT, MRT, endorektale Sonografie)
Labor	Blutbild, CRP, Gamma-GT, alkalische Phosphatase, Stuhlkultur	

Tabelle 3: **Extraintestinale Manifestationen von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa**

Lokalisation	Häufigkeit
Polyarthritis, Monarthritis, Sakroileitis	26%
Erythema nodosum, Pyoderma gangraenosum	19%
primär sklerosierende Cholangitis (PSS)	7% (bei Colitis ulcerosa)
Steatitis hepatis	30%
Iridozyklitis, Uveitis	4%
Osteoporose	bei M. Crohn bis zu 40%

Ileum, bei 25 bis 30 Prozent liegt ein alleiniger Dünndarbefall vor, bei 3 bis 5 Prozent sind Ösophagus, Magen und Duodenum befallen, bei 20 bis 25 Prozent nur der Dickdarm. Im Gegensatz zur Colitis ulcerosa ist das Rektum häufig ausgespart. Charakteristisch für den Morbus Crohn sind die transmurale entzündliche Infiltration und die extramurale Ausbreitung der Entzündung. Dies erklärt die Symptome und Komplikationen der Erkrankung.

### Diagnostik: von Ultraschall bis MRT

Die Diagnose einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung ergibt sich aus der Zusammenschau von Klinik, Labor und bildgebenden Verfahren.

Zur Basisdiagnostik gehören:

- *Stuhlkultur*
- *Blutbild und CRP*
- *Gamma-GT*
- *alkalische Phosphatase (primär sklerosierende Cholangitis bei Colitis ulcerosa).*

Im Zeitalter des Tourismus sollten je nach Anamnese des Patienten auch häufige tropische Erkrankungen (z.B. Amöbenkolitis)

Tabelle 4: **CED: wichtige Differenzialdiagnosen**

- Infektionserkrankungen (Bakterien, Viren, Parasiten, pseudomembranöse Kolitis)
- Appendizitis
- Divertikulitis
- Lymphom
- ischämische Kolitis
- Vaskulitis
- mikroskopische Kolitis
- Sprue
- medikamenteninduzierte Kolitis
- Laktoseintoleranz

ausgeschlossen werden. Unter den endoskopischen Verfahren ist die Koloskopie mit Biopsie das Verfahren der ersten Wahl. Die hochauflösende Darmsonografie hat als nicht-invasives und kostengünstiges Verfahren einen hohen klinischen Stellenwert nicht nur in der Primärdiagnostik, sondern insbesondere auch in der Verlaufskontrolle und bei der Diagnose der Komplikationen der Erkrankungen erlangt. Hilfreich ist dabei die Powerdopplersonografie zur direkten Darstellung der entzündlich bedingten Hyperämie innerhalb der Darmwand. Die Duplexsonografie der Mesenterialarterien kann durch Messung der veränderten Strömungsgeschwindigkeit zusätzliche Informationen liefern, die einen Hinweis auf ein mögliches Rezidiv bei Patienten mit Morbus Crohn geben. Die MRT- oder CT-Untersuchung ist zur Diagnose des Dünndarbefalls geeignet. Für die Diagnostik des perianalen Fistelleidens stehen die MRT und die endorektale Sonografie zur Verfügung, beide Verfahren weisen eine vergleichbare Sensitivität auf (Tabelle 2).

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa können sich auch extraintestinal manifestieren (Tabelle 3). Bei der Differenzialdiagnose der CED sind entzündliche und nicht entzündliche Erkrankungen zu berücksichtigen (Tabelle 4). Da die genaue Ätiologie der CED nicht bekannt ist, konzentriert sich die Therapie auf eine symptomatische Behandlung der Entzündung. Dazu stehen unterschiedliche Substanzgruppen zur Verfügung: Mesalazin, Steroide, Immunsuppressiva (Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Methotrexat) und TNF-alpha-Antikörper (Infliximab).

### Therapie des Morbus Crohn

Bei leichtem Schub ist ein Therapieversuch mit Mesalazin (3–6 g/Tag) oder bei vorwiegend ileozökalem Befall mit Budesonid (9 mg/Tag) indiziert. Spricht der Patient darauf nicht an, ist die Gabe von Prednisolon-Äquivalent (30–60 mg/Tag) notwendig. Bei der Therapie des schweren Schubs des Morbus Crohn (Abbildung 1) ist neben der Gabe von Prednisolon eine immunsuppressive Therapie mit Azathioprin erforderlich. Bei Unverträglichkeit von Azathioprin kann eine Behandlung mit

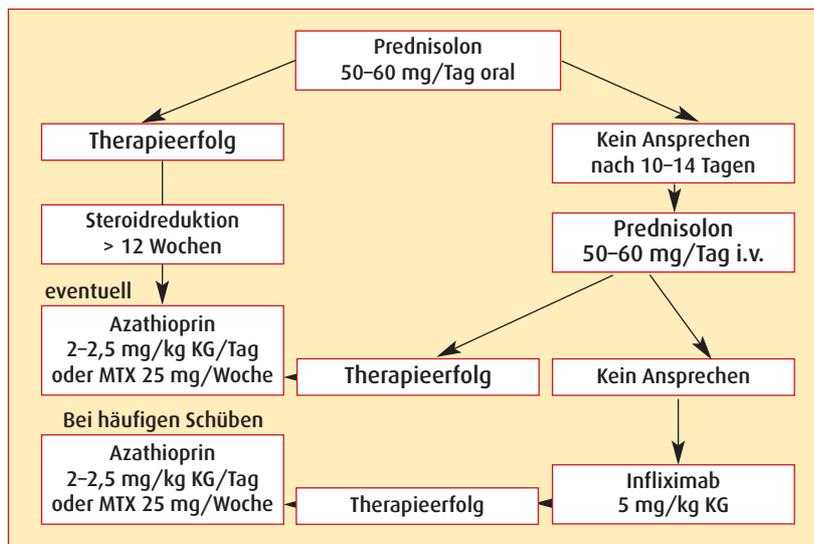


Abbildung 1: Algorithmus: Therapie des Morbus Crohn (schwerer Schub)

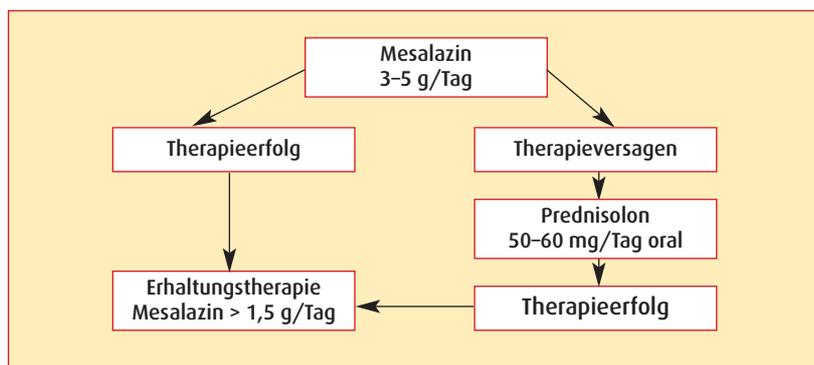


Abbildung 2: Algorithmus: Therapie der Colitis ulcerosa (mittlere Aktivität)

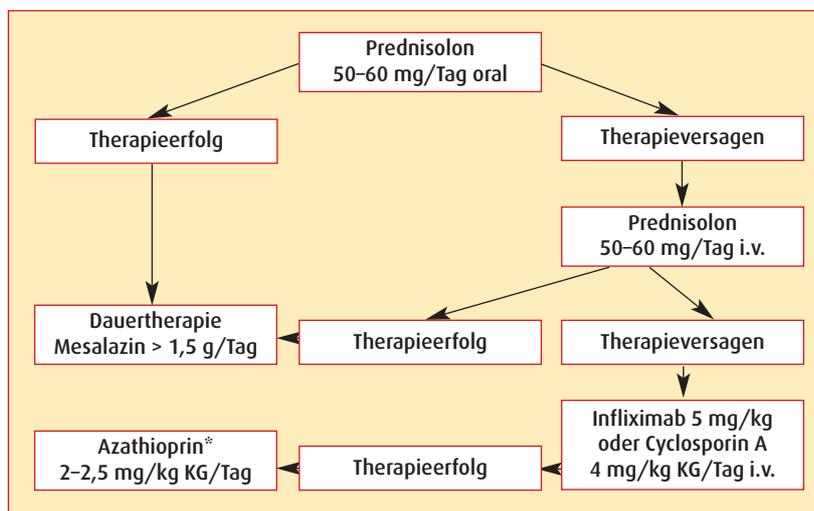


Abbildung 3: Algorithmus: Therapie der Colitis ulcerosa (schwere Aktivität)

chender Wirkung kann auf Methotrexat (25 mg 1 x pro Woche) umgestellt werden. Bei fehlender Wirkung ist eine Therapie mit Infliximab indiziert. Die immunsuppressive Therapie sollte langfristig (mindestens 4 Jahre) zur Remissionserhaltung erfolgen.

### Therapie der Colitis ulcerosa

Bei leichter bis mittlerer Aktivität der Colitis ulcerosa kann eine distale Kolitis durch topische Applikation von Aminosalicylaten oder Steroiden behandelt werden. Bei Ausdehnung bis zur linken Flexur kann die lokale Therapie durch Mesalazin oral ergänzt werden. Bei ausgedehnter Kolitis werden orale Mesalazin-Präparate eingesetzt. Sollte die Therapie innerhalb von 10 bis 14 Tagen keinen Erfolg zeigen, erfolgt eine Umstellung auf 60 mg Prednisolon-Äquivalent pro Tag. Zur Remissionserhaltung sollte eine Behandlung mit Mesalazin 1,5 g pro Tag erfolgen (Abbildung 2).

Bei schweren Verlaufsformen ist sowohl zur Einleitung als auch zur Remissionserhaltung eine zusätzliche immunsuppressive Therapie erforderlich (Abbildung 3).

Bei Patienten mit Colitis ulcerosa besteht ein erhöhtes Risiko für die Entstehung eines Kolonkarzinoms. Sie bedürfen deshalb einer regelmässigen koloskopischen Überwachung. Eine Operationsindikation ist gegeben, wenn Komplikationen der Erkrankung durch eine medikamentöse Therapie nicht mehr beherrschbar sind. Beim Morbus Crohn wären dies Stenosen mit Entwicklung eines Subileus/Ileus, Abszesse oder Fisteln. Bei der Colitis ulcerosa ist das toxische Megakolon eine Operationsindikation. Im Rahmen des Überwachungsprogramms zur Karzinomprophylaxe stellt der Nachweis einer hochgradigen intraepithelialen Neoplasie eine Indikation zur Kolektomie dar. ■

*Prof. Dr. med. Bernd Limberg  
Städtisches Klinikum Wolfenbüttel GmbH  
Klinik für Innere Medizin –  
Gastroenterologie  
D-38302 Wolfenbüttel*

Methotrexat (MTX) erfolgen. Die Gabe von Infliximab ist schweren Verläufen vorbehalten.

Der chronisch aktive Morbus Crohn erfordert eine langfristige Immunsuppression, um die Zahl der Rezidive und die Notwendigkeit der Steroidgabe zu reduzieren. Azathioprin ist dabei das Mittel der ersten Wahl. Bei Unverträglichkeit oder nicht ausrei-

Interessenkonflikte: keine

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 11/2006. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.