

Colitis ulcerosa

Diagnostik und Behandlung

Blutige Durchfälle, Tenesmen und Stuhldrang sind typische Symptome der Colitis ulcerosa. Häufig liegen zusätzlich extraintestinale Manifestationen vor. Die Behandlung des Kolitisrezidivs richtet sich nach Schweregrad und Lokalisation der Darmveränderungen. Eine lebenslange Erhaltungstherapie mit Mesalazin wird für alle Patienten empfohlen.

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Die Colitis ulcerosa gehört zu den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Sie befällt das Rektum und breitet sich nach proximal im Kolon aus. Typisches Merkmal ist eine diffuse Entzündung der Dickdarmschleimhaut. Man kann die Erkrankung unterteilen in die linksseitige Kolitis (entzündliche Veränderungen bis zur linken Kolonflexur) und in die ausgedehnte Form (entzündliche Veränderungen oberhalb der linken Kolonflexur), wie Paul Collins und Jonathan Rhodes im «British Medical Journal» schreiben.

Symptomatik

Blutige Durchfälle, Stuhldrang und Tenesmen sind die Kardinalsymptome. Es können auch kolikartige Unterbauchschmerzen auftreten, starke Schmerzen werden jedoch meist nur bei einer schweren Kolitis beobachtet. Eine leichte distale Kolitis, die manchmal ohne rektale Blutungen verläuft, kann mit einem Reizdarmsyndrom verwechselt werden.

Viele Patienten mit Colitis ulcerosa weisen extraintestinale Symptome auf. Dazu zählen: aphthöse Ulzerationen, akute Arthropathien, Hautveränderungen (Erythema nodosum, Pyoderma gangraenosum), Augenveränderungen (Episkleritis, Uveitis anterior), Sakroileitis, ankylosierende Spondylitis, primär sklerosierende Cholangitis.

Merksätze

- Die Colitis ulcerosa ist eine chronische Erkrankung, bei der es wiederholt zu Rezidiven und Remissionen kommt.
- Etwa zwei Drittel der Patienten weisen klar umschriebene und oft lang anhaltende Remissionen auf, doch die Kolektomierate beträgt immer noch etwa 25 Prozent.
- Die medikamentöse Behandlung eines Rezidivs richtet sich nach Ausbreitung und Schweregrad der Erkrankung.

Diagnostik

In der Anamnese wird das Stuhlverhalten erfasst (Stuhlfrequenz und -konsistenz, Blut- und Schleimbeimengung, nächtliche Durchfälle) und nach einem eventuellen Gewichtsverlust sowie Auslandsreisen gefragt. Die Familienanamnese ist wichtig, da 10 bis 20 Prozent der Patienten mit Colitis ulcerosa Familienangehörige mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung haben. Schliesslich sollte nach extraintestinalen Symptomen (an Haut, Augen und Gelenken) gefragt werden. Bei der körperlichen Untersuchung ist besonders auf abdominelle Druckschmerzhaftigkeit und Aufblähung zu achten. Puls und Temperatur sind zu kontrollieren.

Zu den notwendigen Laboruntersuchungen zählen grosses Blutbild, Blutsenkung (BSG), Leberfunktionstests, Elektrolyte, Harnstoff und C-reaktives Protein (CRP). Darüber hinaus sollte eine Stuhlkultur erfolgen und der Stuhl auf das Clostridium-difficile-Toxin untersucht werden.

Eine endoskopische Untersuchung mit Schleimhautbiopsien ist für die Diagnosestellung unverzichtbar. Es ist nicht immer einfach, eine Colitis ulcerosa endoskopisch von einem Morbus Crohn abzugrenzen, doch helfen folgende Merkmale: Bei der Colitis ulcerosa ist das Rektum befallen, und das Kolon weist kontinuierliche und einheitliche Ulzerationen auf. An der Basis der Appendix finden sich entzündliche Veränderungen. Beim Morbus Crohn ist das terminale Ileum häufig ulzeriert, während

das Rektum oft ausgespart ist. Das Kolon zeigt diskontinuierliche Ulzerationen. Ist eine sichere Differenzierung zwischen beiden Erkrankungen nicht möglich, spricht man von indeterminierter Colitis.

Eine einfache Abdomen-Übersichtsaufnahme ist hilfreich, um die Ausbreitung der Erkrankung einzuschätzen (ulzerierte Kolonanteile enthalten keinen festen Stuhl) und um ein toxisches Megakolon (Durchmesser des Colon transversum > 5 cm) auszuschliessen.

Medikamentöse Behandlung

Ziel der Behandlung ist es, eine Remission einzuleiten und zu erhalten. Es stehen verschiedene Medikamente zur Verfügung. Zu den wichtigsten Substanzklassen zählen die Aminosalicylate (Mesalazin [Asacol®, Mesazin®, Pentasa®, Salofalk®] und das ältere Sulfasalazin [Salazopyrin®]), Kortikosteroide (Prednisolon, Prednison, Hydrocortison) und die Thiopurine (Azathioprin [Azarek®, Imurek®] und sein aktiver Metabolit 6-Mercaptopurin). Letztere können verabreicht werden, wenn Patienten Kortikosteroide nicht vertragen.

Therapie der distalen Colitis ulcerosa

Die Behandlung eines akuten Schubes hängt vom Schweregrad (*Kasten*) und von der Lokalisation der entzündlichen Veränderungen ab.

Bei der distalen Colitis, die bis zum rektosigmoidalen Übergang reicht, können Zäpfchen verordnet werden. Schaumpräparate und Einläufe sind bei weiter distal lokalisierten Veränderungen sinnvoll. Ein 100-ml-Klyisma kann die linke Kolonflexur erreichen. Zur Induktion einer Remission sind topische Kortikosteroide wahrscheinlich weniger geeignet als lokal verabreichtes Mesalazin. Bei rektaler Applikation von Prednisolon oder Hydrocortison werden bis zu 50 Prozent der Dosis absorbiert, sodass bei Langzeitanwendung erhebliche Nebenwirkungen resultieren können. Die Gefahr systemischer Nebenwirkungen ist geringer, wenn Steroide verwendet werden, die in der Leber rasch verstoffwechselt werden. Ein Beispiel hierfür ist Prednisolon-Metasulfobenzoat (in der Schweiz nicht eingeführt).

Die alleinige orale Gabe von Mesalazin ist genauso effektiv wie die alleinige topische Gabe, doch die Kombinationsbehandlung führt zu besseren Ergebnissen. Bleibt der gewünschte Erfolg unter der Kombinationsbehandlung aus, können orale Kortikosteroide erforderlich werden.

Therapie der aktiven linksseitigen Colitis und der ausgedehnten Colitis

Oral verabreichtes Mesalazin in Tagesdosen > 3 g führt zu besseren klinischen Resultaten als eine Behandlung in niedrigerer Dosierung. Die kombinierte topische und orale Behandlung kann die Induktion einer Remission bei linksseitiger und bei ausgedehnter Colitis unterstützen.

Orale Kortikosteroide sind bei leichten Krankheitsformen indiziert, die auf eine topische Behandlung nicht angesprochen haben, sowie bei mittelschweren Schüben (beispielsweise bei Patienten mit blutigen Durchfällen).

Kasten: Schweregrade der Colitis ulcerosa

Leicht

- Weniger als vier Stühle pro Tag, mit oder ohne Blutbeimengung
- Keine systemische Veränderung (wie beispielsweise Fieber, Tachykardie, Anämie oder Hypalbuminämie)
- Normalwerte für CRP und BSG

Mittelschwer

- Vier bis sechs Stühle täglich sowie minimale systemische Veränderungen

Schwer

- Mehr als sechs Stühle pro Tag mit Blutbeimengung
- Systemische Veränderungen

Wird die Behandlung verzögert, steigt das Risiko einer Kolektomie. Die Patienten sollten rasch und mit einer optimalen Kortikosteroid-Dosis behandelt werden (40 mg Prednisolon pro Tag).

Therapie der schweren Colitis

Patienten mit schwerer Colitis ulcerosa sollten notfallmässig ins Spital eingewiesen werden. Eine weitere Indikation für eine stationäre Einweisung sind Patienten mit mittelschwerer Colitis, die auf eine zweiwöchige Steroidbehandlung nicht angesprochen haben. Patienten, die nur partiell auf die Behandlung ansprechen, sollten rasch in der Klinikambulanz vorgestellt und auf therapierefraktäre Colitis behandelt werden.

Führt die medikamentöse Behandlung bei Patienten mit schwerer Colitis ulcerosa innerhalb von sieben bis zehn Tagen nicht zu einer wesentlichen Besserung, kann eine Kolektomie notwendig werden.

Langzeitbetreuung

Für alle Patienten mit Colitis ulcerosa wird eine lebenslange Therapie mit Mesalazin empfohlen. Topisch verabreichtes Mesalazin kann bei distaler Colitis eingesetzt werden – mit oder ohne zusätzliche orale Gabe von Mesalazin.

Bei Patienten mit langem Krankheitsverlauf ist das Risiko, an einem kolorektalen Karzinom zu erkranken, auf das Fünf- bis Zehnfache erhöht. Deshalb wird allen Patienten mit lange bestehender, ausgedehnter Colitis ulcerosa ein entsprechendes Screening angeboten. Das Krebsrisiko steigt bei frühem Erkrankungsbeginn, langer Krankheitsdauer und ausgedehnter Kolonbeteiligung. ■

P. Collins (University of Liverpool, Henry Wellcome Laboratory, Liverpool) et al.: Ulcerative colitis: diagnosis and management. British Medical Journal 2006; 333: 340-343.

Andrea Wülker

Interessenkonflikte: Einer der Autoren, Jonathan Rhodes, ist beziehungsweise war im Advisory Board verschiedener Pharmafirmen und besitzt ein Patent für ein lösliches Ballaststoff-Präparat zur Erhaltungstherapie des Morbus Crohn.