

Morbus Crohn
Informationen für Patienten



Morbus Crohn

Informationen für Patienten



Diese Broschüre wurde Ihnen überreicht durch

Praxisstempel



02	Vorworte
06	Was ist der Verdauungstrakt?
08	Was ist eigentlich Morbus Crohn?
10	Welche Organe können noch betroffen sein?
12	Was ist die Ursache des Morbus Crohn?
13	Das Immunsystem – was passiert?
16	Die Untersuchungsmethoden bei Morbus Crohn
19	Wie wird der Morbus Crohn behandelt?
20	Welche Medikamente gibt es?
26	Was bedeuten die medizinischen Begriffe?
28	Wo bekomme ich Rat und Hilfe?

Vorworte

Der Morbus Crohn ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des gesamten Magen-Darmtraktes und betrifft mehr als 10.000 ÖsterreicherInnen. Die Diagnose dieser Erkrankung ist häufig nach wie vor schwierig und es verstreichen oft Monate bis Jahre bis zur endgültigen Diagnose dieser Erkrankung. Im Wesentlichen sind von dieser Erkrankung abzugrenzen sowohl die Colitis ulcerosa, als auch funktionelle Darmerkrankungen wie das Reizdarmsyndrom. Klassische Symptome des Morbus Crohn sind Bauchschmerzen, Durchfälle, Gewichtsabnahme und Fieber. Diese chronische Erkrankung verursacht im Verlaufe ihrer Erkrankung häufig Komplikationen, die sowohl Lebensqualität als auch in einem kleinen Prozentsatz Lebenserwartung beeinträchtigen. Diese Komplikationen beinhalten neben Darmverschluss, das Auftreten von Abszessen (Eiteransammlungen in neu entstandenen Körperhöhlen), Fisteln (unnatürliche röhrenartige Verbindungen zwischen einem inneren Hohlorgan wie dem Darm und anderen Organen oder der Körperoberfläche z.B. Perianale Fistel mit Ausgang der Fistel im Bereich des Afters) und Perforationen (Durchlöcherungen).

Die Wahrscheinlichkeit solche Komplikationen zu entwickeln, hängt sehr vom Schweregrad der Erkrankung ab und ist von Patient zu Patient unterschiedlich. Neben den erwähnten Akutkomplikationen sind andere Aspekte zu berücksichtigen wie Fehlernährung, Blutarmut, Wachstumsrückstand und Erkrankungen außerhalb des Magen-Darmtraktes wie Haut-, Augen- und Gelenksbeteiligungen.

Die Ursache dieser chronischen Erkrankung wird noch immer nicht vollständig verstanden. Forschungen der letzten Jahre haben jedoch eindeutig gezeigt, dass zumindest in 25 % aller Betroffenen durch Fehler in ihren Genen (=Erbanlagen) eine klare Voraussetzung für das Auftreten der Erkrankung vorliegt. Einige dieser fehlerhaften Gene sind mittlerweile charakterisiert und haben zu einem besseren Verständnis der Pathophysiologie (=Vorgänge im Körper während der Erkrankung) von Morbus Crohn geführt. Es wird immer klarer, dass der Umgang mit bestimmten Bakterien im Darmtrakt bei diesen Patienten gestört ist und möglicherweise gewisse Eiweiße wie



Defensine fehlen, um eine normale Keimregulation im Darm zu bewerkstelligen. Diese defekte Keimregulation führt dann in der Folge vermutlich zur chronischen Entzündung.

In der Therapie sind wir nach wie vor nicht sehr spezifisch ausgerichtet und konzentrieren uns auf eine entzündungshemmende Behandlung. Das bessere Verständnis der Krankheitsentstehung und der Pathophysiologie sollte jedoch in Zukunft gezieltere Therapien ermöglichen. Im Vordergrund stehen momentan antientzündliche Therapien wie Aminosalzylate, Cortisonpräparate und Immunsuppressiva (=Medikamente die Funktionen des Immunsystems unterdrücken). Neben diesen sehr etablierten Therapien haben sich in den letzten Jahren beim schweren Verlauf, vor allem auch Therapieprinzipien durchgesetzt, die darauf ausgerichtet sind, bestimmte Botenstoffe wie Tumornekrosefaktor im Darm zu hemmen. Diese Botenstoffe werden im Darm im Übermaß gebildet und sind ganz wesentlich an der Krankheitsentstehung und Erhaltung beteiligt. Gezielte Therapien wie Infliximab (ein Antikörper, der den Tumornekrosefaktor hemmt) stellen einen wesentlichen Fortschritt in der modernen Therapie dieser Erkrankungen dar.

Wir können alle, sowohl Patienten als auch betreuende Ärzte und in diesem Bereich tätige ForscherInnen mit Optimismus in die Zukunft blicken. Modernste wissenschaftliche Technologien und in den letzten Jahren gewonnene Erkenntnisse werden uns in den nächsten Jahren bessere Therapien ermöglichen. Dies ist von großer Bedeutung, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass diese Erkrankungen auch in unserem Land sehr viele Menschen betreffen. Die nun aufliegende Broschüre ist eine wichtige Hilfe für alle Betroffenen sich besser zu informieren und damit eine gezieltere bessere Therapie dieser Erkrankung zu ermöglichen.

Herzlichst

Prim. Univ. Prof. Dr. Herbert Tilg

Leiter der Arbeitsgruppe „Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen“ der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH)

Vorworte



Die Diagnose Morbus Crohn bedeutet einen großen Einschnitt in die bisherigen Lebensgewohnheiten eines Menschen. Zu den gesundheitlichen Problemen kommen meist noch Probleme am Arbeitsplatz, finanzielle Probleme und leider oft auch Schwierigkeiten im Privatleben.

Neben der medizinischen Betreuung, die in Österreich in hervorragenden Händen liegt, kann der Kontakt mit anderen Betroffenen im Rahmen einer Selbsthilfegruppe zur weiteren Lebensbewältigung sehr hilfreich und nützlich sein. Die Österreichische Morbus Crohn-Colitis ulcerosa Vereinigung (ÖMCCV) bietet in allen Bundesländern Ansprechpartner mit langer Erfahrung an.

Die Auseinandersetzung mit der Krankheit und deren Auswirkungen ist ein weiterer wichtiger Punkt im Umgang mit der Erkrankung. Die ÖMCCV bietet hier neben Informationen in der Zeitschrift Crohnicle eine Reihe von Broschüren für alle Interessierten an. Im Rahmen von Veranstaltungen für Betroffene und Angehörige, auch für spezielle Zielgruppen, gibt es zahlreiche Möglichkeiten zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch.

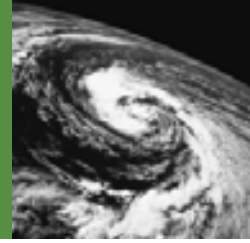
Die Ursache der Erkrankung ist trotz intensiver Forschung noch immer nicht genau bekannt, es zeichnen sich aber einige wichtige Hinweise auf die möglichen Voraussetzungen für das Auftreten der Erkrankung ab. Auf der Basis dieser Forschungsergebnisse ist es möglich geworden, neue wirksame Medikamente zu entwickeln und damit den Betroffenen neue Behandlungsmöglichkeiten anzubieten. Die chronische Krankheit Morbus Crohn ist nach dem derzeitigen Stand der Medizin nicht heilbar, lässt sich aber durch den gezielten und auf den Patienten abgestimmten Einsatz von modernen Medikamenten im Rahmen der Behandlung im allgemeinen gut bewältigen.



Das Gesundheitssystem wird aus den unterschiedlichsten Gründen immer teurer und schwerer finanzierbar. Eine der Ursachen, neben der immer älter werdenden Bevölkerung, wird in den immer teurer werdenden Medikamenten gesucht. Jedoch gerade der Einsatz von modernen und effizienten Medikamenten kann die raschere Verbesserung des Zustandes der Patientinnen und Patienten herbeiführen, dadurch auch einen wesentlichen Beitrag zur gesamten Kostensenkung durch kürzere Krankenhausaufenthalte, durch weniger Ausfallszeiten der Betroffenen und rascherer Rehabilitation beitragen.

Diese Broschüre ist eine wichtige und umfassende Informationsquelle für alle Betroffenen und alle an der Krankheit Morbus Crohn Interessierten.

Mit den besten Empfehlungen
Ing. Franz Schiener
Präsident der ÖMCCV



Was ist der Verdauungstrakt?

Der Verdauungstrakt besteht aus Mund, Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm, Dün- und Dickdarm, Enddarm und After. Die Hauptaufgaben des Verdauungstrakts bestehen in:

- ▶ Aufspaltung der aufgenommenen Lebensmittel in Nährstoffe
- ▶ Aufnahme dieser Nährstoffe, von Wasser, Spurenelementen, Mineral-salzen und Vitaminen
- ▶ Entsorgung der nicht aufgenommenen Nahrungsbestandteile

Mund

Die Nahrung wird zerkleinert und mit Speichel durchmischt, wodurch der Verdauungsprozess in Gang kommt.

Speiseröhre

Der so gebildete Speisebrei wird durch die Speiseröhre (Ösophagus) mittels wellenartiger Bewegungen in den Magen transportiert.

Magen

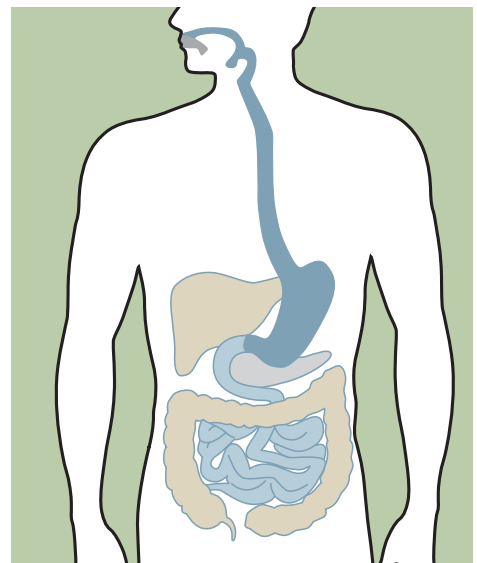
Hier wird der Speisebrei mit dem Magensaft, der Säure, Schleim und Fermente enthält, durchmengt und weiter aufgespalten. Schließlich gelangt der Speisebrei durch den Magenpförtner (Pylorus) und erreicht portionsweise den Zwölffingerdarm.

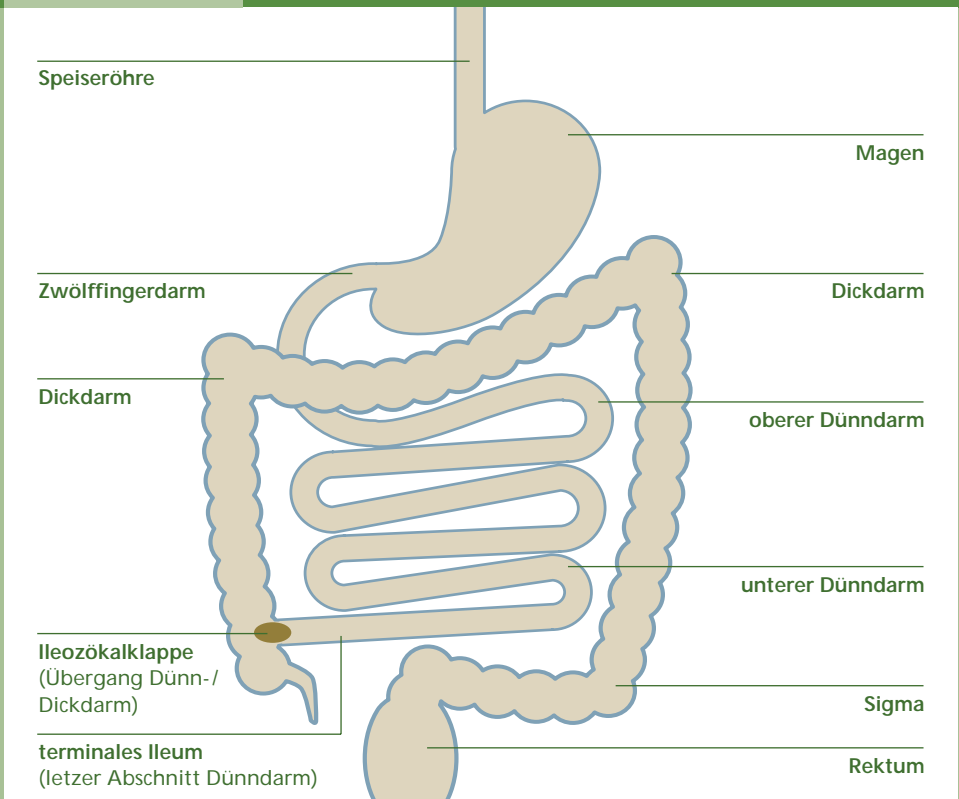
Zwölffingerdarm

Im Zwölffingerdarm (Duodenum) wird der Saft der Bauchspeicheldrüse (Pankreas), welcher wichtige Verdauungsfermente enthält, sowie Gallenflüssigkeit, die die Gallensäuren enthält, dem Speisebrei hinzugefügt.

Dünndarm

Nächste Station ist der Dünndarm. Fette, Proteinprodukte, Zucker, Vitamine (A, D, E, K) und Spurenelemente werden nun im oberen Dünndarm (Jejunum) vom Körper aufgenommen. Vitamin B12 und die Gallensäuren werden hingegen nur im unteren Dünndarm (Ileum) resorbiert.





Schematische Darstellung des Verdauungstrakts

Dickdarm (Kolon)

Seine Aufgabe besteht im Wesentlichen darin, Wasser und Mineralstoffe aufzunehmen und den Stuhl einzudicken.

Enddarm (Sigma und Rektum)

Hier wird der Stuhl geformt und in Richtung After transportiert.

After (Anus)

Die dort befindlichen Schließmuskeln halten den Stuhl bis zur endgültigen Darmentleerung zurück.

Alle diese Funktionen können durch die Morbus Crohn-Erkrankung gestört sein.

Was ist eigentlich Morbus Crohn?

Der Morbus Crohn (MC) ist eine chronisch entzündliche Darmerkrankung. Der gesamte Verdauungstrakt vom Mund bis zum After kann davon betroffen sein. In den meisten Fällen sind der untere Dünndarm (Ileum) und der Dickdarm (Kolon) betroffen.

Die Entzündung kann an den betroffenen Abschnitten alle Darmwandschichten erfassen. An diesen Stellen ist die Darmwand stark verdickt und mit Entzündungszellen besiedelt.

Wer ist betroffen?

Man schätzt, dass etwa 0,1% bis 0,15% der Bevölkerung davon betroffen sind. Das bedeutet, dass von 100.000 Menschen 100 bis 150 an Morbus Crohn leiden. Jedes Jahr kommen circa 6 bis 10 Neuerkrankungen pro 100.000 Menschen hinzu. Die Erkrankung betrifft oft jüngere Menschen im Alter zwischen 15 und 30 Jahren, wobei das Verhältnis zwischen Frauen und Männern ausgeglichen erscheint.

Was sind die Beschwerden?

Bedingt durch die chronische Entzündung sind die normalen Funktionen des Verdauungstraktes (siehe vorne) beeinträchtigt. Dadurch kann es zu einer Beeinträchtigung der Aufnahme von Wasser, Mineralstoffen und anderer wichtiger Bestandteile der Nahrung kommen.

Die Symptome werden bestimmt durch:

- ▶ den Ort des Auftretens im Verdauungstrakt
- ▶ das Ausmaß und die Schwere der Erkrankung
- ▶ das Vorhandensein von Begleiterkrankungen
- ▶ das Vorhandensein von Komplikationen, wie Verengungen (Stenosen), Fisteln und/oder Abszessen (Eiteransammlungen).

Zu Beginn der Erkrankung treten meist nur unspezifische Beschwerden wie Bauchschmerzen und Durchfälle auf. Auch eine Blinddarmentzündung, infektiöse Darmerkrankungen, ein Reizdarmsyndrom oder eine Colitis ulcerosa können so beginnen. Vor allem das weitere Bestehen der Beschwerden lässt aber an einen Morbus Crohn denken.



Typische Symptome

Chronische Durchfälle

Vor allem das Auftreten von dünnflüssigen und breiigen Stühlen, die mehrmals täglich ausgeschieden werden, sind typische Symptome bei Morbus Crohn. Aufgrund der entzündeten Darmschleimhaut kommt es zu einem Flüssigkeitsverlust und somit auch zu einem Verlust von Nährstoffen, Vitaminen, Spurenelementen und Mineralsalzen.

Bauchschmerzen

Bauchschmerzen treten beim Morbus Crohn hauptsächlich an der Stelle des entzündeten Darmabschnitts auf. Sie sind meist krampfartig und treten häufig nach Nahrungsaufnahme auf. Oft kommt es auch zu Schmerzen durch Überdehnung durch Luft oder flüssigen Stuhl oder durch Verengung des Darms.

Blähungen

Zu Blähungen kommt es vor allem durch viele gasbildende Bakterien im Darm. Durch die Luft wird die Darmwand gedehnt und Schmerzen sind die Folge.

Fieber

Von Fieber spricht man, wenn die Körpertemperatur höher als 38°C ist. Fieber ist meist ein Zeichen für ein entzündliches Geschehen im Körper.

Mangelercheinungen / Gewichtsverlust

Die Nahrungsaufnahme ist aus Angst vor Bauchschmerzen und Durchfällen oft unzureichend. Hinzu kommt, dass die normale Funktion des Verdauungstraktes durch die chronische Entzündung gestört ist. Dadurch kann die Aufnahme von Wasser, Mineralstoffen und anderer wichtiger Bestandteile der Nahrung beeinträchtigt sein. Es kommt häufig zu Gewichtsverlust und Mangelercheinungen.

Übelkeit / Erbrechen

Wenn es durch Engstellen oder Entzündungen zu einer Störung des normalen Nahrungsbreitranportes kommt, kann sich dies beim Morbus Crohn durch Erbrechen und Übelkeit äußern.

Welche Organe können noch betroffen sein?

Neben den bereits erwähnten Symptomen kann es auch zu Beschwerden und Entzündungen kommen, die sich außerhalb des Darmbereiches zeigen – sogenannte extra-intestinale Manifestationen.

Veränderungen der Haut:

z. B. Erythema nodosum = schmerzhafte, rote, bis 5cm große, unscharf begrenzte Knoten.



Gelenkbeschwerden:

z. B. Sacroiliitis = Entzündung der Gelenke zwischen Kreuz- und Darmbein. Es können aber auch Entzündungen der Gelenke an Armen und Beinen sowie der Wirbelsäule auftreten.



Entzündung der Augen

z. B. Episkleritis = Entzündung des Bindegewebes zwischen Lederhaut und Bindehaut. Hinweis sind Druck- oder Berührungsschmerz, Fremdkörpergefühl, Lichtempfindlichkeit und Verringerung der Sehkraft.

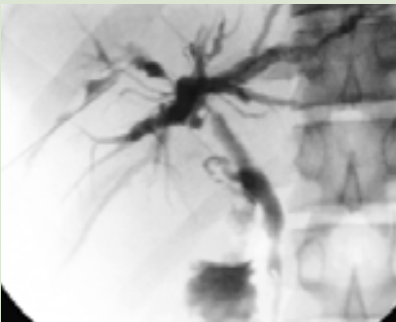


Welche Organe können noch betroffen sein?



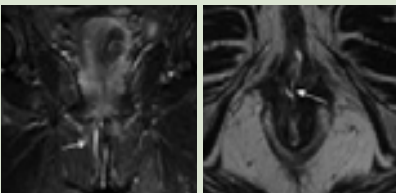
Entzündung im Mund

z. B. Aphthen = entzündliche Schleimhautveränderungen im Mund. Schmerzhaft, bis linsengroße, rundliche, gerötete Herde mit festhaftendem Belag (Pseudomembranen) u. zentralem Defekt (Erosion).



Entzündung der Gallenwege

z. B. Sklerosierende Cholangitis = Entzündung der Gallengänge mit Verschluss aufgrund krankhafter Bindegewebsvermehrung



Fisteln

= unnatürliche Verbindungsgänge, die von einem Hohlorgan oder einem – evtl. krankhaft bedingten – Hohlraum ausgehen und an der Körperoberfläche ausmünden oder im Körperinneren verlaufen und evtl. mehrere innere Organe verbinden können



Auch andere Organe wie z. B. die Speicheldrüse oder die Leber können in seltenen Fällen entzündlich betroffen sein.

Was ist die Ursache des Morbus Crohn?

Die Ursache des Morbus Crohn ist nach wie vor unbekannt. Man geht heute von einem multifaktoriellen (durch viele Faktoren verursachten) Geschehen aus. Was die anfängliche Fehlsteuerung des Immunsystems auslöst, die schließlich zu diesen Veränderungen führt, ist bis heute noch ein Rätsel. Eine familiäre Häufung weist auf eine genetische Komponente hin, möglicherweise spielen aber auch Infektionen mit Bakterien oder Viren eine Rolle. Neuere Erkenntnisse zeigen, dass oftmals die Schutzbarriere des Darms gestört ist und eine gesteigerte Immunantwort gegenüber der darmeigenen Mikroflora ist die Folge. Nicht ursächlich, aber als Auslöser können auch andere Faktoren wie Stress, Umweltfaktoren und insbesondere das Rauchen verantwortlich sein. Mögliche Umweltfaktoren können Nahrungsbestandteile und chemische Fremdstoffe

(z. B. Konservierungsstoffe) sein, die zu einer abnormen Immunreaktion des Darms führen können.

In jedem Fall scheint eine Fehlsteuerung des körpereigenen Abwehrsystems (des Immunsystems) den chronisch entzündlichen Prozess in Gang zu setzen. Die Zellen des eigenen Körpers werden in Folge der Abwehr mit angegriffen. Ziel des Angriffs des außer Kontrolle geratenen Immunsystems ist zunächst die Darmschleimhaut, aber auch andere Körpergewebe können betroffen sein. Dadurch werden im Darm und in den anderen betroffenen Körpergeweben Entzündungsreaktionen ausgelöst.





Das Immunsystem – was passiert?

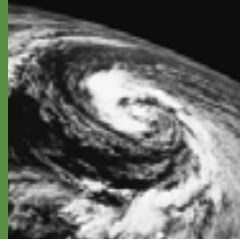
In den letzten Jahren ist es Wissenschaftlern gelungen, die Vorgänge der chronischen Entzündung im Darm näher aufzuklären. Erst mit diesem Wissen wurde es möglich, Medikamente zu entwickeln, die ganz gezielt Botenstoffe ausschalten, die für die Steuerung der Entzündung verantwortlich sind.

Das normale Darmgewebe enthält viele Zellen des Immunsystems als Schutz gegen körperfremde Substanzen. Gegen körpereigene Antigene besteht aber normalerweise eine Immuntoleranz, d. h. das Immunsystem reagiert nicht auf diese. Dieses Gleichgewicht ist bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wie dem Morbus Crohn erheblich gestört. In der Darmschleimhaut befinden sich viele Immunzellen, wie z. B. weiße Blutzellen (T-Lymphozyten, B-Lymphozyten) und Fresszellen (=Phagozyten, z. B. Monozyten und Makrophagen). Die Immunzellen benutzen Botenstoffe, so auch Zytokine, um miteinander Signale auszutauschen. Diese Botenstoffe binden sich an spezifische Proteine (Eiweiße) – sog. Rezeptoren – auf der Oberfläche von Zellen und bewirken dadurch verschiedene Zellreaktionen. Sie können entzündungsför-

dernde wie auch entzündungshemmende Wirkung haben.

Die chronische Entzündung im Darm ist ein komplizierter und komplexer Vorgang. An der Entzündung im Darm sind eine Vielzahl von Abwehr- und Entzündungszellen sowie Botenstoffen beteiligt. Ist die Darmoberfläche erst einmal angegriffen, können Bakterien, Viren und andere Schadstoffe in die Darmwand eindringen. Bei einem intakten Immunsystem wird die Entzündung eingedämmt und der Darm kann wieder heilen. Ein „gestörtes“ Immunsystem kann diese Aufgabe nicht mehr leisten – einmal in Gang gesetzt, laufen unterschiedliche Prozesse wie in einer Kaskade ab und erhalten sich selbst aufrecht.

Insbesondere die Botenstoffe Tumornekrosefaktor alpha ($\text{TNF}\alpha$), Interleukin 1 und Interleukin 6 intensivieren die Entzündungsreaktion bei Morbus Crohn. Bei Patienten mit Morbus Crohn konnte $\text{TNF}\alpha$ in großen Mengen in den entzündeten Darmabschnitten und im Stuhl nachgewiesen werden. Dies belegt, dass dieser Botenstoff in unmittelbarer Umgebung des Krankheitsgeschehens aktiv ist.



Das Immunsystem – was passiert?

Was passiert im Darm?

Bei Morbus Crohn kann der gesamte Verdauungstrakt vom Mund bis zum After unter Minderung der Funktion betroffen sein. Häufig findet sich die Entzündung gleichzeitig in zwei oder mehreren Teilen des Verdauungstraktes. Charakteristisch für den Morbus Crohn ist, dass sich gesunde Bereiche mit befallenen Regionen abwechseln. Typisch ist eine unspezifische Entzündung, die auf die gesamte Darmwand übergreift und im fortgeschrittenen Zustand zur Verdickung und Starrheit der Darmwand führt. Infolge dessen kann es zu Schrumpfungen, Verengungen und Verwachsungen der Darmschlingen mit Bildung von Geschwüren kommen. Ein Teil der Patienten entwickelt sog. Fisteln (unnatürliche Verbindungen zwischen Körperhöhlen, Organen oder der Haut).

Wie ist der Verlauf?

Typisch ist ein chronisch intermittierender, d.h. mit Unterbrechungen auftretender Verlauf, bei dem es nach Auftreten eines akuten Schubes auch wieder zum Abklingen der Symptome kommen kann. Die Dauer der weitgehend beschwerdefreien Intervalle und der Zeitpunkt eines erneuten Schubs sind jedoch nicht vorhersehbar. Eine komplette Ausheilung tritt aber nur

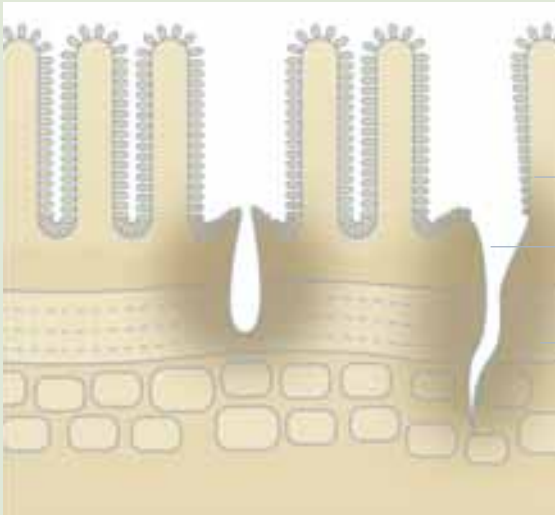
in seltenen Fällen ein. In einem Großteil der Fälle verläuft die Erkrankung chronisch aktiv. Oft werden aufgrund von Komplikationen Operationen mit Resektion der betroffenen Darmabschnitte erforderlich.

Der Krankheitsverlauf wird von der Länge und Lokalisation des befallenen Darmabschnitts sowie dem Auftreten von Komplikationen wie z. B. Darmverschluss, starken Blutungen und Fistelbildungen bestimmt. Ca. 70% der Betroffenen müssen irgendwann am Darm operiert werden. Dabei tritt in vielen Fällen die Erkrankung an den operierten Stellen wieder auf.

Welche Komplikationen gibt es?

Bedingt durch die chronische Entzündung der Darmwandschichten entwickeln sich bei etwa einem Drittel Patienten sog. Fisteln (siehe oben), die entweder in benachbarte Organe münden oder durch die Bauchwand nach außen zur Haut durchbrechen. Mit Fortschreiten der Krankheit kann es zur Ausbildung von Stenosen (Verengungen), Fibrosen (Bindegewebsvermehrung), Vernarbungen und Abszessbildungen (Ansammlung von Eiter) kommen. Störungen der Eiweiß-, Fett-, Vitamin- und Elektrolytaufnahme können zu massivem Gewichtsverlust und bei jugendlichen Patienten zu Wachstumsstörungen führen.

Entzündlich veränderte Darmschleimhaut mit tiefen Fissuren.

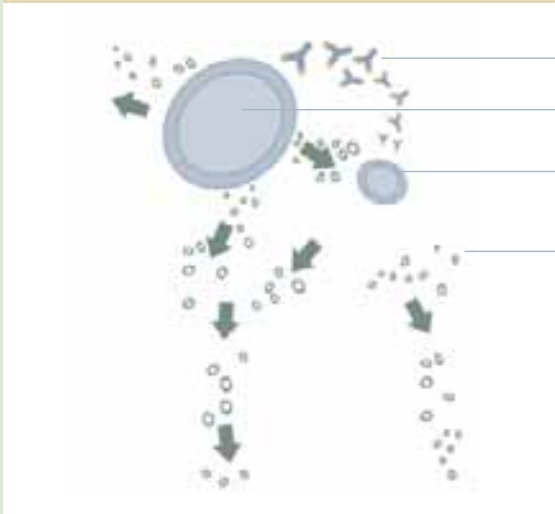


Darmfalte

Fissur

Darmschleimhaut

Prozesse auf Zellebene



Antikörper

Makrophage

Lymphozyt

Botenstoffe

Die Untersuchungsmethoden bei Morbus Crohn

Wie wird ein Morbus Crohn festgestellt?

Die Diagnose wird im Wesentlichen aufgrund der Beschwerden (=klinischen Symptomatik) und durch auffällige Laborparameter, sowie durch den typischen Krankheitsverlauf gestellt. Während das Erscheinungsbild in fortgeschrittenen Fällen unverkennbar ist, ist die Diagnose, bei wechselnden Symptomen zu Krankheitsbeginn, oft schwierig zu stellen.

Die körperliche Untersuchung durch den Arzt

Die körperliche Untersuchung durch den Arzt ist ein wichtiges Instrument zur Diagnosefindung. Veränderungen im Bauchraum (z. B. durch entzündlich verbundene Darmschlingen), die Darmtätigkeit sowie Fisteln können so festgestellt werden. Wichtige Informationen erhält Ihr Arzt auch durch den sog. Aktivitätsindex (CDAI = Crohn's Disease Activity Index). Er dient zur Ermittlung des Morbus Crohn Schweregrades. Mittels verschiedener Morbus Crohn-Symptome (=Beschwerden) aus den letzten 7 Tagen wird der CDAI berechnet (siehe Seite 26).

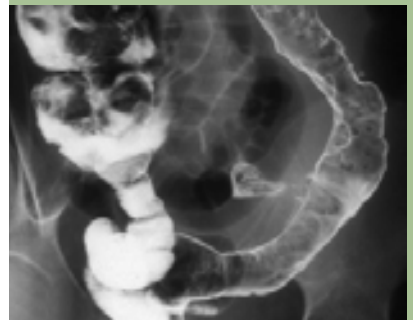
Laboruntersuchungen

Blutuntersuchung:

Je nach Krankheitsaktivität sind Laborwerte erhöht, die allerdings als typische „Entzündungsmarker“ auch bei anderen Entzündungen erhöht sind, wie Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG), C-reaktives Protein (CRP), Fibrinogen und Leukozyten (weiße Blutkörperchen).



Kernspinaufnahme



Röntgenuntersuchung
mit Kontrastmittel



Darmspiegelung



krankte Darmschleimhaut
„Pflastersteinrelief“



gesunde Darmschleimhaut

Untersuchungsmethoden

Stuhluntersuchung:

Anhand einer Stuhlprobe kann man Erreger im Stuhl nachweisen und z. B. eine infektiöse Ursache der Symptome nachweisen. Es gibt jedoch keine typischen Stuhlveränderungen, die beweisend für einen Morbus Crohn wären.

Ultraschall

Mittels Ultraschall können manchmal Darmwandverdickungen, Verengungen, Abszesse und Fisteln sowie Komplikationen an anderen Organen festgestellt werden.

Röntgen

Anhand der herkömmlichen Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel ließen sich typische Veränderungen einer länger bestehenden Erkrankung wie Geschwüre, Verengungen, Darmwandverdickungen und Fisteln sowie das „Pflastersteinrelief“ (entsteht durch den Wechsel von gesunden und erkrankten Bereichen) der befallenen Darmabschnitte erkennen, welche mit dem Endoskop nur zum Teil erreicht werden konnten. Neuere Untersuchungstechni-

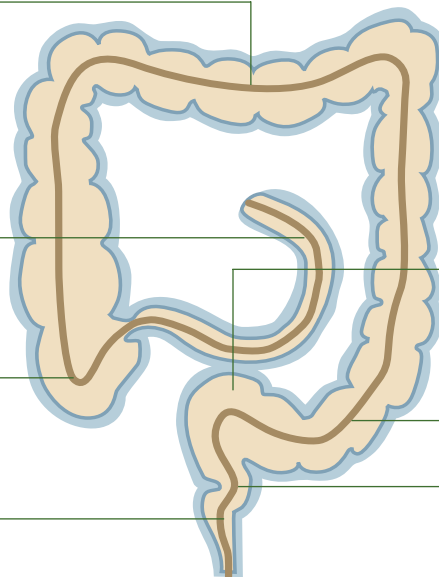
Darmspiegelung

Koloskop
(partielle Koloskopie)

Ileokoloskopie

Koloskop
(totale Koloskopie)

Finger



Rektoskop

Sigmoidoskop

Proktoskop



ken mittels Kernspin- und Computertomographie (MRT und CT) haben jedoch die alten Röntgenmethoden bei vielen Fragestellungen abgelöst und ermöglichen auch die Diagnose früher und geringer Veränderungen an Dün- und Dickdarm.

Darm- / Magenspiegelung

Mithilfe der sog. endoskopischen Untersuchung – Einbringen eines flexiblen Rohres (Endoskop) durch den Mund in die Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm = Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (Magenspiegelung) oder durch den After in den Dickdarm und Teile des Dünndarms = Ileokoloskopie (Darmspiegelung) – kann man eine Beteiligung der entsprechenden Abschnitte des Verdauungstrakts nachweisen. Schleimhautverletzungen, Geschwüre, Gewebsschwellungen und -rötungen lassen sich hiermit gut erkennen. Bei einer Magen- oder Darmspiegelung werden meist Gewebeproben (Biopsien) entnommen. Diese werden mit dem Mikroskop auf Veränderungen untersucht.

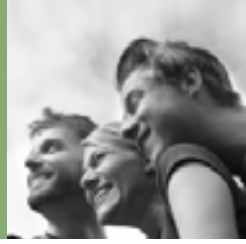
Wie wird der Morbus Crohn behandelt?

Die Ursachen der Erkrankung sind bis heute nicht bekannt – eine Heilung ist daher bislang leider nicht möglich. Die derzeitige Therapie des Morbus Crohn hat vor allem folgende Zielsetzung:

- ▶ die Schmerzen und Beschwerden schnell und anhaltend zu stoppen,
- ▶ die zugrunde liegende Entzündung zu stoppen,
- ▶ das Risiko eines erneuten Krankheitsschubs zu reduzieren,
- ▶ die Lebensqualität auf das Niveau eines Gesunden zu erhöhen.

Zusätzliche Laboruntersuchungen werden zur Überprüfung des Therapieerfolges vor und während der Behandlung durchgeführt.

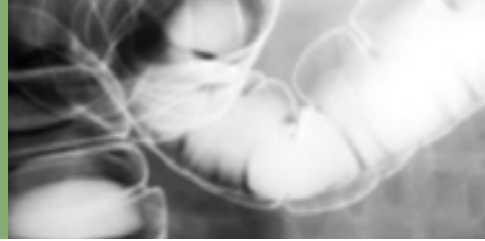




Welche Medikamente gibt es?

Aminosalicylate	Leichte Entzündungshemmung, z. B. Mesalazin, Sulfasalazin
Kortisonpräparate	Starke Entzündungshemmung, insbesondere während der aktiven Phasen der Erkrankung
Immunsuppressiva	Unterdrückung des Immunsystems, z. B. Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Methotrexat
Antikörper	Gezielte Blockade spezieller Botenstoffe der Entzündung, z. B. Infliximab
Antibiotika	Bekämpfung von Infektionserregern, z. B. Metronidazol, Ciprofloxacin
Antidiarrhoika	Durchfallunterdrückende Medikamente, z. B. Loperamid
Operation	Entfernung eines Darmabschnitts Aufdehnung eines verengten Darmabschnitts Behandlung von Fisteln Anlage eines künstlichen Darmausgangs





Die Beschwerden, die Aktivität, die Lokalisation der Entzündung und der Verlauf sind bei den Betroffenen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Sobald diese Daten mit Hilfe der entsprechenden Untersuchungen vorliegen, wird das Behandlungskonzept auf jeden Patienten individuell maßgeschneidert.

5-ASA-Präparate

5-ASA-Präparate (5-Aminosalicylsäure), z. B. Mesalazin, dienen der Entzündungshemmung vor Ort im Darm und werden demnach bei Schüben mit geringer bis mäßiger Aktivität verwendet. 5-ASA-Präparate gibt es in Form von Tabletten, Zäpfchen (Suppositorien) oder als Einläufe (Klysmen), die je nach Lokalisation der Entzündung angewendet werden.

Der Wirkungseintritt kann innerhalb von 2 bis 4 Wochen erwartet werden. Bleibt der Erfolg aus, sollte rechtzeitig ein Therapiewechsel durchgeführt werden.

Patienten mit schweren Schüben sollten nicht mit 5-ASA-Präparaten behandelt werden, andere Medikamente führen dort zu besseren Resultaten.

Glukokortikoide

Glukokortikoid-Präparate werden auch als Steroid- oder Cortison-Präparate bezeichnet; häufig fallen auch die Wirkstoffnamen wie Prednisolon, Prednison oder Budesonid. Aufgrund ihrer vielfältigen Wirkungen auf die Abwehr- und Entzündungsreaktion vermitteln sie eine starke Entzündungshemmung und stellen ei-

nen wesentlichen Bestandteil für die Therapie des Morbus Crohn in akuten Situationen (Schub) dar. Eine Besserung tritt schnell, meist innerhalb von Tagen oder Wochen ein. Steroide werden bei Schüben mit geringer bis schwerer Aktivität eingesetzt. Während die meisten Steroide systemisch, also im ganzen Körper, ihre Entzündungshemmung entfalten, wirkt das Budesonid lokal vor Ort. Budesonid kann bei gering bis mäßiger Entzündungsaktivität des terminalen Ileums (unteres Ende des Dünndarms) und des rechtsseitigen Dickdarms angewendet werden. Im Vergleich zu den „traditionellen“ Steroiden ist die Wirkung etwas schwächer, die unerwünschten Nebenwirkungen können durch die lokale Wirkung und den raschen Abbau von Budesonid in der Leber aber reduziert werden.

Wichtig bei der Therapie mit Steroiden ist, dass man die Therapie nicht von heute auf morgen absetzen darf. Zum einen soll die erzielte Remission durch ein schnelles Absetzen der Medikation nicht gefährdet werden. Zum anderen kann die körpereigene Produktion des lebensnotwendigen Hormons (Cortisol) durch die Einnahme von „zusätzlichen“ Steroiden möglicherweise heruntergefahren werden. Tritt nun eine Stresssituation auf, können größere Mengen an Steroiden kurzfristig benötigt werden. Diese Lieferung steht nicht zur Verfügung bei sofortigen Absetzen von Steroiden, da die körpereigene Produktionsanlage erst wieder „hochfahren“ muss. Steroide werden deswegen in ihrer



Dosis zunächst verringert bevor sie ganz abgesetzt werden können – man nennt diesen Prozess auch Ausschleichen.

Die möglichen Nebenwirkungen variieren von Patient zu Patient und sind abhängig von der Dosis und der Behandlungsdauer. Insbesondere bei längerer hochdosierter Einnahme kann es zu Bluthochdruck, gesteigertem Appetit mit entsprechender Gewichtszunahme, Vollmondgesicht, „Stiernacken“ und zu einer verminderten Knochendichte kommen. Starker Durst und häufiges Wasserlassen können auf eine Störung des Zuckerstoffwechsels deuten. Die wirksame Unterdrückung des Immunsystems kann die Infektanfälligkeit erhöhen.

Demnach sollten Steroide nach Möglichkeit nur in der Schubsituation und so kurz wie möglich eingesetzt werden, eine dauerhafte Anwendung ist in der Regel nicht geboten.

Bei circa 20 – 30% der Patienten ist die Wirksamkeit trotz ausreichender Dosierung nicht zufrieden stellend oder das Ausschleichen der Steroide nicht ohne erneute Entzündungsaktivität möglich. In dieser Situation finden andere Therapiemöglichkeiten ihre Anwendung.

Immunsuppressiva

Immunsuppressiva wie Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Methotrexat unterdrücken effektiv das körpereigene Abwehrsystem, das bei der Erkrankung Morbus Crohn fehlgeleitet ist und eigenes Gewebe angreift. Sie kommen zum Einsatz wenn die bisher

beschriebenen Medikamente nicht ausreichend wirken oder nicht abgesetzt werden können. Kann die erfolgreich herbeigeführte Remission nicht aufrechterhalten werden und kommt es in kurzen Zeitabständen zu erneuten Schüben, so sollten Immunsuppressiva ebenfalls zum Einsatz kommen. Des Weiteren können Immunsuppressiva zur Therapie von Fisteln angewendet werden, wenn eine Behandlung mit Antibiotika nicht ausreichend wirksam ist (siehe auch Antibiotika).

Wie bei jeder wirksamen Therapie kann es auch unter Immunsuppressiva zu Nebenwirkungen kommen. Zu den seltenen unerwünschten Wirkungen zählen allergische Reaktionen, Entzündung der Bauchspeicheldrüse, Veränderungen der Leber und des Blutbildes. Diese Veränderungen können sich zum Beispiel durch Übelkeit, Erbrechen oder Unterleibschmerzen äußern und/oder bei den regelmäßigen Kontroll- und Laboruntersuchungen zum Vorschein treten. Auch unter Immunsuppressiva kann es zu einer erhöhten Infektanfälligkeit kommen.

Die meisten Patienten profitieren von der immunsuppressiven Therapie außerordentlich, jedoch ist es für die Erwartungshaltung wichtig zu wissen, dass die Wirkung und der Erfolg der Therapie erst verzögert eintreten, d.h. nach mehreren Wochen bis Monaten. Unter einer erfolgreichen immunsuppressiven Therapie können Steroide reduziert bzw. ganz abgesetzt werden. Immunsuppressiva werden in der Regel über einen langen Zeitraum

angewendet, um langfristig ein Wiederaufflammen der Entzündung verhindern und die Erkrankung kontrollieren zu können. Immunsuppressiva gehören zum Standardrepertoire und stellen einen unverzichtbaren Bestandteil für die Therapie des Morbus Crohn dar.

Biologika

Die tieferen Einblicke in die Vorgänge verschiedener Erkrankungen ermöglichen die Entwicklung der Biologika. Da diese Medikamente körpereigenen, natürlichen Stoffen nachempfunden werden, bezeichnet man sie als Biologika oder biologische Substanzen. Infliximab gehört zu dieser Gruppe. Es ist ein Antikörper, der spezifisch einen der entzündungsfördernden Botenstoffe, den Tumornekrosefaktor alpha ($TNF\alpha$), ausschaltet. Infliximab kann den entzündlichen Prozess und die daraus resultierende Zerstörung der Darmschleimhaut reduzieren. Infliximab wird angewendet, wenn die Therapie mit einem Steroid und einem Immunsuppressivum nicht ausreichend wirkt. Des Weiteren wird es zur Therapie von Fisteln angewendet, wenn Antibiotika, Drainage (Sekretabfluss durch Einlage eines Fadens, Dochtwirkung) und eine immunsuppressive Therapie nicht angesprochen haben.

Der Wirkungseintritt kann zumeist innerhalb von Tagen erwartet werden. Die Anwendung erfolgt als Infusion über eine Armvene. Mit einer regelmäßigen Behandlung – in der Regel alle 8 Wochen –

kann der erzielte Therapieerfolg aufrecht erhalten werden. Studien konnten belegen, dass die Darmschleimhaut durch Infliximab abheilen und die Notwendigkeit für Operationen und Krankenhausaufenthalte dadurch reduziert werden kann.

Auch unter der Therapie mit Infliximab kann es zu unerwünschten Wirkungen kommen. Dazu zählen allergische Reaktionen und Infusionsreaktionen, die im Allgemeinen von milder Natur und gut behandelbar sind. Selten kommt es zu Nebenwirkungen auf das Nervensystem oder zur Verschlechterung einer Herzschwäche. Da die Immunabwehr effektiv unterdrückt wird, kann es auch hier zu einer erhöhten Infektanfälligkeit kommen. Vor Anwendung von Infliximab oder anderen Therapien gegen TNF sollten die Patienten auf eine Tuberkulose hin untersucht werden.

Auch bei einer Therapie mit Infliximab benötigt Ihr behandelnder Arzt Ihre Mithilfe, so dass unerwünschte Wirkungen rasch erkannt und beseitigt werden können.

Antibiotika

Antibiotika dienen der Bekämpfung von Infektionserregern und werden bei der Behandlung von Fisteln angewendet. Produkte mit den Inhaltsstoffen Metronidazol und Ciprofloxacin kommen hier zum Einsatz und führen zu einer Verbesserung der Symptomatik. Die Kehrseite der Medaille ist allerdings, dass nach Absetzen der Medikamente bei einem Großteil der



Welche Medikamente gibt es?

Patienten die Symptomatik erneut auftritt. Eine Dauerbehandlung ist aufgrund der Nebenwirkungen nicht empfohlen. Zu den unerwünschten Reaktionen zählen Übelkeit, Kopfschmerzen, metallischer Geschmack und Nervenreizung, die zu Taubheitsgefühl oder Kribbeln führt. Da beide Stoffe auf unterschiedliche Bakterienarten wirken, werden sie häufig gemeinsam eingesetzt, ohne dass die Überlegenheit dieser Kombinationstherapie klinisch gesichert ist.

Die Operation

Beim Versagen der medikamentösen Behandlung oder bei schweren Komplikationen wie Darmverengung, Darmverschluss, Abszessen oder Fisteln kann eine Operation zu einer Beseitigung der Beschwerden führen. Leider wird durch eine Operation die Erkrankung nicht geheilt. Auch die richtige Planung des Operationszeitpunktes muss berücksichtigt werden. Aus diesem Grund ist eine intensive Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Internisten und Chirurgen besonders wichtig.

Alternative Therapien

Alternative Therapien können zusätzlich angewendet werden. Sie ersetzen jedoch nicht die bewährten Behandlungsmaßnahmen. Alternative Therapien können sein:

- Akupunktur
- Naturheilverfahren
- Psychotherapie

Sie können die Therapie erheblich unterstützen und auch zu einem besseren Umgang mit der Erkrankung führen.

Gesamtkonzept

Der behandelnde Arzt sollte zusammen mit dem Patienten ein langfristiges Gesamtkonzept der Betreuung erarbeiten. Dafür müssen zunächst Ausmaß und Ort des Befalls diagnostiziert werden.

Dann müssen die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten, inklusive chirurgischer Optionen besprochen werden. Diese Strategie sollte schriftlich festgelegt sein, damit der Hausarzt, der Chirurg, der Frauenarzt und andere Ärzte, die den Patienten mitbetreuen, Bescheid wissen, auch im Notfall. Die regelmäßige Krebsvorsorge muss geplant, eine Osteoporose verhindert oder therapiert werden. Es muss für einen ausgeglichenen Vitamin- und Spurenelementhaushalt gesorgt werden. Kern der Therapie ist meist die Immunsuppression, deren Ziel es ist, eine Remission d.h. eine Beschwerdefreiheit zu erreichen.



Was bedeuten die medizinischen Begriffe?

Adhäsionsmoleküle

Strukturen an der Oberfläche vieler Zellen (z. B. Leukozyten), die z. B. durch Zytokine vermittelte Signale zur Zellwanderung aus den Gefäßen in das Gewebe weiterleiten und damit z. B. die Reaktionskette zur Entzündung weiterführen.

Crohn's Disease Activity Index (CDAI)

Der Morbus Crohn Aktivitätsindex kann zur Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung eingesetzt werden. Er umfasst folgende Kriterien:

- ▶ Anzahl der flüssigen Stühle in den letzten 7 Tagen
- ▶ Bauchschmerzen in den letzten 7 Tagen
- ▶ allgemeines Wohlbefinden
- ▶ Vorhandensein extraintestinaler Manifestationen
- ▶ Einnahme von Medikamenten gegen Durchfall
- ▶ Vorhandensein eines tastbaren Widerstands im Bauchbereich
- ▶ Hämatokrit (Volumenanteil der roten Blutkörperchen)
- ▶ Körpergewicht

Anhand dieser Parameter wird ein Punktwert als Maß für die Krankheitsaktivität berechnet. Ein CDAI-Wert von ≤ 150 Punkten entspricht einer Remission. Werte von > 300 Punkten kennzeichnen eine mittlere bis schwere Krankheitsaktivität.

C-reaktives Protein (CRP)

Protein, dessen Serumkonzentration bei bakteriellen sowie nicht-infektiösen entzündlichen Prozessen innerhalb von Stunden bis zum 1000-fachen ansteigen kann.

Fresszelle siehe Phagozyt

Leukozyten

Leukozyten, auch weiße Blutkörperchen genannt, sind gewissermaßen die Blutpolizei. Sie machen Krankheitserreger unschädlich und schützen so den Körper vor Infektionen.

Lymphozyten

Sie gehören zu den Leukozyten (=weißen Blutkörperchen). Die Hauptaufgabe der Lymphozyten ist die Erkennung von Fremdstoffen, wie z.B. Bakterien und Vi-



ren, und deren Entfernung. Man unterscheidet T- und B-Lymphozyten, die unterschiedliche Funktionen haben.

Makrophagen

Zellen des Immunsystems, die Partikel (Bakterien, Viren, Zellfragmente, Fremdkörper, Antigen-Antikörper-Komplexe etc.) in sich aufnehmen (Phagozytose) und zerstören.

Monozyten

Monozyten gehören zu den Leukozyten (weiße Blutkörperchen) und sind, wie Makrophagen, Zellen des Immunsystems und erfüllen die gleichen Aufgaben.

Phagozyt

Sogenannte Fresszelle: Makrophagen und Monozyten, die zur Phagozytose befähigt sind.

Phagozytose

Die aktive Aufnahme von Partikeln in das Innere einer Zelle zur Eliminierung von Fremdelementen.

T-Zelle / T-Lymphozyt

Lymphozyten, die für die zellvermittelte Immunantwort verantwortlich ist. Zu den

T-Lymphozyten gehören u. a. die T-Helferzellen, die eine wichtige Rolle beim Auslösen der Immunreaktion spielen.

Tumornekrosefaktor alpha (TNF α)

Von Immunzellen gebildeter Botenstoff. TNF α beeinflusst Entzündungen, Immunabwehr, Blutbildung und Tumoren, indem er unter anderem die Produktion und Freisetzung von anderen entzündungsfördernden Faktoren stimuliert und die Durchlässigkeit der Gefäße im entzündlich veränderten Gewebe erhöht.

Zytokine

Von verschiedenen Zelltypen gebildete Botenstoffe mit lokaler und systemischer (= im ganzen Körper) Signalwirkung.



Wo bekomme ich Rat und Hilfe?



ÖMCCV

ÖSTERREICHISCHE MORBUS CROHNI-COLITIS ULTRISA VEREINIGUNG

A-1020 Wien, Obere Augartenstraße 26-28
im 1. Wiener Selbsthilfzentrum

INFORMATION:

jeden DIENSTAG von 9 bis 12 und 17 bis 19 Uhr
Telefon + Fax: 01/333 06 33

Im Nachrichtenblatt der ÖMCCV, dem „Crohnic“, ist eine Liste von Ambulanzen enthalten, die Patienten mit Morbus Crohn behandeln.

e-mail: office@oemccv.at
www.oemccv.at

Zweigstellen:

- Burgenland:** Christine Landauer, Mitterwald 12, 7344 Stooß-Süd
Tel.: 02612/426 26, mobil: 0664/558 26 72
- Kärnten:** Erwin Wissik, Edisonstr. 32, 9020 Klagenfurt
Tel.: 0463/418 706, e-mail: erwin.wissik@i-center.at
- Oberösterreich:** Walter Bruckner, Römerstr. 136, 4600 Wels, Tel.: 07242/741 78,
mobil: 0660/811 05 05, e-mail: bruckner.walter@utanet.at
- Salzburg:** Ing. Franz Schiener, Poneggerstr. 28, 4311 Schwertberg
Tel.: 0676/595 33 56, e-mail: franz.schiener@aon.at
- Steiermark:** Evelyn Schauer, Heinrichstr. 16, 8010 Graz
Tel.: 0316/337 310, e-mail: oemccv-stmk@aon.at
- Tirol:** Manuela Corinna Steinkellner, Schützenstr. 52, 6020 Innsbruck
Tel.: 0650/728 38 55, e-mail: manuela.steinkellner@oemccv.at
- Vorarlberg:** Bärbel-Susanne Ruepp, Rauhholzstr. 27 b, 6971 Hard
Tel/Fax: 05574/635 93
- Wien, NÖ:** Barbara Reiterer, Obere Augartenstraße 26-28, 1020 Wien
Tel.: 01/333 06 33, e-mail: barbara.reiterer@oemccv.at

www.ibdis.net

IBDIS (Inflammatory Bowel Disease Information System)

Die Datenbank IBDIS informiert über chronische entzündliche Darmerkrankungen, neueste Entwicklungen in der Therapie und klinische Studien bei Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und Indeterminate Colitis.

Auf dieser Internetseite sind unter „Contacts“ einige Ambulanzen zu finden, die Patienten mit Morbus Crohn behandeln.

Das IBDIS Projekt wurde unter der Leitung von Univ. Prof. Dr. Walter Reinisch, AKH Wien, entwickelt

www.netdokter.at

Das unabhängige Gesundheitsweb für Österreich

www.forum-ced.com

Interdisziplinäres Forum
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

www.oeggh.at

Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie

Impressum

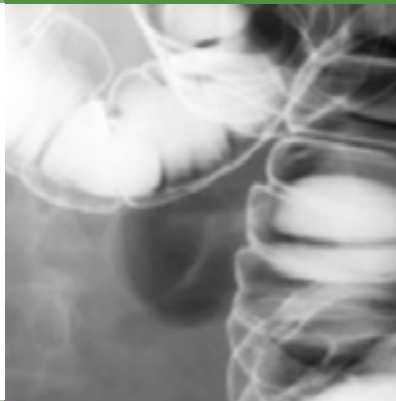
Herausgeber: AESCA Pharma GmbH, Traiskirchen

Gestaltung: add coop München / Uwe Hellig Mediendesign
medien technik hofstetter / Traiskirchen

Wissenschaftliche Beratung: Dr. med. Thomas Ochsenkühn, München
Univ. Prof. Dr. med. Walter Reinisch, Wien
Univ. Prof. Dr. med. Herbert Tilg, Hall in Tirol

Stand: April 2005

Morbus Crohn
Informationen für Patienten



AESCA Pharma GmbH

AESCA Pharma GmbH, Badener Straße 23, A-2514 Traiskirchen