

Chronisch- entzündliche Darmerkrankungen (CED)

Autor:



heilpraktikerkurse.de
EIN ANGEBOT VON EXAMIO UND HAUG

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED)

Benannt sind Symptome, Pathophysiologie und Diagnostik der Colitis ulcerosa und des Morbus Crohn sowie die schulmedizinische und naturheilkundliche Therapie.



HINWEIS

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED)

Beim **Morbus Crohn** (auch *Ileitis terminalis* genannt) handelt es sich um eine Entzündung der Darmwand, die in jedem Abschnitt des Verdauungstrakts auftreten kann; am häufigsten sind Dünndarm (terminales Ileum) und Kolon betroffen. Zwischen den entzündeten Darmabschnitten liegen gesunde Abschnitte. Die Entzündung umfasst alle Schichten der Darmwand (transmural) – daher entwickeln die Patienten häufig Fisteln (Verbindungen zu anderen Organen) und Stenosen (Verengungen).

Die **Colitis ulcerosa** ist eine Darmwandentzündung, die Kolon und Rektum befällt und sich kontinuierlich von distal (Rektum) nach proximal (Kolon) ausbreitet. Im Gegensatz zum Morbus Crohn tritt die Entzündung nur im Bereich der Schleimhaut auf – tiefere Wandschichten sind nicht betroffen. Die Patienten zeigen typischerweise Ulzerationen (tiefe Schleimhautdefekte).



MERKE

Leitsymptome des Morbus Crohn

- regelmäßig auftretende, oft schleimige Durchfälle, meist ohne Blut
- oft im rechten Unterbauch wiederkehrende Bauchschmerzen, ähnlich wie bei einer Blinddarmentzündung
- manchmal Gewichtsverlust und leichtes Fieber



MERKE

Leitsymptome der Colitis ulcerosa

- blutige, schleimige Durchfälle
- oft krampfartige Bauchschmerzen vor der Stuhlentleerung
- Gewichtsverlust
- Fieber



MERKE

Wann zum Arzt?

- Am nächsten Tag, wenn der Durchfall mehr als 3 Tage lang anhält, ohne sich zu bessern.
- Am gleichen Tag, wenn die Durchfälle blutig sind, starke Bauchschmerzen bestehen oder grundlos Fieber auftritt.

Pathophysiologie

Die genaue Ursache der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen ist nicht bekannt. Vermutlich spielen mehrere Faktoren eine Rolle; hierzu zählen:

- **genetische Faktoren** (familiäre Häufung)
- **immunologische Faktoren:** Es wird angenommen, dass eine gesteigerte Reaktion des Immunsystems gegen die bakterielle Darmflora vorliegt (d. h. gegen die Bakterien, die sich physiologischerweise im Darm befinden)
- virale und bakterielle **Infektionen**
- **Raucher** erkranken häufiger an Morbus Crohn
- nicht steroidale Antirheumatika (**NSAR**) und **Stress** können Krankheitsschübe auslösen

Symptome und Komplikationen

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen verlaufen meistens **chronisch-rezidivierend**; d. h., akute Schübe wechseln sich mit symptomlosen Zeiten (Remissionen) ab.



VORSICHT

*In seltenen Fällen können CED auch **akut-fulminant** verlaufen; die Letalität (Sterblichkeit) ist dann hoch (30 %).*

Morbus Crohn

Während eines akuten Schubes bestehen meist **Schmerzen** im **rechten Unterbauch** – bis hin zum **akuten Abdomen** –, Blähungen und erhöhte Temperatur. Die Durchfälle haben im Gegensatz zur Colitis ulcerosa meist **keine** Blutbeimengungen und treten mit geringerer Frequenz (ca. 3 – 6/Tag) auf. Etwa 30 % aller Patienten entwickeln eine Laktoseintoleranz. Häufig entstehen Verbindungen (**Fisteln**) zwischen dem Darm und umliegenden Organen:

- **Haut** im Bereich des Afters (perianale Fisteln) mit Kotaustritt
- **Harnblase** (enterovesikale Fisteln) mit Harnwegsinfektionen und Kotabgang über den Urin
- **Vagina** (enterovaginale Fisteln) mit vaginalen Infektionen und Kotabgang über die Scheide

Fisteln sind häufig Ausgangspunkt für **Abszesse** im Bereich der Bauchhöhle, die mit hohem Fieber, Schüttelfrost und Bauchschmerzen einhergehen. Die entzündeten Darmschlingen können verwachsen; so können sog. Konglomerattumoren entstehen.

Durch den chronischen Entzündungsprozess können Einengungen (Stenosen) des Darmlumens

entstehen, die ggf. vernarben. Bei hochgradigen Einengungen (Strikturen) kann es zu einem Darmverschluss (Ileus) kommen.

Infolge der Schädigung der Darmschleimhaut ist die Resorptionsleistung des betroffenen Darmabschnitts vermindert. Die Patienten können ein Malassimilationssyndrom entwickeln. In sehr seltenen Fällen kann bei Patienten mit ausgeprägtem Kolonbefall und langjähriger Erkrankung ein kolorektales Karzinom entstehen.

Colitis ulcerosa

Leitsymptom des akuten Schubes sind schleimig-blutige Durchfälle, die bis zu 30-mal pro Tag auftreten können. Sie werden häufig von krampfartigen Bauchschmerzen, Fieber, Gewichtsverlust, Übelkeit und Appetitlosigkeit begleitet.

Eine gefürchtete Komplikation der Colitis ulcerosa ist das toxische **Megakolon** – eine maximale Erweiterung des entzündeten Dickdarms. Die Patienten leiden an Erbrechen, hohem Fieber, einem gespannten und aufgetriebenen Abdomen und Schocksymptomen. Es droht die Darmperforation mit Entwicklung einer Peritonitis; die Letalität beträgt 30 %.

Symptome und Komplikationen bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

Symptome	Morbus Crohn	Colitis ulcerosa
Durchfallfrequenz	3 – 6-mal täglich	bis zu 30-mal täglich
Stuhlbeimengungen	selten blutig	häufig blutig
Bauchschmerzen	kolikartig, v. a. im rechten Unterbauch	kolikartig, v. a. im linken Unterbauch insbesondere vor und während des Stuhlgangs
extraintestinale Symptome	häufig	selten
Komplikationen	<ul style="list-style-type: none"> • v. a. Fisteln, Abszesse • Stenosierungen • Malabsorptionssyndrom 	<ul style="list-style-type: none"> • toxisches Megakolon • Ulzera mit Darmblutungen • kolorektales Karzinom

Wie auch beim Morbus Crohn kann der chronische Entzündungsprozess zu **Stenosen** des Darms bis hin zum Ileus führen. Die Schädigung der Darmschleimhaut führt häufig zu blutenden Geschwüren (Ulzera) mit einer unteren Gastrointestinalblutung. Die wichtigste Spätkomplikation ist die Entwicklung eines **kolorektalen Karzinoms**.



MERKE

Rektumkarzinom

Bei Morbus Crohn ist das Darmkrebsrisiko selten erhöht, bei Colitis ulcerosa hingegen häufig. Es wird mit einer Entartung nach 10 Jahren chronisch aktiver Colitis ulcerosa gerechnet.

Die Fehlregulation des Immunsystems kann extraintestinale Symptome (d. h. außerhalb des Verdauungstrakts) hervorrufen.



MERKE

Extraintestinale Symptome

*Bei Patienten mit **Morbus Crohn** treten häufiger extraintestinale Symptome auf als bei Patienten mit **Colitis ulcerosa**.*

Die **entzündlichen** Veränderungen können verschiedene Organe betreffen, z. B.:

- **Haut:** Schädigungen der Mundschleimhaut (Aphthen); schmerzhafte gerötete Knoten unter der Haut, v. a. im Bereich der Unterschenkel (Erythema nodosum); großflächige, schmerzhafte Hautulcerationen (sog. Pyoderma gangraenosum) etc.
- **Gelenke:** a. Arthritiden der großen Gelenke
- **Augen**
- **Leber und Gallenwege**
- **Herz und Lunge**

Diagnostik

Erstdiagnose

Wichtige Hinweise liefern die Anamnese (u. a. Frage nach betroffenen Familienangehörigen) und die körperliche Untersuchung. In der **Blutuntersuchung** können die Entzündungsparameter (Leukozyten, CRP, BSG) erhöht sein. In der **Abdomensonografie** kann u. a. eine Verdickung der Darmwand zu erkennen sein.

Bestätigt wird die Diagnose mittels **Endoskopie** von Kolon und Ileum (Ileokoloskopie) mit Entnahme von **Biopsien**. Bei **Morbus Crohn** erkennt man in der Koloskopie typischerweise längerstreckige Ulcerationen mit Fibrinbelag (sog. Schneckenpulzera). Außerdem ist häufig eine sog. Pflastersteinstruktur zu erkennen: Es wechseln sich entzündlich-geschwollene Schleimhautabschnitte mit tiefen Ulcerationen ab. Bei der **Colitis ulcerosa** ist die Schleimhaut typischerweise gerötet und blutet bei Kontakt sehr schnell. Darüber hinaus sind häufig Schleimhautgeschwulste zu erkennen, die auch Pseudopolypen genannt werden (es handelt sich hierbei nicht um echte Gewebeneubildungen).

Die **Röntgenaufnahme** des Abdomens zeigt bei Morbus Crohn häufig die o. g. Pflastersteinstruktur und Stenosierungen. Bei der Colitis ulcerosa ist ggf. der Verlust der Haustren (Ausbuchtungen der Dickdarmwand) zu erkennen, das sog. „Fahrradschlauchphänomen“.

Bei der Erstdiagnose eines **Morbus Crohn** erfolgt immer eine **Ausbreitungsdiagnostik**. Dabei wird der gesamte Verdauungstrakt auf weitere Läsionen untersucht: Mundhöhle und Rachen werden klinisch begutachtet. Mithilfe einer **Ösophago-Gastro-Duodenoskopie** können Speiseröhre, Magen und Duodenum beurteilt werden. Der Dünndarm wird z. B. mittels **Hydro-MRT** oder **MR-Enteroklysma** untersucht.

Verlaufskontrolle

Die Beurteilung der Krankheitsaktivität ist wichtig, um den Therapieerfolg einschätzen zu können.

- **Anamnese:** Es wird u. a. nach der Stuhlfrequenz, Blutbeimengungen, der Stärke der Bauchschmerzen, Fieber und dem Körpergewicht gefragt.
- **Laboruntersuchungen:** Die **Entzündungsparameter** (Leukozyten, CRP und BSG) werden bestimmt. Insbesondere beim Morbus Crohn kann es zu einem Malassimilationssyndrom mit entsprechenden Laborveränderungen, z. B. Vitamin-B12-Mangel, Anämie, kommen.
- **Sonografie** (v. a. bei Morbus Crohn): Die Ausdehnung des Entzündungsprozesses kann abgeschätzt werden. Auch **Komplikationen**, wie Abszesse, Fisteln und Konglomerattumoren, können im Ultraschall zu erkennen sein.
- **Koloskopie** (v. a. bei Colitis ulcerosa): Aufgrund des **erhöhten Entartungsrisikos** sollten bei Patienten mit Colitis ulcerosa regelmäßige Kontrollkoloskopien (mit Entnahme von Gewebeproben) erfolgen.

Schulmedizinische Therapie

Bei einem **akuten Schub** soll mithilfe der Therapie eine Remission erreicht werden. Wenn dies gelungen ist und die o. g. Symptome fehlen, ist die **Remissionserhaltung** das Therapieziel.

Supportive (unterstützende) Maßnahmen

Ernährung: Im **akuten Schub** sollten die Patienten auf ballaststoffreiche Nahrungsmittel verzichten. Bei hochakuten Verläufen müssen die Patienten kurzfristig parenteral ernährt werden.

In der **Remission** können die Patienten essen, was sie vertragen. Besteht eine sekundäre Laktoseintoleranz, sollten die Patienten auf Milch und Milchprodukte verzichten. Mangelerscheinungen im Rahmen eines Malassimilationssyndroms werden durch Substitution der entsprechenden Nahrungsbestandteile behandelt (z. B. Eisen, fettlösliche Vitamine, Kalzium, Kalium, Zink, Eiweiße).

Psychologische Begleitung: Viele Patienten benötigen Hilfe bei der Auseinandersetzung mit der chronischen Erkrankung. Die Erkrankung betrifft v. a. junge Menschen, bei denen sich häufig Probleme in Lebensbereichen wie Ausbildung, Beruf, Partnerschaft, Sexualleben und dem eigenen Körperbild ergeben. Hier kann eine unterstützende psychologische Therapie oder die Teilnahme an Selbsthilfegruppen hilfreich sein.

Medikamentöse Therapie

Die Auswahl der Medikamente und ihre Applikationsform (als Zäpfchen, Tablette oder intravenös) richten sich nach der Schwere und Lokalisation der Erkrankung.

Morbus Crohn

- **Akuter Schub:** Zur medikamentösen Therapie werden v. a. Glukokortikoide verabreicht; diese unterdrücken das Immunsystem und wirken entzündungshemmend. Bei **geringer** Entzündungsaktivität werden Glukokortikoide eingesetzt, die lokal wirken (z. B. **Budesonid** o.). Alternativ werden Salicylate wie **Sulfasalazin** oder Mesalazin (= 5-Aminosalicylsäure, **5-ASA**) eingesetzt, die entzündungshemmend wirken.
Schwere Schübe, ein ausgedehnter Befall des Verdauungstrakts und extraintestinale Komplikationen erfordern zusätzlich den Einsatz systemisch wirksamer Glukokortikoide (z. B. **Prednisolon**).
Sprechen Patienten nicht auf Glukokortikoide an oder verläuft die Erkrankung chronisch-aktiv, werden **Immunsuppressiva** (wie **Azathioprin** oder Mercaptopurin) eingesetzt. Versagt auch diese Therapie, kommen Methotrexat (MTX) oder Infliximab zum Einsatz.
Fisteln können im akuten Stadium antibiotisch (z. B. mit **Metronidazol**) behandelt werden.
- **Erhaltungstherapie:** Wurde die Remission durch eine operative Therapie erreicht, können Salicylate (z. B. **5-ASA**) ggf. einen Schub unterdrücken. Einige Patienten zeigen einen steroidabhängigen Verlauf; die Symptome verschlechtern sich, sobald die Glukokortikoide

ausgeschlichen werden. Bei diesen Patienten – und auch bei Patienten mit schweren und häufigen Schüben – kommen folgende Medikamente infrage: Immunsuppressiva (z. B. **Azathioprin**, Mercaptopurin, Methotrexat) oder TNF- α -Blocker (wie **Infliximab**).

Colitis ulcerosa

- **Akuter Schub:** Patienten mit leichten bis mäßig schweren Schüben erhalten oral Mesalazin (**5-ASA**). Ist nur der distale Dickdarm befallen, kann das Medikament auch lokal (als Klysma oder Schaum) angewendet werden.
- **Schwere Schübe** oder **chronisch-aktive** Verläufe erfordern eine zusätzliche **Glukokortikoidtherapie**: lokal (Budesonid als Klysmen) oder ggf. systemisch (z. B. Prednisolon). Wenn die Glukokortikoidtherapie wirkungslos bleibt, kann das Immunsuppressivum **Azathioprin** eingesetzt werden. Bei einem schweren Schub stehen als **Reservemedikamente** Immunsuppressiva wie Methotrexat (MTX), Ciclosporin oder Tacrolimus zur Verfügung.
- **Erhaltungstherapie:** In der Dauerbehandlung wird v. a. **5-ASA** eingesetzt (als Tablette oder bei distalem Befall als Klysma). Bei Unverträglichkeit können auch **probiotische Keime** wie der **-coli-Stamm Nissle** eingesetzt werden; dadurch regeneriert sich die gestörte Darmflora. Bei chronisch-aktivem Verlauf wird **Azathioprin** verabreicht.



MERKE

Aufgrund eines genetischen Polymorphismus bei bis zu 10% der Bevölkerung muss vor einer Therapie mit Azathioprin ein genetischer Test durchgeführt werden. Es besteht bei den Betroffenen die Gefahr einer erhöhten Toxizität durch verlangsamteten Wirkstoff-Abbau!

Operative Therapie

- **Morbus Crohn:** Fast alle Patienten benötigen im Laufe ihres Lebens operative Eingriffe zur Entfernung von Fisteln und Stenosen oder zur Drainage von Abszessen. Da Morbus Crohn den gesamten Verdauungstrakt befällt, kann die Erkrankung – im Gegensatz zur Colitis ulcerosa – nicht operativ geheilt werden. Außerdem entwickeln Patienten mit Morbus Crohn häufig **postoperative Komplikationen**, wie Verwachsungen im Bauchraum oder Fistelbildungen, die wiederum eine erneute OP notwendig machen. Daher sollte beim Morbus Crohn nur so viel wie unbedingt notwendig operiert werden.
- **Colitis ulcerosa:** Da die Colitis ulcerosa ausschließlich das Rektum und das Kolon befallen, kann die Erkrankung durch eine komplette Entfernung dieser Darmabschnitte (**Proktokolektomie**) **geheilt**.



MERKE

Treten bei Colitis ulcerosa ein toxisches Megakolon, massive Blutungen oder ein Darmdurchbruch auf, müssen Enddarm und Dickdarm vollständig entfernt werden.

Eine **elektive** (geplante) Operation ist indiziert, wenn die medikamentöse Therapie erfolglos bleibt oder nicht vertragen wird. Außerdem kann eine Operation bei langjähriger Colitis und Zeichen einer Dysplasie zur Verhinderung eines Karzinoms durchgeführt werden.

Naturheilkundliche Therapie

Ernährungstherapie: Obwohl es keine evidenzbasierten Belege dafür gibt, dass Ernährungsfaktoren für die CED ursächlich verantwortlich sind, ist es sinnvoll, den Verzehr folgender Substanzen einzuschränken: isolierte Zucker, Margarine (enthalten Transfettsäuren, Ω -6- FS), Verdickungsmittel (v. a. Carrageen), Kuhmilch und Weizen (enthält autoimmun wirksame Amylase-Trypsin-Inhibitoren [ATI]). Diese Inhaltsstoffe werden als begünstigende Faktoren für die Entstehung des M. Crohn diskutiert. Bei CED führen Durchfälle und Entzündungen des Darmepithels zu Flüssigkeits- und Nährstoffverlusten. Diese gilt es in der Behandlung auszugleichen.

- Im akuten Stadium ist leicht verdauliche, nicht blähende, ballaststofffreie Vollkost zu bevorzugen. Alle säurehaltigen und laktosehaltigen Speisen sowie Rohkost sind zu meiden.
- In der Remissionsphase ist zur Stärkung der Darmflora eine ballaststoffreiche, vegetabile Vollwertkost zu empfehlen, die reich an antientzündlich und antioxidativ wirkenden sekundären Pflanzenstoffen ist.

Homöopathie: Eine konstitutionelle Behandlung ist zu empfehlen. Oft sind folgende homöopathischen Arzneimittel angezeigt: Arsenicum album, Colocynthis, Lycopodium, Mercurius solubilis, Phosphoricum acidum.

- Arsenicum album: bei kleinen Mengen an Stuhl (stinkend, wundmachend), die Patienten sind ruhelos und ängstlich.
- Colocynthis: Beschwerden durch Zorn, Ärger, Nässe, Kälte, Kränkung; die Beschwerden bessern sich durch Kaffee, Druck, Zusammenkrümmen, Wärme und werden schlimmer durch Essen und Trinken. Heftige, kolikartige Schmerzen, wälzt sich auf dem Boden oder Bett hin und her; die Patienten sind äußerst gereizt.
- Lycopodium: bei Reizdarmsyndrom, Kolitis, Nahrungsmittelunverträglichkeit; die Beschwerden bessern sich durch frische Luft, warme Getränke; sie verschlimmern sich nach 16–20 Uhr, durch Lampenfieber, kalte Speisen, Angst, enge Kleidung, Rechtsseitenlage, Austern; aufgeblähter Bauch
- Mercurius solubilis: ätzend-fressende Diarrhö, der Stuhl ist schleimig-grün, eitrig und übelriechend. Der Patient hat das Gefühl, nie fertig zu sein.
- Phosphoricum acidum: Beschwerden durch Kummer, nervliche Anspannung, Schreck. Der Stuhl ist wässrig, schmerzlos, geruchlos und blutig und wird in großen Mengen entleert. Der Patient ist nervös und unruhig.

Infrage kommen auch Kalium bichromicum, Natrium muriaticum, Phosphorus, Thuja.

Biochemie nach Dr. Schüßler: Das Schüßler-Salz Nr. 1 Calcium fluoratum ist bei Entzündungen im Darmtrakt angezeigt.

Mikrobiologische Therapie: Bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa kann die mikrobiologische Therapie andere Therapieverfahren, auch schulmedizinische, ergänzen und begleiten. Vor Beginn der Behandlung sollten eine ausführliche Anamnese sowie die mikrobiologische Laboruntersuchung einer Stuhlprobe stehen. Zu empfehlen sind Probiotika, die Bifidobakterien und Laktobazillen enthalten. Zusätzlich kann eine Weihrauchlösung, die selbst zubereitet wird, zugeführt werden.



VERTIEFUNG

Harze des Weihrauchs

Harze wirken entzündungshemmend und eignet sich zur Rezidivprophylaxe. Es kann Einen Harzbrocken (2–5 g) in ein Glas geben, mit abgekochtem Leitungswasser übergießen und 4 Stunden ziehen lassen. Das Wasser anschließend über den Tag verteilt trinken (schmeckt leicht harzig). Den

Harzbrocken so lange verwenden, bis er sich aufgelöst hat.

Mikronährstofftherapie: Bei Befall des terminalen Ileums ist ggf. die parenterale Gabe von Vitamin B₁₂ (1000 µg Cobalamin monatlich) notwendig, evtl. auch die Supplementierung mit Zink (25–50 mg tgl.), Selen (200 µg tgl.) und häufig Eisen (100 mg tgl.).

Phytotherapie: Auch die Phytotherapie setzt in erster Linie entzündungshemmend wirkende Arzneidrogen ein. Bei beiden Erkrankungen hat sich in Studien und in der Praxis v. a. die Gabe von Zubereitungen aus Indischem Weihrauch und Myrrhe bewährt. Insbesondere die Behandlung mit Indischem Weihrauch ist erfolgversprechend. Dieser hat eine kortisonähnliche Wirkung und in der Akut- und Remissionstherapie bei CED in seiner Wirkung mit schulmedizinischen Medikamenten gleichzusetzen. Als Fertigpräparat sind Indische Weihrauchkapseln (Schloss-Apotheke Koblenz) besonders zu empfehlen. Die Konzentration der entzündungshemmenden Boswelliasäuren ist in diesem Präparat 3-mal höher als die in vergleichbaren Präparaten. Bei der Myrrhe mildert das Harz von Vertretern der Gattung Commiphora die Entzündungsprozesse und ist eine wirksame Rezidivprophylaxe. Gut vertragen wird es in Kombination mit Kamille. Erst nach drei Monaten lässt sich beurteilen, ob die Behandlung erfolgreich ist. Es bringt keinen zusätzlichen Nutzen, die Weihrauch- und Myrrhenpräparate miteinander zu kombinieren. Die entzündungshemmende Wirkung der Präparate kann mit Curcuma-Pulver (nur Bio-Qualität!) unterstützt werden. Man löst dazu 2 × tgl. einen gehäuften TL Curcuma-Pulver in etwas Wasser auf und trinkt die Lösung – nicht bei Gallensteinleiden anwenden.

Rektale Ozoninsufflation: Ozon wird direkt in das Rektum eingebracht und hemmt sowohl lokal als auch systemisch die Entzündung des Darmes. Es reduziert zudem die dort angesiedelte Schädflora. Mit individuell zu bestimmenden Dosierungen wird die Behandlung 3-mal wöchentlich durchgeführt, bis die akute Entzündung abgeklungen ist. Begleitend ist eine Mikrobiologische Therapie erforderlich.

<https://www.heilpraktikerkurse.de>

Stand: 20.09.2019