



Ratgeber

Colitis ulcerosa

PD Dr. Birgit Terjung

Prof. Dr. Wolfgang Kruis



Einleitung

Die Diagnose einer Colitis ulcerosa wirft bei Patienten viele Fragen auf, die mit ganz unterschiedlichen Sorgen gepaart sein können. Wichtige Fragen sind:

- Wie verläuft die Erkrankung?
- Wie häufig ist die Erkrankung?
- Wer ist gefährdet zu erkranken?
- Ist die Krankheit ansteckend?
- Welches sind die typischen Beschwerden?
- Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?
- Kann man die Krankheit heilen?
- Kann ich trotzdem schwanger werden?
- Welchen Arzt¹⁾ muss ich für meine Behandlung aufsuchen?
- Wie kann ich mir selbst helfen?

Diese und weitere Fragen werden in dem vorliegenden Patientenratgeber angesprochen. Denn je besser die Patienten ihre Krankheit und die Therapievorschläge der Ärzte verstehen, desto besser können sie auch mit ihrer Erkrankung umgehen lernen und ein möglichst beschwerdefreies, normales Leben führen. Ein Glossar, das die wichtigsten medizinischen Begriffe erklärt, findet sich am Ende des Ratgebers. Der Ratgeber ersetzt nicht das persönliche Gespräch mit dem Arzt, an den Sie sich bei gesundheitlichen Fragen, Zweifeln und Sorgen wenden sollten, und dem die individuelle Diagnostik und Therapie in Absprache mit Ihnen vorbehalten ist.

1) Aus Vereinfachungsgründen wurde unabhängig vom Geschlecht nur die männliche Formulierungsform gewählt. Die Angaben beziehen sich auf Angehörige jedweden Geschlechts.

Was bedeutet der Begriff *Colitis ulcerosa*?

Die Colitis ulcerosa zählt neben dem Morbus Crohn zu den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Sie ist durch eine geschwürige Entzündung des Dickdarmes (Colitis) gekennzeichnet, die unterschiedlich weit den Dickdarm befallen kann (Abb. 1). In seltenen Fällen ist nicht nur die Schleimhaut des gesamten Dickdarmrahmens erkrankt, sondern auch die letzten 10–20 cm des unteren Dünndarmes (terminales Ileum). Man spricht dann von einer „Backwash-Ileitis“. Die Entzündung im Dickdarm beginnt im Enddarm (Rektum) und breitet sich häufig in weiteren Teilen des Dickdarmes in Richtung Ileozökalklappe (Klappe zwischen letztem Teil des Dünndarmes und Dickdarm) aus.

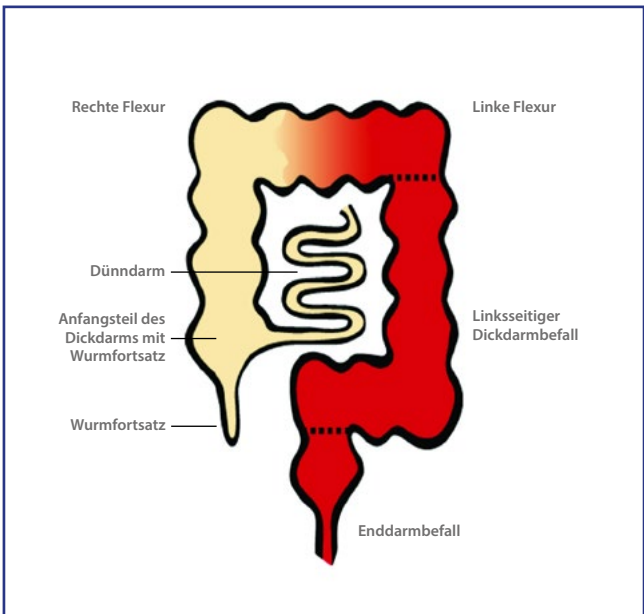


Abb. 1: Befallsmuster bei Colitis ulcerosa

Man unterscheidet folgende Befallsmuster:

- Erkrankung des Enddarmes (Rektum) und des Krummdarmes (Sigma) (bei 30–40 % der Patienten). Man spricht hier dann von einer sogenannten Proktosigmoiditis. Ist ausschließlich das Rektum erkrankt, dann liegt eine Proktitis vor.
- Linksseitenkolitis: Befall des Enddarmes bis zur linken Flexur (30–40 % der Patienten),
- ein zunehmender Befall des Kolons über die linke Flexur (Darmkrümmung in Höhe des linken Rippenbogens) hinaus bis zur Maximalform der Pancolitis, d.h. Erkrankung des ganzen Dickdarmes (10–20 % der Patienten).
- Bei wenigen Patienten kommt es auch zur Miterkrankung des terminalen Ileums als „Backwash-Ileitis“ (<5 %)

Bei der Colitis ulcerosa ist die Entzündung weitgehend auf die Darmschleimhaut, auch Mukosa genannt, begrenzt und befällt in der Regel nicht die tieferliegenden Muskelschichten der Darmwand. Hingegen können bei Patienten mit Morbus Crohn alle Darmwandschichten befallen sein und sich so sehr tiefe, geschwürige Veränderungen mit Fisteln in das umliegende Gewebe entwickeln. Diese kommen in der Regel bei der Colitis ulcerosa nicht vor.

Wie verläuft die Colitis ulcerosa?

Die Colitis ulcerosa kann von Patient zu Patient sehr verschieden verlaufen. Die Erkrankung tritt meist in Schüben auf, das heißt neben Phasen der Remission (entzündungsfreie Phasen) kommt es in unregelmäßigen Intervallen (Wochen bis Jahre) zu akuten Entzündungsschüben. Die Dauer und Häufigkeit

von Schüben ist schlecht vorhersehbar. Da die Colitis ulcerosa eine chronische Erkrankung ist, besteht sie meist über lange Zeit, oft ein Leben lang, wobei sich die Lebenserwartung statistisch nicht von „gesunden“ Menschen unterscheidet. Bei einigen Patienten ist die Erkrankung kaum ausgeprägt, d.h. die Patienten sind lange ohne Krankheitszeichen und brauchen kaum oder keine Medikamente einzunehmen. Bei anderen kommt es immer wieder zu akuten Krankheitsschüben, und diese Patienten werden selten oder gar nicht beschwerdefrei. Gerade in diesem Fall sollten die Patienten eine enge Betreuung durch einen Facharzt für Magen-Darm-Erkrankungen (Gastroenterologe) anstreben, um möglichst optimale Behandlungsmethoden zu finden.

Wie häufig ist die Erkrankung?

Die Colitis ulcerosa tritt mit 5–10 Neuerkrankungen in einem Jahr pro 100.000 Einwohner und Jahr eher selten auf, insgesamt gibt es ungefähr 100–200 Betroffene pro 100.000 Einwohner. Männer und Frauen erkranken gleich häufig. Typischerweise kommt es gehäuft zu einem ersten Ausbruch der Erkrankung im Kinder-, Jugend- oder jungen Erwachsenenalter (ca. 15.–35. Lebensjahr). Die Erkrankung wird auch in höherem Alter zwischen 65–85 Jahren diagnostiziert. Darüber hinaus tritt die Erkrankung regional sehr unterschiedlich auf, d.h. in Nordeuropa und in unseren Breiten erkranken deutlich mehr Patienten an chronisch entzündlichen Darmerkrankungen als in Afrika oder in Südamerika.

Welche Beschwerden treten bei der Colitis ulcerosa typischerweise auf?

Stuhlnunregelmäßigkeiten sind typische Beschwerden bei der Colitis ulcerosa, zumeist in Form von blutigen oder schleimigen Durchfällen, die teilweise sehr häufig auftreten und nicht selten auch die Nachtruhe stören. Wenn der Enddarm stark entzündet ist, leiden die Patienten häufig unter einem ständigen Drang zur Stuhlentleerung. Es werden dann oft nur kleinste Stuhlportionen abgesetzt. In Abhängigkeit von der Ausdehnung der Erkrankung und Schwere der Entzündung treten zusätzlich auch krampfartige Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit, Blähgefühl und Gewichtsverlust oder Fieber auf. Eine häufig begleitend auftretende Leistungseinschränkung und Müdigkeit beruht neben der chronischen Entzündung während der Schübe auch auf einem Eisenmangel, der zur Blutarmut (Anämie) führt. Die Anämie wird durch die oft ausgedehnten Blutverluste mit dem Stuhlgang (mit)verursacht. Bei Kindern und Jugendlichen macht sich die Erkrankung nicht selten auch durch Gedeihstörungen, also durch einen Stillstand des Längenwachstums und fehlende Gewichtszunahme, bemerkbar.

Treten Beschwerden auch außerhalb des erkrankten Darmes auf?

Bei einigen Patienten mit Colitis ulcerosa erkrankt nicht nur der Darm, sondern nicht selten kommt es zu Begleiterkrankungen außerhalb des Magen-Darm-Traktes. Hier spricht man dann von sogenannten extraintestinalen Begleiterkrankungen (extra = außerhalb, intestinum = Darm).

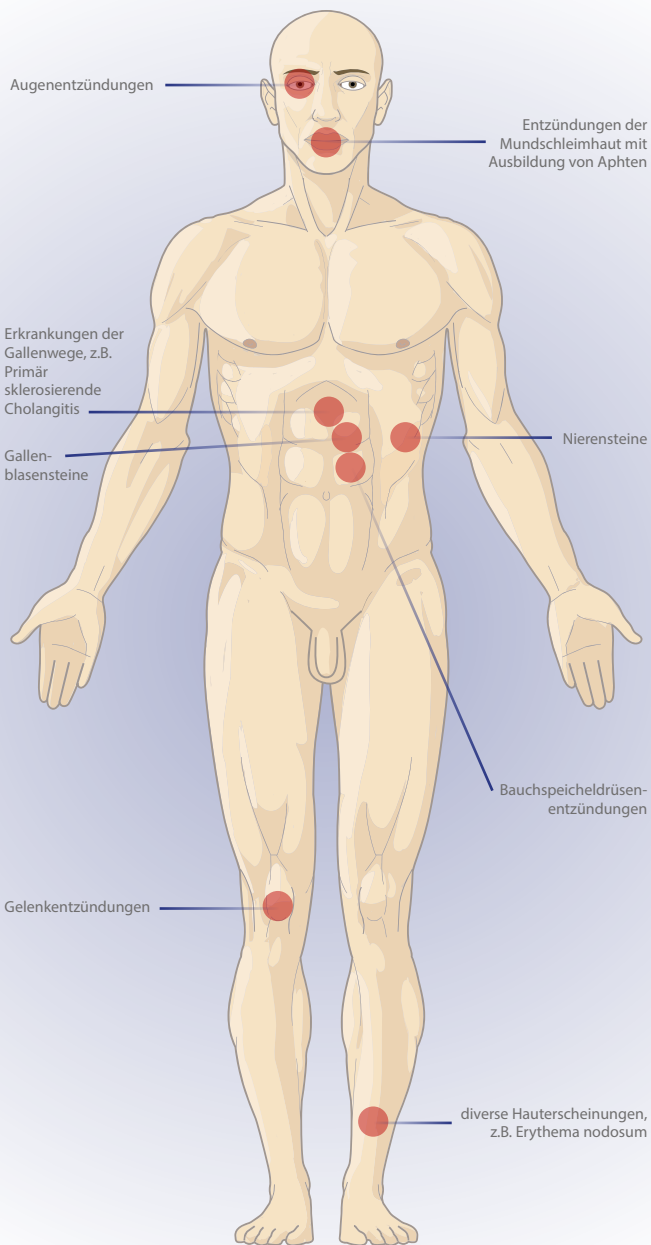


Abb. 2: Extraintestinale Begleiterkrankungen chronisch entzündlicher Darmerkrankungen

Diese Beschwerden umfassen z. B. Entzündungen der Augen, Schwellungen und Schmerzen der Gelenke, eitrige Hautveränderungen. Es kann praktisch jedes Organ befallen sein. Da diese Veränderungen oft mit der Entzündungsaktivität der Colitis ulcerosa zusammenhängen, bessern sich die extraintestinalen Beschwerden meistens unter einer Behandlung der eigentlichen Darmentzündung. Allerdings – und das erschwert die richtige und frühzeitige Diagnosestellung oft – können diese extraintestinalen Begleiterkrankungen auch lange, teilweise Jahre vor den typischen Symptomen einer Colitis ulcerosa oder in schubfreien Phasen der Colitis ulcerosa auftreten. Bis heute ist nicht eindeutig geklärt, wie es zu diesen extraintestinalen Begleiterkrankungen bei der Colitis ulcerosa kommt. Daher ist es entscheidend, dem behandelnden Arzt immer alle Beschwerden zu schildern, damit er einen möglichen Zusammenhang mit der Colitis ulcerosa herstellen und gegebenenfalls die Therapie anpassen kann.

Wodurch wird die Colitis ulcerosa verursacht?

Trotz ausgedehnter Forschungsbemühungen konnte bislang nicht geklärt werden, warum einige Menschen eine chronisch entzündliche Darmerkrankung ausbilden und andere nicht. Einig ist man sich, dass es zu einem Zusammenwirken mehrerer unterschiedlicher Faktoren kommt, wobei genetische Veranlagung und (bisher weitgehend unbekannt) Umweltfaktoren eine Rolle spielen. Die Erkrankung ist nicht infektiös, d.h. nicht ansteckend. Ganz wesentlich scheinen Veränderungen im Bereich der Darmflora (Mikrobiom) zu sein. In unserem Dickdarm lebt eine kaum vorstell-

bare Zahl an Bakterien (wir haben 10mal mehr Bakterien im Darm, als wir eigene Körperzellen haben). Gegen zu viele und schädliche Darmbakterien wehrt sich der Körper durch die Ausschüttung von Abwehrstoffen, die in der Schleimschicht (Mucus) auf der Oberfläche der Schleimhaut eine schützende Schicht bilden. Im Vergleich zu Gesunden ist diese Schleimschicht bei Patienten mit Colitis ulcerosa zu dünn und kann ihre Abwehrfunktion nicht optimal ausfüllen. Darmbakterien können in die Darmschleimhaut eindringen und zu Entzündungsreaktionen durch die Aktivierung des darmeigenen Immunsystems führen. Eine erbliche Veranlagung bewirkt zusätzlich, dass die Abwehrfunktion der Schleimhaut für Darmbakterien unzureichend funktioniert. Da gerade in den letzten 50 bis 100 Jahren die Patientenzahlen in den westlichen Industrieländern stark angestiegen sind, vermutet man einen Zusammenhang zwischen Umwelt (z. B. Nahrung) und Vererbungsfaktoren sowie einen maßgeblichen Einfluss der Darmflora, die auf ein verändertes Immunsystem der Darmschleimhaut treffen. Zahlreiche Forschergruppen arbeiten sehr aktiv in diesem Bereich und tragen wesentlich dazu bei, dass immer neue, gezieltere Behandlungsmöglichkeiten der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen entwickelt werden können.

Wie wird die Diagnose gestellt?

Besteht der Verdacht auf eine chronisch entzündliche Darmerkrankung, sollte frühzeitig neben dem Hausarzt auch ein Gastroenterologe in die Behandlung mit einbezogen werden. Die Verdachtsdiagnose einer Colitis ulcerosa kann oft aufgrund der typischen Beschwerden und der klinischen Untersuchung gestellt werden.

Im Weiteren folgen dann Blut- und Stuhluntersuchungen, eine Ultraschalluntersuchung von Bauch und Darm und eine Darmspiegelung (Koloskopie) mit der Entnahme von Gewebeproben (Histologie).

Laboruntersuchungen

Die Blutuntersuchung dient dazu, frühzeitig Zeichen einer Entzündung, eine Blutarmut, einen Eisenmangel oder ggf. auch eine Mangelernährung festzustellen. Zusätzlich sollte der Stuhlgang zum Ausschluss eines Darminfektes als Ursache der Krankheitszeichen auf infektiöse Durchfallerreger untersucht werden. Zusätzlich kann auch eine Untersuchung des Stuhlganges auf Entzündungsproteine der Darmschleimhaut (fäkales Calprotectin) erfolgen. Häufig sind die Entzündungswerte im Blut bei der Diagnosestellung wenig hilfreich, da sie bei vielen Patienten trotz massiver Darmentzündung im Normbereich liegen.

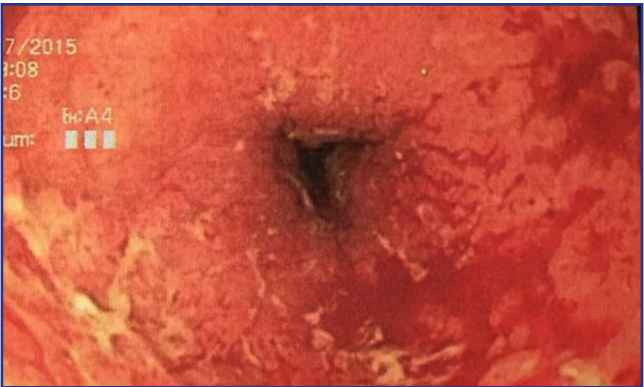
Ultraschalluntersuchung

Die Ultraschalluntersuchung des Darmes (Sonographie) stellt eine wesentliche Säule bei der Diagnose von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen dar. Der erfahrene Untersucher kann verdickte, entzündete Darmabschnitte mit dem Ultraschall zuverlässig erkennen. Prüft man auch die Durchblutung in der Darmschleimhaut mit der Doppler-Sonographie oder setzt man Kontrastmittel-Ultraschallverfahren ein, kann noch detaillierter Auskunft über das Ausmaß der Entzündung im erkrankten Darm gegeben werden.

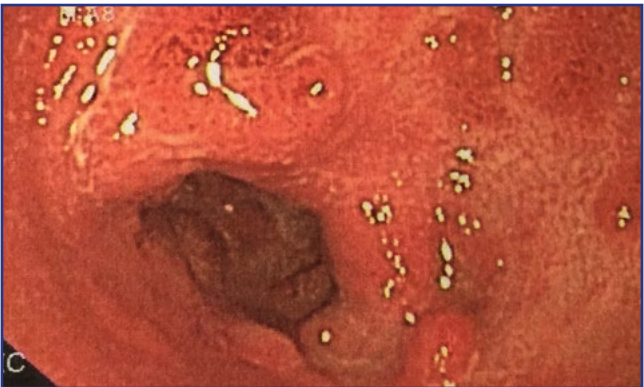
Darmspiegelung

Die Verdachtsdiagnose einer Colitis ulcerosa kann letztlich nur durch eine komplette Darmspiegelung (Ileo-Koloskopie) mit Einblick in das letzte Stück

Dünndarm (terminales Ileum) erhärtet werden. In unterschiedlicher Ausprägung sind eine Rötung und Schwellung der Schleimhaut, vermehrte Blutungsneigung der Schleimhaut bei geringer Berührung sowie unterschiedlich stark ausgeprägte Geschwüre (Abb. 3, S. 12) nachweisbar. Hierbei sollten unbedingt auch Gewebeproben entnommen werden, die anschließend feingeweblich (histologisch) durch den Pathologen unter dem Mikroskop untersucht werden. Nicht immer werden allerdings die typischen feingeweblichen Zeichen einer Colitis ulcerosa gefunden. Deuten jedoch alle übrigen Befunde auf das Vorliegen einer solchen Erkrankung hin, kann dann mit hoher Wahrscheinlichkeit die Diagnose trotz der fehlenden Bestätigung durch den Pathologen angenommen werden. Auch im weiteren Krankheitsverlauf wird es immer wieder notwendig sein, eine Darmspiegelung durchzuführen. Eine besondere Rolle spielt die Überwachungskoloskopie zur Früherkennung maligner Entwicklungen. Bei Patienten mit Befall über das Rektum hinaus sollen Überwachungskoloskopien ab dem 8. Erkrankungsjahr durchgeführt werden, bei hohem Risiko jährlich, bei niedrigem Risiko alle 2-3 Jahre. Eine Ausnahme besteht bei gleichzeitig bestehender PSC (vgl. Glossar). Hier beginnt die jährliche Überwachung bei der Diagnostikstellung. Durch neue Entwicklungen gilt zwar die frühere Empfehlung von (ca. 40) ungezielten Stufenbiopsien weiterhin, bevorzugt werden allerdings gezielte Biopsien bei Verwendung von hochauflösenden Endoskopen oder die Chromoendoskopie (vgl. Glossar). Voraussetzung ist ein gut gereinigter Darm, die Erkrankung sollte möglichst in Remission sein und eine gegenüber der Vorsorgekoloskopie verlängerten Rückzugszeit.



A: hochakuter Entzündungsschub mit geschwürigen, eitrigen und spontan blutenden Veränderungen der Dickdarmschleimhaut



B: mäßig akuter Entzündungsschub



C: abheilender Entzündungsschub mit „Pseudopolypen“
Abb. 3: Typische endoskopische Befunde bei Colitis ulcerosa

In Abheilungsphasen der chronischen Entzündung kommt es manchmal zu überschießender Schleimhautbildung, die Polypen ähneln kann. Man bezeichnet diese als Pseudopolypen und muss diese durch Gewebeproben von echten Polypen, aus denen theoretisch Darmkrebs entstehen kann, unterscheiden.

Röntgenuntersuchungen

Während noch vor einigen Jahren Röntgen-Kontrastuntersuchungen des Dickdarmes bei der Diagnose und im Verlauf einer Colitis ulcerosa durchgeführt werden mussten, sind diese Untersuchungen heute nahezu vollständig durch die hochauflösenden Ultraschalluntersuchungen und die Endoskopie abgelöst worden. Zusätzlich werden in begründeten Spezialfällen noch hochmoderne Untersuchungstechniken wie die Computertomographie (CT) oder die strahlungsfreie Kernspintomographie (MRT) eingesetzt, dies vor allem auch, um die Ausdehnung der Darmentzündung auf die Bauchhöhle oder andere BauchorganemithoherAuflösung sichtbar machen zu können. Zusammengefasst ist die Diagnose einer Colitis ulcerosa eine Art Puzzle. Verschiedene Einzelergebnisse wie Symptome, Endoskopie und Labor müssen zusammenpassen. Nicht selten kann die Erkrankung erst im Verlauf mit hoher Wahrscheinlichkeit diagnostiziert werden. Wenn der Arzt beim ersten Erscheinen der Erkrankung zurückhaltend in der sicheren Aussage zur Diagnose ist, dann ist das ein Qualitätsmerkmal und keine Schwäche.

Wie kann die Colitis ulcerosa behandelt werden?

So unterschiedlich die einzelnen Krankheitsverläufe sein können, so individuell müssen auch die Behandlungsmaßnahmen angepasst werden.

Hierbei stellt die Krankheitskontrolle ein wesentliches Ziel dar. Dies bedeutet, dass die Darmentzündung möglichst frühzeitig und möglichst vollständig zur Abheilung gebracht werden soll. Anderenfalls zieht jeder Entzündungsschub eine weitere narbige Veränderung der Darmwand nach sich, die nach und nach den Dickdarm in seiner Funktion massiv einschränken kann. Nach häufigen wiederholten Entzündungen kann er so hart und wenig flexibel wie ein alter Fahrradschlauch werden.

Konnte mit der eingesetzten Behandlung eine beschwerdefreie Phase, auch Remission genannt, erreicht werden, sollte diese möglichst dauerhaft oder zumindest über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten werden. Nicht zuletzt ist das Erreichen einer Remission deswegen wichtig, um eine möglichst hohe Lebensqualität trotz der chronischen Erkrankung erreichen zu können, die Arbeitsfähigkeit aufrechtzuerhalten und den Schulbesuch, Ausbildung oder Studium zu ermöglichen.

Um eine an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen angelehnte Diagnostik und Behandlung der Colitis ulcerosa zu gewährleisten, wird regelmäßig eine Leitlinie von Patientenvertretern und Fachexperten unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Selbsthilforganisation (Deutsche Morbus Crohn und Colitis Vereinigung – DCCV – e.V.) erstellt. Diese kann im Internet unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-009I_S3_Diagnostik_Therapie_Colitis_ulcerosa_2018-10.pdf als spezielle Version für Patienten abgerufen werden. Dem Arzt dient diese Leitlinie als wesentliche Grundlage für seine Behandlungskonzepte.

Zur medikamentösen Therapie der Colitis ulcerosa werden folgende Wirkstoffe seit längerem erfolgreich eingesetzt:

- 5-ASA-Präparate (z. B. Mesalazin)
- Kortison (Kortikosteroide, Budesonid)
- Immunsuppressiva (z. B. Azathioprin)
- Biologika (zur Zeit zugelassen: Infliximab, Adalimumab, Golimumab, Vedolizumab)

Für die Wahl der jeweils eingesetzten Medikamente sind die Beschwerden, das Befallsmuster der entzündlichen Veränderungen im Darm und auch der Schweregrad der Entzündung von besonderer Bedeutung. Hierbei wird meistens nach einem Stufenschema vorgegangen, wobei man die Therapie im akuten Schub von der in der Remissionsphase unterscheidet (Tab. 1). Ganz wesentlich für den Behandlungserfolg ist neben der gewählten Medikation auch die Therapietreue der Patienten. Eine unterbrochene oder abgebrochene Medikamenteneinnahme kann zu einer erheblichen Verschlechterung der Beschwerden führen, die dann unter Umständen eine wesentlich intensivere Behandlung als zuvor erfordern kann.

5-ASA Präparate

Aminosalizylate (5-ASA), am häufigsten Mesalazin, sind sehr gut geeignet zur Behandlung eines leichten bis mittelstarken Schubes der Colitis ulcerosa. Sie stehen sowohl in Tablettenform, als Granulate oder als rektale Wirkstoffapplikationen (Schäume, Klysmen, Suppositorien) zur Verfügung. Gerade wenn der Enddarm oder der linksseitige Dickdarm befallen ist, stellen die rektalen Wirkstoffapplikationen den entscheidenden Bestandteil der Behandlung dar. Die Anwendung von Zäpfchen (Suppositorien) ist nur

bei einem Befall des Afters und Mastdarms (Rektum) sinnvoll, höher gelegene Anteile des Enddarmes werden so nicht erreicht. Wurde der Schub erfolgreich therapiert, sollten die 5-ASA-Präparate zur Erhaltung der Remission in Tabletten-/Granulatform als Dauertherapie in etwas niedrigerer Dosierung als im akuten Schub weitergegeben werden. Als sehr seltene Nebenwirkungen einer Behandlung mit 5-ASA können Oberbauchbeschwerden und Übelkeit, Durchfälle, Kopfschmerzen, Haarausfall und Hautreizungen auftreten – hier sollten die Patienten dann frühzeitig ihren behandelnden Arzt befragen.

Kortison

Nicht selten reicht eine alleinige 5-ASA-Therapie nicht aus, um den akuten Erkrankungsschub zu behandeln. Dann müssen auch Immunsuppressiva wie Kortikosteroide, auch als Glukokortikoide, Steroide oder Kortison-Präparate bezeichnet, eingesetzt werden. Diese stehen zur Gabe über die Vene (intravenös), in Tablettenform oder zur rektalen Gabe (Klyisma, Rektalschaum, Suppositorien) zur Verfügung. Steroide haben bei längerer Anwendung teils schwerwiegende Nebenwirkungen. Sie sind deshalb zur Langzeittherapie nicht geeignet und sollten unbedingt nach der akuten Krankheitsphase wieder ausgeschlichen werden, d.h. langsam in ihrer Dosis verringert werden, bevor man sie ganz absetzen kann. Bei einem Teil der Patienten reicht die alleinige wiederholte Steroidtherapie nicht aus, um die Beschwerden zu bessern (steroidrefraktärer Verlauf) oder ein Ausschleichen der Steroide gelingt nicht, weil bei Dosisreduktion wieder Beschwerden auftreten (steroidabhängiger Verlauf). Dann müssen immunsuppressive Medikamente mit ergänzenden Wirkprinzipien (z. B. Azathioprin, Biologika) eingesetzt werden.

Weitere Immunsuppressiva

Reicht die alleinige Wirkung von 5-ASA-Präparaten und/oder Steroiden nicht aus, dann müssen stärker wirksame Immunsuppressiva bei der Behandlung der Colitis ulcerosa eingesetzt werden. Bei fachgerechter Anwendung sollen Immunsuppressiva einzelne Funktionen des körpereigenen Immunsystems unterdrücken, die bei der Colitis ulcerosa fehlgesteuert sind (siehe genetische Veranlagung). Es kommen in erster Linie Azathioprin und 6-Mercaptopurin zum Einsatz, in Einzelfällen kann als individuelle Therapieentscheidung auch eine Behandlung mit Methotrexat, Ciclosporin oder Tacrolimus erwogen werden. Da die Wirkung von Azathioprin oder 6-Mercaptopurin zeitlich verzögert erst nach ca. 2–3 Monaten eintritt, muss dies unbedingt bei der Verordnung und im Therapieplan berücksichtigt werden. Zumeist wird man daher eine kombinierte Therapie mit Steroiden und Immunsuppressiva bis zur vollen Wirkung benötigen. Immunsuppressiva sind für die Langzeittherapie gedacht, d.h. sie haben vor allem ihre Bedeutung in der Erhaltung einer schubfreien Phase. Die Immunsuppressiva wie Azathioprin und 6-Mercaptopurin können zu relevanten Beeinträchtigungen führen, wie z. B. Entzündungen der Leber oder der Bauchspeicheldrüse, die meist nach dem Absetzen rasch und vollständig abklingen. Auch gerade zu Therapiebeginn werden gehäuft Schwindel und Kopfschmerzen sowie ein leichtes Unwohlsein beschrieben, die sich im Behandlungsverlauf zumeist bessern. Regelmäßige Blutkontrollen (anfänglich wöchentlich, dann monatlich) sind wichtig, um frühzeitig Blutbildveränderungen mit nachfolgend deutlich erhöhter Infektanfälligkeit erkennen zu können. Auch sollten mindestens einmal pro Jahr ein Ultraschall des Bauches sowie eine Vorstellung beim Hautarzt erfolgen.

Mit dem Patienten muss das Vorgehen im Einzelfall genau besprochen werden.

Biologika

Eine weitere wesentliche Säule in der Behandlung der Colitis ulcerosa stellen in den letzten Jahren auch die Biologika dar.

Diese Wirkstoffe verdanken ihren Namen dem Umstand, dass sie auf biologische Weise und nicht durch chemische Synthese hergestellt werden und natürlich vorkommenden Stoffen nachempfunden sind. Etwas irreführend hat man sie daher als „Biologika“ bezeichnet. Diese binden Entzündungs-Botenstoffe wie TNF-alpha oder beeinflussen das Eindringen von

Tab.1: Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bei der Colitis ulcerosa in Abhängigkeit von der Erkrankungsaktivität

Wirkstoff	Akuter Schub	Remissionserhalt
5-ASA	Ja	Ja
Kortikosteroide	Ja	Nein
Immunsuppressiva* (z. B. Azathioprin, 6-Mercaptopurin)	Ja, aber verzögerter Wirkbeginn nach 4–6 Wo.	Ja
Tofacitinib („small molecule“)	Ja	Ja
TNF-alpha Antikörper (Infliximab, Adalimumab, Golimumab**)	Ja	Ja
Vedolizumab	Ja, verzögerter Wirkeintritt	Ja
E.coli Nissle	Nein	Ja***

* Weitere Immunsuppressiva wie Methotrexat, Ciclosporin und Tacrolimus sind formal für die Behandlung der Colitis ulcerosa nicht zugelassen, zeigen bei einzelnen komplizierten Krankheitsverläufen im individuellen Heilversuch ein gutes Ansprechen.

** Golimumab: Zulassung bei mäßig bis leicht ausgeprägter Colitis ulcerosa mit Enddarmbefall

*** nur erstattungsfähig bei dokumentierter Mesalazinunverträglichkeit

entzündungsfördernden Immunzellen in die Darmschleimhaut. Bereits länger zugelassene Vertreter der Biologika sind Infliximab zur Infusionstherapie sowie Adalimumab und Golimumab zur subkutanen Injektion (Spritzen, die in das Unterhautfettgewebe gegeben werden). Infliximab und Adalimumab stehen seit kurzem auch als sogenannte Biosimilars zur Verfügung; sie sind Folgepräparate von Wirkstoffen, deren Patent abgelaufen ist. Im Gegensatz zu den Generika ist aufgrund der komplexen biotechnologischen Herstellungswege großer Eiweißmoleküle wie Infliximab oder Adalimumab das Biosimilar dem Ursprungswirkstoff nur ähnlich, aber nicht identisch wie bei den Generika. Zahlreiche Studien konnten eine vergleichbare Wirksamkeit und ein vergleichbares Nebenwirkungsprofil von Originalpräparat und Biosimilar zeigen.

Als weitere Wirkstoffklasse steht Vedolizumab zur Infusionstherapie zur Verfügung. Der Wirkungseintritt der Biologika erfolgt meist relativ rasch. Vedolizumab benötigt hingegen mindestens 2-3 Monate bis zur vollen Wirkstärke. Weitere TNF-Wirkstoffe befinden sich in der Erprobung. Zumeist ist anfänglich eine kombiniert immunsuppressive Therapie mit Biologika und Steroiden und/oder anderen Immunsuppressiva erforderlich. Da die Immunabwehr nachhaltig durch die Biologika beeinflusst wird, besteht eine erhöhte Infektanfälligkeit, insbesondere für schwere Lungenentzündungen oder andere Infektionen mit atypischen Erregern. Daher sind – wie auch bei den Steroiden und anderen Immunsuppressiva – Voruntersuchungen zum Ausschluss von chronischen Infektionen (Hepatitis B oder C, Humanes Immunodefizienz Virus – HIV oder Tuberkulose) ganz entscheidend. Auch sollte der

Impfstatus grundsätzlich vor Einleitung einer immunsuppressiven Therapie überprüft werden. Die Anwendung von Lebendimpfstoffen (z. B. Masern, Mumps, Röteln, Gelbfieber) ist unter immunsuppressiver Therapie nicht erlaubt, Totimpfstoffe (z. B. Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Grippeimpfung, Pneumococccen) hingegen sind möglich. Allerdings ist das Ansprechen auf eine Impfung unter Umständen schlechter als bei Nicht-Immunsupprimierten. Treten unter einer immunsuppressiven Therapie unklare Beschwerden oder Infektionen auf, sollten die Patienten umgehend ihren behandelnden Arzt befragen oder in dienstfreien Zeiten das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen.

Die aktuell verfügbaren medikamentösen Möglichkeiten zur Behandlung der Colitis ulcerosa sind in Tabelle 1 nochmals zusammenfassend dargestellt.

Wann muss bei einer Colitis ulcerosa operiert werden?

Bei schweren Verläufen einer Colitis ulcerosa, die nur schlecht oder nicht auf die medikamentöse Therapie ansprechen, sollte möglichst frühzeitig auch ein Bauchchirurg in das Behandlungsteam mit einbezogen werden. Eine gut vorbereitete und geplante Operation ist mit deutlich geringeren Komplikationen behaftet als eine notfallmäßig anberaumte. Als Standardoperation bei der Colitis ulcerosa gilt die vollständige Entfernung des Dickdarmes einschließlich des Enddarmes, die sogenannte Proktokolektomie. Bei einer Proktokolektomie wird nach Entfernung des gesamten Dickdarmes ein sogenannter ileoanaler Pouch angelegt, d.h. Ileum und Anus wer-

den aneinander genäht. Zuvor wird aber aus zwei Ileumschlingen eine Tasche gebildet, die als Reservoir zum Eindicken des Stuhles dient, so dass eine reguläre Stuhlentleerung über den natürlichen Ausgang wieder möglich wird.

Müssen Patienten mit Colitis ulcerosa eine Diät einhalten?

Immer wieder fragen sich die Patienten mit Colitis ulcerosa, ob sie eine spezielle Diät einhalten müssen. „Die“ Diät für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ist bisher trotz vieler Versuche und Überlegungen nicht gefunden worden. In akuten Erkrankungsphasen sollte eine leichte und gut verträgliche Kost auf dem Speiseplan stehen. In beschwerdefreien Phasen gibt es keine „offiziellen“ Einschränkungen. Vielmehr ist es für jeden Erkrankten wichtig, seine individuellen Unverträglichkeiten herauszufinden. Hierzu kann das Führen eines Ernährungstagebuchs sehr hilfreich sein. Zum Beispiel besteht in aktiven Krankheitsphasen häufig eine Unverträglichkeit für Milch und Milchprodukte, die sich in Remissionsphasen wieder legt. Nur bei Patienten mit Engstellen im Darm sollten Nahrungsmittel mit sehr langen Fasern (z. B. Spargel, Ananas, Sauerkraut) gemieden werden. Häufig werden auch blähende Gemüse- und Obstsorten nicht vertragen. Wann immer möglich, sollten die Patienten das Angebot zu einem persönlichen Beratungsgespräch bei einem Ernährungsberater nutzen.

Kinderwunsch und Schwangerschaft bei Colitis ulcerosa

Viele Patienten und Patientinnen erkranken im jungen Erwachsenenalter, in dem auch Fragen zur Verhütung, Familienplanung und Schwangerschaft bei dem einen oder anderen eine zentrale Rolle spielen. Grundsätzlich gilt: Familienplanung ist auch mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung gut möglich. Wird die Pille zur Empfängnisverhütung eingenommen, sollte bedacht werden, dass in Phasen der akuten Erkrankung mit vielen Durchfällen die zuverlässige Wirkung der Pille unter Umständen nicht mehr gewährleistet sein kann. Eine Beratung über sichere Verhütungsmethoden – auch in Phasen akuter Schübe – sollte mit dem Frauenarzt besprochen werden.

Besteht Kinderwunsch, dann sollte bei geplanter Schwangerschaft möglichst eine beschwerdefreie Phase vorliegen. In dieser Zeit ist die Fruchtbarkeit gegenüber Gesunden nicht herabgesetzt. In Phasen der akuten Entzündungsschübe oder nach Voroperationen (z. B. nach Proktokolektomie) kann die Fruchtbarkeit leicht reduziert sein. Aber auch eine ungeplante Schwangerschaft sollte keinen Anlass zur Sorge geben. Die Patientinnen sollten möglichst rasch ihren betreuenden Gastroenterologen aufsuchen, um mit ihm die weitere Einnahme ihrer Medikamente zu besprechen. Grundsätzlich gilt: während der Schwangerschaft besteht für Mutter und Kind die höhere Gefahr, dass durch einen nicht kontrollierten Entzündungsschub der Colitis ulcerosa mehr Probleme entstehen als durch eine rechtzeitig angesetzte medikamentöse Therapie. Die Patienten sollten also keineswegs überstürzt ihre Medikamente absetzen.

Manchmal ist auch eine Zweitmeinung hilfreich, gerade dann wenn der behandelnde Arzt in dieser Spezialsituation nicht so viel Erfahrung hat. Bei ersten Fragen zu Medikamenten oder Vererbungsfragen in der Schwangerschaft können auch autorisierte Internetseiten (www.embryotox.de) und genetische Beratungsstellen konsultiert werden.

Die Zeugungskraft von Männern ist in der Regel (Ausnahme z. B. nach großen Operationen im Becken) nicht eingeschränkt. Bei Sulfasalazin (ein dem 5-ASA ähnliches Medikament) kann es bei einem Teil der männlichen Einnehmer zur vorübergehenden Unfruchtbarkeit kommen. Die anderen Medikamente führen bei geplantem Kinderwunsch nicht zu Unfruchtbarkeit oder Impotenz. Ansonsten gelten für die Therapie bei Männern dieselben Empfehlungen wie bei Frauen.

Welche Rolle spielt psychischer Stress auf die Krankheitsentstehung oder die Schubausslösung?

Belastende Situationen in unserem Leben, ob körperlicher oder psychischer Stress, sind nach wissenschaftlichen Untersuchungen nicht primär ursächlich für die Entstehung einer Colitis ulcerosa. Allerdings kann eine Stressbelastung einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben, Schübe können länger andauern und nur verzögert auf die medikamentöse Therapie ansprechen. Nicht vergessen werden darf aber auch die große psychische Belastung, die ein Schub mit hoher Anzahl von Durchfällen und starken Bauchschmerzen auf den Erkrankten ausüben kann.

Psychische Belastungsreaktionen müssen frühzeitig erkannt und behandelt werden. Hier steht die vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient ganz im Mittelpunkt!

Glossar

5-ASA

5-Aminosalicylsäure; Medikament, um die Schleimhautentzündung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, vor allem bei der Colitis ulcerosa, zu unterdrücken.

Anämie

Blutarmut führt zu Hautblässe, Abgeschlagenheit und Leistungsschwäche (bei der Colitis ulcerosa durch sichtbare oder auch nicht sichtbare Blutverluste aus dem Darm hervorgerufen; Blutverluste führen auch zu einem Eisenmangel),

Biologika

Medikamente, die die Wirkung von entzündungsfördernden körpereigenen Botenstoffen (z. B. TNF- α , Integrin) unterdrücken (z.B. Infliximab, Adalimumab, Golimumab, Vedolizumab)

Chromoendoskopie

Endoskopie mit Einsatz von speziellen Oberflächenfarbstoffen, um auffällige Veränderungen deutlicher erkennen zu können

Colitis ulcerosa

häufig chronische, in Schüben verlaufende Entzündung der Dickdarmschleimhaut

Darmflora (Mikrobiom)

Gesamtheit der Bakterien im Darm

Dickdarm (Colon)

Unterer Darm, in dem der Stuhl gebildet wird. Er besteht aus dem Coecum (sackartige Erweiterung am Übergang Dickdarm und Dünndarm), Colon ascendens (rechtsseitiger aufsteigender Teil), Quercolon, Colon descendens (linksseitiger absteigender Teil), Sigma (Krummdarm, zwischen Colon descendens und Rektum) und Enddarm (Rektum), der nach außen führt.

Gastroenterologe

Internist, der auf die Erkennung und Behandlung von Magen-Darm-Erkrankungen spezialisiert ist

Histologie

Untersuchung von Gewebe unter dem Mikroskop

Ileozökalklappe

Klappe zwischen letztem Teil des Dünndarmes und dem Beginn des Dickdarmes

Immunsuppressiva

Medikamente, die die Reaktionen des Immunsystems unterdrücken (z. B. Cortison, Azathioprin, Methotrexat, Cyclosporin, Tacrolimus)

Immunsystem

Verband von Zellen, die für die Abwehr des Körpers gegen fremde Erreger oder auch Fremdstoffe verantwortlich sind

Intravenös

Gabe von Medikamenten und Infusionen über die Vene

Koloskopie

Darmspiegelung

Kortison (auch Kortikoide, Kortikosteroide, Kortisol, Prednisolon oder Budesonid genannt)

stark entzündungshemmende, hormonähnliche Wirkstoffgruppe, die das Immunsystem unterdrückt

Klysma

Einlauf durch den After

Morbus Crohn

häufig chronische, in Schüben verlaufende Entzündung des Darms, die alle Anteile des Darmes befallen kann; am häufigsten erkrankt jedoch der untere Teil des Dünndarms (terminales Ileum) und der Dickdarm

Primär Sklerosierende Cholangitis (PSC)

chronische Entzündung der Gallengänge, kommt vor allem bei Männern mit Colitis ulcerosa vor

Proktokolektomie

operative Entfernung des gesamten Dickdarmes

Rektal

über den Enddarm

Remission

Phase, in der bei chronischen Krankheiten keine Krankheitsaktivität besteht

Suppositorien

Zäpfchen

Ihnen hat dieser Ratgeber gefallen? Sie haben Fragen oder Anregungen? Dann schreiben Sie uns. Mit Ihrer Rückmeldung helfen Sie, diesen Patientenratgeber weiter zu verbessern. Unsere Anschrift: Gastro-Liga e.V., Redaktion „Patientenratgeber“, Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen, E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de

Autoren:

PD Dr. Birgit Terjung
GFO Kliniken Bonn | Betriebsstätte St. Josef-Hospital
Abteilung Innere Medizin – Gastroenterologie
Hermannstraße 37
53225 Bonn

Prof. Dr. Wolfgang Kruis
Evangelisches Krankenhaus Köln-Kalk
Buchforststraße 2
51103 Köln

Interessenskonflikte:

PD Dr. B. Terjung:

Vortragshonorare und Beratung der Firmen Abbvie Deutschland, Wiesbaden; Falk Foundation, Freiburg; Janssen Cilag GmbH, Neuss; Microbiotica GmbH, Inning/Ammersee; MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar; Pfizer GmbH, Berlin; Takeda GmbH, Berlin

Prof. Dr. W. Kruis:

Beratung, Unterstützung bei Studien, Honorar für Vorträge: Abbvie Deutschland, Wiesbaden; Dr. Falk Pharma, Freiburg; Falk Foundation, Freiburg; Ferring Arzneimittel, Kiel; Genetic Analysis, Oslo.

Honorar für Vorträge: Recordati, Ulm; Ardeypharm, Herdecke; Institut Allergosan, Graz; Tillots

Abbildungsnachweis

Abb. 1.: © Prof. Dr. Tilo Andus in der Broschüre „Medizinisches Stichwortverzeichnis zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen“ S86; modifiziert). Mit freundlicher Genehmigung der Falk Foundation e.V.

Weitere Informationen:

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (www.dgvs.de)

Kompetenznetz Darmerkrankungen e.V. (www.kompetenznetz-ced.de)

Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung – DCCV – e.V. (www.dccv.de)

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (www.dge.de)

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (www.awmf.org)

Aufnahmeantrag

an Gastro-Liga e.V. , Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen



Ich möchte in die Gastro-Liga e.V. als Mitglied aufgenommen werden

Name

Vorname

Beruf

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon / Fax

E-Mail

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von €
(jährlicher Mindestbeitrag € 50,00)

Betrag in Worten
wird jährlich per Lastschrift erhoben.

Datum und Unterschrift

Diese Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben elektronisch gespeichert werden.



Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftenmandats für die Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger/Gläubiger:

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung (Gastro-Liga) e.V., Friedrich-List-Str. 13, 35398 Gießen, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE19ZZZ00000452908

Mandatsreferenz-Nr.: * (s.u.)

Ich/Wir ermächtige/n die Gastro-Liga e.V. Zahlungen vom u. g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gastro-Liga e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen

* Die Mandatsreferenz wird mir separat mitgeteilt. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis Lastschrift wird mich die Gastro-Liga e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC:

Name Kreditinstitut:

Datum und Unterschrift

Die Ratgeber-Reihe der Gastro-Liga e.V. wurde erstellt in Kooperation mit Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS).



Gefördert durch die Ernst und Berta Grimmke – Stiftung



Stand: April 2019

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm und Leber sowie von Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung (Gastro-Liga) e.V.

Friedrich-List-Straße 13 | 35398 Gießen | Germany
Telefon: +49 641 - 9 74 81 - 0 | Telefax: +49 641 - 9 74 81 - 18
Internet: www.gastro-liga.de | E-Mail: geschaeftsstelle@gastro-liga.de