



Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED)

Dr. med. Ulrich Scharmer



Wann muss man an eine CED denken?

Leitsymptome von Colitis ulcerosa (CU) und Morbus Crohn (MC)

- Chronische Diarrhö (mit oder ohne Blutbeimengung)
- Bauchschmerzen
 - CU: vorwiegend als Tenesmen (schmerzhafter Stuhldrang)
 - MC: häufigstes Symptom, Schmerzen oft krampfartig
 - DD: Stenose, Appendizitis, Divertikulitis
- Fieber
- Erschöpfung
- Gewichtsverlust
- Extraintestinale Manifestationen



Ein Viertel der Patienten ist bei Beginn der Erkrankung jünger als 18 Jahre.

Diagnostik

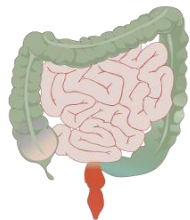


Bei Verdacht auf CU/MC: komplette Ileokoloskopie veranlassen

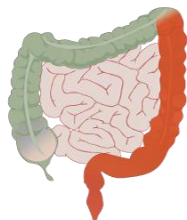
Befallsmuster bei CU und MC

Lokalisation bestimmt klinisches Bild und Therapie

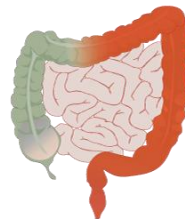
Colitis ulcerosa



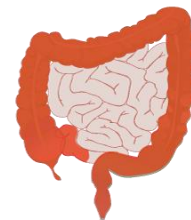
30-40%
Proktitis



30-40%
Linksseitenkolitis



10-20%
Ausgedehnte Kolitis

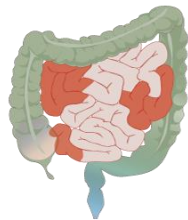


5%
Zusätzlich terminales
Ileum befallen

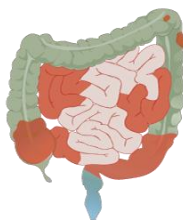
Morbus Crohn*



3-5%
Ösophagus, Magen,
Duodenum



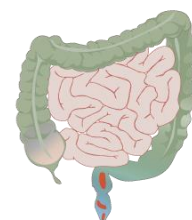
25-30%
Nur Dünndarm



40-55%
Dünndarm und
Dickdarm



20-25%
Nur Dickdarm



30-40%
Enddarm und
Analbereich

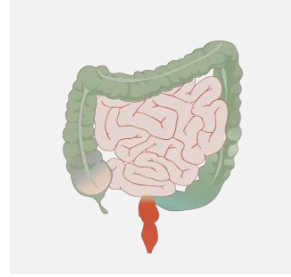
* Summe bei Morbus Crohn >100%

Wichtige Unterschiede zwischen CU und MC

Merkmal	Colitis ulcerosa	Morbus Crohn
Befall des oberen Gastrointestinaltrakts	Nein	Ja
Befall des Dünndarms	Nein (außer „Backwash-Ileitis“)	Ja
Transmurale Entzündung der Mukosa	Nein	Ja
Dünndarmileus	Selten	Häufig
Kolonobstruktion	Selten	Häufig
Perianale Fisteln	Nein	Häufig
Frisches Blut im Stuhl (Hämatochezie)	Häufig	Selten
Abgang von Blut und Schleim	Häufig	Selten

REMISSIONSINDUKTION BEI CU

Leichte bis mäßig schwere CU: Proktitis



Remissionsinduktion

Beginnen mit

- Mesalazin rektal ≥ 1 g/Tag als Suppositorien, Schäume und Einläufe

Wenn Mesalazin rektal nicht ausreicht

- Mesalazin rektal plus topische Steroide (Budesonid rektal)
- Mesalazin rektal plus Mesalazin oral

Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit von Mesalazin

- Budesonid in MMX-Galenik* 9 mg/Tag

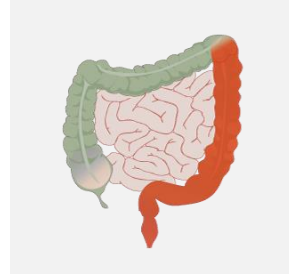
Wenn Remission ausbleibt

- Systemische Glukokortikoide:
pro Tag 0,5–1 mg Prednisolonäquivalent/kg Körpergewicht

*MMX (Multi-Matrix) sorgt dafür, dass der Wirkstoff gleichmäßig im *gesamten* Kolon freigesetzt wird und nicht nur wie bei herkömmlicher Galenik vorwiegend im terminalen Ileum.

Leichte bis mäßig schwere CU: Linksseitenkolitis

Remissionsinduktion



Beginnen mit



- Mesalazin rektal (Einläufe, Schäume):
≥ 1 g/Tag plus oral: ≥ 3 g/Tag
- Tägliche Einmalgabe von oralem Mesalazin der dreimal täglichen Gabe vorziehen
- Topisches Mesalazin den topischen Steroiden vorziehen

Bei Unwirksamkeit oder
Unverträglichkeit von
Mesalazin



- Budesonid MMX 9 mg/Tag

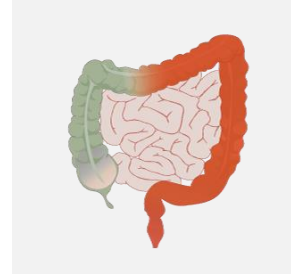
Wenn Remission
ausbleibt



- Systemische Glukokortikoide:
pro Tag 0,5–1 mg Prednisolonäquivalent/kg Körpergewicht

Leichte bis mäßig schwere CU: Ausgedehnte Kolitis

Remissionsinduktion



Beginnen mit

- Mesalazin oral ≥ 3 g/Tag (tägliche Einmalgabe) plus rektal (Einläufe, Schäume)

Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit von Mesalazin

- Budesonid MMX 9 mg/Tag

Wenn Remission ausbleibt

- Systemische Glukokortikoide:
pro Tag 0,5–1 mg Prednisolonäquivalent/kg Körpergewicht

Schwere CU: alle Lokalisationen

Initial systemische Glukokortikoide:
pro Tag 0,5–1 mg Prednisolonäquivalent/kg Körpergewicht

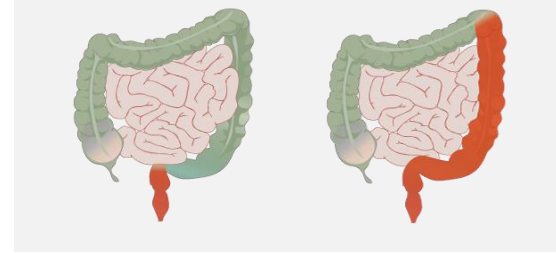
Bei Nichtansprechen auf systemische Kortikoide:
Eskalation **bei Spezialisten**

Bei vollständiger Therapieresistenz:
Proktokolektomie erwägen

REMISSIONSERHALT BEI CU

CU: Proktitis, Linksseitenkolitis

Remissionserhalt



Wenn Schub auf Mesalazin oder Glukokortikoide angesprochen hat

- Mesalazin rektal

Zweitlinientherapie

- Mesalazin oral plus rektal (wegen Verträglichkeit dem Sulfasalazin vorziehen)

Dosierung:

- orale Monotherapie: ≥ 2 g/Tag
- rektale Monotherapie: ≥ 1 g/Tag
- Kombination: 2-mal/Woche rektal 1–4 g, täglich oral 1,5–3 g

Dauer

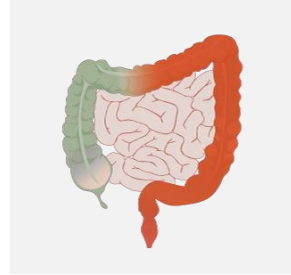
- Wenn wirksam: mindestens 2 Jahre
- Langzeittherapie zur Karzinomprophylaxe anbieten

Wenn Mesalazin nachweislich unverträglich

- E. coli Nissle (EcN)

CU: Ausgedehnte Kolitis

Remissionserhalt



Standard

- Mesalazin rektal und oral

Dauer

- Wenn wirksam mindestens 2 Jahre
- Langzeittherapie zur Karzinomprophylaxe anbieten
- Wenn Mesalazin nachweislich unverträglich: E. coli Nissle

Erneuter Schub,
steroidabhängiger
Verlauf und
Nichtansprechen auf/
Kontraindikationen
gegen systemische
Steroide

- Therapieeskalation **bei Spezialisten**

REMISSIONSINDUKTION BEI MC

MC: Befall der Ileozökalregion

Remissionsinduktion



Niedrige Aktivität

Mittel der Wahl:
orales Budesonid in
magensaftresistenter
Galenik 9 mg/Tag
½ Stunde vor dem
Frühstück (**generell
kein Mesalazin bei MC**)

Mittlere Aktivität

Orales Budesonid*
oder systemische
Glukokortikoide

Wenn Steroide unwirk-
sam oder kontraindiziert/
unverträglich

TNF-alpha-AK

Bei Schub, wenn
Rezidive selten

Erneut Glukokortikoide
plus Immunmodulator

Wenn refraktär gegen
Glukokortikoide und
TNF-alpha-AK: **zu
Spezialisten**

Hohe Aktivität

Initial systemische
Glukokortikoide

Nach Rezidiv

TNF-alpha-AK

Wenn konventionelle
Therapie unwirksam

OP erwägen

Bei Schub, wenn
Rezidive selten

Erneut Glukokortikoide
plus Immunmodulator

Wenn refraktär gegen
Glukokortikoide und
TNF-alpha-AK: **zu
Spezialisten**

*MMX-Galenik bei MC nicht indiziert!

MC: Befall des Kolons

Remissionsinduktion



Beginnen mit



- Systemische Glukokortikoide
- Budesonid in magensaftresistenter Galenik nur bei Befall des proximalen Colon ascendens wirksam. MMX-Galenik von Budesonid bei MC nicht zugelassen

Nach Rezidiv



- Wenn refraktär gegen Glukokortikoide und TNF-alpha-AK: weitere Therapieeskalation **bei Spezialisten**

Bei häufigen Rezidiven



- Keine wiederholten Zyklen von systemischen Glukokortikoiden, sondern u.a. TNF-alpha-AK (**Spezialist?**)

MC: Ausgedehnter Befall des Dünndarms

Remissionsinduktion



Beginnen mit



- Systemische Glukokortikoide, aber auch frühe Gabe von TNF-alpha-AK erwägen

Bei Rezidiv nach schwerer Erkrankung



- TNF-alpha-AK

Bei Hinweisen auf schlechte Prognose



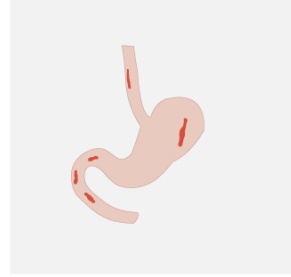
- Früh mit Immunsuppression beginnen

Bei hoher Krankheitsaktivität und schlechter Prognose



- Früh mit TNF-alpha-AK behandeln

MC: Befall von Ösophagus/ Magen/Duodenum



Remissionsinduktion

Niedrige Aktivität



– Protonenpumpenhemmer (PPI) alleine

Schwerere Erkrankung,
refraktär



– Zusätzlich systemische Glukokortikoide oder TNF-alpha-AK

Symptomatische
Strukturen



– Dilatation oder OP

REMISSIONSERHALT BEI MC

MC: Alle Lokalisationen

Remissionserhalt

Strategie abhängig von



- Verlauf (u.a. Häufigkeit und Schweregrad von Schüben)
- Ausdehnung
- Wirksamkeit und Verträglichkeit bisheriger Therapien

Bei ausgedehnter Erkrankung und wenn zur Induktion der Remission ein systemisches Glukokortikoid nötig war



- Azathioprin erwägen

Bei Abhängigkeit von Glukokortikoiden



- Azathioprin oder Methotrexat oder einen TNF-alpha-AK erwägen

Wenn Remission mit Azathioprin plus TNF-alpha-AK erreicht wurde



- Diese Kombination auch zum Erhalt weiter verwenden

MC: Alle Lokalisationen

Behandlung eines Schubs nach Remission, Besonderheiten

Berücksichtigen

- Welche Therapie war initial erfolgreich?
- Zeit bis zum ersten Rezidiv
- Rezidiv unter Therapie mit Immunmodulator?

Frühes Rezidiv (< 6 Monate)

- Immunmodulation beginnen, um Risiko für weitere Rezidive zu senken

Mäßig schweres bis schweres Rezidiv

- TNF-alpha-AK erwägen (bei MC-Dauer < 2 Jahre wirksamer als Azathioprin)
- Infliximab plus Azathioprin wirksamer als Infliximab alleine

Steroidrefraktärer MC

- TNF-alpha-AK, OP-Indikation prüfen
- Infliximab plus Methotrexat (MTX) nicht wirksamer als Infliximab alleine
- MTX nur wenn Azathioprin/TNF-alpha-AK unwirksam/kontraindiziert/unverträglich

VERLAUFSKONTROLLE, KARZINOMSCREENING

Verlaufskontrolle bei CU und MC

Klinisches Bild:
Stuhlhäufigkeit,
Blutbeimengungen, Schmerzen,
Herzfrequenz, Körpertemperatur
sowie psychisches Befinden

Ernährungszustand,
Versorgung mit
Mikronährstoffen
(insbesondere Eisen, Zink
sowie Vitamine B₁₂ und D)

Laborparameter:
u. a. BSG, CRP und
Hämoglobin sowie
die Neutrophilen-
marker Calprotectin/
Lactoferrin

Besondere Kontrollen
(Klinik und Labor) bei
Therapie mit
Azathioprin, MTX und
TNF-alpha-Blockern

Mangelversorgung
häufig bei MC mit Befall
bzw. nach Resektion
des Dünndarms

Karzinomscreening bei CU

Beginn



- Kontrollkoloskopie (möglichst in Remissionsphase)
6–8 Jahre nach Beginn der Symptome

Wenn Krankheitsaktivität
immer auf das Rektum
begrenzt



- Kein Überwachungsprogramm auf Kolonkarzinom

Bei Befall über das
Rektum hinaus



- Endoskopie ab dem 8. Erkrankungsjahr je nach Risiko alle
1–4 Jahre

Primär sklerosierender
Cholangitis (PSC)



- Kontrollendoskopien jährlich

ERNÄHRUNG, SCHMERZTHERAPIE

Ernährung

Ernährungstherapie
(enteral) nur bei
Malnutrition indiziert



Enterale oder parenterale
Ernährungstherapien nicht
primär zur Induktion einer
Remission empfohlen



Weder für CU noch für MC
gibt es eine Diät oder
Ernährungstherapie,
die nachweislich den
Remissionserhalt fördert



Bei Dünndarmbefall
möglich: sekundäre
Unverträglichkeiten auf
Laktose, Fruktose oder Sorbit



Allgemein bei hoch
aktiver Entzündung:
ballaststoffarme Kost



Fischöle nicht
wirksam zum Erhalt
einer Remission



Schmerztherapie bei CU und MC

Wegen der Gefahr, einen Schub auszulösen:
NSAR (z.B. Diclofenac und Ibuprofen) streng vermeiden!

Auch Coxibe bei CEDs kontraindiziert

Leichtere Schmerzen

Paracetamol

Stärkere Schmerzen

Metamizol oder Opiode

Gegen spastische Komponente von Abdominalschmerzen

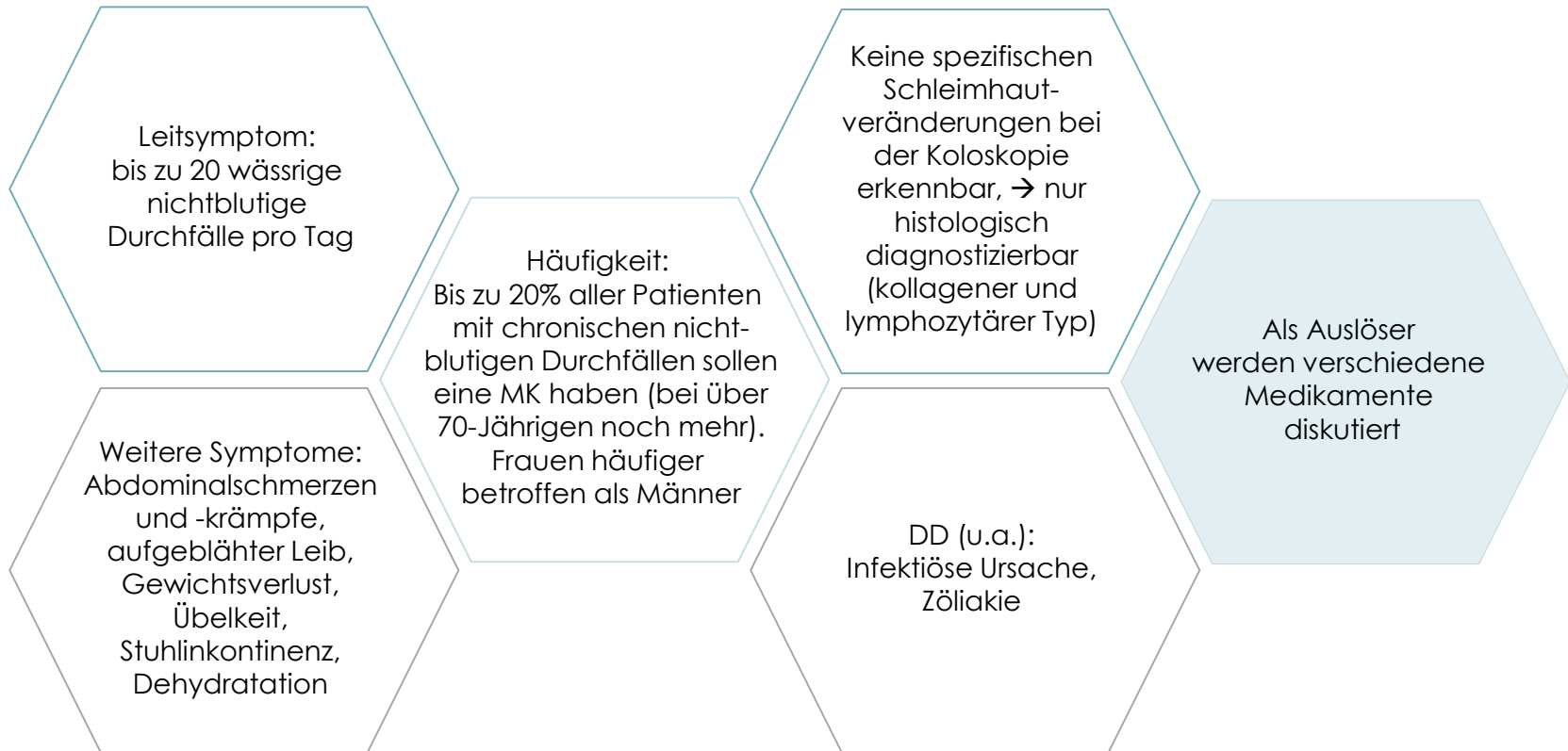
Mebeverin
(zusätzlich, weil nur spasmolytisch, aber nicht analgetisch)



MIKROSKOPISCHE KOLITIS (MK)



Diagnostik, mögliche Auslöser



Wichtige Unterschiede zu CU und MK

- Keine strukturellen Schäden am Darm
- Kein erhöhtes Risiko von Kolonkarzinomen
- Zwei Drittel der Patienten machen nur eine Episode durch

Therapie

Ziel: Verbessern der Lebensqualität durch Senken der Stuhlhäufigkeit unter 3/Tag

Zugelassene Wirkstoffe

- Nur Budesonid 9 mg/Tag bei kollagener MK

In leichteren Fällen (ohne Evidenzbasis)

- Symptomatische Behandlung mit Loperamid
- Eventuell zusammen mit Colestyramin (gegen mögliche chologene Komponente der Durchfälle)

Rezidivprophylaxe

- 6 mg Budesonid/Tag über 6 Monate können Remission erhalten

Ernährungs- empfehlungen (ohne Evidenzbasis)

- Fett- und ballaststoffarme Kost, Meiden von Molkerei- und Weizenprodukten sowie Verzicht auf Koffein und Zucker



mm medizin + medien Verlag GmbH
Geschäftsführung: Dr. Monika von Berg

Autor: Dr. med. Ulrich Scharmer, München

www.hausarzt.digital

Hausärzteverband Baden-Württemberg

Kölner Straße 18 . 70376 Stuttgart

Tel. 0711 – 2174 7500

IMPRESSUM

KONTAKT