

# Colitis ulcerosa und Morbus Crohn

Eine Übersicht über die Krankheitsbilder und ihre Behandlung



Herausgeber

FALK FOUNDATION e.V.



Leinenweberstr. 5  
79108 Freiburg  
Germany

Fax: 07 61/15 14-321

E-Mail: [literaturservice@falkfoundation.de](mailto:literaturservice@falkfoundation.de)

[www.falkfoundation.de](http://www.falkfoundation.de)

© 2015 Falk Foundation e.V.  
Alle Rechte vorbehalten.

56. Auflage 2015

# Colitis ulcerosa und Morbus Crohn

Eine Übersicht über  
die Krankheitsbilder und  
ihre Behandlung

G. Rogler, J. Schölmerich, H. Herfarth



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

**Autoren:**

Prof. Dr. Dr. G. Rogler  
Universitätsspital Zürich  
Klinik für Gastroenterologie  
und Hepatologie  
Rämistr. 100  
8091 Zürich  
Schweiz

Prof. Dr. J. Schölmerich  
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-  
Universität Frankfurt  
Theodor-Stern-Kai 7  
60596 Frankfurt

H.H. Herfarth, M.D.  
Professor of Medicine  
Department of Medicine  
Division of Gastroenterology and  
Hepatology  
University of North Carolina  
School of Medicine  
4151 Bioinformatics Building  
130 Mason Farm Road  
Chapel Hill, NC 27599-7080  
USA

Mitautoren der 1.–38. Auflage  
Prof. Dr. A. Fürst, Dr. P. Hoppe-Seyler,  
Prof. Dr. M. Lausen

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	5
<b>Die Namen: Colitis ulcerosa – Morbus Crohn</b> ..	7
<b>Der Verdauungstrakt</b> .....	9
<b>Die Symptome</b> .....	12
Der Darm	
Andere Organe	
Die Colitis ulcerosa	
Der Morbus Crohn	
<b>Die Untersuchungsmethoden</b> .....	17
Klinische Untersuchung	
Labormethoden	
Ultraschall	
Endoskopie	
Gastroskopie	
Koloskopie	
Rektoskopie	
Röntgenuntersuchungen	
Magnetresonanztomografie (MRT)	
Computertomografie (CT)	
Kapselendoskopie	
Doppelballonendoskopie	
Endosonografie	
Die Verlaufskontrollen	
<b>Die Ursachen</b> .....	30
Die Darmerkrankungen	
Die Folgeerscheinungen	
Die Komplikationen	

---

<b>Die Behandlung</b> .....	34
Colitis ulcerosa .....	34
• Medikamente	
• Nebenwirkungen	
• Operation	
• Diät	
Morbus Crohn .....	41
• Medikamente	
• Ernährungstherapie	
• Operation	
• Mangelerscheinungen	
Psychotherapie .....	46
<b>Besondere Probleme</b> .....	47
Der Verlauf	
Fisteln	
Osteoporose	
Darmerkrankungen in der Kindheit	
Das Krebsrisiko	
Die psychische Belastung	
Selbsthilfegruppen	
Arbeitsfähigkeit und Beruf	
Die Freizeitgestaltung	
Das Sexualleben	
Fortpflanzung und Vererbung	
Schwangerschaft	
Der künstliche Darmausgang	
<b>Auf was der Patient achten muss</b> .....	57
<b>Glossar</b> .....	59
<b>Selbsthilfevereinigungen</b> .....	62

## Vorwort

Chronische Erkrankungen stellen eine Belastung für die betroffenen Patienten und deren Familien sowie eine Herausforderung für den behandelnden Arzt dar. Dies gilt insbesondere für Erkrankungen, deren Ursache weitgehend ungeklärt ist und die so selten sind, dass in einer normalen hausärztlichen Praxis nur wenige Patienten mit einem solchen Leiden vorhanden sind.

An einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung leidet etwa einer von 250–500 Menschen in Mitteleuropa.

Wird man als Betroffener mit der Diagnose „chronisch entzündliche Darmerkrankung“ konfrontiert, herrscht zunächst große Unsicherheit. Was bedeutet es, eine chronische Erkrankung zu haben? Welchen Verlauf wird sie vermutlich nehmen? Wie wird sie das Leben beeinflussen? Welche Einschränkungen des Lebens werden sich ergeben? Dies sind Fragen, die sich den Betroffenen mit einer solchen Diagnose aufdrängen. Eine Umfrage bei Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen ergab, dass die Mehrzahl der Betroffenen das Gefühl hat, nicht genug über die Krankheit informiert zu sein. Eine Informationsbroschüre kann das persönliche Gespräch mit einem Arzt Ihres Vertrauens nicht ersetzen, sie kann jedoch als zusätzliche Informationsquelle dienlich sein und helfen, Unsicherheiten und Angstgefühle in konkrete Fragen umzuwandeln, die dem Arzt gestellt werden können.

Eine solche Informationsquelle soll Ihnen die folgende Broschüre an die Hand geben. Sollte Sie jedoch das Lesen dieser Broschüre unbefriedigt lassen und Ihre Fragen nicht beantworten, lassen Sie es uns bitte wissen. Ihre Meinung ist uns wichtig, um diese Broschüre für die Zukunft verbessern zu können.



## Die Namen: Colitis ulcerosa – Morbus Crohn

Sie oder einer Ihrer Angehörigen wurden mit der Diagnose einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung, am häufigsten wohl mit der Diagnose Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa, konfrontiert. Diese Namen erscheinen zunächst fremd und es ist schwer, sich darunter etwas vorzustellen. Es handelt sich um chronische Entzündungen der Darmschleimhaut, die jeweils ganz besondere Eigenschaften aufweisen.

### Was die Namen bedeuten

Die Verwendung unterschiedlicher Namen ist dadurch begründet, dass die Erkrankungen oft nach der Stelle des Darms benannt werden, die entzündet ist. Die Schemazeichnung auf Seite 11 zeigt Ihnen die Organe des Verdauungstrakts und die Namen seiner einzelnen Abschnitte. Der **Dünndarm** ist normalerweise 3–5 m



*Dr. Burrill B. Crohn*

---

lang, der **Dickdarm** 1,5 m. Man unterscheidet zwei Hauptformen der entzündlichen Darmerkrankungen: erstens die **Colitis ulcerosa**, eine Entzündung (= -itis), die nur den Dickdarm (= **Colon**) befällt und mit der Ausbildung von Geschwüren (= **Ulcera**) einhergeht. Wenn die Erkrankung nur den Enddarm betrifft, nennt man sie auch **Proktitis** (Proktos = Mastdarm).

Nach ihrem Entdecker, dem amerikanischen Gastroenterologen **Burrill B. Crohn**, ist die zweite Erkrankung benannt, die alle Abschnitte des Verdauungskanals vom Mund bis zum After befallen kann, der **Morbus Crohn (Morbus = Krankheit)**. Je nachdem, welche Darmanteile befallen sind, spricht man auch von Ileitis, Colitis, Ileocolitis oder Enteritis Crohn.

## Der Verdauungstrakt

### Was Sie über den normalen Verdauungstrakt wissen sollten:

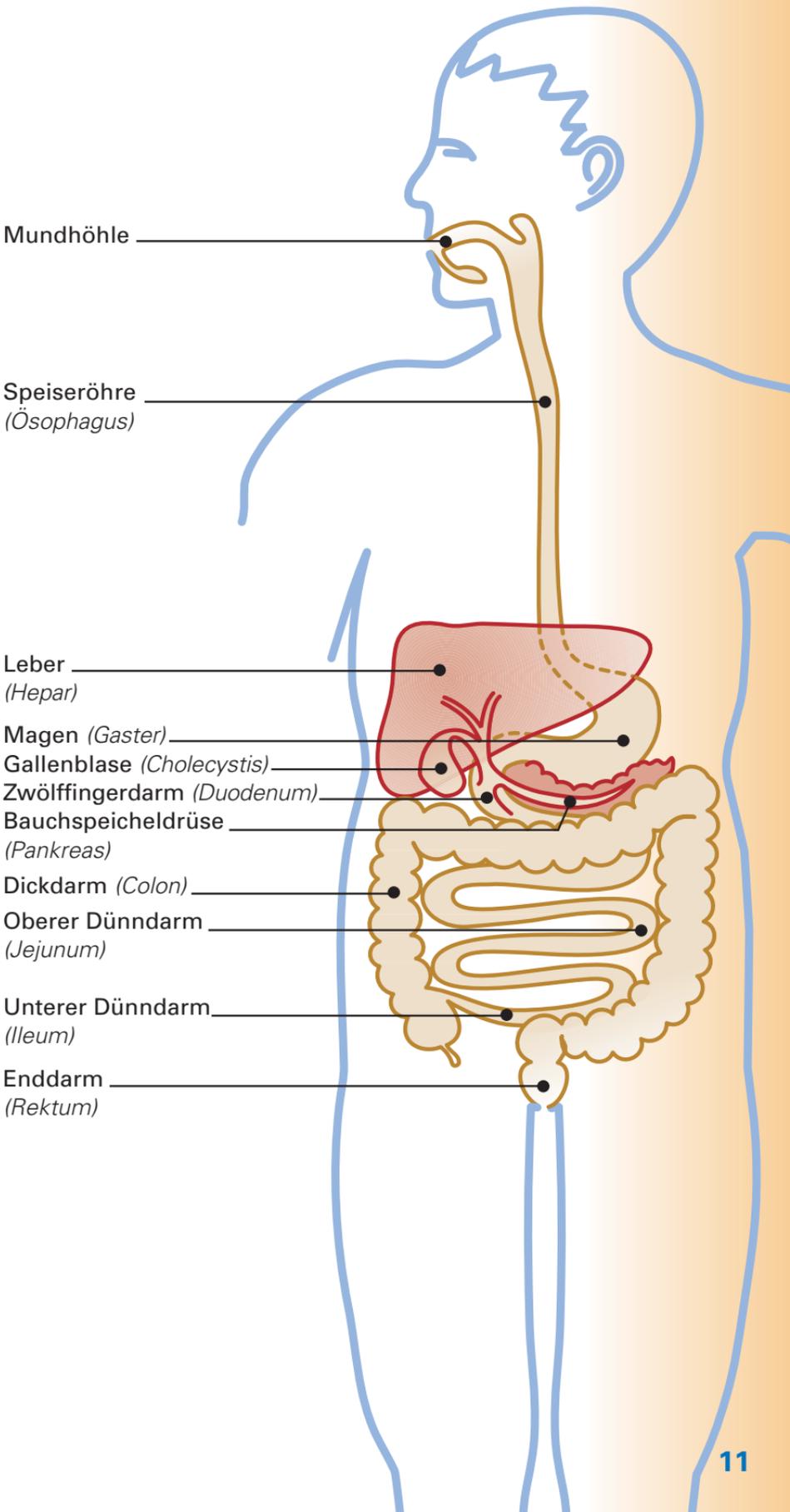
Der **Verdauungskanal** beginnt im Mund. Dort wird die Nahrung zerkleinert und mit Speichel vermischt, wodurch sie gleitfähiger und teilweise bereits verdaut wird. Die Speiseröhre (= Ösophagus) transportiert die Nahrung durch wellenförmige Wandbewegungen bis in den Magen. Dort wird der Magensaft zugemischt. Dieser enthält Säure, Schleim und verschiedene eiweißspaltende Stoffe (Enzyme). Im Zwölffingerdarm (= Duodenum) werden der Saft der Bauchspeicheldrüse (Pankreas), der noch mehr Verdauungsenzyme enthält, und Galle zugesetzt. Die Gallenflüssigkeit stellt vor allem die sogenannten Gallensäuren für die Fettverdauung bereit. Alle diese Funktionen werden bei der **Colitis ulcerosa** sehr selten (durch eine begleitende Erkrankung der Gallenwege), beim **Morbus Crohn** gelegentlich gestört.

Im **oberen Dünndarm (= Jejunum)** werden die Fette, die Eiweißabbauprodukte, die Zucker, die fettlöslichen Vitamine (A, D, E, K) und einige Spurenelemente und Mineralien aufgenommen (= resorbiert). Nur im **unteren Dünndarm (= Ileum)** werden das Vitamin B<sub>12</sub> und Gallensäuren in den Körper aufgenommen. Diese Funktion ist bei Betroffenen mit **Morbus Crohn** manchmal gestört. Funktionseinschränkungen des oberen Dünndarms treten seltener auf. Allerdings kann eine mangelnde Aufnahme der genannten Gallensäuren im unteren Dünndarm die Verdauung von Fetten und fettlöslichen Vitaminen im oberen Dünndarm beeinträchtigen.

---

Der **Dickdarm (= Colon)** hat im Wesentlichen die Aufgabe, Wasser und Mineralstoffe in den Körper aufzunehmen und den Stuhl einzudicken. Schließlich wird der Stuhl im **Enddarm (= Sigma + Rektum)** geformt. Der **Darmausgang (= Anus, After)** hält den Stuhl durch Schließmuskeln bis zum willkürlichen Stuhlgang zurück. Diese Funktionen können beim Morbus Crohn und bei der Colitis ulcerosa beeinträchtigt sein. Dies kann dann zum ungewollten Abgang von Winden oder Stuhl führen.

*Die Verdauungsorgane des Menschen* ▷



---

# Die Symptome

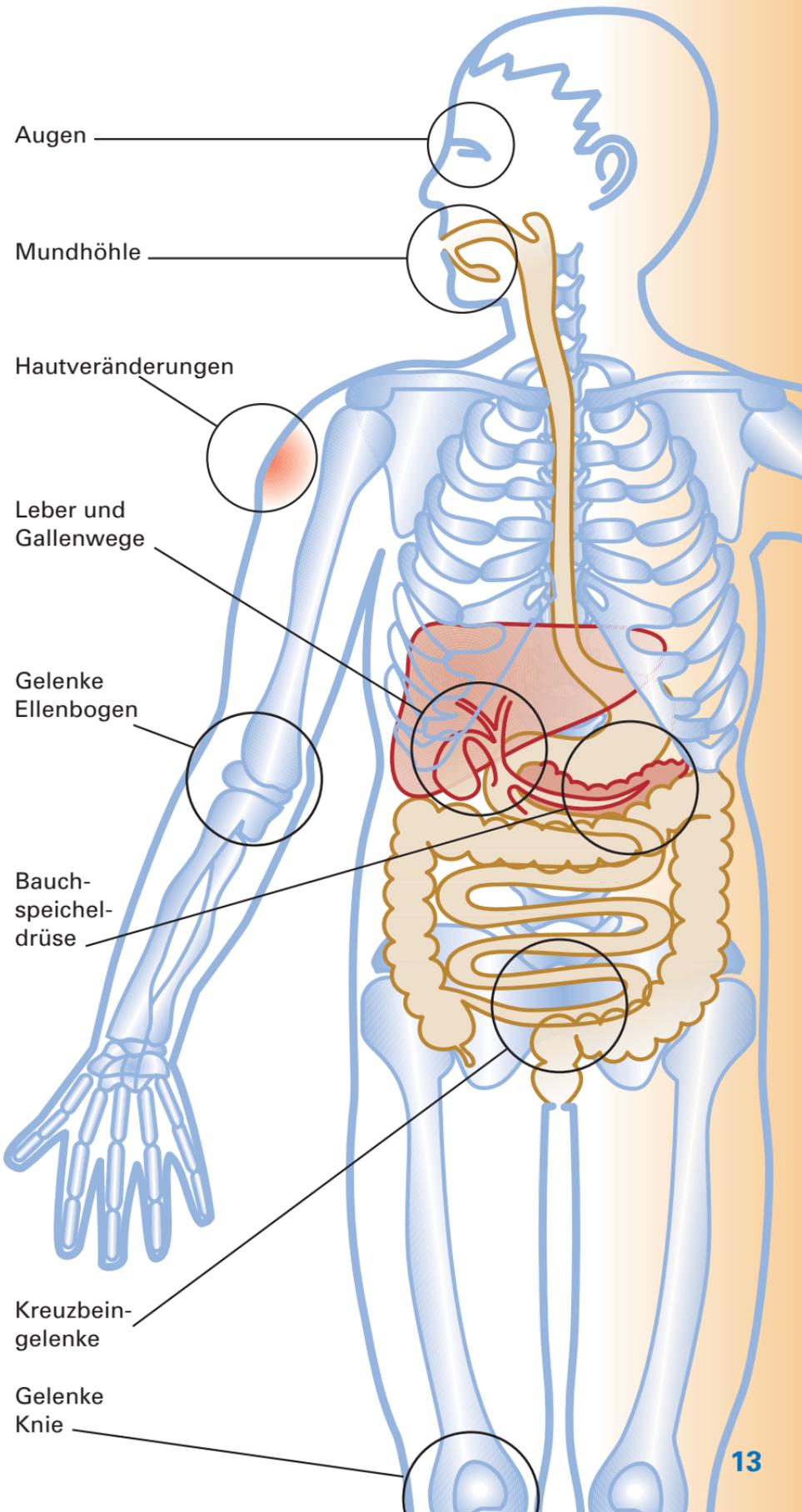
## Wie äußern sich eine Colitis ulcerosa oder ein Morbus Crohn?

Sowohl die Colitis ulcerosa als auch der Morbus Crohn sind durch eine Entzündung der Darmschleimhaut charakterisiert. Daher sind manche Krankheitserscheinungen bei beiden Erkrankungen sehr ähnlich. Allerdings gibt es auch grundlegende Unterschiede, da die Art, die Ausdehnung und der Ort der Entzündung zwischen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn unterschiedlich sind.

Neben **allgemeinen Krankheitszeichen**, wie Leistungsabfall, Müdigkeit, Appetitverlust und gelegentlich Fieber, sind die wesentlichen **Krankheitszeichen** direkt durch die Erkrankung des Darms bedingt. Es sind dies:

**Stuhlgangunregelmäßigkeiten** mit schleimigen bis blutigen Stuhlgängen bis hin zu heftigen **Durchfällen**. **Bauchschmerzen**, die teils von einer bestimmten Stelle ausgehen, teils den gesamten Bauch erfassen und sowohl krampfartig als auch dauernd auftreten. Auch **Übelkeit** bis zum Erbrechen ist nicht selten. Der entzündungsbedingte Blutverlust über den Darm, oft nur als verstecktes Blut im Stuhl mit speziellen Testmethoden nachweisbar, bewirkt die Ausbildung einer **Blutarmut**, einer Anämie. Da mit dem Blut stets Eisen verloren geht, fehlt dem Knochenmark das notwendige Eisen zur Blutneubildung. Es entsteht also eine sogenannte **Eisenmangelanämie**.

*Beteiligung anderer Organe bei entzündlichen Darm- ▶  
erkrankungen (= extraintestinale Manifestationen)*



Augen

Mundhöhle

Hautveränderungen

Leber und  
Gallenwege

Gelenke  
Ellenbogen

Bauch-  
speichel-  
drüse

Kreuzbein-  
gelenke

Gelenke  
Knie

---

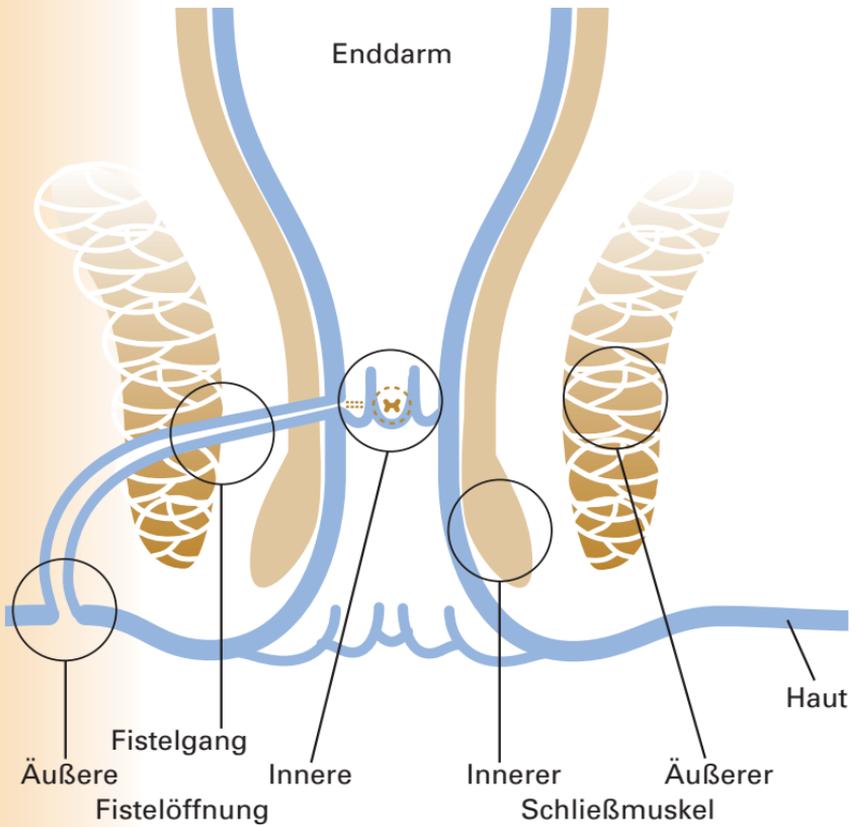
Bei beiden Erkrankungen können **Auswirkungen** jedoch nicht nur am Darm auftreten, sondern auch an **anderen Stellen des Organismus**. So kommt es gelegentlich zu Entzündungen im Bereich der großen und kleinen Gelenke der Arme und Beine ebenso wie der **Gelenke** der Wirbelsäule und des Beckens. Folge dieser Gelenkentzündungen sind Schwellungen der Gelenke, Schmerzen und Bewegungseinschränkungen. Auch die **Haut** kann im Rahmen einer Darmentzündung mitreagieren, z. B. in Form von schmerzhaften lila-roten Hautverdickungen, die in der Regel an Armen und Beinen auftreten (Erythema nodosum), oder in Form von tiefen Geschwüren (Pyoderma gangraenosum).

Etwas seltener finden sich Entzündungen im Bereich der **Augen**, insbesondere an der Regenbogenhaut und an der Bindehaut. Bei der **Colitis ulcerosa** und dem **Morbus Crohn** treten manchmal uncharakteristische Begleitentzündungen des Lebergewebes auf. Sehr selten können auch die **Gallengänge** mit einer vernarbenden Entzündung reagieren und dadurch eine Gelbsucht und Verdauungsstörungen bewirken (primär sklerosierende Cholangitis, PSC). Ebenfalls sehr selten treten Entzündungen des Herzbeutels oder der Bauchspeicheldrüse sowie Venenthrombosen auf.

Die **Colitis ulcerosa**, die nur den Dickdarm befällt, ist beim akuten Krankheitsschub mehr durch blutig-schleimige Stuhlentleerungen charakterisiert. Das Ausmaß der **Durchfälle** ist meist von der Entzündungsaktivität und der Ausdehnung der Entzündung abhängig. Ist der gesamte Dickdarm entzündet, treten besonders heftige Durchfälle auf. Ist nur der Endteil des Dickdarms (der Mastdarmbereich) bei der sogenannten Proktitis entzündet, so kann der Stuhlgang noch geformt sein. Auch hier sind jedoch bereits Blutspuren im Stuhl feststellbar.

Der **Morbus Crohn**, der sowohl am Dünndarm als auch am Dickdarm auftreten kann, verläuft in der Anfangsphase oft eher symptomarm. Insbesondere dann, wenn der Dickdarm nicht oder nur wenig entzündet ist, treten keine Durchfälle auf. Im Vordergrund stehen meist **Bauchschmerzen**, die gelegentlich mit einer Blinddarmentzündung verwechselt werden. Beim **Morbus Crohn** kommt es früh zu Störungen der Nahrungsaufnahme und damit zu Gewichtsverlusten. Gelegentlich treten **Entzündungen in der Afterregion** mit Fistel- und Abszessbildung auf. Eine Fistel bedeutet dabei einen Gang, der eine Kurzschlussverbindung zwischen zwei Darmabschnitten, zwischen dem Darm und der Haut oder zwischen dem Darm und der Harnblase darstellt (siehe Abbildung Seite 16).

Nässende, Eiter-absondernde Fisteln im Bereich des Afters, die wiederkehrend auftreten, sollten stets Anlass zu weiteren Untersuchungen des Darms sein. Ein Arzt, dem einige der bisher genannten Krankheitserscheinungen geschildert werden, wird den Verdacht auf das Vorliegen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung äußern.



*Fisteln am After bei Morbus Crohn (schematisch)*

## Die Untersuchungsmethoden

### Was kann der Arzt nun tun, um die Art und das Ausmaß einer solchen Erkrankung festzustellen?

Er wird Ihnen als Patienten zunächst erklären, dass jetzt „**Diagnostik**“ betrieben werden müsse, also verschiedene Untersuchungen durchzuführen seien.

Als Erstes wird er Sie **untersuchen**, d. h., er wird den gesamten Körper, insbesondere den Bauch und auch den Enddarm, ab- und austasten, abhören und beklopfen. Damit kann er bereits beurteilen, ob Haut, Schleimhaut, Augen und Gelenke Krankheitserscheinungen aufweisen. Im Bereich des Bauchs kann er die Schmerzen lokalisieren und die Leber ebenso wie die Darmtätigkeit beurteilen. Im Afterbereich kann er Entzündungen sehen und bei der Austastung mit dem Finger auch Blutspuren erkennen.

Danach wird er Blut und Urin von Ihnen benötigen, um **Laboruntersuchungen** durchzuführen. Die Blutsenkungsgeschwindigkeit, die Zahl der weißen und roten Blutkörperchen sowie die Blutplättchen (das sog. Blutbild), die Eiweißzusammensetzung des Bluts (die sog. Elektrophorese und das C-reaktive Protein [CRP]) sowie speziellere Laborwerte wie der Eisenspiegel, Vitamine (insbesondere Vitamin B<sub>12</sub>, Folsäure) und Spurenelemente (insbesondere Zink) zeigen an, ob allgemeine Entzündungszeichen, Störungen der Nahrungsaufnahme im Darm oder eine versteckte, chronische Blutung vorliegen. Die Urinuntersuchung ermöglicht eine Beurteilung der Nieren und der ableitenden Harnwege. Der Nachweis eines Entzündungsfaktors im Stuhlgang, des sogenannten Calprotectin, deutet auf das Vorliegen

---

einer Darmentzündung hin. Bei funktionellen Störungen ohne Entzündung ist es nicht erhöht. Calprotectin wird von Entzündungszellen produziert, die bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen in die Darmwand einwandern. Es zeigt an, wie stark die Darmwand entzündet ist. Allerdings werden nicht nur bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, sondern auch bei Virusinfekten des Darms oder bei akuten bakteriellen Durchfallerkrankungen erhöhte Werte gefunden.

Bestätigen die genannten Untersuchungen den Verdacht auf das Vorliegen einer entzündlichen Darmerkrankung, so werden **weitere Untersuchungsmethoden** herangezogen. Sie sollen die Art der Erkrankung genauer klären und den Ort der Erkrankung im Magen-Darm-Bereich, d. h. die Ausdehnung, feststellen.

Die am wenigsten belastende Untersuchungsmethode ist hier die **Ultraschalluntersuchung des Bauchs**, die sogenannte Sonografie. Darmausweitungen und Verdickungen der Darmwand, Leberveränderungen, Steine im Bereich der Gallenblase und der Niere, Abszessbildungen und Abfluss-Störungen aus der Niere können meist gut erkannt werden. Diese Untersuchung ist völlig unschädlich und beliebig oft wiederholbar. Daher können Befunde immer wieder kontrolliert werden. Der Ultraschall ist hervorragend zur Verlaufskontrolle eines Morbus Crohn geeignet und kann vielfach eine Darmspiegelung ersetzen.

Wenn es darum geht, die **Art und die Ausdehnung** einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung festzustellen, muss der Ort der Entzündung dargestellt werden. Dazu sind mehrere Untersuchungsarten verfügbar: einmal die Spiegelung (**Endoskopie**) des Magen-Darm-Trakts, zum anderen **Röntgenuntersuchungen** oder



### **Sonografie:**

Längsschnitt eines flüssigkeitsgefüllten, erweiterten Darms mit einer Engstelle (Stenose). Im Längsschnitt sieht man die Stenosierung als dünnes unregelmäßig begrenztes schwarzes Band (siehe Pfeil). Hierbei entspricht das schwarze Band der Restöffnung des Darms. Wie auf dem Querschnitt erkennbar, ist die Darmwand im Bereich der Stenose deutlich verdickt (8–10 mm; normale Darmwanddicke im Ultraschallbild 1,5–3 mm). (Die Bilder wurden freundlicherweise von Prof. Dr. K. Schlottmann, Innere Klinik I, Katharinen-Hospital Unna zur Verfügung gestellt).

sogenannte „Schnittbildverfahren“ wie Computertomografie oder Kernspintomografie (auch Magnetresonanztomografie, MRT).

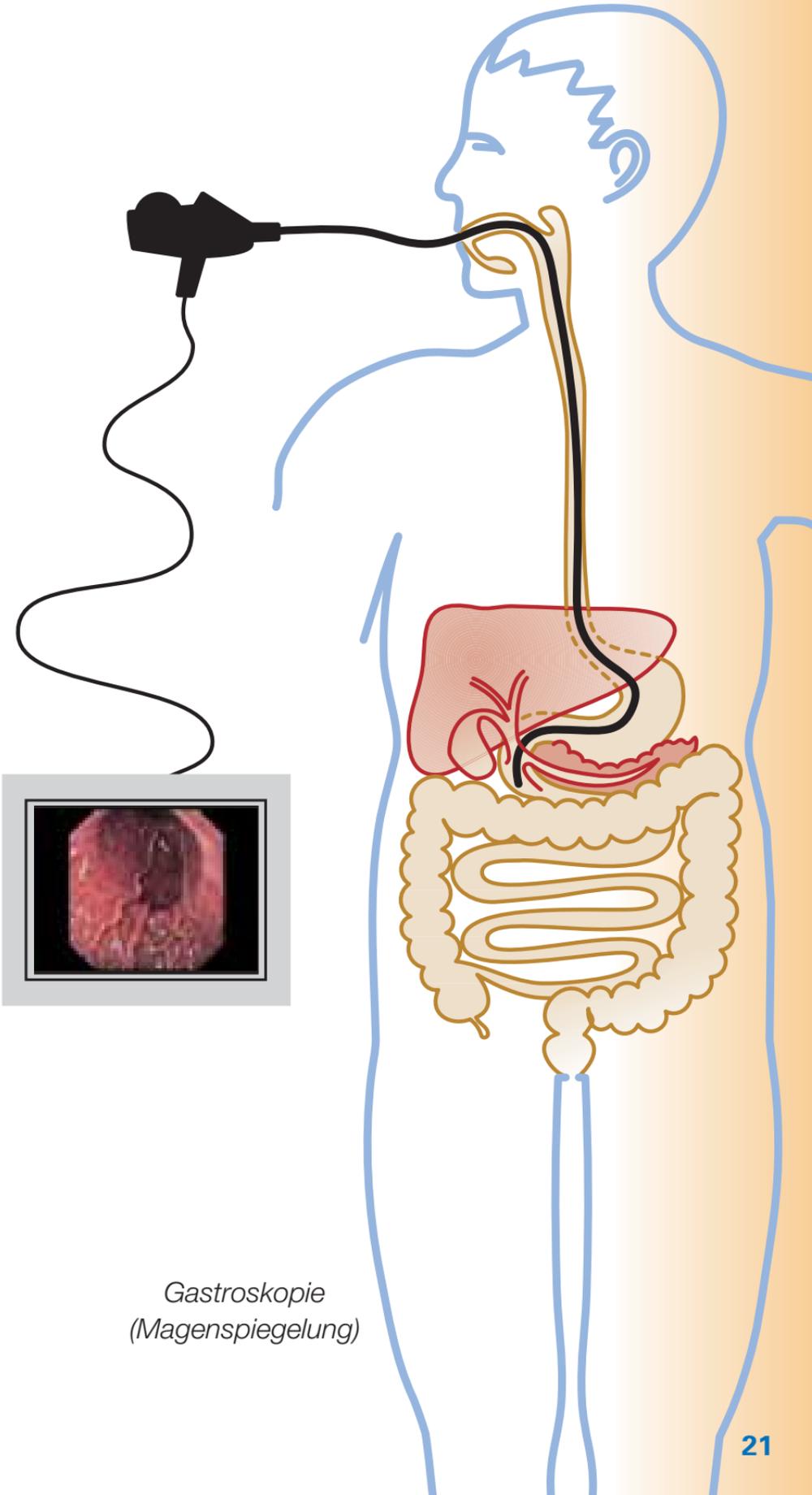
Die **Magenspiegelung (Gastroskopie)** kann die Speiseröhre, den Magen und den Zwölffingerdarm darstellen. Mit der **Dickdarmspiegelung (Koloskopie)** sind vom Mastdarm aus alle Dickdarmabschnitte und in der Regel

---

auch die letzten Zentimeter des Dünndarms, das sogenannte terminale Ileum, zugänglich. Man verwendet dazu schlauchartige, biegsame Geräte (Endoskope) mit einem Durchmesser von 9–12 mm. In diesen Präzisionsgeräten sind optische Systeme an der Spitze mit einem Monitor verbunden. Über Glasfaserbündel wird Licht in den Magen oder Darm eingespiegelt und das zu erkennende Bild nach außen auf einen Monitor geleitet. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit über einen zusätzlichen Kanal ein dünnes Gerät zur Entnahme von Gewebeproben, eine sogenannte Biopsiezange, einzuführen.

Mithilfe dieser endoskopischen Untersuchungen kann also die Schleimhaut des Magens und Dickdarms direkt betrachtet werden. Dabei lassen sich die normale Schleimhaut und entzündete Schleimhautabschnitte meist gut erkennen. Zusätzlich können aus den veränderten Schleimhautbezirken Gewebeproben entnommen und einer **feingeweblichen Untersuchung (Histologie)** zugeführt werden. Diese direkte Untersuchung von Schleimhautproben unter dem Mikroskop ermöglicht es festzustellen, ob eine Entzündung vorliegt, ob sie schwerwiegend ist und welcher Art die Entzündung ist. Es kann also eine chronisch entzündliche Darmerkrankung festgestellt werden, und in der Regel auch zwischen **Colitis ulcerosa** und **Morbus Crohn** unterschieden werden.

Bei der **Gastroskopie** (siehe Abbildung Seite 21), der Magenspiegelung, wird das Gerät über den Mund, die Speiseröhre und den Magen bis in den Zwölffingerdarm vorgeführt. Diese Untersuchung muss am nüchternen Patienten durchgeführt werden, damit keine Speisereste die Beurteilbarkeit der Schleimhaut beeinträchtigen. Die Untersuchung ist schmerzlos. Unangenehm sind jedoch ein Druckgefühl im Hals beim Einführen des Geräts



*Gastroskopie  
(Magenspiegelung)*

---

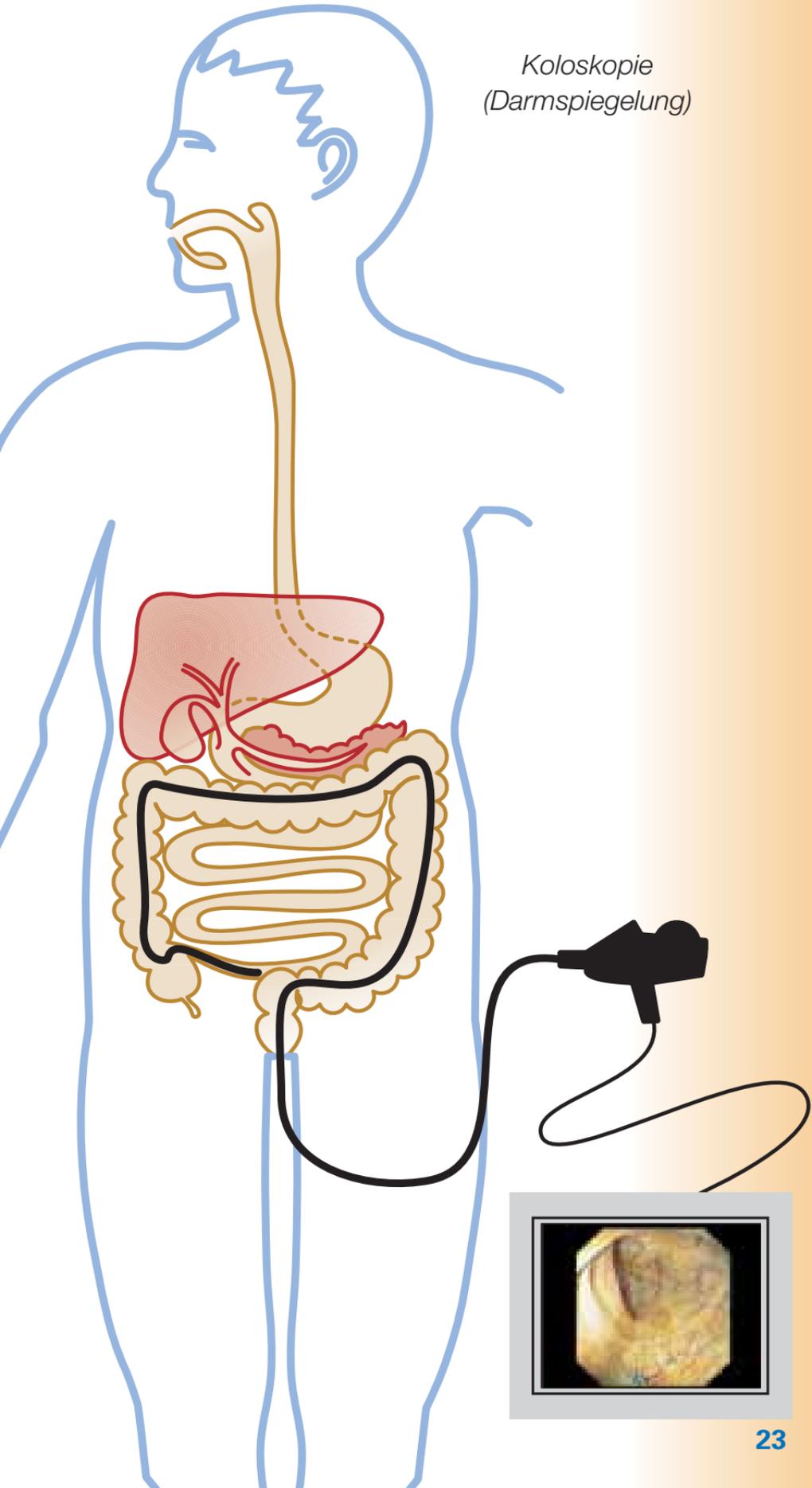
sowie ein gewisser Druck in der Magengegend. Durch geeignete Medikamente lassen sich diese Unannehmlichkeiten weitgehend abmildern.

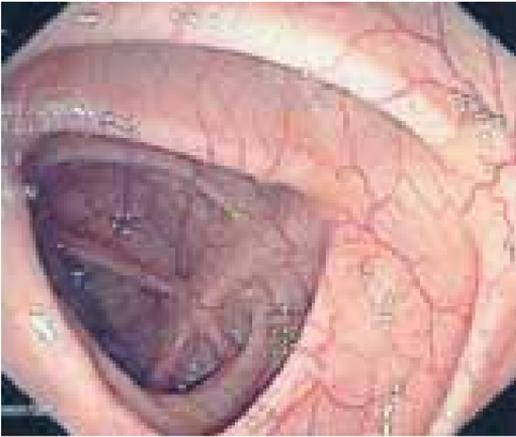
Bei der **Koloskopie** (siehe Abbildungen Seite 23 und 24), der Darmspiegelung, wird das Endoskop über den After durch den Mastdarm und den gesamten Dickdarm bis zur Einmündung des Dünndarms vorgeschoben. Nach Passieren der Verbindungsstelle zwischen Dünn- und Dickdarm, der sogenannten Ileozökalklappe, kann auch der Endteil des Dünndarms beurteilt werden. Für diese Untersuchung ist eine intensivere Vorbereitung nötig. Man darf 24 Stunden vorher keine feste Nahrung mehr zu sich nehmen. Am Tag vor der Untersuchung kann man frühstücken. Mittags sollte man nur noch eine Suppe zu sich nehmen. Am Nachmittag muss der Patient dann eine geeignete Spüllösung (3–5 l) trinken, um den Darm zu reinigen. Es gibt unterschiedliche Spüllösungen mit unterschiedlichem Geschmack. Im Anschluss darf nur noch Mineralwasser oder Tee getrunken werden.

Bei der **Dickdarmspiegelung** können auch Schmerzen auftreten, insbesondere dann, wenn Verwachsungen im Bauchraum vorliegen. Durch das Spritzen von Schmerz- und Beruhigungsmitteln lässt sich die Untersuchung jedoch nahezu schmerzfrei gestalten.

Die **Rektoskopie** ist die Spiegelung des Mastdarms, bei der lediglich die letzten 5–10 cm des Enddarms betrachtet werden. Häufiger wird jedoch eine **Sigmoidoskopie**, mit der die letzten 30–40 cm des Dickdarms eingesehen werden können, durchgeführt. Vor beiden Untersuchungen wird der Darm mit einem Einlauf gereinigt und entweder ein kurzes starres Rohr (Rektoskop) oder ein flexibles kurzes Endoskop (Sigmoidoskop) eingeführt. Bei beiden Untersuchungen können Gewebe-

Koloskopie  
(Darmspiegelung)





*Colon,  
Normalbefund*



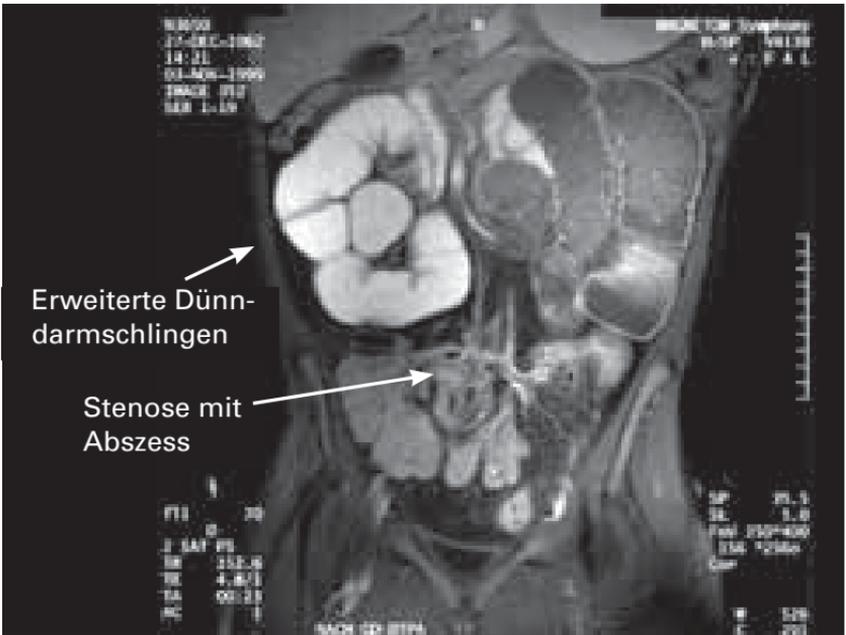
*Morbus Crohn,  
chronische  
Entzündung mit  
Pseudopolypen*



*Colitis ulcerosa,  
schwergradig ent-  
zündete Schleimhaut*

proben entnommen werden. Für die Beurteilung von Entzündungen im Enddarmbereich sind beide Methoden geeignet und jeweils zur Verlaufskontrolle ausreichend.

**Röntgenuntersuchungen** stellen eine andere Möglichkeit dar, den Magen-Darm-Trakt zu untersuchen. Bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen hat die Darstellung des Dünndarms besondere Bedeutung. Am häufigsten wird heute in Deutschland und Mitteleuropa die **Kernspintomografie** oder **Magnetresonanztomografie (MRT)** durchgeführt. Sie ermöglicht eine gute Beurteilung des Dünndarms, ohne dass eine Strahlenbelastung stattfindet (siehe Abbildung Seite 26). Das ist bei den jungen Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen besonders wichtig, da die Erkrankung über viele Jahre Probleme machen kann und daher immer wieder solche Untersuchungen nötig werden. Die Sonde, die früher durch den Magen in den Dünndarm eingeführt werden musste, ist heute nicht mehr notwendig. Mit der MRT können auch Befunde außerhalb des Darms wie Fisteln oder vergrößerte Lymphknoten sehr gut beurteilt werden. In Akutsituationen oder beim Verdacht auf einen Eiterherd (Abszess) kann auch die Durchführung einer **Computertomografie (CT)** notwendig werden. Sie kann schneller durchgeführt werden und zeigt Eiteransammlungen besser, ist aber für die Beurteilung des Dünndarms etwas weniger geeignet und geht mit einer gewissen Strahlenbelastung einher. Diese Strahlenbelastung ist bei der Durchführung einer CT noch nicht sehr hoch. Mit steigender Zahl von Untersuchungen kann sie jedoch ein Problem darstellen.



*MRT-Enteroklysma mit Darstellung eines deutlich erweiterten Dünndarms. Es zeigt sich ein Aufstau des Kontrastmittels (in diesem Fall Ananassaft) vor einer Engstelle (Stenose). Zusätzlich hat sich bei der Stenose ein Abszess gebildet.*

Zwei neuere endoskopische Verfahren sind die **Kapselendoskopie** und die **Doppelballonenteroskopie**. Mit der Kapselendoskopie ist es möglich den gesamten Dünndarm zu beurteilen. Bisher war dies nur indirekt durch radiologische Verfahren möglich. Allerdings kann man mit der Kapselendoskopie nur den Darm ansehen, aber keine Gewebeproben entnehmen. Für die Beurteilung des Magens ist dieses Verfahren nicht geeignet. Für die Beurteilung des Dickdarms wurde eine spezielle Kapselkamera entwickelt. Die Kapselendoskopie stellt allerdings bei Patienten mit Morbus Crohn ein gewisses Risiko dar, da die Endoskopiekapsel, obwohl diese relativ klein ist, in einer Engstelle (Stenose oder Striktur) im Dünndarm stecken bleiben kann. Dabei kommt es

im schlimmsten Fall zu einem akuten Darmverschluss, der dann sofort operiert werden muss. Der Stellenwert der Kapselendoskopie ist vor allem bei Verdacht auf einen Morbus Crohn vorhanden, wenn alle anderen Verfahren keine richtungsweisenden Befunde erbracht haben.

Das zweite neuere endoskopische Verfahren ist die **Doppelballonenteroskopie**, wobei es sich um ein speziell konstruiertes Endoskop handelt, mit dem der Dünndarm über deutlich längere Strecken untersucht werden kann als es mit den bisherigen Endoskopen möglich war. Im Gegensatz zur Kapselendoskopie kann man mittels Doppelballonenteroskopie Proben aus dem Dünndarm entnehmen, Blutungen stillen und Polypen entfernen. Eventuell kann man mit dieser Technik in Zukunft auch Engstellen im Dünndarm (Stenosen) aufdehnen, die bisher nur operativ behandelt werden konnten. Für dieses neue Verfahren gilt analog der Kapselendoskopie, dass der Nutzen für die Patienten mit gesicherten chronisch entzündlichen Darmerkrankungen begrenzt ist.

Wenn Sie nun fragen, ob stets alle diese Untersuchungen durchgeführt werden müssen, so wird man Sie beruhigen können. Nur bei der Erstdiagnose einer Erkrankung und der Überprüfung der Ausdehnung sind umfangreichere Untersuchungen nötig.

Welche Untersuchungsarten angewandt werden, ist individuell unterschiedlich und vor allen Dingen von dem jeweils vorliegenden Krankheitsbild abhängig. Röntgentechniken und Endoskopie ergänzen sich dabei. Grundsätzlich wird man die Endoskopie für die leichter erreichbaren Abschnitte des Verdauungstrakts bevorzugen, weil dabei auf Röntgenstrahlen verzichtet und in der Regel ein fraglicher Befund gleich durch Entnahme

---

von Schleimhautproben mikroskopisch überprüft werden kann. Zur Überprüfung der Dünndarmverhältnisse, aber auch bei Verdacht auf das Vorliegen von Fisteln oder höhergradigen Einengungen im Dickdarmbereich, wird man jedoch auf MRT oder CT nicht verzichten können. Die genaue Analyse von Fisteln und/oder Abszessen im Enddarmbereich wird häufig mittels einer Ultraschalluntersuchung des Enddarms (**Endosonografie**) oder mithilfe der Kernspintomografie (MRT) durchgeführt.

Bei der Endosonografie wird ein kleiner Ultraschallkopf in den Enddarm eingeführt, mit dem sich dann das Gewebe und eventuell Fistelgänge darstellen lassen.

### **Was ist notwendig, um den Verlauf einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung zu kontrollieren?**

Bei der **Colitis ulcerosa** und beim **Morbus Crohn** handelt es sich um chronische Darmerkrankungen, die zwar inaktiv werden und bleiben können, bei denen Sie jedoch auf Dauer ärztlich überwacht werden müssen. Dies bedeutet für Sie regelmäßige Arztbesuche: auch bei Beschwerdefreiheit mindestens zweimal jährlich. Unabhängig von jeder medikamentösen Therapie wird der Verlauf der Erkrankungen besser sein, wenn regelmäßige Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden. Dies wurde in wissenschaftlichen Untersuchungen klar gezeigt. Sollte eine medikamentöse **Dauerbehandlung** notwendig sein, so müssen ärztliche **Kontrollen** etwa vierteljährlich oder noch öfter (je nach Medikament) erfolgen. Neben der klinischen Untersuchung mit Abtasten des Bauchs und Austasten des Darms stehen Blutuntersuchungen im Vordergrund, die eine Entzündung oder einen Mangelzustand anzeigen können. Ihr Arzt wird auch mindestens einmal jährlich eine Ultraschall-

untersuchung des Bauchs veranlassen. Bei fehlenden Entzündungszeichen kann auf belastende Untersuchungen in der Regel verzichtet werden.

Bei einem akuten Entzündungsschub muss nicht in jedem Fall die gesamte Diagnostik wiederholt werden. Nur wenn sich die Symptome gegenüber früheren Schüben geändert haben, ist es nützlich, die Ausbreitung der Erkrankung neu zu überprüfen. Es können nämlich im Krankheitsverlauf Änderungen auftreten, die unter Umständen eine andere Behandlung erfordern. Dies gilt bei der **Colitis ulcerosa** dann, wenn anfänglich nicht der gesamte Dickdarm befallen war. Beim **Morbus Crohn** müssen manchmal Dünn- und Dickdarm untersucht werden, um zu überprüfen, ob Komplikationen wie Fisteln oder Stenosen aufgetreten sind. Wenn sich die Symptome nicht ändern und wenn die Erkrankung inaktiv bleibt, sind keine Kontrolluntersuchungen erforderlich. Lediglich bei einer bereits länger bestehenden Colitis ulcerosa (mehr als 10 Jahre) sollte regelmäßig (am besten jedes Jahr) eine Darmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt werden, um die mögliche Entwicklung eines Tumors rechtzeitig zu erkennen. Dies gilt vor allem bei ausgedehnter Colitis.

---

## Die Ursachen

### Woher kommen nun die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen?

Die eigentliche Ursache der entzündlichen Darmerkrankungen ist bisher nicht endgültig geklärt. In den letzten Jahren konnten jedoch wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, die unser Verständnis der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen verändert haben.

Als Ursache der chronisch immer wiederkehrenden Entzündungen im Darm ist ein komplexes Zusammenspiel zwischen Umweltfaktoren und vererbten Anlagen für diese Erkrankungen anzunehmen. Man kennt inzwischen über 70 Orte (Gene) im menschlichen Erbgut, auf denen die Veranlagung, einen Morbus Crohn oder eine Colitis ulcerosa zu entwickeln, lokalisiert ist. Bisher wurden Veränderungen in zahlreichen Genen entdeckt, die bei der Entwicklung des Morbus Crohn eine mehr oder weniger große Rolle spielen. Die bisher bedeutendste Veränderung im Erbgut bei Patienten mit Morbus Crohn wurde 2001 von Wissenschaftlern nachgewiesen. Sie konnten zeigen, dass Veränderungen (Mutationen) im sogenannten NOD2-Gen das Risiko an einem Morbus Crohn zu erkranken stark erhöhen. Diese Veränderungen sind bei etwa 30% aller Patienten mitverantwortlich für die Crohn-Erkrankung. Es steht jedoch fest, dass eine solche erbliche Veranlagung allein nicht zum Ausbruch der Erkrankungen ausreicht. So haben bis zu 10% der Gesunden in Mitteleuropa ebenfalls Veränderungen im NOD2-Gen, ohne jemals an Morbus Crohn zu erkranken. Es müssen also zu einer erblichen Veranlagung immer verschiedene andere, bis jetzt unbekannte Umweltfaktoren hinzukommen. Solche auslösenden Faktoren können Infektionen mit Viren oder Bakterien, veränderte

Ernährungsgewohnheiten oder Nahrungszusätze sowie Störungen der Immunabwehr oder Darmbarriere sein. Bisher konnte für keinen dieser Faktoren ein eindeutiger Zusammenhang mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen gesichert werden. Es ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass Umwelteinflüsse eine Rolle spielen, da zumindest der Morbus Crohn in den höher entwickelten Ländern der Welt viel häufiger als in anderen Regionen vorkommt. Es handelt sich nicht um eine Infektionskrankheit, d. h. eine Ansteckung durch erkrankte Personen ist nicht zu befürchten.

Psychische Belastungen und Stress können einen Schub einer bestehenden Erkrankung auslösen, sind jedoch nicht die Ursache selbst für das Entstehen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung.

Auch die Ursache der **entzündlichen Veränderungen an anderen Organen**, wie den Gelenken, der Haut oder den Augen, ist bislang nicht bekannt. Überreaktionen der körpereigenen Abwehr werden vermutet, sind aber nicht bewiesen.

Dagegen ist für viele **Folgerscheinungen** der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen die Entstehung gut erklärt. Nachtblindheit, Hörstörungen, Veränderungen des Geschmacks, Infektionsanfälligkeit, Haarausfall, Unfruchtbarkeit (bei Männern), Wachstumsstörungen (bei Kindern) und bestimmte Hautveränderungen lassen sich oft auf eine verminderte Aufnahme von Vitaminen und Spurenelementen (Mineralien) zurückführen. Eine Blutarmut kann durch Eisenmangel, gestörte Vitamin B<sub>12</sub>-Aufnahme oder den Verlust von Blut in den Darm verursacht werden. Eine verminderte Aufnahme von Gallensäuren im Dünndarm führt zum vermehrten Auftreten von Gallensteinen. Nierensteine sind unter anderem durch den Wasserverlust über den Darm begründet.

Haarausfall

Sehstörungen

Hörstörungen

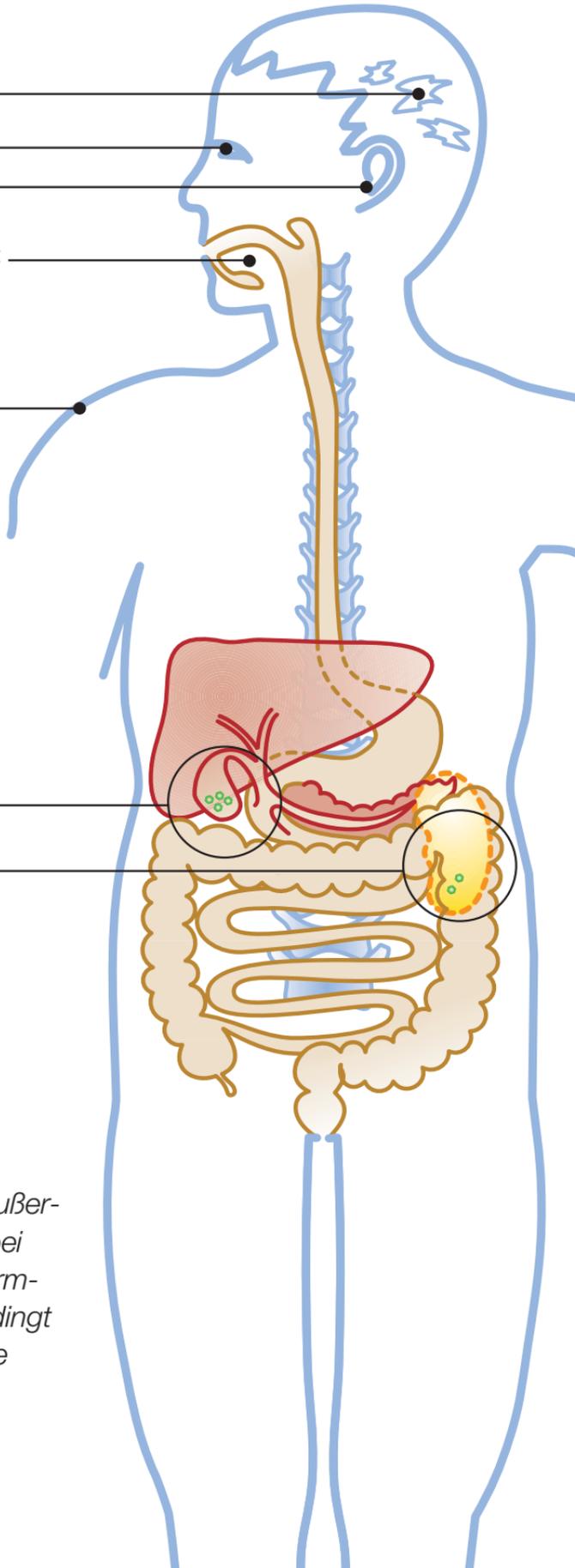
Geschmacksverlust

Haut

Gallensteine

Nierensteine

*Komplikationen außerhalb des Darms bei entzündlichen Darm-erkrankungen bedingt durch die gestörte Darmfunktion*





*Gallenstein in der  
Gallenblase bei  
einem Patienten mit  
Morbus Crohn  
(Ultraschallbild)*

Besondere **Komplikationen** der Darmerkrankungen wie die akute Darmerweiterung („toxisches Megacolon“) oder der Darmdurchbruch (= Perforation) können sehr selten bei beiden Erkrankungen vorkommen. Bauchfellentzündung (= Peritonitis) und Darmverschluss oder -lähmung (= Ileus) können die Folge sein und sind lebensbedrohliche Zustände, die eine sofortige Klinik-einweisung und oft eine notfallmäßige Operation erfordern. Eine ausgeprägte Darmblutung tritt selten bei der Colitis ulcerosa auf. Darmverengungen aufgrund von Entzündungen oder Narben (Stenosen) sowie Fisteln zwischen Darmschlingen und anderen Organen sind Folgen des Morbus Crohn.

---

## Die Behandlung

Colitis ulcerosa und Morbus Crohn sind chronische Erkrankungen. Dies bedeutet, dass sie den Betroffenen Zeit seines Lebens begleiten. Der Verlauf beim Einzelnen kann jedoch völlig unterschiedlich sein. Während man einerseits harmlose Verläufe mit sehr seltenen Schüben beobachtet, kann es andererseits zu schweren Verläufen mit häufigen Schüben der Erkrankung und häufigen Krankenhausaufenthalten kommen. Leider lässt sich zu Beginn der Erkrankung nicht sagen, welchen Verlauf die chronisch entzündliche Darmerkrankung nehmen wird. Studien haben jedoch gezeigt, dass ein großer Teil aller Patienten mit Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn einen eher milden Verlauf hat und ein Drittel der Betroffenen nicht einmal eine Behandlung mit Cortison-Präparaten benötigt.

### Welche Behandlungsmethoden gibt es?

Grundsätzlich kann man zwischen Medikamenten, Operationen, Diät und unterstützenden Maßnahmen unterscheiden. **Eine wichtige unterstützende Maßnahme ist für Betroffene mit Morbus Crohn, mit dem Rauchen aufzuhören.** Patienten, die mit dem Rauchen aufhören, haben im Vergleich zu Patienten, die weiterrauchen, eine 60% niedrigere Wahrscheinlichkeit, innerhalb von 2 Jahren einen Rückfall der Erkrankung zu erleiden.

### Behandlung der Colitis ulcerosa

Ziel der Behandlung ist es, die Symptome (Durchfall, Schmerzen, Blutverlust) zu bessern und wenn dies gelungen ist, einen Rückfall (= Rezidiv) zu verhindern.

Zur Erreichung der genannten Behandlungsziele gibt es eine Reihe verschiedener Medikamente. Dabei hängt die Art der Therapie von der Schwere der Symptome ab. Bei leichten oder mittelschweren Entzündungsschüben wird **5-Aminosalicylsäure (5-ASA)** eingesetzt. Bei zusätzlich bestehenden Gelenkbeschwerden kann auch das **Sulfasalazin** angewandt werden, das 1942 von der schwedischen Ärztin Nanna Svartz entdeckt wurde, und das bis zur Einführung von 5-Aminosalicylsäure als Standardmedikament zur Behandlung der Colitis ulcerosa galt.

Bei den üblichen **Präparationen** von **5-Aminosalicylsäure** (Mesalazin) wird der Wirkstoff erst im letzten Drittel des Dünndarms sowie im Dickdarm freigesetzt. Besonders bei Formen der Colitis ulcerosa, die nur den Enddarm oder nur die linke Seite des Dickdarms betreffen (das ist bei bis zu 80% der Patienten der Fall), hat sich auch eine Behandlung mit Zäpfchen, Einläufen oder Schaumpräparaten, die **5-Aminosalicylsäure** enthalten, oder mit **Cortison-haltigen Präparaten** als wirksam erwiesen. Einläufe, die nur lokal wirkende



*Dr. Nanna Svartz*

---

Cortison-Abkömmlinge (Budesonid) enthalten und deutlich seltener Nebenwirkungen im Körper mit sich bringen, sind ebenfalls wirksam. Bei schweren Verläufen der Erkrankung ist in der Regel eine Behandlung mit Cortison-Präparaten als Tabletten oder Spritzen wirksam.

Wenn Cortison-Präparate als Tablette oder Einlauf die Symptomatik nicht bessern, werden Medikamente angewandt, die die Immunreaktionen reduzieren. Diese sind häufig wirksam, da wie erwähnt chronisch entzündliche Darmerkrankungen eine fehlgeleitete Immunreaktion gegen das eigene Darmgewebe darstellen.

Zum Einsatz kommt zunächst das **Azathioprin** oder alternativ das **6-Mercaptopurin**. Die volle Wirkung beider Substanzen tritt allerdings erst nach 12 Wochen Therapie ein. Unglücklicherweise sprechen nicht alle Betroffenen, sondern nur etwa 60% auf diese Medikamente an. Bei etwa 10 von 100 Behandelten kommt es zu ernsteren Nebenwirkungen, vor allem einer akuten Leberentzündung (Hepatitis), einer akuten Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis) oder zu einer Störung der Blutbildung. Daher müssen nach Behandlungsbeginn zunächst wöchentlich, später 2-wöchentlich Laborkontrollen (Leberwerte, Bauchspeicheldrüsenwerte, Differenzialblutbild) durchgeführt werden. Zeigen sich keine Laborveränderungen, können nach 3 Monaten die Blutuntersuchungen 2-monatlich durchgeführt werden.

Können durch Azathioprin oder 6-Mercaptopurin Krankheitsschübe vermieden werden, sollte die Einnahme dieser Medikamente über mindestens 4 Jahre erfolgen.

Ist der Schub der Colitis ulcerosa sehr stark und bringt eine Cortison-Therapie keine Besserung, muss in jedem Fall eine Therapie im Krankenhaus erfolgen. In solchen

Fällen kann **Ciclosporin** als Infusion (intravenös) über 24 Stunden verabreicht werden. Ciclosporin wurde ursprünglich zur Unterdrückung der Abstoßungsreaktion nach Organtransplantation verabreicht. Alternativ zu Ciclosporin können auch Antikörper gegen TNF- $\alpha$  (TNF- $\alpha$  = ein entzündungsfördernder Botenstoff) eingesetzt werden. Sie sind in dieser Situation etwa gleich wirksam wie Ciclosporin.

Ist auch unter einer Ciclosporin- oder TNF- $\alpha$ -Therapie keine Besserung zu erreichen, muss der Dickdarm operativ entfernt werden (Kolektomie, s. u.).

Ist eine Beschwerdefreiheit (Remission) erreicht, wird normalerweise 5-Aminosalicylsäure zur Erhaltung dieser Remission eingesetzt.

Ein sehr wichtiger Punkt in der Therapie der Colitis ulcerosa ist, dass sich die **Auswahl** der verschiedenen Präparate und die **Art der Zufuhr** nach der **Ausdehnung** und der **Aktivität** der Erkrankung richten. Dies unterstreicht die Bedeutung einer gründlichen Untersuchung vor der Behandlung, insbesondere dann, wenn die Symptome sich geändert haben.

Welche Behandlungsform angewandt wird, hängt neben anderem vom Schweregrad des Erkrankungsschubs und von der Ausdehnung der Entzündung ab. In jedem Fall müssen die **Medikamente langfristig**, also auch nach Abklingen der Symptome, angewandt werden. Dabei ist die Verhütung eines neuen Krankheitsschubs durch die dauerhafte Gabe von 5-Aminosalicylsäure-Präparaten erwiesen. Wie bei allen Medikamenten können auch hier **unerwünschte Nebenwirkungen** auftreten, wie z. B. Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, Übelkeit, Blutarmut oder Haarausfall. Diese Nebenwirkungen sind aber selten und bilden sich nach Absetzen

---

des Medikaments zurück. Ihre ausführliche Beschreibung im Beipackzettel der Tablettenpackung sollte nicht dazu führen, dass Sie einen Schreck bekommen und die Medikamente absetzen. Sie sollten sich vielmehr an Ihren Arzt wenden, der mittels geeigneter Methoden feststellen kann, ob ggf. das Medikament abgesetzt oder die Dosis verändert werden muss. Sicher treten häufiger Komplikationen durch eigenmächtiges Absetzen von Medikamenten als durch deren Nebenwirkungen auf. Dies gilt auch für Patienten, deren Erkrankung keine Aktivität aufweist.

Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass die Gabe von sogenannten **Probiotika** (Substanzen, die die bakterielle Flora des Darms beeinflussen, z. B. Escherichia coli Nissle oder verschiedene Laktobazillen) einen Rückfall der Erkrankung gleich gut verhindern kann, wie die 5-Aminosalicylsäure. Diese Medikamentengruppe eignet sich möglicherweise für den Einsatz bei Patienten, die 5-Aminosalicylsäure nicht vertragen. Für die Behandlung des Morbus Crohn oder einer akuten Krankheitsphase der Colitis ulcerosa ist die Wirksamkeit der Bakterienpräparate nicht belegt.

Neben der Austestung neuer Medikamente existieren noch neue interessante Therapieansätze, die momentan in Studien untersucht werden. Hier wäre z. B. die Hemmung verschiedener, neu entdeckter Entzündungsmediatoren zu nennen. Wie bei allen neuen Therapieverfahren müssen allerdings die Wirkungen (d. h. der Erfolg der Therapie) und mögliche Nebenwirkungen noch in Studien ausführlich untersucht werden.

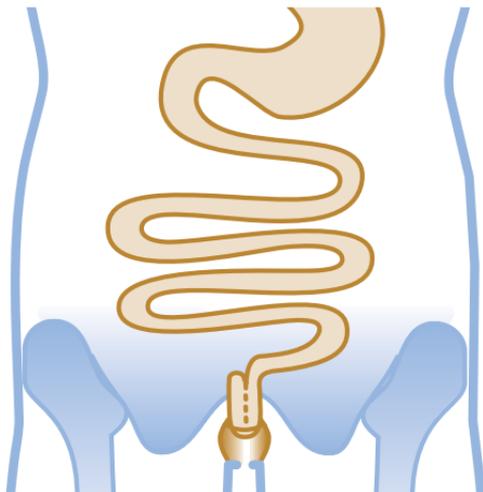
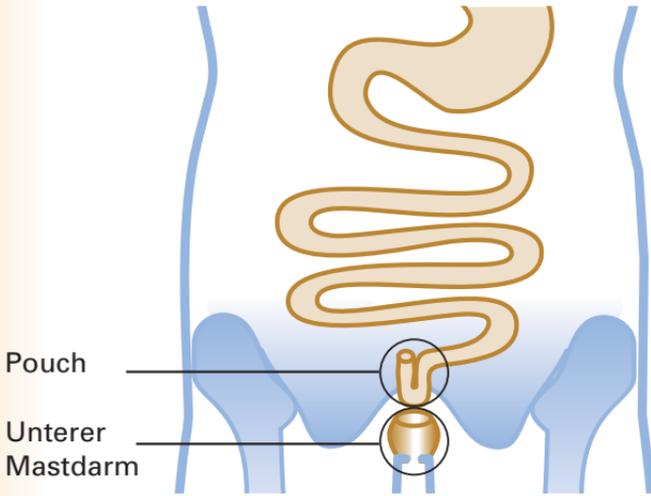
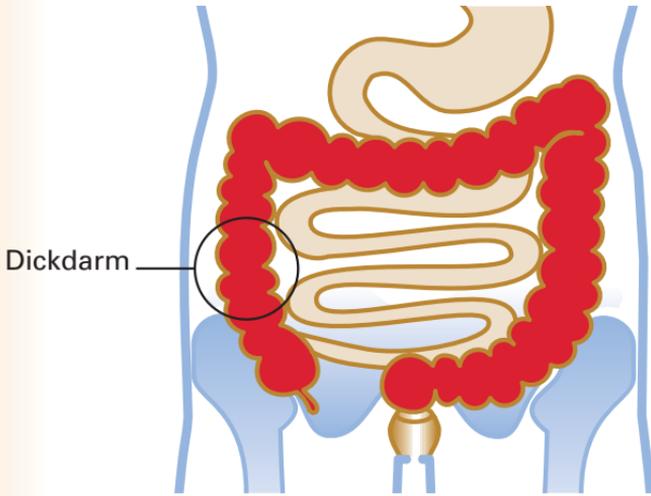
Angesichts des guten Erfolgs einer medikamentösen Behandlung ist eine Operation selten erforderlich. Lebensbedrohliche Komplikationen (Seite 33), trotz ausreichender Behandlung anhaltende schwere Beschwerden

oder schwerwiegende Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie sind Gründe für einen operativen Eingriff.

Die **Entfernung des gesamten Dickdarms** führt bei der Colitis ulcerosa zu einer Heilung der Erkrankung. In vielen Fällen ist es möglich, den Dickdarm zu entfernen, ohne dass ein endgültiger künstlicher Darmausgang angelegt werden muss. Dabei wird ein sogenannter „Pouch“, d. h. eine Tasche aus Dünndarmschlingen als Reservoir und Ersatz für den Mastdarm gebildet (siehe Abbildung Seite 40). Dies führt in den meisten Fällen zu einer nahezu normalen Stuhlkonsistenz und etwa 5- bis 8-maligem Stuhlgang/Tag.

Eine **spezielle Diät** ist bei Patienten mit Colitis ulcerosa nicht erforderlich. Es sollten aber Lebensmittel, die schon beim Gesunden Beschwerden erzeugen können (Kohl, Zwiebeln, fette Speisen), gemieden werden. Am günstigsten ist es nach unserer Erfahrung, wenn jeder Patient seine individuelle Nahrungsverträglichkeit selbst erprobt. Bei der Colitis ulcerosa kommt es nur sehr selten zu Mangelerscheinungen. Diese treten als Ödeme (Wasser im Gewebe bei Eiweißmangel) und Blutarmut (Blutverlust, Eisenmangel) meist bei verlängerten Schüben der Erkrankung in Erscheinung. Sie können durch die Zufuhr der entsprechenden Substanzen behandelt werden.

Die **Krankheitserscheinungen außerhalb des Darms** (Gelenke, Haut, Augen) werden, genauso wie die Darm-entzündung, mit gutem Erfolg medikamentös (meist durch Cortison-haltige Mittel) behandelt. Operative oder diätetische Maßnahmen sind wenig erfolgreich. Veränderungen an den Gallenwegen werden mittels einer Gallensäure, der Ursodeoxycholsäure, behandelt. Sie kann diese Veränderungen nicht rückgängig machen,



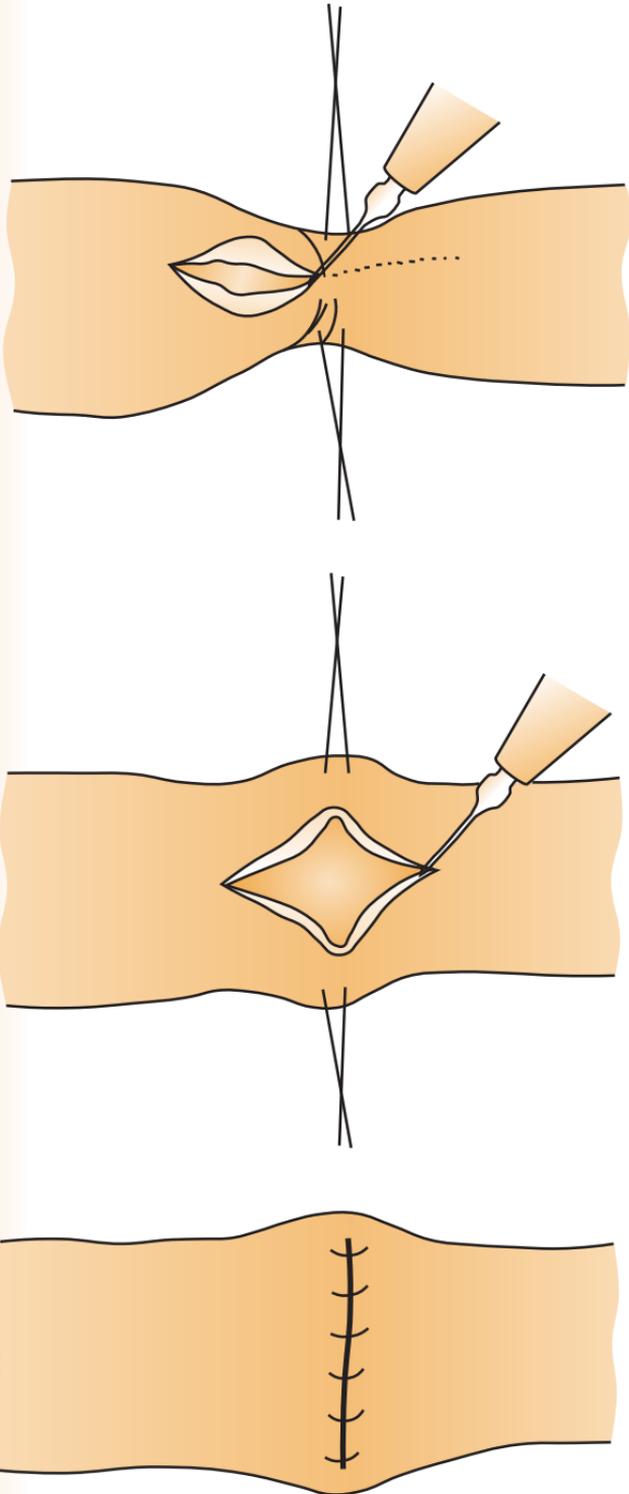
aber möglicherweise fortschreitende Veränderungen verlangsamen. In jedem Fall sollten erhöhte „Leberwerte“ gründlich abgeklärt und entsprechend behandelt werden.

### Behandlung des Morbus Crohn

Die Behandlung des Morbus Crohn beruht auf den gleichen Grundlagen wie die der Colitis ulcerosa. Es ist aber infolge der vielgestaltigen Befallsmuster, Symptome und Komplikationen etwas schwieriger, die **jeweils richtige Behandlung** zu finden. Ob die komplette Abheilung der Entzündung („mucosal healing“) beim Morbus Crohn unbedingt erreicht werden muss oder ob die Beschwerdefreiheit als Therapieziel ausreichend ist, wird gegenwärtig diskutiert und in klinischen Studien untersucht.

Der akute Schub wird in der Regel mit **Cortison-Präparaten** behandelt. Besonders für Patienten mit einer Entzündung des Endabschnitts des Dünndarms (des terminalen Ileums) gibt es **Budesonid-Präparate**, die ähnlich gut wirken wie die herkömmlichen Cortison-Präparate. Sie haben jedoch deutlich weniger Nebenwirkungen, da sie nach der Wirkung im Darm in der Leber abgebaut werden, und nur ein kleiner Anteil den restlichen Organismus erreicht. Alternativ kann auch eine Ernährung mit **Astronautenkost** (= Substanzen,

◁ *Bei der Pouchoperation wird der gesamte Dickdarm bis auf einen kleinen Anteil des unteren Mastdarms entfernt. Aus einem Teil des Dünndarms (terminales Ileum) wird ein sogenannter Pouch (Tasche) gebildet, der mit dem unteren Mastdarm vernäht wird.*



*Durchführung einer Strikturoplastik. Der Darm wird an der Engstelle längs aufgeschnitten und anschließend quer vernäht.*

die vollständig im oberen Darm aufgenommen werden) oder durch **Infusionen** (= Zufuhr von Nährlösung in die Blutbahn) mit allerdings etwas geringeren Erfolgsaussichten versucht werden. Wenn nur der Dünndarm befallen ist, wird man Cortison allein anwenden, bei Dickdarmbefall kann man auch **5-Aminosalicylsäurehaltige Präparate** versuchen. Besonders bei nicht auf diese Behandlung ansprechenden Formen der Erkrankung werden zusätzlich vor allem im Darm wirksame **Antibiotika** (Metronidazol) oder Medikamente, die die **Immunabwehr** unterdrücken (z. B. Azathioprin), angewandt. Auch bei diesen Medikamenten gilt, dass Sie bei eventuellen Nebenwirkungen (Ameisenlaufen in Armen und Beinen, Haarausfall, Blutarmut, vermehrte Erkältungen oder andere auffällige Symptome) Ihren Arzt befragen, aber nicht selbständig die Einnahme einstellen oder reduzieren sollten. Die **akuten Schübe** des Morbus Crohn können mit diesen Mitteln in der Regel gut behandelt werden. Das Gleiche gilt für die Symptome außerhalb des Magen-Darm-Trakts. Durch die Gabe von 5-Aminosalicylsäure-Präparaten kann die Rezidivhäufigkeit nach einer Operation bis zu einem gewissen Maß gesenkt werden, nach einer erfolgreichen Behandlung mit Cortison-Präparaten ist diese Wirkung leider geringer. Neuere Behandlungsmethoden, die den Botenstoff Tumor-Nekrose-Faktor (= TNF) im Körper hemmen (z. B. Infliximab, Adalimumab oder Certolizumab pegol), haben sich in den letzten Jahren als recht sicher erwiesen und können bei schwierigen Krankheitsverläufen mit Erfolg eingesetzt werden.

Wenn diese Maßnahmen nicht erfolgreich sind oder wenn Komplikationen wie Darmverschluss oder Darmverengungen auftreten, muss ein **operativer Eingriff** erfolgen. Wichtig ist, dass darmerhaltende Operationen durchgeführt werden. Kurzstreckige Engstellungen (Strikturen oder Stenosen) können durch eine „Strikturo-

---

plastik“ beseitigt werden (siehe Abbildung Seite 42). Bei diesem Operationsverfahren wird die Darmstenose in Längsrichtung aufgeschnitten und nachfolgend die Darmwand quer vernäht. Damit wird die Darmenge erweitert. Eine normale Stuhlpassage ist wieder möglich. Der Vorteil dieser Operationsmethode liegt darin, dass kein Darm verlorengelht. Auch bei Vorliegen von Fisteln kann ein chirurgischer Eingriff erwogen werden. Abszesse werden teilweise durch eine durch die Haut (unter Ultraschall- oder Computertomografie-Kontrolle) eingebrachte **Drainage** behandelt. Meist muss dann nach Abklingen der Symptome operativ die Ursache (Fistel oder Engstellung im Darm) behandelt werden. Auch nach einer Operation sollte durch erfahrene Internisten und Chirurgen gemeinsam eine regelmäßige Kontrolle stattfinden, um eventuell auftretende Komplikationen frühzeitig erkennen zu können.

Im Gegensatz zur **Colitis ulcerosa** kann es beim **Morbus Crohn** zu einer Vielzahl von **Mangelerkrankungen** kommen. Diese können Vitamine, Spurenelemente, Mineralien und Eiweiß betreffen. Hier ist dann ein Ersatz (= Substitution) durch geeignete Präparate (Vitamine, Calcium, Eisen, Kalium, Zink) wichtig. Die Therapie sollte von Ihrem behandelnden Arzt aufgrund regelmäßiger Blutuntersuchungen durchgeführt werden. Besonders häufig kommt es zu einer gestörten Aufnahme von **Vitamin B<sub>12</sub>**. Um der Gefahr eines Vitamin B<sub>12</sub>-Mangels mit einer Blutarmut vorzubeugen, ist dann meist eine lebenslange Gabe dieses Vitamins durch Spritzen alle 3 Monate erforderlich.

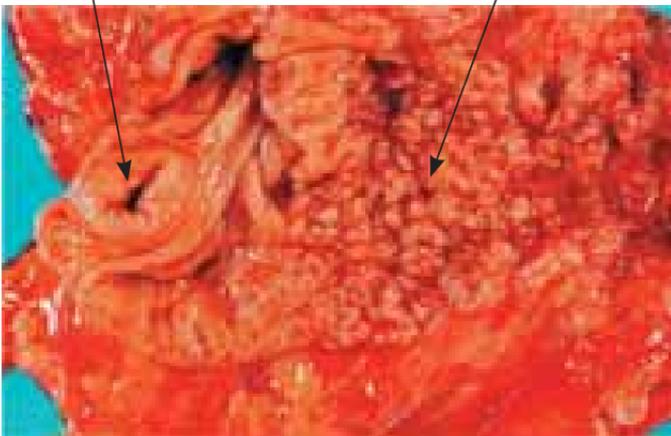
Ähnlich wie bei der Colitis ulcerosa gilt, dass der Patient selbst erproben muss, welche Nahrung ihm bekommt und welche nicht. Eine ausgewogene Ernährung, die die nötigen Nährstoffe, Vitamine und Mineralstoffe enthält, ist jedenfalls sinnvoll.



*Normaler Dickdarm*

**Ileozökalklappe**  
(Übergang vom Dünn-  
zum Dickdarm)

**Pseudopolypen**



*Schwere entzündliche Veränderungen im  
Dickdarm mit sogenannten Pseudopolypen*

---

Bislang gibt es keine spezielle Ernährungsform, die die Behandlung beschleunigt oder einen Rückfall sicher verhüten kann.

## **Psychotherapie**

Über die Notwendigkeit und den möglichen Erfolg einer **psychotherapeutischen Behandlung** gehen die Meinungen auseinander. Sicher ist, dass die entzündliche Darmerkrankung dadurch nicht beseitigt, also geheilt werden kann. Ob die Auslösung eines akuten Schubs bei psychischer Belastung durch eine solche Therapie verhindert werden kann, ist nicht sicher geklärt. Wahrscheinlich ist eine Verhaltenstherapie mit der Verbesserung der Bewältigung von Problemen aber nützlich. In jedem Fall sollte eine solche Therapie in Zusammenarbeit mit Ihrem betreuenden Arzt erfolgen.

## Besondere Probleme

### Welche besonderen Probleme können auftreten?

Nachdem Sie sich bisher mit den Problemen der Krankheitsentstehung, der Krankheitsfeststellung, der Krankheitsüberwachung und der Behandlung auseinandergesetzt haben, sollen jetzt einige Sonderprobleme angesprochen werden, die für Ihr Leben mit diesen Krankheiten von Bedeutung sind.

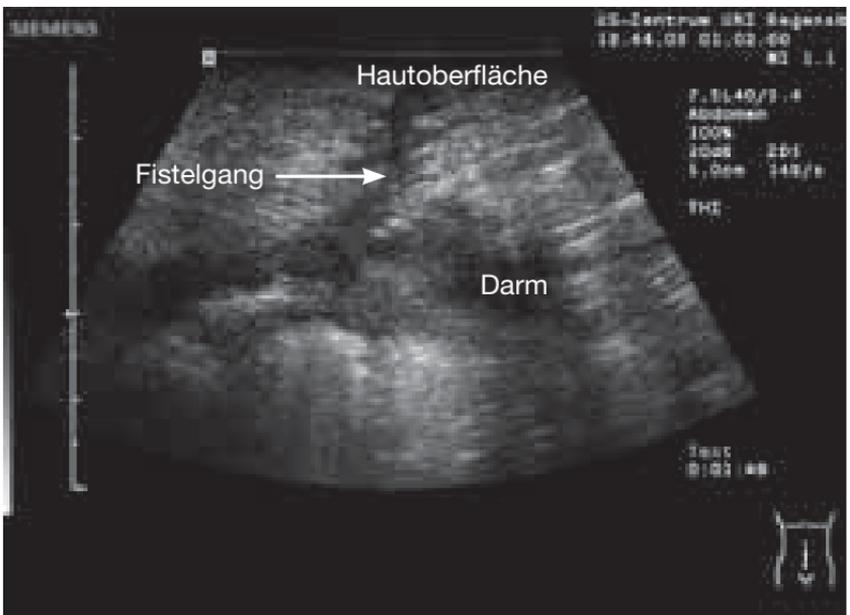
### Der Verlauf

Die für Sie wichtigste Frage werden Sie Ihrem Arzt sehr bald stellen wollen: die Frage nach dem Verlauf einer solchen chronischen Darmerkrankung und den Problemen, mit denen Sie in Zukunft rechnen müssen. Über die **Prognose**, wird Ihnen Ihr Arzt antworten – und er meint damit die Zukunftsaussichten bei Ihrer Erkrankung –, lässt sich bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im Einzelfall oft erst nach einer längeren Beobachtungsphase eine Aussage machen. Wie wir heute wissen, ist die Lebenserwartung bei beiden Erkrankungen, Colitis ulcerosa und Morbus Crohn, wenn diese richtig erkannt und behandelt werden, kaum oder nicht beeinträchtigt. Sowohl die Colitis ulcerosa als auch der Morbus Crohn sind **chronische Erkrankungen**, die Sie langfristig begleiten können. Beide neigen zu einem **schubweisen Verlauf**, d. h., es wechseln Phasen der Ruhe mit Phasen der Krankheitsaktivität ab. Durch eine frühzeitige und gezielte Behandlung kann in der Regel die Entzündungsaktivität zurückgedrängt und die Ruhephase wieder erreicht werden. Mit Komplikationen muss dann gerechnet werden, wenn die Entzündung chronisch fortbesteht und damit die Veränderungen im

Bereich des Darms fortschreiten. Dies bedeutet für Sie, dass durch **regelmäßige ärztliche Kontrollen** entzündliche Phasen Ihrer Erkrankung rechtzeitig erkannt werden können. Dadurch lässt sich das Risiko von Komplikationen durch eine gezielte Behandlung möglichst gering halten. Entzündungsschübe und auftretende Komplikationen können Ihre Lebensqualität und Lebensfreude einschränken. Aus diesem Grund werden leichtere Nebenwirkungen einer speziellen medikamentösen Langzeittherapie in Kauf zu nehmen sein.

## Fisteln

Beim Morbus Crohn kommt es bei ungefähr einem Drittel der Patienten zur Ausbildung von Fisteln. Diese stellen eine Art Kurzschlussverbindung zwischen einzelnen Darmabschnitten oder zwischen dem Darm und anderen Organen (Harnblase, Haut) dar. Am häufigsten ent-



*Ultraschallbild: Fistelgang zwischen einem Darmabschnitt und der Haut*

stehen Fisteln im Bereich des Afters. Es kommt hierbei zu einer Verbindung zwischen dem Enddarm und den umgebenden Hautbereichen des Afters (siehe Schemazeichnung Seite 16). Im Rahmen der Fistelentstehung kann es zu Komplikationen wie der Bildung von Abszessen (abgekapselte Eiteransammlungen) kommen. Bei der Neubildung von Fisteln müssen daher je nach Lokalisation der Fisteln entsprechende diagnostische Maßnahmen (z. B. Röntgenuntersuchungen wie CT oder MRT, eine **Rektoskopie** und/oder Endosonografie) durchgeführt werden. Die Therapie der Fisteln hängt von der Lokalisation der Fisteln und den begleitenden Komplikationen ab. Primär erfolgt häufig aufgrund der begleitenden Entzündungsreaktion eine Therapie mit Antibiotika. Es kann jedoch auch eine sofortige chirurgische Entfernung der Fisteln bzw. des Darmabschnitts, aus dem die Fistel entspringt, notwendig sein (insbesondere bei Fisteln zwischen zwei Darmabschnitten oder bei Abszessbildung). Langfristig ist in den meisten Fällen entweder eine chirurgische oder eine immunsuppressive Therapie (z. B. mit Azathioprin) für den Verschluss der Fisteln notwendig. Eine neue Behandlungsmethode, die den Botenstoff Tumor-Nekrose-Faktor (= TNF) im Körper hemmt und auch zu einem – meist allerdings nur vorübergehenden – Verschluss von Fisteln führt, kann ebenfalls erfolgreich eingesetzt werden, wenn die oben geschilderten medikamentösen Maßnahmen zu keinem Erfolg geführt haben. Insgesamt existieren jedoch bisher keine wirklich guten Therapien für das Fistelleiden.

### Osteoporose

Die Knochendichte bei chronisch entzündlichen Darm-erkrankungen ist bei über der Hälfte der Patienten herabgesetzt. Hierbei muss zwischen einem leichten oder schweren Knochenabbau unterschieden werden. Für

---

beide Formen gilt jedoch, dass sie medikamentös therapiert werden können. Insbesondere bei längerer Einnahme von Cortison-Präparaten empfiehlt es sich die Knochendichte messen zu lassen. Dies geschieht mit relativ strahlungsarmen Röntgenmethoden. Eine Therapie besteht bei den leichteren Formen des Knochenabbaus aus einer Gabe von Vitamin D, bei schwereren Formen werden Medikamente (sog. Bisphosphonate) eingesetzt, die den Knochenabbau direkt hemmen.

## **Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen in der Kindheit**

Man hat heute den Eindruck, dass zumindest der **Morbus Crohn** in der Kindheit an Häufigkeit zunimmt. Kinder und Jugendliche müssen selbstverständlich ebenso intensiv untersucht und behandelt werden wie Erwachsene. Problematisch ist, dass sowohl die chronische Darmentzündung als unter Umständen auch die notwendigen Medikamente Störungen der körperlichen Entwicklung hervorrufen können. In diesen Fällen oder bei fehlendem Ansprechen auf die medikamentöse Behandlung wird man heutzutage an eine Operation denken, um den Entzündungsherd, zumindest für einige Zeit, zu beseitigen.

Kinder sind psychisch weniger belastbar als Erwachsene. Sie leiden seelisch mehr unter einer solchen Krankheit – aus diesem Grund brauchen sie möglichst von Anfang an eine gezielte kinderpsychiatrische Unterstützung. Mehr noch als für Erwachsene gilt, dass aus diesen Gründen die Behandlung von Kindern mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung in Zusammenarbeit des Hausarztes mit klinischen Zentren erfolgen sollte.

### Das Krebsrisiko

Als aufgeklärter Patient wissen Sie, dass bei allen längere Zeit bestehenden chronischen Entzündungen möglicherweise mit der Entstehung eines Tumors zu rechnen ist. Wie ist dies nun bei der Colitis ulcerosa und dem Morbus Crohn?

Bei der **Colitis ulcerosa** weiß man, dass bei einem totalen Befall des Dickdarms und einem frühzeitigen Beginn der Erkrankung nach mehr als 10 Jahren Krankheitsdauer mit einem erhöhten Entartungsrisiko zu rechnen ist. Daraus ergibt sich, dass nach 10 Jahren Krankheitsdauer bei der **Colitis ulcerosa regelmäßige endoskopische Kontrollen** des Dickdarms mindestens in 2-jährlichen Abständen erfolgen müssen. Nur hierdurch können Frühzeichen einer Entartung, z. B. sogenannte Schleimhautdysplasien, rechtzeitig entdeckt werden. Durch eine Operation kann in diesen Fällen der Entstehung von Krebs vorgebeugt werden. Bei Morbus Crohn ist das Risiko wesentlich geringer, lediglich bei einem ausschließlichen Befall des Dickdarms sollten, ähnlich wie bei der Colitis ulcerosa, Vorsorgeuntersuchungen nach mehr als 10 Jahren Krankheitsdauer erfolgen.

### Die psychische Belastung

Das Bewusstsein, an einer lang dauernden Erkrankung zu leiden, und die damit verbundenen Probleme belasten Sie in Ihrer persönlichen Intaktheit und Ihrer seelischen Verfassung natürlich ganz besonders. Was können Sie tun, um in Ihrer Situation mit diesen Problemen fertig zu werden?

---

**Erste Regel:** Sie müssen sich mit der Krankheit auseinandersetzen, und Sie müssen die Krankheit akzeptieren. Sie haben den Vorteil, Ihre Krankheit zu kennen, einen Vorteil, den viele andere Menschen nicht haben. Die Bewältigung einer solchen Krankheit ergibt durchaus einen Sinn und kann zur Selbstbestätigung führen.

**Zweite Regel:** Sie dürfen sich durch die Krankheit nicht beherrschen lassen. Wer den Mut verliert, leidet am meisten unter seiner Krankheit. Sie müssen die Krankheit aktiv angehen und trotz und gerade wegen der Krankheit ein normales Leben führen. Alle Möglichkeiten die Krankheit aktiv anzugehen sind erlaubt. Auch **alternative Möglichkeiten** sind (am besten nach Rücksprache mit Ihrem Arzt, um ungewollte Folgen ausschließen zu können) besser als den Mut zu verlieren und gar nichts zu tun. Der Mensch wird als Ganzes von der Krankheit beeinträchtigt. Alle Behandlungsmaßnahmen müssen demnach auch den Menschen als Ganzes berücksichtigen.

## **Selbsthilfegruppen**

Der Umgang mit einer lang dauernden Erkrankung wird durch einen Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen häufig erleichtert. Dementsprechend sind Selbsthilfegruppen an vielen Orten entstanden. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte dem Anhang.

## **Arbeitsfähigkeit und Beruf**

In der Phase der aktiven Erkrankung sind Sie arbeitsunfähig. Dies gilt für die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ebenso wie für alle anderen Erkrankungen des Menschen, und dies gilt auch für jeden Beruf.

Wegen des möglichen chronischen, schubweisen Verlaufs ist natürlich wiederum in jedem Beruf immer wieder mit kürzeren krankheitsbedingten Ausfällen zu rechnen. Trotzdem sind **Umschulungsmaßnahmen** oder die Aufgabe des Berufs nur in Sonderfällen angebracht. So ist unter gewissen Umständen, wie nach größeren Bauchoperationen, bei Vorliegen von Fisteln oder bei einem medikamentös nicht ausreichend zu behandelnden Krankheitsverlauf eine schwere körperliche Tätigkeit nicht ratsam. Hier können aber durchaus andere Berufe mit überwiegend sitzender Tätigkeit bzw. leichter körperlicher Arbeit ausgeübt werden.

Insbesondere bei Jugendlichen, bei denen die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen in den letzten Jahren häufiger festgestellt werden, sollte eine **abgeschlossene Berufsausbildung** angestrebt werden.

### Die Freizeitgestaltung

Hier gilt das Gleiche wie für den Beruf: Trotz der chronisch entzündlichen Darmerkrankung stehen alle Möglichkeiten offen. Lediglich in Phasen stärkerer Entzündungsaktivität müssen hier gewisse Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit in Kauf genommen werden. **Sportliche Betätigung** kann in jeder Form nur empfohlen werden. Auch unter einer medikamentösen Langzeittherapie, insbesondere mit Cortison-Präparaten, ist eine regelmäßige Belastung der Muskeln, der Gelenke und der Knochen sehr empfehlenswert, um Nebenwirkungen dieser Medikamente vorzubeugen.

Auch **Reisen in das Ausland** können durchaus erfolgen. Die oft notwendigen Impfungen sollten allerdings nur nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzten durchgeführt werden. In der Regel ist dagegen jedoch nichts

---

einzuwenden. Als Sonderfall soll hier noch die Langzeitbehandlung des **Morbus Crohn** mit Metronidazol erwähnt werden. Unter dieser Behandlung sollen direkte Sonnenbestrahlung und Alkoholgenuss gemieden werden.

## Das Sexualleben

Auch hier sind Einschränkungen nicht erforderlich. Ganz natürlich wird während einer akuten Erkrankungsphase die sexuelle Aktivität eingeschränkt sein. Bei Frauen kann in einer solchen akuten Krankheitsphase im Rahmen einer allgemeinen „Schonschaltung“ des Organismus die Monatsblutung ausbleiben.

Beim **Morbus Crohn** können durch Fistelbildungen im Genital- und Dammbereich Einschränkungen im Sexualleben auftreten. Solche Fisteln sollten Anlass zu energischen ärztlichen und medikamentösen Maßnahmen sein. Es empfiehlt sich also in diesen Fällen eine rasche Konsultation des Arztes.

## Fortpflanzung und Vererbung

Bei der Erläuterung der Ursachen für eine chronisch entzündliche Darmerkrankung haben Sie bereits erfahren, dass es eine vererbte Krankheitsveranlagung sowohl für die **Colitis ulcerosa** als auch den **Morbus Crohn** gibt. Sollte dies nun Anlass dazu sein, auf Kinder zu verzichten?

Die Wahrscheinlichkeit, eine solche Veranlagung zu einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung zu vererben, ist gering. Das Risiko, dass bei erkrankten Eltern

auch die Kinder an einer **Colitis ulcerosa** oder einem **Morbus Crohn** erkranken, ist also nicht als sehr hoch einzuschätzen. Dieses Risiko kann bei Kinderwunsch durchaus in Kauf genommen werden.

### Schwangerschaft

Dieser Punkt hängt eng mit dem vorangegangenen Abschnitt zusammen. Sollte bei dem Vorliegen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung eine Schwangerschaft eintreten, und sollte diese Schwangerschaft normal ausgetragen werden?

Als Erstes muss betont werden, dass negative Auswirkungen einer Schwangerschaft auf den Verlauf einer Colitis ulcerosa oder eines Morbus Crohn nicht erwiesen sind. Somit kann bei entsprechendem **Kinderwunsch** durchaus eine Schwangerschaft befürwortet werden. Die Schwangerschaft sollte insofern geplant werden, als zum Zeitpunkt der Zeugung keine stärkere Entzündungsaktivität bestehen sollte. Während der Schwangerschaft sollte die **Überwachung** gemeinsam von einem Internisten und einem Frauenarzt durchgeführt werden. Für den Fall, dass sich während einer Schwangerschaft ein Entzündungsschub entwickelt, ist eine medikamentöse Behandlung mit Cortison- oder 5-Aminosalicylsäure-Präparaten möglich. Durch gezielten Einsatz dieser Medikamente kann ohne Nebenwirkungen auf den Embryo auch während der Schwangerschaft behandelt werden. Ist jedoch eine Dauertherapie mit Azathioprin erforderlich, so sollte eine **Empfängnisverhütung** betrieben werden. Die beiden sichersten Methoden, nämlich die hormonelle Empfängnisverhütung und das Einlegen einer Spirale in die Gebärmutter, sind beide bei dem Vorliegen einer chronisch entzündlichen

---

Darmerkrankung etwas problematisch. Was jeweils infrage kommt, muss individuell entschieden werden, wobei sich Internist und Frauenarzt wiederum gemeinsam beraten sollten.

## **Der künstliche Darmausgang**

Durch neu entwickelte chirurgische Verfahren ist in vielen Fällen bei der Colitis ulcerosa die Entfernung des Dickdarms ohne Anlage eines dauerhaften künstlichen Darmausgangs möglich (siehe Abbildung Seite 40). Nur in außerordentlich seltenen Fällen ist ein künstlicher Darmausgang (= Stoma) nicht zu umgehen. Bei Morbus Crohn und bei Colitis ulcerosa ist jedoch durch die vorübergehende Anlage eines Stomas manchmal eine günstige Beeinflussung der Erkrankung möglich. Das Stoma wird meist nach 4–6 Monaten wieder zurückverlegt. Mit den heutigen Versorgungssystemen ist es möglich, ein fast normales Leben einschließlich sportlicher Betätigung und normaler sexueller Entfaltung zu führen. Eine Berentung wegen eines Stomas ist heute nur in den seltensten Fällen nötig.

Sollte für Sie das Problem eines künstlichen Darmausgangs anstehen, so sollten Sie die Erfahrungen von „Leidensgenossen“ einholen. Patienten mit künstlichem Darmausgang, sogenannte Stomaträger, haben sich überall in Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen. Hier sei nochmals auf den Anhang verwiesen.

## Auf was sollen Sie als Patient mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung achten?

1. Bleiben Sie in regelmäßiger ärztlicher Überwachung, auch in Phasen der Beschwerdefreiheit. Bei kompliziertem Verlauf sollten Sie frühzeitig eine Vorstellung in einem gastroenterologischen Zentrum anstreben, in welchem Internisten und Chirurgen sich gemeinsam mit Ihrer Krankheit beschäftigen.
2. Lassen Sie sich über mögliche Diätmaßnahmen aufklären, besuchen Sie eine gute Diätberatung.
3. Vergessen Sie niemals: Je mehr Sie Ihre Krankheit beherrschen, umso weniger beherrscht die Krankheit Sie.
4. Sollte eine regelmäßige Medikamenteneinnahme auch über längere Zeit erforderlich sein, so müssen Sie diese auch regelmäßig einhalten. Ein Absetzen der Medikamente sollte nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt erfolgen. Lassen Sie sich jedoch über die Nebenwirkungen der Medikamente aufklären.
5. Achten Sie selbst auf Zeichen einer Krankheitsaktivität. Diese sind für die **Colitis ulcerosa**: Änderung der Stuhlbeschaffenheit bis hin zum Auftreten von blutigen Durchfällen, gleichzeitig Bauchschmerzen und allgemeine Zeichen wie Müdigkeit und Leistungsverlust. Für den **Morbus Crohn**: Bauchschmerzen, Gewichtsverlust, Änderung der Stuhlbeschaffenheit (sowohl Verstopfung als auch Durchfall) und allgemeine Leistungsminderung. Bei beiden Erkrankungen können Störungen außerhalb des Darms auf-

---

treten: Gelenkschmerzen, Augenentzündungen, Haut- und Schleimhautveränderungen, Rückenschmerzen und Nierenkoliken. Bei solchen Aktivitätszeichen sollte der Arzt aufgesucht werden. Nicht immer müssen diese Zeichen jedoch mit einer Aktivierung der chronischen Darmentzündung zusammenhängen. Sehr viel häufiger handelt es sich um Folgen von Diätfehlern (denken Sie nur an den Durchfall nach rohem Obst!) oder um akute Darminfektionen, die natürlich auch bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen auftreten können.

6. Informieren Sie sich über Ihre Krankheit, insbesondere über Ihren speziellen Fall. Hier sind Aufzeichnungen sehr nützlich, da bei langjährigem Verlauf damit zu rechnen ist, dass sich mehrere Ärzte unabhängig voneinander mit der Erkrankung befassen müssen. Sammeln Sie insbesondere Angaben über die durchgeführten Untersuchungen und Operationsberichte. Wichtig sind hier die Anschriften, wo etwas operiert oder untersucht wurde, und Angaben über den Zeitpunkt und den Umfang der jeweiligen Maßnahmen. Sie selber sollten wissen, wie ausgedehnt Ihre Erkrankung ist und welche Behandlungsmaßnahmen bereits durchgeführt wurden. Notieren Sie sich auch eventuell aufgetretene Unverträglichkeiten von Medikamenten.  
Hierbei kann Ihnen das CED-Patienten-Tagebuch (siehe Anhang) wertvolle Hilfe leisten.

## Glossar

Abszess	Abgekapselte Eiteransammlung als Folge von häufig bakteriell bedingten Entzündungen
Anämie	Blutarmut
Colon	Dickdarm
Duodenum	Zwölffingerdarm; erster Teil des Dünndarms
Dysplasie	Fehlgestaltung bzw. Fehlbildung der Gewebsentwicklung. Es existieren verschiedene Schweregrade der Dysplasie, die allesamt Vorstufen von Darmkrebs darstellen
Erythema nodosum	Lila-rote Hautverdickung, meistens im Bereich der Arme oder Beine
Fistel	Eine im Rahmen einer Entzündung entstandene „Kurzschlussverbindung“ zwischen zwei Darmabschnitten oder zwischen dem Darm und der Haut oder zwischen dem Darm und der Harnblase
Ileozökal- klappe	Klappenartige Struktur direkt am Übergang vom letzten Abschnitt des Dünndarms (= Ileum) zum Dickdarm (= Colon)
Ileum	Letzter Dünndarmabschnitt
Ileus	Darmverschluss infolge von Verengungen (= Stenosen) oder Darm-lähmung
Immun- suppression	Therapie, die das Abwehrsystem (Immunsystem) des Körpers hemmt

---

*itis	Endung eines Worts, die eine Entzündung anzeigt, z. B. Colitis = Entzündung des Dickdarms, Hepatitis = Leberentzündung
Jejunum	Mittlerer Dünndarmabschnitt
Morbus	Krankheit
Osteoporose	Verminderung von Knochengewebe oder Veränderung der Gesamtform des Knochens. Hierdurch Minderung der mechanischen Belastbarkeit und Neigung zu Frakturen
Perforation	Darmdurchbruch
Peritonitis	Bauchfellentzündung
Pouch	Stuhlreservoir, das durch eine Operation aus einer Dünndarmschlinge konstruiert wird
Rezidiv	Rückfall einer Erkrankung, erneuter Schub einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung
Stenose	Meistens im Rahmen von Entzündung auftretende Engstellung des Darms, die bei lang andauernder Entzündung auch narbig fixiert sein kann
Striktur	Andere Bezeichnung für Stenose, hierbei handelt es sich jedoch um eine narbig fixierte Engstellung im Bereich des Darms
Strikturoplastik	Chirurgisches Verfahren zur Beseitigung von Strikturen im Darm ohne hierbei den enggestellten, stenosierten Darm herauszuschneiden

Subileus	Unvollständige Ausprägung eines Darmverschlusses
Tumor-Nekrose-Faktor (TNF)	Botenstoff im menschlichen Körper, der eine wichtige Rolle bei Entzündungsprozessen spielt
Toxisches Megacolon	Komplikation, die vor allem bei der Colitis ulcerosa auftritt und eine akute Dilatation des Dickdarms beschreibt
Ulcus, Ulcera	Geschwür, Geschwüre

---

# Selbsthilfevereinigungen

## Colitis ulcerosa/Morbus Crohn

### Bundesrepublik Deutschland

Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa  
Vereinigung – DCCV – e.V.

Bundesgeschäftsstelle:

Inselstr. 1

10179 Berlin

Tel.: 030/2000392-0

Fax: 030/2000392-87

E-Mail: [info@dccv.de](mailto:info@dccv.de)

Internet: <http://www.dccv.de>

### European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations – EFCCA – EFCCA

Rue Des Chartreux 33–35

1000 Brussels/Belgium

Tel./Fax: +32 2 5408434

<http://www.efcca.org>

### Australien

Crohn's and Colitis Australia

Level 1, 462 Burwood Road

P.O. Box 2160

Hawthorn, VIC 3122

Tel.: +61 3 98151266

Fax: +61 3 98151299

E-Mail: [info@crohnsandcolitis.com.au](mailto:info@crohnsandcolitis.com.au)

Internet: <http://www.acca.net.au>

## **Belgien**

Crohn en Colitis ulcerosa Vereniging (CCV) vzw  
Groeneweg 151  
3001 Heverlee  
Tel.: +32 16 207312  
Fax: +32 16 208732  
E-Mail: [secretariaat@ccv-vzw.be](mailto:secretariaat@ccv-vzw.be)  
Internet: <http://www.ccv-vzw.be>

Association Crohn-RCUH  
Secrétariat administratif  
Rue de la Forêt de Soignes 17  
1410 Waterloo  
Tel.: +32 2 3541285  
E-Mail: [secr.crohn-rcuh@skynet.be](mailto:secr.crohn-rcuh@skynet.be)  
Internet: <http://www.mici.be>

## **Dänemark**

Colitis-Crohn Foreningen (CCF)  
Klingenberg 15, 2.th  
5000 Odense C  
Tel.: +45 35354882  
E-Mail: [info@ccf.dk](mailto:info@ccf.dk)  
Internet: <http://www.ccf.dk>

## **England**

Crohn's and Colitis UK (NACC)  
4 Beaumont House, Sutton Road  
St. Albans, Herts AL1 5HH  
Tel.: +44 1727 830038  
Fax: +44 1727 862550  
E-Mail: [enquiries@crohnsandcolitis.org.uk](mailto:enquiries@crohnsandcolitis.org.uk)  
Internet: <http://www.crohnsandcolitis.org.uk>

---

## **Finnland**

Crohn ja Colitis ry (CCAFIN)  
Kuninkaankatu 22 A 4  
33210 Tampere  
Tel.: +358 75 3254400  
Fax: +358 3 2662660  
E-Mail: [ccafin@crohnjacolitis.fi](mailto:ccafin@crohnjacolitis.fi)  
Internet: <http://www.crohnjacolitis.fi>

## **Frankreich**

Association François Aupetit (AFA)  
La Maison des MICI  
32 rue de Cambrai  
75019 Paris  
Tel.: +33 1 42000040  
Fax: +33 1 49283189  
E-Mail: [info-accueil@afa.asso.fr](mailto:info-accueil@afa.asso.fr)  
Internet: <http://www.afa.asso.fr>

## **Irland**

Irish Society for Colitis and Crohn's Disease (I.S.C.C.)  
Carmichael Centre  
North Brunswick Street  
Dublin 7  
Tel.: +353 1 8721416  
Fax: +353 1 8735737  
E-Mail: [info@iscc.ie](mailto:info@iscc.ie)  
Internet: <http://www.iscc.ie>

### **Italien**

Associazione Nazionale  
per le Malattie Infiammatorie Croniche  
dell'Intestino (A.M.I.C.I. ONLUS)  
Via A. Wildt, 19/4  
20131 Milano  
Tel.: +39283413346  
Fax: +39289070513  
Internet: <http://www.amiciitalia.net>

### **Kanada**

Crohn's & Colitis Foundation of Canada (CCFC)  
National Office  
600-60 St. Clair Avenue East  
Toronto, ON M4T 1N5  
Tel.: +1 416 920-5035  
Fax: +1 416 929-0364  
E-Mail: [ccfc@ccfc.ca](mailto:ccfc@ccfc.ca)  
Internet: <http://www.ccfc.ca>

### **Luxemburg**

Association Luxembourgeoise  
de la Maladie de Crohn (ALMC)  
P.O. Box 648  
2016 Luxembourg  
Tel.: +352 47 509828  
Internet: <http://www.afa.asso.fr>

---

## **Niederlande**

Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland  
(CCUVN)

Houttuinlaan 4b

3447 GM Woerden

Tel.: +31 348 420780

Fax: +31 348 480747

E-Mail: [info@crohn-colitis.nl](mailto:info@crohn-colitis.nl)

Internet: <http://www.crohn-colitis.nl>

## **Norwegen**

Landesforeningen mot Fordøyelsessykdommer (LMF)

Postboks 808 Sentrum

0104 Oslo

Tel.: +47 88005021

E-Mail: [post@lmfnorge.no](mailto:post@lmfnorge.no)

Internet: <http://www.lmfnorge.no>

## **Österreich**

Österreichische Morbus Crohn/

Colitis ulcerosa Vereinigung – ÖMCCV –

Obere Augartenstr. 26–28

1020 Wien

Tel./Fax: +43 1 3330633

E-Mail: [office@oemccv.at](mailto:office@oemccv.at)

Internet: <http://www.oemccv.at>

## **Portugal**

Associação Portuguesa da Doença

Inflamatória do Intestino (APDI)

Avenida Rodrigues Vieira, nº 80 – sala A

Leça do Balio

4465-738 Matosinhos

Tel.: +351 22 2086350

E-Mail: [geral@apdi.org.pt](mailto:geral@apdi.org.pt)

Internet: <http://www.apdi.org.pt>

### **Schweden**

Mag- och tarmförbundet  
Artillerigatan 6, 1 tr  
114 51 Stockholm  
Tel.: +4686424200  
Fax: +4686421100  
E-Mail: [rmt@magotarm.se](mailto:rmt@magotarm.se)  
Internet: <http://www.magotarm.se>

### **Schweiz**

Schweizerische Morbus Crohn/  
Colitis ulcerosa Vereinigung (SMCCV)  
5000 Aarau  
Tel./Fax: +41 6700487  
E-Mail: [welcome@smccv.ch](mailto:welcome@smccv.ch)  
Internet: <http://www.smccv.ch>

### **Slowakei**

Slowak Crohn Club (SCC)  
Jurigovo nám. 1  
841 04 Bratislava  
Tel.: +421 2 59327317  
E-Mail: [crohnclub@crohnclub.sk](mailto:crohnclub@crohnclub.sk)  
Internet: <http://www.crohnclub.sk>

### **Spanien**

Confédération de Asociaciones de Enfermos  
de Crohn y Colitis ulcerosa de España (ACCU)  
C/ Enrique Trompeta 6, Bajo 1  
28045 Madrid  
Tel.: +3491 5426326  
Fax: +3491 5475505  
E-Mail: [accuesp@accuesp.com](mailto:accuesp@accuesp.com)  
Internet: <http://www.accuesp.com>

---

## **Tschechische Republik**

CROCODILE (CROhn and COLitis DILEtants)

Pracoviště klinické farmakologie

Nemocnice České Budějovice a.s.

B. Němcové 54

370 87 České Budějovice

Tel./Fax: +420 387 874377

E-Mail: [crocodile@zdravcentra.cz](mailto:crocodile@zdravcentra.cz)

<http://www.zdravcentra.cz>

## **Ungarn**

Magyarországi Crohn-Colitises

Betegek Egyesülete (MCCBE)

Munkásotthon u. 41. VI/ 26

1043 Budapest

Tel./Fax: +36 27 393652

E-Mail: [mccbe@mccbe.hu](mailto:mccbe@mccbe.hu)

Internet: <http://www.mccbe.hu>

## **USA**

Crohn's & Colitis Foundation  
of America (CCFA)

733 Third Ave, Suite 510

New York, NY 10017

Tel.: +1 800 932 2423

+1 212 685 3440

Fax: +1 212 779 4098

E-Mail: [info@ccfa.org](mailto:info@ccfa.org)

Internet: <http://www.ccfa.org>

## **Selbsthilfvereinigungen für Stomaträger**

**(künstlicher Darmausgang oder künstliche  
Harnableitung)**

### **Bundesrepublik Deutschland**

Deutsche ILCO e.V.  
Thomas-Mann-Str. 40  
53111 Bonn  
Tel.: 02 28/33 88 94-50  
Fax: 02 28/33 88 94-75  
E-Mail: [info@ilco.de](mailto:info@ilco.de)  
Internet: <http://www.ilco.de>

### **England**

Ileostomy and Internal Pouch Support Group  
Peeverill House  
1-5 Mill Road  
Ballyclare, Co. Antrim BT39 9DR  
Tel.: +44 28 93344043  
Fax: +44 28 93324606  
E-Mail: [info@iasupport.org](mailto:info@iasupport.org)  
Internet: <http://www.iasupport.org>

---

## **Österreich**

Österreichische ILCO

Obere Augartenstr. 26–28

1020 Wien

Tel./Fax: +43 1 3323863

E-Mail: [stomaselbsthilfeilco@tele2.at](mailto:stomaselbsthilfeilco@tele2.at)

Internet: <http://www.ilco.at>

## **Schweiz**

ilco-Schweiz

Sekretariat

Therese Schneeberger

Buchenweg 35

3054 Schüpfen

Tel.: +41 31 8792468

E-Mail: [info@ilco.ch](mailto:info@ilco.ch)

Internet: <http://www.ilco.ch>

### Hinweis:

Die Adressen werden von uns in regelmäßigen Abständen aktualisiert.  
Für die Richtigkeit der Angaben übernehmen wir keine Gewähr.





## **Als weitere Patientenbroschüren zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind u. a. kostenlos erhältlich:**

- Kortikosteroid-Therapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Bu80)  
*32 Seiten*
- Mikroskopische Kolitis – Kollagene und lymphozytäre Kolitis (Bu82)  
*28 Seiten*
- Patientenfragen zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Krankheitsbild, Ernährung, Psychotherapie, Staatl. Hilfen/Verbände) (S81)  
*65 Seiten*
- Ernährung bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Wichtige Fragen – Richtige Antworten (S84)  
*68 Seiten*
- Begleiterkrankungen bei Morbus Crohn (S85)  
*44 Seiten*
- Medizinisches Stichwortverzeichnis zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (S86)  
*52 Seiten*
- CED-Patienten-Tagebuch (S88)  
*81 Seiten, DIN A6*

Bitte richten Sie Ihre Bestellung an:

FALK FOUNDATION e.V.



Leinenweberstr. 5  
79108 Freiburg  
Germany

Fax: 07 61/15 14-321

E-Mail: [literaturservice@falkfoundation.de](mailto:literaturservice@falkfoundation.de)

[www.falkfoundation.de](http://www.falkfoundation.de)

FALK FOUNDATION e.V.



Leinenweberstr. 5  
79108 Freiburg  
Germany