



Teil 2: Schritt für Schritt – die Therapie

Die Diagnose steht. Was nun?
Die Augen schließen hilft nicht!
Lesen Sie, welche Medikamente
zur Verfügung stehen, wann eine
Operation sinnvoll ist und welche
ergänzenden Maßnahmen Ihren
Krankheitsverlauf positiv beein-
flussen können.

Welche Möglichkeiten der Behandlung gibt es?

Prof. Dr. J. C. Hoffmann, Ludwigshafen

Natürlich braucht es Zeit, bis man die »bittere Pille« geschluckt hat – und diese Zeit sollten Sie sich auf jeden Fall nehmen. Denn die Flucht in ein »ich glaube das nicht« oder »ich werde das schon ohne Chemie durchstehen« ist der Schritt in die falsche Richtung. Eine medikamentöse Therapie gehört immer dazu – manchmal auch die chirurgische.

Ganz wichtig ist, dass Sie einen Arzt Ihres Vertrauens finden. Gemeinsam können Sie die Therapie planen, damit die akuten Beschwerden abklingen und es mit Ihrem Befinden rasch wieder aufwärts geht. Oft ist es gar nicht so einfach, Ärzte zu finden, die sich mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa richtig gut auskennen und gleichzeitig Verständnis für die Probleme vieler Betroffener haben. Örtliche Selbsthilfegruppen oder eine bundesweite Selbsthilfeorganisation wie die DCCV (www.dccv.de) können Ihnen mit Listen über erfahrene Ärzte helfen. Auch das Kompetenznetz Darmerkrankungen gibt eine Liste der beteiligten Praxen und Kliniken im Internet heraus (www.kompetenznetz-ced.de), in der Sie kompetente Ansprechpartner finden.

Schon seit jeher kennt die Medizin die Möglichkeit, mit Medikamenten oder mit dem »Messer« zu behandeln. Der große Vorteil der Operation ist, dass sie – wenn sie zum richtigen Zeitpunkt eingesetzt

wird – zu einer schlagartigen Verbesserung des Befindens führen kann. So lässt die Entfernung einer entzündeten Gallenblase meist schnell genesen. So einfach ist es bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa oft nicht. Denn: Entzündungen kommen wieder und ohne Darm kann man nicht leben. Deshalb sollte die Entscheidung für eine Operation nicht leichtfertig gefällt werden.

Gut helfen häufig Medikamente – vorausgesetzt, das richtige Medikament wird für die richtige Situation ausgewählt. Nicht selten ist die Auswahl des »richtigen Medikaments für die richtige Situation« kompliziert – erfahrene Magen-Darm-Spezialisten (Gastroenterologen) oder Fachärzte für innere Medizin (Internisten) sind die besten Ansprechpartner.

Die Gabe von Medikamenten verfolgt unterschiedliche Ziele. Die Therapie soll

- akute Entzündungen bekämpfen (Schubtherapie),

- erneute Schübe und Komplikationen vermeiden (Dauertherapie – Remissionserhaltung),
- die private und berufliche Lebensqualität weitgehend normalisieren und
- nach dem Motto vorgehen: So viel und so lange Arzneimittel wie nötig, aber so wenig und so kurz wie möglich.

Im Mittelpunkt bei der Schubtherapie steht, die akute Entzündung zu bekämpfen. Wichtig ist auch, Komplikationen (z. B. Knochenentkalkung/Osteoporose) zu verhindern und Vitaminmangel sowie Unterernährung auszugleichen. Die Dauertherapie soll einem Rückfall vorbeugen, man spricht auch von einer Remissionserhaltung oder Rezidivprophylaxe.

Das richtige Medikament für die richtige Situation

Die Wahl der richtigen Darreichungsform ist entscheidend, damit ein Medikament wirken kann. Hüllen oder Kapseln um die Medikamente sorgen z. B. dafür, dass der Wirkstoff an der richtigen Stelle verfügbar ist (z. B. im Dickdarm). Wird das Medikament ohne Kapsel gegeben, macht die Magensäure den Wirkstoff kaputt. Andererseits kann ein entzündungshemmendes Zäpfchen nur im Enddarm wirken, nicht

aber im Dünndarm. Daher muss der Arzt nicht nur die Substanzen kennen, die in Ihren Tabletten enthalten sind, sondern auch die Darreichungsformen richtig einschätzen.

Für die Behandlung von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa stehen den Betroffenen eine Reihe unterschiedlicher Substanzen zur Verfügung.

WISSEN

Darreichungsformen von Medikamenten

- Tabletten, Kapseln und Pellets
 - »normale« Tabletten (z. B. Kortison, Predni H[®])
 - mit Schutzhülle vor der Magensäure (pH-abhängige Freisetzung, z. B. Salofalk[®])
 - Tabletten als Mikrokapseln, die sich im gesamten Dünndarm auflösen (z. B. Pentasa[®])
 - Kügelchen (z. B. Claversal[®] Mikropellets)
- Lokaltherapie über den After
 - Zäpfchen
 - Einläufe (z. B. Kortisonvariante, Entocort[®])
 - Schaum (z. B. Mesalazin, Salofalk[®])
- Spritzen (in die Vene, in den Muskel oder unter die Haut, z. B. Humira[®]) und Infusionen (in die Vene, z. B. Remicade[®])

Kortisonpräparate

Kortison ist eigentlich ein körpereigenes Hormon, das der Organismus in Stresssituationen bildet. Die Substanz wirkt entzündungshemmend und unterdrückt das Immunsystem. Kurzzeitig können Betroffene es in hoher Dosis (Menge) einnehmen – das ist gut geeignet für die Schubbehandlung. Besonders in der Langzeittherapie zeigen sich aber viele, teils schwere Nebenwirkungen von Kortison. Deshalb empfehlen Experten, Kortison innerhalb von Wochen bis höchstens Monaten wieder auszuschleichen. Praktisch heißt das, die Dosis wird wöchentlich in kleinen Schritten gesenkt. Die wichtigsten Nebenwirkungen sind Zuckerkrankheit (Diabe-

tes), Knochenentkalkung (Osteoporose), Bluthochdruck (Hypertonie), Infektanfälligkeit und grauer Star – um nur einige wenige zu nennen. Um diese Nebenwirkungen zu umgehen, kann Kortison auch als Einlauf oder Schaum genommen werden. Eine Weiterentwicklung von Kortison ist das Budesonid, das eine gesunde Leber schnell abbaut. Dadurch hemmt die Substanz sehr gut die Entzündung im Darm und führt – solange man nicht zu viel gibt – zu fast keinen Kortison-Nebenwirkungen. Leider wirkt aber Budesonid nicht so stark wie das »normale« Kortison.

Kortisonfreie Entzündungshemmer

Sehr verbreitet in der Behandlung der CED sind die Aminosalizylate, besonders Sulfasalazin (z. B. Azulfidine® oder Colopleon®) und vor allem Mesalazin (z. B. Claversal®, Mezavant®, Pentasa® oder Salofalk®). Ein Vorteil für Sulfasalazin ist – auch wenn es nicht ganz so gut verträglich ist wie Mesalazin –, dass es auch bei Gelenkrheuma auf dem Boden eines Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa wirkt. Während Mesalazin bei der Colitis ulcerosa Rückfälle verhindern kann und auch durch Colitis vermittelter Krebs wohl seltener auftritt, kann die Dauertherapie beim Morbus Crohn Rückfälle nicht verhindern.

Klassische Immunsuppressiva

Der rezidivierende oder auch chronisch aktive Verlauf lässt sich mit den klassi-

WISSEN

Off-Label-Gebrauch

Dies ist durchaus ein legitimes Verfahren in Deutschland und auch in anderen Ländern. Die meisten medizinischen Substanzen sind für bestimmte Fälle vorgesehen und von den Behörden zugelassen. Manchmal zeigt sich aber, dass diese Substanzen auch in anderen Fällen sehr gut wirken – nur eben die spezielle Zulassung nicht haben. Die Gründe sind vielfältig. Ein wichtiger ist, dass die Untersuchungen für eine offizielle Zulassung sehr teuer sind und viel Zeit brauchen. Die Behörden versuchen zurzeit, vereinfachte Regeln für Zulassungen aufzustellen.

schen, das Immunsystem unterdrückenden Medikamenten (Immunsuppressiva) behandeln. An erster Stelle steht für den Morbus Crohn und auch für die Colitis ulcerosa das Azathioprin oder sein Abkömmling 6-Mercaptopurin. Diese Medikamente helfen besonders dann, wenn die Schübe immer wieder kommen, das Kortison nicht ausreichend hilft oder auch aktive Fisteln zu Beschwerden führen.

Bei der Behandlung von Fisteln ist aber sehr wichtig, dass nicht nur medikamentös, sondern auch häufig chirurgisch behandelt werden muss. Abszessspaltungen, Fistelgängeröffnungen und vor allem Fadedrainagen sind von großer Bedeutung. Erfolgen diese Maßnahmen nicht, kann unter einer Immunsuppression eine Blutvergiftung auftreten.

In der Regel sind Azathioprin und 6-Mercaptopurin sehr gut verträglich. Selten, d.h. ungefähr bei jedem 10. Betroffenen, kommt es zu Unverträglichkeiten. Wer Azathioprin deshalb absetzen muss, kann alternativ beim Morbus Crohn Methotrexat als wöchentliche Spritze einsetzen. Eine weitere Alternative sind die anti-TNF- α -Antikörper. Der Einsatz von Immunsuppressiva oder anti-TNF- α -Antikörper kann einen chronisch aktiven Verlauf durchbrechen und durch eine Dauertherapie neue Schübe verhindern.

Neben den klassischen Immunsuppressiva gibt es auch neuere Substanzen, besonders Ciclosporin (z. B. Sandimmun®) und Tacrolimus (Prograf®). Die Medikamente stammen aus der Transplantationsmedi-

zin. Sie helfen bei sehr schweren Verläufen der Colitis ulcerosa. Leider sind diese Medikamente nicht für die Colitis ulcerosa zugelassen. Deshalb setzen sie meist nur erfahrene Ärzte und Zentren im Krankenhaus ein.

Bei der Behandlung chronischer Erkrankungen wie der CED ist die langfristige Verträglichkeit von Medikamenten ein sehr wichtiges Thema. In den vergangenen Jahren ist z. B. deutlich geworden, dass unter Immunsuppressiva – besonders in der Kombinationstherapie von Immunsuppressivum, Kortison und/oder Biologika beziehungsweise mehreren Immunsuppressiva – die Rate des Haut- und Lymphknotenkrebes leicht steigt. Auch treten Infekte häufiger auf – was ja klar ist, wenn das Immunsystem nicht mit voller Kraft arbeiten kann. Lassen Sie sich deshalb keine übermäßige Angst machen. Haben Sie das bitte nur im Kopf und verhalten sich vorsichtig. Achten Sie etwa besonders konsequent auf Sonnenschutzcreme im Sommer.

Antikörper und Biologika

Jeder Mensch verfügt über Antikörper in seinem Blut, z. B. gegen Viren, damit man nicht krank wird. Antikörper (Immunglobuline) sind Eiweiße (Proteine), die der Organismus auf bestimmte Stoffe (Antigene, z. B. auf Bestandteile von Viren und Bakterien) bildet. Das besondere an ihnen ist, dass sie sich an eine ganz bestimmte Struktur (z. B. eine bestimmte Stelle eines Virus) binden – und sie unschädlich ma-

chen. Antikörper sind Teile des Immunsystems – sie sind so etwas wie spezielle Waffen gegen Eindringlinge. Solche Antikörper können heute auch Labore herstellen. Die Medikamentengruppe, zu denen Antikörper gehören, heißen Biologika. Das Besondere an ihnen ist, dass sie sehr gezielt in die Entzündung eingreifen. Ganz grob teilen sich Biologika bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa in drei Gruppen. Sie hemmen

1. die Einwanderung von Entzündungszellen in den Darm,
2. die Übertragung von Entzündungsstoffen im Gewebe, z. B. Tumor-Nekrose-Faktor- α ,
3. die Signalstoffe in der Zelle.

Die einzigen in der Europäischen Union zugelassenen Biologika für Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind die anti-TNF- α -Antikörper Infliximab (Remicade®) und Adalimumab (Humira®). Ähnlich wie bei den neuen Immunsuppressiva achten Sie bitte darauf, dass Ihnen die anti-TNF- α -Antikörper nur erfahrene Ärzte verordnen. Sie achten streng darauf, dass alle Voruntersuchungen gemacht werden. Achten Sie zudem auf Infekte und auch auf die aktuellen Impfpfehlungen.

Merke

Impfung – ja oder nein? Die grobe Regel ist: Totimpfungen – ja. Lebendimpfungen – nein. Denn in Lebendimpfungen sind abgeschwächte, aber nicht komplett inaktivierte Erreger der Krankheit. Sie können unter Immunsuppressiva Probleme machen.

Probiotika, Komplementärmedizin

Viele Betroffene erhoffen sich positive Effekte von Akupunktur, Weihrauch und Probiotika. Probiotika sind lebende Bakterien, die die Entzündung günstig beeinflussen. Das am besten untersuchte Probiotikum ist E. coli Nissle 1917 (Mutaflor®). Es ist genauso wirksam wie Mesalazin in der Erhaltungstherapie der Colitis ulcerosa. Weihrauch scheint – wenn überhaupt – dann nur gering beim Morbus Crohn zu wirken, ähnlich wie Mesalazin. Gewisse positive Effekte von Akupunktur haben Betroffene berichtet. Wir raten aber, gerade bei schwerkranken Betroffenen, dass die genannten Behandlungsverfahren nicht statt, sondern ergänzend zur sonstigen Therapie gegeben werden.

Merke

Große Hoffnungen sind mit Lecithin (Phosphatidylcholin) bei Colitis ulcerosa und den Eiern des Schweinepeitschenwurms verbunden. Zu beiden Substanzen laufen aktuell große Behandlungsstudien, sie sind aber (noch) nicht zur Behandlung zugelassen.

Andere Beschwerden

Beschwerden, die entzündungshemmende Medikamente nicht beeinflussen können, sind z. B. Gelenkschmerzen oder Durchfall, etwa bei einem vernarbten Dickdarm. Auch hier gibt es geeignete Medikamente, die Ihnen Linderung bringen.

Seien Sie sehr vorsichtig bei Schmerztabletten. Die Gruppe der sogenannten nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) oder -phlogistika (z. B. Voltaren®) kann die Darmentzündung verschlimmern. Für den Darm besser verträglich sind Paracetamol oder bei stärkeren Schmerzen dem Morphinum ähnliche Medikamente wie Tramadol (Tramal®) oder Tilidin (z. B. Valoron®). Durchfall ohne Entzündung kann vorsichtig mit Loperamid (z. B. Imodium®) behandelt werden. Allerdings sollten Sie auch hier Vorsicht walten lassen. Loperamid hat zum einen viele Nebenwirkungen, zum anderen kann der Durchfall auch infektiös (z. B. durch Salmonellen oder andere Keime) bedingt sein. Dann wäre Loperamid der falsche Weg. Fragen Sie Ihren Arzt! Unter die Ergänzungen fallen auch Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente. Eisenmangel ist z. B. ein häufiges Problem und erfordert die Gabe von Eisen. Allerdings können Eisentabletten die Darmentzündung verschlimmern; Eiseninfusionen tun dies nicht. Ihre Vitaminedepots können besonders nach Darmoperationen geleert sein, sodass Sie diese als Tabletten oder sonst als Spritzen erhalten. Besonders sollten Sie und Ihr Arzt auf Vitamin D achten, weil Betroffene von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa gehäuft Osteoporose haben. Dieses Problem wird durch die Behandlung mit Kortison verstärkt.

WISSEN

Was ist Coping?

Der aus dem Englischen stammende Begriff heißt wörtlich übersetzt »zurechtkommen«. Auf Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa bezogen heißt das: Sie müssen Mittel und Wege finden, psychisch mit der Erkrankung fertig zu werden. Dazu gehört auch der Umgang mit Ihren Mitmenschen.

Psychotherapie

Es verwundert nicht, dass Menschen mit Fisteln oder mit ständigem Durchfall, um nur zwei typische Beschwerden zu nennen, auch mit der Psyche Probleme bekommen. Damit diese nicht überhand nehmen und womöglich depressive Stimmungen die Folge sind, nehmen Sie sich Hilfe. Dies unterstützt Sie beim »Coping«.

Dabei kann die Psychotherapie entscheidend helfen. Allerdings ist für manche Betroffene das Finden des richtigen Therapeuten genauso schwierig wie eines guten Gastroenterologen (s. Seite 44).

Was ist wichtig im akuten Krankheitsschub?

Damit eine Schubbehandlung greift, ist es wichtig, dass Sie die verordneten Medikamente regelmäßig einnehmen. Dies ist eine Voraussetzung für den Erfolg jeder Behandlung mit Medikamenten. Wenn Sie bestimmte Substanzen nicht vertrauen oder nicht mehr nehmen möchten, ist hier der Rat: Sprechen Sie offen mit Ihrem Arzt darüber. Lassen Sie die Medikamente nicht einfach weg, ohne sich vorher einen Rat geholt zu haben. Ein guter Arzt wird Ihnen nicht gleich »den Kopf abreißen«, sondern mit Ihnen abklären, ob und welchen anderen Weg es für Sie gibt.

Im Zentrum der Schubbehandlung steht häufig Kortison. Dies betrifft besonders schwere Schübe. Leichte Schübe können auch mit Mesalazin als Tablette oder durch Einläufe bei Entzündung nur am

Ende des entzündeten Dickdarms behandelt werden. Bei Kindern empfiehlt sich als Schubbehandlung eine Ernährungstherapie über einen Dünndarmschlauch.

Kortison gibt es als Tabletten, Spritzen, Einlauf oder als Darm-Schaum über den Enddarm. Allgemein ist es so, dass die Lokalthherapie (z. B. Schaum über den After) der Behandlung mit Tabletten vorgezogen wird, wenn nur der Enddarm entzündet ist. Wenn Kortison gegeben werden muss, versuchen Ärzte in einem ersten Schritt die Therapie mit einer Weiterentwicklung des Hormons, die weniger Nebenwirkungen hat (Budesonid, z. B. Budenofalk®). Dies setzt allerdings voraus, dass die Entzündung an der Klappe zwischen Dick- und Dünndarm besteht.

WISSEN

Die richtige Kortison-Dosis

Die genaue Dosis legt der Arzt fest. Häufig verordnet er eine hohe Kortisonmenge für ein paar Tage – bis zur Beschwerdebesserung. Die Reduktion von Kortison erfolgt im Allgemeinen wöchentlich in zunächst größeren Dosisschritten und später kleinen. Ziel ist immer, über Wochen bis Monate das Kortison ganz auszuschleichen.

Ist dies nicht möglich, handelt es sich um einen chronisch aktiven Verlauf, sodass andere Medikamente eingesetzt werden müssen. Besonders wichtig zu wissen ist, dass weder Budesonid noch normales Kortison auf Dauer erneute Schübe verhindern können. Daher ist immer das Ziel, das Kortison vollständig auszuschleichen.

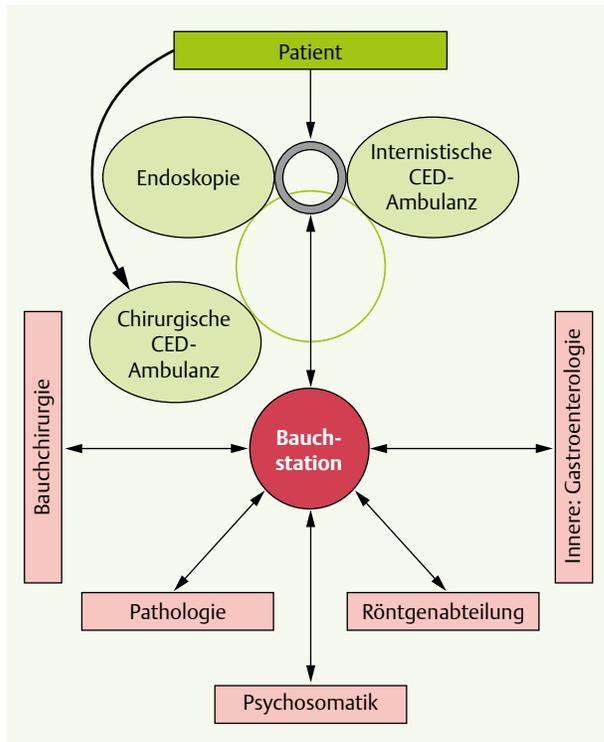
Fisteln in den Griff bekommen

Das Hauptproblem von Fisteln sind Infektionen – bis hin zu Eiteransammlungen im Gewebe (Abszesse) und schlimmstenfalls Blutvergiftungen. Selten kann auch ein Fistelgang zwischen z. B. Magen und Enddarm auftreten. Die Folge: Die Nahrung passiert nicht den Dünndarm und er kann keine Nahrungsstoffe aufnehmen. Mangelernährung und Durchfall stellen sich ein. Helfen kann dann nur ein erfahrener Fisteloperator. Anschließend versucht ein Internist durch Medikamente zu verhindern, dass neue Fisteln entste-

hen. Bewährt haben sich daher Zentren, in denen Internisten und Chirurgen Hand in Hand arbeiten.

Der Chirurg wird die Fisteln vor allem mit Fadendrainagen, Abszessspaltungen und Darmstück-Entfernungen behandeln. Bei schwersten Verläufen wird er einen vorübergehenden künstlichen Darmausgang anlegen. Der Magen-Darm-Spezialist (Gastroenterologe) setzt Antibiotika (besonders Metronidazol), Immunsuppressiva (besonders Azathioprin) und bei schweren Ver-

► **Bauchstation.** Betroffene kommen in die Ambulanzen und werden auf die gemeinsame Station weitergeleitet, wo sie von den Fachärzten interdisziplinär behandelt werden.



laufen besonders anti-TNF- α -Antikörper ein. Durch die Zusammenarbeit der ver-

schiedenen Disziplinen lassen sich so für die meisten Fisteln Lösungen finden.

Was geschieht mit Stenosen (Engstellen)?

Engstellen – sogenannte Stenosen – führen zu Schmerzen, vor allem nach dem Essen. Diese Engstellen treten gerade beim Morbus Crohn auf und betreffen in erster Linie den Übergang vom Dün- zum Dickdarm (die Ileozökalklappe). Auch bei der Colitis ulcerosa kann vereinzelt eine Engstelle auftreten. Diese werden immer darauf untersucht, ob vielleicht ein Krebs im

Dickdarm entstanden ist. Sollte es sich um einen bösartigen Tumor handeln, werden Ihnen die Ärzte meistens zu einer Entfernung des gesamten Dickdarms mit Anlage eines »Pouches« raten. Für den Pouch wird aus dem verbliebenen Dünndarm ein »neuer« Enddarm gebildet.

Bei Engstellen bei einem Morbus Crohn muss zunächst geklärt werden, ob eine akute Entzündung oder eine Vernarbung vorliegt. Während die akut entzündliche Enge sehr gut auf Kortison anspricht, wird eine narbige Engstelle nicht durch Medikamente zu beeinflussen sein.

Für die Behandlung von solchen narbigen Engstellen gibt es beim Morbus Crohn drei Alternativen:

- Operation mit Entfernung dieses Darmstücks (besonders bei sehr langen Engstellen)
- Operation mit »Strikturoplastik«, d. h. Eröffnung des Darmes und Weitung durch besonderes Zusammennähen
- endoskopische Aufdehnung (Dilatation), besonders bei kurzstreckigen Engstellen im Dickdarm, an der Klappe oder im Dünndarm

Nach der erfolgreichen Behandlung sollte eine Dauertherapie erwogen werden, z. B. mit Azathioprin oder eventuell mit Mesalazin nach Operation.

WISSEN

Was ist ein Pouch?

Der Pouch ist ein aus Dünndarmschlingen geformtes Reservoir. Es sammelt den recht flüssigen Darminhalt und zögert so die direkte Entleerung hinaus. »Ileoanal« bedeutet dabei, dass der letzte Abschnitt des Dünndarms (Ileum) an den After (Anus) angehängt wird. Dieser Eingriff verhindert einen dauerhaften künstlichen Darmausgang. Die Funktion des Pouches entwickelt sich meist innerhalb eines Jahres. Die Stuhlfrequenz pendelt sich meist auf vier bis acht dünne Stuhlgänge pro Tag ein. Die häufigste Komplikation ist die Entzündung des Pouches (Pouchitis, bis zu 50 Prozent), die aber meist gut auf Antibiotika anspricht.