

***rheuma**vision*

Leben mit Rheuma



Chronisch entzündet: Die Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa

Lebensqualität

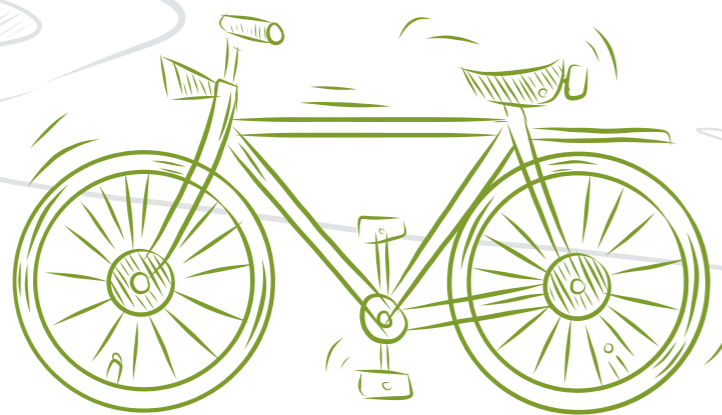
Welche Rolle spielt die Ernährung bei CED?

Gut zu wissen

Tipps, Infos und Wissenswertes rund um Rheuma



Jetzt online gehen ...



SERVICE-MATERIALIEN

Ratgeberserie für wichtige Informationen, Tipps und Anleitungen für Rheuma-Patienten und deren Angehörige.

ERNÄHRUNGSMATERIALIEN

Profitieren Sie von unseren Rezeptvorschlägen und der richtigen Ernährung bei vollem Genuss!

REISERATSCHLÄGE

Tipps zur Wahl Ihres Reiseziels und Checklisten für die sorgfältige Planung und Vorbereitung Ihrer Reise.

BEWEGUNGSTIPPS

Ratschläge für anhaltende Motivation. Von der Krankengymnastik bis zum sportlichen Training.

Werden Sie

aktiv-mit-rheuma.de

Bitte Code scannen:



editorial



Liebe Leserin,
lieber Leser,

chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa nehmen, insbesondere in den Industrieländern stetig zu. Zwischen 320.000 und 470.000 Menschen in Deutschland sind, aktuellen Schätzungen zufolge, an einer chronischen Darmentzündung erkrankt. Die genauen Ursachen und Auslöser sind noch nicht vollständig geklärt. Diskutiert wird insbesondere ein Zusammenspiel aus Umweltfaktoren, genetischer Veranlagung und einem fehlgeleiteten Immunsystem.

Welche Symptome auf CED hinweisen können, wie die Erkrankungen diagnostiziert werden und welche Therapien in Frage kommen, lesen Sie in einem Beitrag von Dr. Andrea Pace, Chefarzt der Klinik für Gastroenterologie am Friedrich-Ebert-Krankenhaus in Neumünster.

Wenn es um den Darm geht, spielt auch das, was wir essen eine Rolle. Ab Seite 18 beschäftigen wir uns daher mit der Ernährung und ihrem Einfluss auf chronisch entzündliche Darmerkrankungen.

Gerade jetzt, wo die Weihnachtszeit beginnt, ist es besonders schwierig mit Einschränkungen in Bezug auf Genuss zu leben. Umso mehr hoffen wir, Ihnen mit unserem Artikel hilfreiche Informationen liefern zu können, und wünschen Ihnen an dieser Stelle einen harmonischen Advent, und einen unbeschwernten Jahreswechsel.

Ihr

Dr. K. Ahmadi-Simab | Redaktion RHEUMAVISION

inhalt

- 4 **Praxis Portrait**
Ihre Rheumatologische Praxis stellt sich vor
- 6 **News**
- 8 **Titelthema: CED Chronisch entzündliche Darmerkrankungen**
Symptome, Diagnostik, Therapie von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
- 16 **Gut zu wissen**
Tipps, Veranstaltungen, Infos, Wissenwertes rund um Ihre Therapie
- 18 **Ernährung bei CED**
Symptome beeinflussen, Heilung fördern, Verlauf unterstützen. Was lässt sich durch Ernährung erreichen?

IMPRESSUM

Verlag: Florian Schmitz Kommunikation GmbH
Herausgeber: Florian Schmitz (V.i.S.d.P.)
Redaktion: Dr. Keihan Ahmadi-Simab, Dr. Andrea Pace, Tanja Fuchs, Carola Hoffmeister
Gestaltung: Peter Schumacher
Redaktionsanschrift:
Florian Schmitz Kommunikation | Tanja Fuchs
Wichmannstrasse 4 / Haus 12, 22607 Hamburg

Ihre Gesundheit ist unser Ziel: Klinikum Stephansplatz Hamburg - Zentrum für Interdisziplinäre Medizin und Autoimmunkrankheiten

Gesundheit und Wohlbefinden verbunden mit höchster medizinischer Kompetenz, modernster Medizintechnik und einer innovativen Organisationsform – das erwartet den Patienten im Klinikum Stephansplatz.

Medizinische Vielfalt

Das Zentrum für Interdisziplinäre Medizin verfügt über ein Ambulatorium, eine Tagesklinik und eine stationäre Einheit. Erfahrene und renommierte Ärzte aus über 15 verschiedenen Fachgebieten arbeiten hier interdisziplinär zusammen. Dieses breite fachärztliche Spektrum in Kombination mit umfangreichen diagnostischen Möglichkeiten, garantiert eine kompetente Betreuung und ermöglicht die unmittelbare Einleitung einer individualisierten Therapie.

Der Patient im Mittelpunkt

Die medizinische Versorgung, das seelische Wohlergehen und die individuellen Bedürfnisse der Patienten stehen im Zentrum unserer Bemühungen. Ärzte und Mitarbeiter, die sich Zeit nehmen, sind ebenso selbstverständlich, wie eine gut organisierte Terminvergabe und kurze Wartezeiten.

Rheumatologie, Klinische Immunologie

Erfahrene Rheumatologen sind in der Lage, durch eine spezifische Anamnese und genaue zielorientierte körperliche Untersuchungen, eine erste Diagnose zu erstellen, die dann durch weitere bildgebende Verfahren und Laboruntersuchungen bestätigt oder ausgeschlossen werden kann. Dies ermöglicht eine rasche Orientierung und entsprechende Beratung.

Diagnostik

- Gelenk-, Sehnen- und Weichteilultraschall
- Ultraschallgesteuerte Gelenkpunktion
- Blut-/Urinuntersuchung inkl. Bestimmung genetischer Marker
- Kapillarmikroskopie
- Röntgen-Untersuchungen
- Computertomographie (CT)
- Magnetresonanztomographie (MRT)
- Organscreening bei Autoimmunkrankheiten
- Knochendichtemessung (DXA)
- Endoskopie (Magen-, Darm-, Lungenspiegelung)
- Diagnostische Organpunktion bei Autoimmunkrankheiten
- Gastroenterologische Funktionsdiagnostik

Therapeutische Leistungen

- Aufstellen und Anpassen eines Therapieplans
- Infiltrationstherapie
- Ultraschallgesteuerte Gelenkpunktion zur Medikamentenapplikation
- Infusionstherapie
- Spezifische Schmerztherapie
- Physiotherapie in Kooperation
- Biologika-Therapie



Im eindrucksvollen Gebäude der alten Oberpostdirektion findet sich eine Vielfalt von akademisch ausgerichteten Zentren für Gesundheit, Life Sciences, Medizin und naturwissenschaftliche Forschung.

Kassenärztliche Rheumatologie

Für die Versorgung gesetzlich versicherter Patienten wurde im November 2014 die Praxis Rheumatologie Hamburg-Mitte am KSH eröffnet, die Leitung übernimmt Dr. Margarete Kern.

KLINIKUM STEPHANSPLATZ HAMBURG

Stephansplatz 3 | 20354 Hamburg | Fax: 040 320 88 31-30
sekretariat@ks-hamburg.de | www.klinikum-stephansplatz.de



TERMIVERGABE:
040 320 88 31-0

Ärzte, Fachgebiete und Spezialsprechstunden

Dr. med. K. Ahmadi-Simab | Ärztlicher Direktor | Facharzt für **Innere Medizin, Rheumatologie, Klinische Immunologie, Gastroenterologie**

Dr. med. Angela von Elling | Oberärztin | Fachärztin für **Innere Medizin, Rheumatologie und Nephrologie**

Dr. med. Margarete Kern | Oberärztin | Fachärztin für **Innere Medizin, Rheumatologie, Klinische Immunologie**

Dr. med. Joachim Ebel | Facharzt für **Innere Medizin, Rheumatologie**

Prof. Dr. F. Ulrich Beil | Facharzt für **Innere Medizin und Endokrinologie**

Prof. Dr. med. Angelika Costard-Jäckle | Fachärztin für **Innere Medizin, Kardiologie**

Prof. Dr. Fritz Jänicke | Facharzt für **Gynäkologie**

Dr. med. Claudia Lerche | Fachärztin für **Gynäkologie und zertifizierte Präventionsmedizinerin dfg**

Dr. med. Julia Tralles | Fachärztin für **Gynäkologie und Geburtshilfe, Naturheilverfahren und Allgemeinmedizin**

Prof. Dr. med. Helgo Magnussen | Facharzt für **Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, Schlafmedizin**

Prof. Dr. med. Thomas Meinertz | Facharzt für **Innere Medizin, Kardiologie, Pharmakologie**

Dr. med. Ursula Strate | Fachärztin für **Chirurgie und Viszeralchirurgie, Schwerpunkt Endoskopie**

Dr. med. Michael Begemann
Facharzt für **Hämato-Onkologie**

Prof. Dr. med. Volker Wening | Facharzt für **Orthopädie, spezielle Unfallchirurgie, Sporttraumatologie und Chirurgie**

Prof. Dr. med. Josef Aldenhoff | Facharzt für **Psychiatrie und Psychotherapie**

Prof. Dr. med. Matthias R. Lemke | Facharzt für **Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtmedizin**

Dr. med. Christoph Weinhardt | Facharzt für **Rheumatologie, Orthopädie, Unfallchirurgie und Chirotherapie**

Dr. med. Vinzenz Graf von Kageneck
Facharzt für **Innere Medizin und Kardiologie**

Dr. med. Barbara Eifrig | Fachärztin für **Innere Medizin – Zusatzbezeichnung Hämostaseologie**

Priv.-Doz. Dr. Wolf-Hartmut Meyer-Moldenhauer
Facharzt für **Urologie**

Dr. med. Eckhard Stein | Facharzt für **Innere Medizin**

Prof. Dr. med. Norbert Schmitz
Facharzt für **Innere Medizin und Hämatologie**

Prof. Dr. med. Ulrich Tebbe | Facharzt für **Innere Medizin, Kardiologie, Angiologie, Interventionelle Kardiologie, Notfallmedizin, Hypertensiologie**

Dr. med. Jörn Klasen | Facharzt für **Innere Medizin, Anthroposophische Medizin, Naturheilverfahren, Dipl. Heilpädagoge**

Dr. med. Stephanie Thiel | Fachärztin für **Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgung, Akupunktur**

MSc. oec. troph. Sylvana Prokop | **Ökotrophologin**

Dr. med. Sabine Timmermann | Fachärztin für **Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, Schlafmedizin**

Weitere Fachgebiete und Spezialsprechstunden:

- Interdisziplinäres Zentrum für Autoimmunkrankheiten
- Interdisziplinäre Sprechstunde für Lungenhochdruck
- Interdisziplinäre Sprechstunde für Osteoporose
- Präventivmedizin, Vorsorge und Check-up
- Radiologie
- Labormedizin
- Kooperation mit Dermatologen, Augen- und HNO-Ärzten

Hilfe bei starker Schädigung: Operation gegen Rheuma

Gegen Gelenkrheuma gibt es wirksame Medikamente. Doch wenn im späteren Krankheitsverlauf die Funktion eines Gelenkes zu stark eingeschränkt ist und es Schmerzen verursacht, kann dem Patienten eine Operation helfen. Für alltagstaugliche Beweglichkeit in Schulter-, Ellenbogen-, Knie- und Hüftgelenken sind Prothesen das Mittel der Wahl. „Selbst bei einem fehlenden vorderen Kreuzband am Kniegelenk oder fehlender Muskel-Sehnen-Kappe am Schultergelenk ist eine Implantation von Prothesen möglich“, sagt Stefan Rehart, Chefarzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Agaplesion Markus Krankenhauses in Frankfurt am Main. An Handgelenk, Finger- und Zehen- sowie den oberen Sprunggelenken können Prothesen sogar die komplexen Greiffunktion der Hand oder die Beweglichkeit des Fußes beim Gehen wieder herstellen. „Medizinisch machbar ist heute vieles – auch bei scheinbar aussichtslosen Gelenkerstörungen“, macht Rehart Betroffenen Mut.

(Quelle: <https://idw-online.de/de/news658138>)



Früharthritis-Sprechstunde: Ein Erfolgsmodell

Wenn die Gelenke plötzlich anschwellen und Finger, Hüfte oder Knie schmerzen, sollten Betroffene mit Verdacht auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung so schnell wie möglich zum Arzt. Denn Ultraschall-Aufnahmen machen Schäden an Knorpeln und Knochen bereits nach drei bis sechs Wochen sichtbar. In dieser Phase lässt sich eine weitere Zerstörung der Gelenke möglicherweise aufhalten. Doch Betroffene müssen durchschnittlich zwei bis vier Monate auf einen Termin beim Facharzt warten. Das ist zu lang, kritisierte Christof Specker vom Universitätsklinikum Essen auf dem 44. Kongress der Deutschen Rheumatologischen Gesellschaft. Eine Alternative sind Früharthritis-Sprechstunden. Die Untersuchungen sind zwar weniger umfangreich als in einer herkömmlichen Rheuma-Sprechstunde, dafür aber nicht weniger aussagekräftig. Christof Specker hat 87 Praxen und Klinikeinrichtungen zu solchen Frühsprechstunden befragt. Er fasst zusammen: „Unsere Studie zeigt, dass eine kurze Begutachtung von 10 bis 15 Minuten durch einen erfahrenen Rheumatologen in den allermeisten Fällen eine korrekte Diagnose zulässt. Für die rheumatoide Arthritis lag die Trefferquote bei 93 Prozent.“ Die Frühsprechstunden sind außerdem nicht nur für die Diagnose sinnvoll: „Trotz begrenzter Untersuchungszeit ist auch die Patientenzufriedenheit gestiegen“. Mit den Ergebnissen seiner Erhebung wirbt Specker für die bundesweite Einrichtung weiterer Früharthritis-Sprechstunden.

(Quelle: www.medscape.com/artikelsicht/4905266)

Studie: Aufruf zur Teilnahme

Menschen mit rheumatoider Arthritis können im Rahmen einer Studie einen neuen Fragebogen testen. Er soll erfassen, mit welchen Problemen die Betroffenen im Alltag zu kämpfen haben. Die Studie wird durchgeführt von der britischen Universität Salford und der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Das Ausfüllen der Bögen dauert ungefähr eine Stunde. Datum: Die Studie läuft bis zum 31. Mai 2017.

Weitere Infos und Anmeldung über:

www.rheuma-liga.de

Kommunikation: Deutliche Barrieren

Wenn es um eingeschränkte Teilhabe am sozialen Leben geht, spielen kommunikative Probleme eine wesentliche Rolle. Dies zeigt eine Online-Befragung, die vom Institut für Rehabilitationsmedizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg mit Unterstützung der Deutschen Rheuma-Liga durchgeführt wurde. In über der Hälfte von 1015 ausgewerteten Antworten wurde von Problemen in Alltagssituationen berichtet. So z.B. bei Behördengängen und im Berufsleben. Insbesondere im Kontakt mit Vorgesetzten fällt Menschen mit Rheuma die krankheitsbezogene Kommunikation schwer.

(Quelle und weitere Infos: <http://dgrh.de/9792.html>)

Kinder: Off-Label-Use

Rheuma gilt als Krankheit älterer Leute. Doch in Deutschland leiden rund 14 000 Kinder und Jugendliche an juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), einer chronischen Gelenkerkrankung, die vor dem 16. Lebensjahr beginnt. Eine frühzeitige Behandlung ist besonders wichtig, da eine Therapie unter Umständen eine vollständige Rückbildung der Gelenkentzündungen bewirkt. Als Erwachsene wären die Betroffenen damit beschwerdefrei. Trotz dieser Perspektive sind rheumakranke Kinder in Deutschland fachmedizinisch unterversorgt: „Wir haben eine Explosion von neuen Substanzen, die jetzt oder bald zur Verfügung stehen, doch nur ein kleiner Teil davon wurde im Kindesalter überhaupt untersucht. Und wiederum nur ein kleiner Teil davon ist für die Behandlung von Kindern zugelassen“, erklärt Gerd Horneff von der Asklepios Kinderklinik im nordrhein-westfälischen Sankt Augustin. Die



Wirkt eine neue Substanz bei Kindern? Weil es keine Belege dafür gibt, sind viele moderne Medikamente für Kinder nicht zugelassen. Das ist ein Problem.

Ärzte sind dadurch in vielen Fällen darauf angewiesen, ihre kleinen Patienten off-label zu behandeln, also mit Arzneimitteln außerhalb der arzneimittelrechtlich zugelassenen Anwendungsgebiete. Dafür fehlen meistens die Wirksamkeitsbelege. Die schlechtere Behandlung von Kindern äußere sich in der Folge beispielsweise darin, dass Therapieziele wie ein krankheitsfreies, symptomfreies Leben oder eine Remission der Erkrankung sehr viel schlechter erreicht werden als bei Erwachsenen. „Es kann nicht sein, dass wir Kinder schlechter behandeln als erwachsene Rheumatiker, nur weil es Kinder sind!“, mahnte Horneff. Mit seiner Kritik setzte er sich zum Auftakt des Rheuma-Kongresses in Frankfurt am Main dafür ein, dass Kinder und Jugendliche stärker in den Fokus der gegenwärtigen Rheuma-Forschung rücken.

(Quelle: <http://deutsch.medscape.com/artikelsicht/4905250>)

Erfahrungen teilen und gewinnen: Edgar-Stene-Preis 2017

Wie lange haben Sie gewartet, bis Ihre Diagnose feststand? Wie sind Sie mit der Unsicherheit umgegangen, den Schmerzen und Ängsten? Wie sähe die ideale Situation für Sie aus? Und wie ist die Realität? Die Europäische Rheumaliga EULAR lädt mit der Auslobung des Edgar-Stene-Preises Betroffene ab 16 Jahren dazu ein, ihre persönliche Erfahrungsgeschichte aufzuschreiben. Auf die drei Gewinner warten Preisgelder von bis zu 1000 Euro. Benannt ist der Preis nach dem Norweger Edgar Stene, der an Spondylitis ankylosans erkrankt war und Pionierarbeit für die internationale Rheuma-Selbsthilfebewegung geleistet hat. Datum: Einsendeschluss, 31. Dezember 2016

Infos:

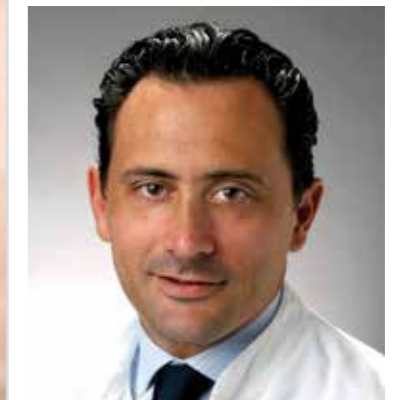
www.eular.org



Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen: Früh erkennen und rechtzeitig behandeln

Unter dem Oberbegriff **chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)** werden zwei Erkrankungen zusammengefasst, der **Morbus Crohn** und die **Colitis ulcerosa**. Die Erstmanifestation beider Erkrankungen liegt meist im jungen Erwachsenenalter, kann aber prinzipiell ab der frühen Kindheit in jedem Altersabschnitt auftreten. Epidemiologische Studien weisen auf eine deutlich zunehmende Inzidenz beider Erkrankungen hin. Trotz auffälliger Klinik mit den Leitsymptomen Diarrhö (Durchfall), Bauchschmerzen und, bei Colitis ulcerosa häufig auch blutigen Durchfällen, ist die Diagnosestellung bisweilen verzögert.

Autor



PD Dr. Andrea Pace
Chefarzt der Klinik für
Gastroenterologie,
Friedrich-Ebert-Krankenhaus
Neumünster

Text von Dr. Andrea Pace

Warum bekommt man eine chronisch entzündliche Darmerkrankung? Ursache und Auslöser der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind nicht vollständig geklärt. Diskutiert wird insbesondere ein Zusammenspiel aus Umweltfaktoren, genetischer Veranlagung und einem fehlgeleiteten Immunsystem. Aus Zwillingsstudien weiß man, dass bei Patienten mit M. Crohn die genetische

Prädisposition, also die Vererbung bestimmter Merkmale, eine größere Rolle spielt. Im Vergleich dazu scheinen bei Colitis ulcerosa eher Umweltfaktoren von Bedeutung zu sein. Hier sind z.B. Antibiotikagaben in der Jugend, bei Morbus Crohn aber auch das Rauchen relevant. Als wichtiger Auslöser und wahrscheinlich auch Unterhalter der chronischen Entzündung wird mittlerweile die kommensale Mikroflora des Darmes angesehen. Die normalerweise friedliche Kohabitation mit zahlreichen Mikro-

organismen und verschiedenen bakteriellen Spezies im menschlichen Gastrointestinaltrakt ist sowohl im Falle des Morbus Crohn, als auch der Colitis ulcerosa im Ungleichgewicht. Es entsteht eine sogenannte Dysbiose und es kommt zu einer sonst bei Gesunden nicht auftretenden Invasion der Mikroorganismen in die Darmwand. Die Idee einer typischen Autoimmunerkrankung ist somit überholt, die genannten Faktoren führen vielmehr zu einer komplexen Barriere-Erkrankung.

wissen

Auf und in jedem Menschen leben rund zwei Kilogramm Bakterien - der Großteil davon im Darm. Bei den meisten handelt es sich um sogenannte **Kommensale**, um „Mitbewohner“, die mit dem Wirt eine friedliche Koexistenz eingehen. Dazu zählen Darm-Bakterien der Gattung Bacteroides, die im Gegenzug dafür, dass sie im Menschen leben dürfen, die verdaute Nahrung weiter umwandeln. Unter den Bakterien können aber auch Opportunisten sein, die unter bestimmten Voraussetzungen Krankheiten auslösen, z.B. bei einer Schwächung des Immunsystems.

Symptome

Bauchkrämpfe, sowie Allgemeinsymptome wie Fieber, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Abgeschlagenheit treten sowohl bei Colitis ulcerosa als auch bei Morbus Crohn häufig auf.

Beim Morbus Crohn kann der komplette Verdauungstrakt von wiederkehrenden Entzündungen betroffen sein (schubweiser Verlauf); die gesamte Darmwand ist beeinträchtigt. Colitis ulcerosa beschränkt sich auf den Dickdarm; die Entzündungsvorgänge können schubweise auftreten oder chronisch anhaltend sein. Daher können hier auch Oberbauchbeschwerden und Völlegefühl zu den

Symptomen gehören. Ein deutlicher Gewichtsverlust tritt meist bei einem Dünndarmbefall auf. Durch den transmuralen (alle Darmschichten betreffend) Befall können beim Morbus Crohn Engstellen, Fisteln und Abszesse entstehen.

Zu Beginn der Erkrankung stehen in der Regel die akute Entzündung des Darmes und damit klinisch Durchfälle im Vordergrund. Unbehandelt kommt es bei den meisten Patienten zu Komplikationen. Die andauernde Entzündung führt zu chronischer Schädigung der Darmschleimhaut, die in einem Funktionsverlust des Darmes resultiert.

Diagnostik – wann muss an CED gedacht werden?

Die typischen Symptome beider Erkrankungen wie Durchfall und Bauchschmerzen, sind häufig unspezifisch und zunächst nicht bedenklich. Sollten sie allerdings längere Zeit andauern, muss eine zielgerichtete Diagnostik durchgeführt werden. Länger als vier bis sechs Wochen anhaltende Durchfälle sollten ärztlich abgeklärt werden. In der Erstdiagnostik genügt es, ein kleines Routinelabor inklusive Blutbild und Entzündungsparameter zu bestimmen. Gibt es hier Auffälligkeiten, oder ist die Klinik des Patienten für eine chronisch entzündliche Darmerkrankung typisch,

dann sollte in einem nächsten Schritt die Diagnostik mittels bildgebender Verfahren, wie z.B. einer Darmsonographie und evtl. einer Endoskopie durchgeführt werden. Der initial erforderliche Ausschluss infektiöser Darmentzündungen (inklusive Clostridium difficile) muss gegebenenfalls im erneuten akuten Schub wiederholt werden.

Goldstandard in der Diagnostik der CED ist die Endoskopie. Bei Verdacht auf M. Crohn ist die Begutachtung des terminalen Ileum wichtig. Hierbei handelt es sich um den letzten Teil des Dünndarmes bevor er in den Dickdarm mündet. Die Mehrzahl der Patienten weist entzündliche Schleimhautveränderungen auf. Zwar ist die Histologie für die Diagnosestellung nicht entscheidend, sie bringt allerdings wichtige Zusatzinformationen: So können typische Befunde, wie Architekturstörungen, epitheloidzellige Granulome oder Kryptenabszesse die Diagnose bestätigen.

Bestimmung von Calprotectin

Als sehr hilfreich hat sich in den letzten Jahren die Bestimmung des Cal-

Ein Blutbild mit Bestimmung der Entzündungswerte gehört unbedingt zur Erstdiagnostik



Bauchkrämpfe, Abgeschlagenheit und ein allgemeines Krankheitsgefühl sind typische aber eben auch sehr unspezifische Symptome sowohl bei Morbus Crohn als auch bei Colitis ulcerosa.

protectins im Stuhl erwiesen. Dies ist ein von Entzündungszellen des Darmes freigesetztes Protein. Eine Erhöhung weist auf eine Entzündung des Darmes hin und hilft somit in der Diskriminierung zwischen funktionellen Darmerkrankungen, wie dem Reizdarmsyndrom und einer Darmentzündung. Zu betonen ist hierbei, dass die Erhöhung des Calprotectins nicht spezifisch für eine CED ist.

Calprotectin kann bei vielen Patienten auch sehr gut als Verlaufsparemeter im Rahmen einer Therapie herangezogen werden.

Die Diagnose einer CED ergibt sich also aus folgenden Parametern: 1. der Anamnese (Dauer und Art der Beschwerden, Familien- und Medikamentenanamnese, Lebensgewohnheiten, zeitliches Auftreten der Beschwerden, Beschwerden außerhalb des Magen-Darm-Traktes)

2. der klinischen Untersuchung in Verbindung mit Befunden aus Bildgebung (Endoskopie, Histologie, Ultraschall, MRT) und

3. laborchemischen Befunden. Es ist wichtig zu betonen, dass es keinen einzelnen, beweisenden Befund gibt.

Differenzialdiagnostik

Wichtige differentialdiagnostische Überlegungen umfassen infektiöse Durchfallserkrankungen, funktionel-

le Darmerkrankungen (Reizdarm), Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Medikamenteneinnahme und Auslandsaufenthalte. Eine CED sollte auch bedacht werden bei unklaren Gedeihstörungen bei Kindern, Mangelerscheinungen, wie z.B. Vitamin-B12-Mangel, sowie bei sogenannten extraintestinalen Symptomen oder Manifestationen.

Auch wenn beide Erkrankungen primär im Magen-Darm-Trakt ihren Hauptmanifestationsort haben, so handelt es sich um systemische, also potentiell den gesamten Organismus befallende Erkrankungen.

Extraintestinale Manifestationen

Zu den wichtigsten extraintestinalen Manifestationen gehören Hauter-

wissen

Histologie ist die Wissenschaft von den biologischen Geweben

Okulär bedeutet das Auge betreffend

Hepatobiliär bedeutet die Leber und die Gallenblase betreffend

Arthropathie ist der Oberbegriff für alle Gelenkerkrankungen. Der Begriff Arthropathie wird häufig dann verwendet, wenn die Diagnose noch keine sichere Zuordnung, beispielsweise in entzündliche oder nicht-entzündliche Gelenkerkrankung zulässt

Mukosa bedeutet Darm-Schleimhaut

Clostridium difficile ist ein anaerobes, grampositives, endosporenbildendes Stäbchenbakterium. C. difficile ist einer der häufigsten Krankenhauseskeime und bei gesunden Menschen ein harmloses Darmbakterium. Werden konkurrierende Arten der normalen Darmflora durch Antibiotika zurückgedrängt, kann sich C. difficile vermehren und Gifte (Toxine) produzieren, die zu Durchfallserkrankungen führen können.



Die Endoskopie gehört zu den diagnostischen Mitteln zur Ermittlung eines Befundes.

scheinungen (Erythema nodosum, Pyoderma gangraenosum), seronegative rheumatische Gelenksbeschwerden sowie okuläre und hepatobiliäre Manifestationen. Zu den seronegativen rheumatischen Manifestationen zählt man insbesondere die periphere Arthritis, sowie die axialen Arthropathien. Erstere werden in pauciarthritische (Befall von weniger als fünf Gelenken) und Polyarthritiden unterteilt. Bei den axialen Arthropathien spielt die ankylosierende Spondylarthritis, also der Morbus Bechterew, die größte Rolle. Durch die Entzündung des Iliosacralgelenkes leiden diese Patienten sehr oft an „Kreuzschmerzen“. Die extraintestinalen Manifestationen müssen von sogenannten assoziierten Autoimmunerkrankungen unterschieden werden. Beispielhaft für diese Gruppe seien der Lupus erythematodes, die Thyreoiditis oder die Autoimmunpankreatitis genannt. Auftreten und Aktivität extraintestinaler Manifestationen können unabhängig vom klinischen Verlauf der Grunderkrankung sein, das heißt einige Patienten können sich auch primär mit einer extraintestinalen Manifestation vorstellen und gastrointestinal weitgehend oder vollständig symptomfrei sein. In dieser Situation sollte an das Vorliegen einer CED gedacht werden. Wenn eine Optimierung der Medikation zur Behandlung der Grunderkrankung nicht ausreicht, sollte – in enger Zusammenarbeit mit Experten

oder den entsprechenden Fachgebieten – die Therapie organspezifisch erweitert werden.

Wie geht es weiter, wenn die Diagnose M. Crohn oder Colitis ulcerosa gestellt wurde?

Auf die Frage, wie man die Erkrankungen behandelt, gibt es zunächst nur eine richtige Antwort: stadiengerecht!

Was ist damit gemeint?

Der Krankheitsverlauf und die Schwere der Erkrankung können sehr unterschiedlich sein. Charakteristisch ist ein schubweiser Verlauf, in dem sich Phasen hoher Krankheitsaktivität mit Phasen niedriger oder gar fehlender Aktivität abwechseln. Es gibt jedoch auch Patienten mit ständiger Krankheitsaktivität. Diese Verläufe werden als chronisch aktiv bezeichnet.

Man unterscheidet also folgende Phasen der Therapie:

1. **Therapie des akuten Schubs, auch im Rahmen der Erstmanifestation**
2. **Therapie des chronisch aktiven Verlaufs**
3. **Therapie in Phasen der Remission, also Phasen geringer Krankheitsaktivität**
4. **Therapie zur Erhaltung der Remission**
5. **Therapie von Komplikationen, wie Fisteln und Stenosen**
6. **Therapie von extraintestinalen Manifestationen**

Um für den einzelnen Patienten die richtige Therapie zu wählen, muss der Behandler sicher sein, in welcher dieser Krankheitsphasen sich der Patient befindet.

Keine der beiden Erkrankungen kann – dem momentanen Erkenntnisstand zufolge – durch eine medikamentöse Maßnahme geheilt werden. Die Behandlung mit Medikamenten hat das Ziel, die Entzündungsaktivität zu

verringern, Rückfälle zu vermeiden und dadurch die Lebensqualität der überwiegend jungen Patienten zu verbessern.

In den letzten Jahren haben sich die Therapieziele geändert. So zielt die Therapie nicht mehr nur darauf ab, dass es den Patienten subjektiv besser geht, es sind vielmehr einfacher objektivierbare und für den Langzeitverlauf der Erkrankung wichtige Therapieziele hinzugekommen. Hierzu gehören vor allem die sogenannte Steroidfreiheit. Um Kortisonnebenwirkungen, wie Diabetes, Knochenmasseverlust und Augenlinsentrübungen zu vermeiden, sollte versucht werden, Medikamente zu finden, die eine längerfristige Kortisongabe unnötig machen. Bei Kindern und Heranwachsenden geht es außerdem darum, das Wachstum nicht zu beeinträchtigen; Kortikosteroide können sich hier irreversibel negativ auswirken.

Heilung der Darmschleimhaut

Ein weiteres Therapieziel, das seit einigen Jahren Beachtung findet, ist die sogenannte Mukosaheilung. Eine Therapie soll nicht nur dazu führen, dass Durchfälle und Bauchschmerzen verringert werden, sondern dass die Schleimhaut in den betroffenen Arealen wieder zum Zustand vor Ausbruch der Erkrankung zurückgeführt wird.

Rechtzeitig zum Facharzt

In den letzten Jahren wurden große Fortschritte in Bezug auf die Therapiemöglichkeiten erzielt, so dass die Therapieziele häufig zum Wohle des Patienten geführt haben. Dabei kommt es nicht nur auf die Wahl des richtigen Medikamentes an. Entscheidend ist vor allem auch die rechtzeitige Diagnosestellung und damit verbunden der rechtzeitige Beginn einer Therapie. Die Bedeutung einer frühzeitigen Therapie für den weiteren Verlauf der Erkrankung ist durch zahlreiche aktuellere Studien belegt worden. Vor allem die Abheilung der Darmschleimhaut und da-

mit verbunden der Erhalt der Darmfunktion, sind entscheidend von einer rechtzeitigen Therapie abhängig. Leider zeigen, sowohl die eigene Erfahrung als auch die Statistiken, eine andere Realität.

Späte Diagnose

Bei einem Großteil der Patienten wird erst spät, manchmal erst Jahre nach Symptombeginn die richtige Diagnose gestellt und dadurch auch erst spät mit einer adäquaten Therapie begonnen.

Die Gründe hierfür sind mannigfaltig: Zum einen suchen viele Patienten teils aus Scham, teils weil man sich mit Durchfall abfindet bzw. diesen als nicht bedrohlich betrachtet, erst spät einen Arzt auf. Zum anderen werden die Symptome vom behandelnden Arzt oft als Reizdarmsyndrom fehlgedeutet, oder aber die Überweisung zu einem Spezialisten erfolgt erst viel später.

Um diese Situation zu verbessern, ist es von entscheidender Bedeutung, dass Hausarzt, Gastroenterologe und wenn notwendig ein spezialisiertes Zentrum eng miteinander zusammenarbeiten.

Wie sollte man also in der Praxis vorgehen?

Länger als vier bis sechs Wochen anhaltende Durchfälle sollten, wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, unbedingt ärztlich abgeklärt werden. Wird die Diagnose einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung gestellt, gilt es schnell und kompetent eine gezielte Therapie zu beginnen, um Komplikationen zu vermeiden und damit den Langzeitverlauf dieser chronischen Erkrankungen günstig zu beeinflussen. Die Standardtherapie ist eine klinisch gesteuerte Stufentherapie von eher nebenwirkungsarmen Medikamenten bis hin zu einer aggressiven Immunsuppression. Da der individuelle Krankheitsverlauf nicht vorhersagbar ist, sollten die Patienten engmaschig betreut werden. Bei unbefriedigendem Therapieansprechen ist eine zügige Therapieeskalation angezeigt.

Welche Medikamente stehen zur Verfügung?

Mesalazin (Aminosalicylate)

Mesalazine haben eine entzündungshemmende Wirkung auf Schleimhautebene. Mesalazinpräparate kommen sowohl als topische Medikamente, sowie als oral einzunehmende Formulierungen zum Einsatz. Insbesondere für die mild bis moderat verlaufende Colitis ulcerosa ist diese Medikamentengruppe gut geeignet. Es stehen zahlreiche Mesalazine zur Verfügung, die durch ihre Galenik unterschiedliche Medikamentenkonzentrationen in verschiedenen Darmabschnitten erlangen. Als topische Mesalazine stehen Suppositorien, Klysmen oder rektal zu applizierende Schaumpräparate zur Auswahl. Ist z.B. bei einem Patienten mit einer Colitis ulcerosa nur das Rektum, also der letzte Teil des Darmes betroffen, ist es oft ausreichend mit einem topischen Präparat zu behandeln. Außerdem reduzieren Mesalazine in der Langzeitgabe das Risiko für die Entstehung von Darmkrebs, das generell bei beiden Erkrankungen erhöht ist. Häufig ist allerdings die Mesalazintherapie nicht ausreichend und man muss auf potentere Medikamente zurückgreifen.

Probiotika

Probiotika haben in der Therapie einer CED nur einen sehr begrenzten Raum. Patienten mit Colitis ulcerosa, die Mesalazine nicht vertragen, können stattdessen mit einem probiotischen Präparat behandelt werden.

Kortison

Der Einsatz von Kortison sollte bis auf wenige Ausnahmen auf den akuten Schub beschränkt bleiben. Gelingt es nicht, mit weniger potenten Medikamenten, wie den eben beschriebenen Mesalazinen eine Remission zu erreichen, oder ist der akute Schub moderat bis schwer, kann zur schnellen Remissionsinduktion Kortison angewendet werden. Das Kortison sollte hierfür ausreichend hoch dosiert werden (1mg Prednisolonäquivalent/ kg Körpergewicht) und nach Wirkeintritt zügig stufenweise reduziert und schließlich abgesetzt werden. Abgesehen vom systemischen Kortison wird in der Therapie des Morbus Crohn mit Befall des terminalen Ileums auch Budesonid eingesetzt. Budesonid gelangt aufgrund seiner Galenik nur in kleinen Mengen in den systemischen Kreislauf und wirkt „lokal“ an der Prädilektionsstelle des Morbus Crohn, dem terminalen Ileum. Über den therapeutischen Nutzen hinaus, hat Kortison eine wichtige Funktion in der Einschätzung der einzusetzenden Langzeittherapie: Gelingt es rasch ohne Probleme das Kortison abzusetzen, ist die Therapiewahl eine andere, als bei Patienten die steroidabhängig oder gar steroidresistent sind. Als steroidabhängig bezeichnet man Patienten, die im Rahmen der stufenweisen Steroidreduktion erneut Krankheitsaktivität entwickeln. Steroidrefraktär sind solche Patienten, die auf auch hochdosierte Steroidgaben nicht oder nur sehr schlecht ansprechen. In jedem Therapiealgorithmus müssen diese Punkte individuell bedacht werden.



Immunmodulatoren

In diese Gruppe fallen die Purinanaloga Azathioprin und 6-Mercaptopurin (6-MP), sowie das Methotrexat. Azathioprin und 6-MP sind für diese Erkrankungen gut untersuchte Medikamente, die insbesondere nach Versagen einer Mesalazintherapie bei der Colitis ulcerosa oder Budesonid beim Morbus Crohn zum Einsatz kommen. Im therapeutischen Algorithmus werden sie insbesondere bei steroidabhängigen Verläufen und häufig rezidivierenden Schüben eingesetzt. Methotrexat, eines der therapeutischen Pfeiler in der Behandlung der rheumatoiden Arthritis, spielt in der Therapie der CED eine untergeordnete Rolle. Es findet Einsatz bei Azathioprinunverträglichkeit und bei arthritischen Beschwerden im Rahmen der CED.

Bei belegter Langzeitwirkung von Azathioprin birgt die Therapie auch Probleme. Einerseits ist der Wirkeintritt sehr verzögert und dauert mitunter bis zu drei Monate, es wird darüber hinaus von vielen Patienten nicht gut vertragen und kann auch schwerwiegendere Probleme, wie die Entstehung von Lymphomen (Lymphdrüsenkrebs), oder nicht melanotischem Hautkrebs fördern.

Calcineurininhibitoren

Die Calcineurininhibitoren Tacrolimus und Cyclosporin kommen in der Regel nur beim sehr schweren, steroidresistenten Schub der Colitis ulcerosa, als Versuch eine Kolektomie zu umgehen, zum Einsatz. In ausgewählten Fällen kann Tacrolimus auch als remissionserhaltende Therapie versucht werden. Die therapeutische Breite ist allerdings sehr schmal und es sollte nach erfolgreicher Remissionsinduktion versucht werden, auf ein anderes Medikament, wie z.B. Azathioprin oder einen der Antikörper (s.u.) zu wechseln.

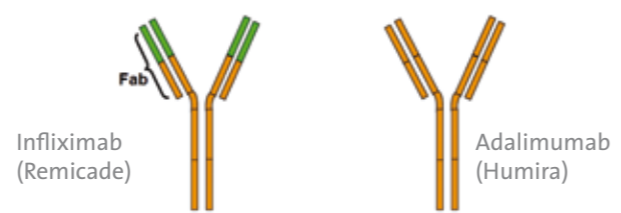
Anti-Tumornekrose-Faktor-alpha-Antikörper (anti-TNF-alpha)

Mit der Zulassung des ersten anti-TNF-alpha-Antikörpers Infliximab Ende der 90-er Jahre für die Therapie des Morbus Crohn und 2005 für die Therapie der Colitis ulcerosa wurde ein neuartiges und in vielen Fällen sehr gut wirkendes Wirkprinzip etabliert. In diese Substanzklasse fallen Infliximab, das als Infusion appliziert wird, sowie die beiden subkutan zu applizierenden Präparate Adalimumab und Golimumab. Golimumab ist nur für die Therapie der Colitis ulcerosa zugelassen.

Ihren Stellenwert im Therapiealgorithmus haben diese Medikamente bei unzureichender Wirkung der Immunmodulatoren, außerdem bei kortisonabhängigen und insbesondere beim kortisonrefraktären Verlauf.

Auch bei komplizierten Verläufen, wie z.B. dem fistelnden Morbus Crohn, bei entzündlichen Stenosen, sowie in der Behandlung einiger der extraintestinalen Manifestationen kommen diese Antikörper zum Einsatz. Bei hoher Krankheitsaktivität werden die anti-TNF-Antikörper mit einem der Immunmodulatoren kombiniert. Diese Kombination sollte allerdings auf die Notwendigkeit aufgrund der Potenzierung von Nebenwirkungen immer wieder im Verlauf der Therapie überprüft werden. Eine Monoimmunsuppression ist immer zu bevorzugen. Probleme im Rahmen dieser Therapie können einerseits aufgrund der abwehrschwächenden Wirkung entstehen, andererseits kann im Laufe der Therapie eine Wirkabschwächung eintreten. Der Grund hierfür ist, dass der Organismus gegen den Antikörper immunisiert, er bildet also körpereigene Antikörper gegen den Wirkstoff.

Chimärer monoklonaler AK Humaner rekombinanter AK



Alle Namen für therapeutische monoklonale Antikörper enden mit dem Suffix -mab. Reine Mausantikörper enden auf -omab. Bei chimären Antikörpern (-ximab) besteht nur noch der variable Teil des Immunglobulins aus Mausprotein, bei den humanisierten Antikörpern (-zumab) reduziert sich der Mausproteinanteil auf die Komplementaritätsbestimmenden Regionen (CDR), humane Antikörper (-umab) haben nur noch humane Proteinsequenzen.

(Quelle: www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=2131)

Neu zugelassene Therapieprinzipien

Eine neue Therapieoption wurde 2014 mit dem Integrin-Antikörper Vedolizumab für beide Erkrankungen zugelassen. Integrine werden von Zellen benötigt, um in das Zielgewebe zu gelangen. Blockiert man mittels eines Antikörpers die Integrine, können Abwehrzellen nicht in das Zielgewebe gelangen und im Falle von entzündeten Darmabschnitten somit nicht die Entzündung unterhalten. Vedolizumab ist ähnlich dem Infliximab eine Infusionstherapie und hat im Therapiealgorithmus einen ähnlichen Stellenwert wie die anti-TNF-Antikörper. Die Langzeitwirkung und das Sicherheitsprofil dieses Medikaments scheinen sehr gut zu sein. Im Gegensatz zu Kortison und den anti-TNF-Antikörpern ist der Wirkeintritt allerdings verzögert.

Zukünftige Therapieoptionen

Bezüglich künftiger Therapiemöglichkeiten gilt es insbesondere zwei Substanzen vorzustellen. **Ustekinumab**, ein Interleukin 12/23-Antikörper, dessen Zulassung noch in diesem Jahr erwartet wird und **Mongersen**, ein SMAD 7-Antisense (hemmt die Funktion von SMAD-7, ein Protein, das in entzündetem Gewebe exprimiert wird, und zu einer Hemmung anti-entzündlicher Mechanismen führt), dessen Wirkung momentan in einer Phase-3-Studie untersucht wird.

Ustekinumab ist in Deutschland bereits für die Therapie der Psoriasisarthritis zugelassen. In den Zulassungsstudien bei Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa konnte eine positive Wirkung bewiesen werden, sowohl bei Patienten, die noch keine anderen Antikörpertherapien hatten, als auch bei solchen, die bereits damit behandelt worden waren.

Mit großer Spannung werden die Ergebnisse der Zulassungsstudien



Operation

Wenn medikamentöse Therapien nicht, oder nicht mehr greifen, muss auch eine operative Maßnahme in Betracht gezogen werden. Notoperationen sind bei Patienten mit lebensbedrohlichen Komplikationen wie Perforation, refraktärer Darmblutung oder toxischem Megakolon, die auf eine medikamentöse Therapie nicht ansprechen, indiziert. Elektive (planbare) Operationen sind bei Patienten mit Dysplasien oder Malignomen, einem refraktären Erkrankungsverlauf oder selten auch bei Unverträglichkeit einer Langzeitimmunsuppression angezeigt. Kommt es bei Patienten mit Colitis ulcerosa zu einer Operation, wird in der Regel der gesamte Dickdarm entfernt, man führt eine sogenannte Proktokolektomie durch und bildet aus dem letzten Teil des Dünndarmes einen Pouch, der als Reservoir dienen soll. Potentiell ist eine Colitis ulcerosa durch einen solchen Eingriff heilbar, allerdings hat eine Mehrzahl der Patienten nach einer Kolektomie Probleme. Diese reichen vom Versagen der Reservoirfunktion des Pouches über chronische Pouchentzündungen bis hin zu Infertilität. Spezifische Indikationen beim Morbus Crohn für eine Operation

Die Notwendigkeit einer Operation muss sorgfältig abgewägt werden, kann aber durchaus notwendig werden.

umfassen narbige Engstellen, die die Darmpassage behindern, komplizierte Fisteln, oder auch in andere Organe penetrierend wie enterovesikale, enterovaginale und enterokutane Fisteln, sowie abdominale Abszesse.

Zusammenfassend handelt es sich also bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen um sehr komplexe Krankheitsbilder, die zwar in jeder Lebensdekade auftreten können, aber ihren Altersgipfel in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter aufweisen. Dieses bedingt nicht nur medizinische, sondern auch mannigfaltige soziale und gesundheitspolitische Probleme. Nach einem schnellen Erkennen der Erkrankung ist es für die Langzeitprognose des Patienten von übergeordneter Bedeutung, einen kompetenten und in der Therapie der CED erfahrenen Gastroenterologen zu finden. Umso mehr, da die Therapiemöglichkeiten in den letzten Jahren vielfältiger und damit komplexer geworden sind.

Nicht hilfreich: E-Zigarette zur Rauchentwöhnung

Die IFT-Gesundheitsförderung München hat Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Tabakentwöhnungsprogramms „Das Rauchfrei Programm“ zum Nutzen der E-Zigarette beim Ausstieg befragt. Im Ergebnis hatte die E-Zigarette einen deutlich negativen Einfluss auf die Abstinenz. Wer die E-Zigarette nutzte, war nach einem Jahr seltener rauchfrei (20 Prozent) als die übrigen Kursteilnehmenden (39 Prozent). (Quelle: bmg.bund.de)



Reizdarm: Alte Brotbacktechniken gegen Blähungen

Bei Menschen mit Reizdarm-Syndrom lassen sich Blähungen durch unverdauliche Zucker durch längere Gehzeit beim Teig - wie bei alten Brotbacktechniken üblich - verringern. Niedermolekulare Zucker (sogenannte FODMAPs), die im Weizenkorn gespeichert werden, können im Dünndarm nicht ausreichend abgebaut werden und gelangen daher unverdaut in den Dickdarm, wo sie den Darm aufblähen und Schmerzen verursachen können, heißt es in einer Mitteilung der Universität Hohenheim. Wie Forscher jetzt herausfanden, sind es aber nicht die Grundbestandteile der Getreidemehle, die die FODMAPs-Gehalte in den daraus hergestellten Gebäcken bestimmen,

Mehr Therapiesicherheit: Einführung des Medikationsplans

Seit dem 1. Oktober 2016 haben gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten, die gleichzeitig dauerhaft mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, einen Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch ihre Ärztin oder ihren Arzt. „Mit dem Medikationsplan sorgen wir für mehr Therapiesicherheit bei der Einnahme von Arzneimitteln,“ so Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Gerade für ältere, chronisch und mehrfach erkrankte Menschen sei das eine große Hilfe. Damit wird auf einen Blick ersichtlich, wann welches Arzneimittel in welcher Menge eingenommen werden soll. Dadurch,



dass auch Arzt und Apotheker sofort wissen, welche Arzneimittel der Versicherte gerade anwendet, können Einnahmefehler oder gefährliche Wechselwirkungen vermieden werden. „Der Medikationsplan,“ sagt Gröhe, „ist ein wichtiger Baustein, um den sicheren Umgang mit Arzneimitteln weiter zu verbessern.“ Ab 2018 soll der Medikationsplan zusätzlich zum Papierausdruck auch auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Grundlage für die Einführung des bundesweit einheitlichen Medikationsplans ist das E-Health-Gesetz, das zum Ende letzten Jahres in Kraft getreten ist. (Quelle: bmg.bund.de)



sondern die Art der Teigbereitung. Je länger der Teig geht, desto besser und bekömmlicher ist die Brotqualität. Weil jene Bäckereien, die Produkte aus Urgetreiden (z.B. Emmer und Dinkel) herstellen, meist eine langsame Zubereitung nach traditionellem Bäckerhandwerk bevorzugen, sind solche Bestandteile, die Beschwerden verursachen, bis zum Backen bereits abgebaut. In Großbäckereien hingegen spielt der Zeitfaktor eine wesentliche Rolle, die Teiglinge kommen bereits nach einer Stunde Gehzeit in den Ofen. Das ist, nach Analyse der Wissenschaftler, der Zeitpunkt, zu dem die meisten FODMAPs im Teig enthalten sind. (Ärzte Zeitung, 30.08.2016)

Viel Aufklärung nötig: Lebensstilveränderung gegen Rheumatoide Arthritis

„Lebensstiländerungen können rheumatische Erkrankungen günstig beeinflussen und werden immer noch zu wenig beachtet“, schreibt Prof. Erika Gromnica-Ihle in einem Gastbeitrag der Ärzte-Zeitung. Seit fast 30 Jahren, so die Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, sei bekannt, dass Rauchen zum Ausbruch einer Rheumatoide Arthritis (RA) beitragen kann und auch Folgestudien hätten dies immer wieder bestätigt. Wie eine Metanalyse inzwischen nachweisen konnte, haben selbst jene Raucher, die nur wenige Zigaretten täglich rauchen, ein erhöhtes RA-Risiko. Wer raucht und zudem noch hohe Kochsalzmengen zu sich nimmt, steigert möglicherweise sein Risiko noch mehr. Auch weisen Raucher mit RA eine höhere Krankheitsaktivität auf als Nichtraucher; noch höher ist diese bei Menschen mit einem deutlichen Übergewicht. Die Zerstörung der Gelenke schreitet schneller voran, das Ansprechen auf eine krankheitsmodifizierende Therapie ist schlechter. Was der Korrelation zwischen Rauchen und RA zugrunde liegt, konnte inzwischen die Arbeitsgruppe um Lars Klareskog zeigen: Rauchen führt zur Citrullinie-



rung von Proteinen, die dann vom Organismus als fremd angesehen werden, sodass er Antikörper, sogenannte anti-Citrullin-Peptid/Protein-Antikörper (ACPA) entwickelt. Dieser Prozess geht dem Auftreten der klinischen Symptome der RA oft um viele Jahre voraus. Erst in letzter Zeit wurden bestimmte Genvarianten bei ACPA-positiven RA-Patienten nachgewiesen, die besonders mit Rauchen und der Entwicklung einer RA in Zusammenhang stehen. Unbestritten spielt auch die Ernährung eine große Rolle bei

rheumatischen Erkrankungen. So führt Übergewicht zu Arthrose der gewichtstragenden Gelenke, wodurch eine purinarme Ernährung notwendig wird. Die Bedeutung der Mittelmeerdiät ist noch nicht eindeutig geklärt, der regelmäßige Verzehr von Fisch scheint sich jedoch positiv auszuwirken. Was die niedrigen Vitamin-D-Serumwerte bei RA-Patienten betrifft, ist derzeit noch unklar, ob diese Ursache oder Folge der RA sind. Das Fazit von Gromnica-Ihle: „Es ist noch viel Aufklärung nötig.“ (Ärzte Zeitung, 04.10.2016)

Ungleichmäßig verteilt Rheuma-Versorgungs-Landkarte für Kinder

In Deutschland leiden 40.000 Kinder und Jugendliche an chronischen Gelenkerkrankungen. Hilfe bieten rund 90 kinderrheumatologische Ambulanzen. Diese Einrichtungen sind im Bundesgebiet aber sehr ungleichmäßig verteilt. Das zeigt eine neue Karte des Leibniz-Institut für Länderkunde

(IfL). Vor allem im Nordosten und in vielen ländlichen Regionen müssen die Betroffenen weite Wege für den Arztbesuch in Kauf nehmen. Die meisten Betreuungseinrichtungen für rheumakranke Kinder und Jugendliche gibt es in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen.

Ein PDF steht zum Download bereit unter:

www.aktuell.nationalatlas.de/wp-content/uploads/16_o6_Kinderrheumatologie.pdf



Entzündungshemmend, schonend, nährstoffreich: Wie die Ernährung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) helfen kann

Wenn es um gesunde Ernährung geht, gehen die Meinungen oft auseinander. ‚Du bist was du isst‘ sagen die einen. ‚Völlig überwertet‘ sagen die anderen. Unstrittig ist: Ernährung hat einen Einfluss auf unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden. Neue Erkenntnisse zum Darmmikrobium legen nahe: Die Ernährung kann langfristig sogar eine Rolle bei der Entstehung oder Vermeidung von Krankheiten spielen.

Text von Dr. Keihan Ahmadi-Simab

Wie groß der Einfluss der Ernährung auf pathologische Vorgänge ist, lässt sich derzeit noch nicht sagen. Auf jeden Fall aber macht es Sinn sich einmal damit zu beschäftigen und einige Dinge zu beachten. Insbesondere dann, wenn man zu den ein bis zwei Prozent in der Bevölkerung gehört, die an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED) leiden.

CED: Symptome und Entstehung

Es ist ein komplexes Zusammenspiel zwischen genetischer Anfälligkeit und Umweltfaktoren, das der Entstehung einer chronischen Darmentzündung zugrunde liegt. Beim Morbus Crohn kann der komplette Verdauungstrakt von wiederkehrenden Entzündungen betroffen sein (schubweiser Verlauf); die gesamte Darmwand ist beeinträchtigt. Colitis ulcerosa beschränkt sich auf den Dickdarm; die Entzündungsvorgän-

ge können schubweise auftreten oder chronisch anhaltend sein. Neben der genetischen Disposition, einem gestörten Immunsystem und Umwelteinflüssen wie z.B. Rauchen, gehören auch psychische Faktoren und Ernährung sowie eine veränderte Darmflora zu den möglichen Ursachen. Letztere ist in jüngster Vergangenheit Gegenstand zahlreicher Forschungen gewesen: Das sogenannte Darmmikrobiom, als Summe aller Bakterien, die unseren Verdauungstrakt besiedeln, könnte möglicherweise ein Schlüssel zum Verständnis für das Auftreten zahlreicher Störungen und Erkrankungen sein. So auch für CED. Fakt ist, dass Menschen mit CED eine wesentlich geringere Diversität ihres intestinalen Mikrobioms aufweisen als Gesunde. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Besiedelung des Darms auch zu einem großen Teil durch unsere Ernährung bestimmt wird, liegt die Schlussfolgerung nahe, dass die Ernährung auch Einfluss auf die Erkrankung hat.

info

Ausgewogen aber schonend

Selbst bei bestimmten chronischen Erkrankungen galt es bislang nicht als gesichert, dass spezielle Ernährungsweisen einen Vorteil bringen. Allgemeiner Tenor war vor allem: ausgewogen und vielseitig, viel Gemüse und Fisch, ausreichend Ballaststoffe und weniger Fleisch und mehr gute Fette. Mediterran eben. Für Menschen mit CED gilt es vor allem, die Ernährung an die Krankheitsphasen anzupassen, Unverträglichkeiten zu berücksichtigen und vorsichtig mit Ballaststoffen und Fetten umzugehen.



In manchen Phasen kann spezielle Trinknahrung für eine schonende und ausreichende Nährstoffzufuhr sorgen.



Der Einfluss des Darmmikrobioms, also der Bakterienvielfalt im Darm, scheint eine größere Rolle zu spielen als bislang vermutet.

einen Nährstoffmangel zu vermeiden, wird mitunter die zusätzliche orale Gabe bestimmter Nährstoffe empfohlen.

Nach Beruhigung des Magen-Darm-Trakts und Abklingen der Entzündung empfiehlt sich ein schrittweiser Kostaufbau. Beginnend mit leicht verdaulichen ballaststoffarmen aber kohlehydratreichen, fettfreien Lebensmitteln hin zu leichter Vollkost. Mehrere kleine Mahlzeiten sind besser als wenige große.

Unverträglichkeiten und Allergien

Weil bei Menschen mit CED zusätzlich Unverträglichkeiten entstehen können, gilt es, diese abzuklären. Lactose- oder Fructoseintoleranz, Allergien oder Unverträglichkeiten gegenüber Weizen oder Milcheiweiß erfordern eine Anpassung der Ernährung. Inzwischen gibt es zahlreiche Milchprodukte in lactosefreien Varianten. Lebensmittelallergien sind selten, wenn sie aber nachgewiesen sind, ist der Verzicht auf das allergieauslösende Lebensmittel angebracht. Viele Kochbücher und Internetportale liefern inzwischen zahlreiche Ideen für die Zubereitung ohne bestimmte Nahrungsmittel.

Aktiv die Darmflora beeinflussen

In verschiedenen Ernährungsstudien konnte gezeigt werden, dass es durch bestimmte Änderungen und Anpassungen der Ernährung durchaus zu Veränderungen der Darmflora

Im Entzündungsschub

Schon lange ist bekannt, dass es während bestimmter Krankheitsphasen sinnvoll ist, spezielle Diäten einzuhalten, um Einfluss auf die Symptome zu nehmen, Heilung zu fördern und den Verlauf positiv zu unterstützen. Nicht selten ist der Darm während eines starken entzündlichen Schubs mit normaler Kost überfordert, der Energie- und Nährstoffbedarf häufig nicht über die normale Ernährung abzudecken. Kommen von Schmerzen begleitete Durchfälle hinzu, vermeiden Betroffene die Nahrungsaufnahme ganz. Dann kann eine spezielle Trinknahrung ggf. aber auch eine künstliche Ernährung in der Klinik erforderlich sein. Um in der Krankheitsphase

wissen

Lebensweise

Der griechische Begriff Diät bedeutet Lebensweise und umfasst damit weit mehr als die Ernährung. Auch ist mit Diät keinesfalls immer eine Reduktion von Nahrungsmitteln gemeint, mit dem Ziel das Gewicht zu senken. CED-Betroffene haben häufig einen erhöhten Nährstoffbedarf und weniger ein Problem mit einer zu hohen Kalorienzufuhr.



medac Autoimmun – Therapien die zu Ihnen passen.

Wir wissen: Wenn eine Behandlungsmaßnahme sich ganz besonders gut in das Leben eines Patienten einfügt, dann haben wir die Chance auf einen Therapieerfolg maßgeblich verbessert.

Dieses Wissen treibt uns an, in unserem Engagement immer einen Schritt weiter zu gehen.

kommt. Je nachdem, ob besonders fett- und proteinreich oder aber besonders kohlehydratreich gegessen wird, vermehren sich bestimmte Bakterientypen. Hier gibt es, Wissenschaftlern zufolge großes Potenzial. Einen nachgewiesenen Nutzen haben auch sogenannte Probiotika, mittels derer sich das Wachstum verschiedener Arten von Bakterien gezielt fördern lässt. Dies kann auch und insbesondere nach der Einnahme von Antibiotika sinnvoll sein, denn jedes Antibiotikum greift immer auch jene Bakterien an, die gut und nützlich sind und damit gleichzeitig die Vermehrung der weniger guten und ggf. krankmachenden Bakterienstämme begünstigt wird. Ob und welche Probiotika im Einzelfall eingesetzt werden, sollte immer mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.



Eine ausgewogene Vielfalt (Diversität) an Darmbakterien lässt sich auch über die Ernährung beeinflussen.

Ernährung bei CED

Eine individuell abgestimmte Ernährung bei CED kann nicht nur den Verlauf im Schub positiv unterstützen und die Heilung fördern, sie sollte zum Therapiekonzept dazugehören, da sie einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität leistet. Jeder Betroffene profitiert davon, sich mit seiner Ernährung zu beschäftigen und heraus zu finden, was ihm bekommt, und

Ernährung bei CED

Grundsätzlich gilt:

- Mehrere kleine Mahlzeiten und gründlich kauen
- Ausreichend Zeit für die Mahlzeiten nehmen
- Ausreichend trinken (1,5-2 Liter täglich)
- Größere Obstportionen sollten nicht in Verbindung mit zuviel Flüssigkeit, vor allem nicht mit kohlesäurehaltigen Getränken genossen werden
- Aufgrund des erhöhten Infektionsrisikos sollten Rohmilchprodukte gemieden werden
- Alkohol vermeiden, insbesondere Hochprozentiges schädigt die Schleimhaut
- Lebensmittel mit bestimmten Zusatzstoffen (Polysorbat 80, Geliermittel Carrageen) vermeiden, sie schädigen die Darmbarriere.
- Tierische Fette maßvoll bis wenig zu sich nehmen
- Auf blähendes faserreiches Gemüse verzichten
- Grobe Vollkornbackwaren mit Körnern und Samen können sich ungünstig auswirken
- Auf fette Backwaren (Blätterteig, Croissants, Cremetorten) sollte ebenso verzichtet werden wie auf Süßigkeiten mit hohem Fettanteil
- Dünsten oder Dämpfen ist besser als scharfes Anbraten und Frittieren
- Weiches Obst oder Kompott essen, statt hartschaliges nicht ausgereiftes Obst
- Heilerde ist reich an Mineralien und fördert die Ausscheidung von Giftstoffen



Während des entzündlichen Schubs:

- auf ausreichende Nährstoffzufuhr achten
- Gewichtsabnahme vermeiden
- auf besonders leicht verdauliche Nahrung achten (wenig Ballaststoffe, wenig Fett, ggf. Trink- oder künstliche Ernährung)

was nicht. Bei Morbus Crohn etwa wird eine besonders nährstoffreiche Ernährung empfohlen ggf. mit Substitution über Nahrungsergänzungsmittel (Eisen, Folsäure, Vitamin B12). Im Kindes- und Jugendalter wird mit Hilfe einer speziellen Ernährungsweise versucht, den Einsatz von Kortisonpräparaten gering zu halten. In Studien konnten bei Kindern Remissionen durch spezielle Diäten erreicht werden. Dabei müssen Kinder – in Absprache mit dem behandelnden Arzt – Trink-Formelnahrungen zu sich nehmen. In einer Beobachtungsstudie wurden pädiatrische Patienten mit einer polymeren Diät behandelt,

die circa 50 Prozent des energetischen Bedarfs deckte. Den restlichen Energiebedarf deckte eine Exklusionsdiät; erlaubt war unter anderem der Verzehr von Reis und geschälten Kartoffeln, Hühnerfleisch und gekochten Eiern sowie von Fisch, Banane und geschältem Apfel¹. Ungünstig sind Milchprodukte, Weizen, geräuchertes oder prozessiertes Fleisch sowie konservierte Nahrungsmittel². Spezielle Diäten bei CED sind z.B. SCD und Fodmap (www.scdiet.de; www.fodmap-info.de)

1) Monatsschrift Kinderheilkunde 2015; 6: 540-549 2) Inflamm Bowel Dis 2014; 20: 1353-1360



Weil eine gesündere Welt unseren Einsatz braucht

Moderne Arzneimittel für alle Lebensphasen

Es sind die kleinen Momente, die uns Menschen viel bedeuten und die wir genießen wollen. Genau dafür arbeitet Pfizer weltweit: Wir erforschen und entwickeln seit mehr als 160 Jahren innovative Präparate und Therapien für Menschen und Tiere. Mit einem

stetig wachsenden Angebot an modernen Arzneimitteln verbessern wir Gesundheit und Lebensqualität in allen Lebensphasen. So arbeiten wir jeden Tag an der Verwirklichung unserer Vision. Gemeinsam für eine gesündere Welt.





Auftrag Gesundheit

Über 800.000 Menschen leiden in Deutschland an Rheumatoider Arthritis – eine Erkrankung, die ein normales Leben extrem erschwert.

Wir haben die Entzündungsprozesse erforscht und neue Angriffspunkte gefunden. Eine klare Perspektive für viele Betroffene, die neue Lösungen brauchen.

Und wir forschen weiter.

中
外
製
藥