

Chronische Entzündliche Darmerkrankungen (CED)

Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen

- ▶ **M.Crohn und Colitis ulcerosa ähneln sich:**
- ▶ Beides gelten als Autoimmunerkrankungen
- ▶ Die intestinale Barrierefunktion geht kaputt, dadurch können Bakterienantigene in die Darmwand eindringen und Entzündungen hervorrufen.
- ▶ Symptome: Schwere Durchfälle (teilweise blutig-schleimig -> Ulcera) Schmerzen, Koliken, Blähungen
- ▶ Plötzlicher schubartiger teilweise fulminanter Verlauf
- ▶ Erkrankung nicht heilbar (Colitis ulcerosa ggf. durch Resektion des Kolons)

Chronisch Entzündliches Darmerkrankungen

Morbus Crohn

- ▶ Inzidenz 5:100.000
- ▶ Raucher haben ein doppelt hohes Erkrankungsrisiko
- ▶ Gendefekt wahrscheinlich
- ▶ Defensine vermindert
- ▶ Toleranz gegen Darmflora vermindert
- ▶ Entzündung TH1 Zellen vermittelt (INF und TNF Produktion steigt)

Colitis ulcerosa

- ▶ Inzidenz 4:100.000
- ▶ Rauchen scheint zu schützen
- ▶ Gendefekt nicht nachgewiesen
- ▶ Entzündung TH2 Zellen vermittelt (Interleukin Produktion steigt)

Chronisch Entzündliche Darmerkrankungen

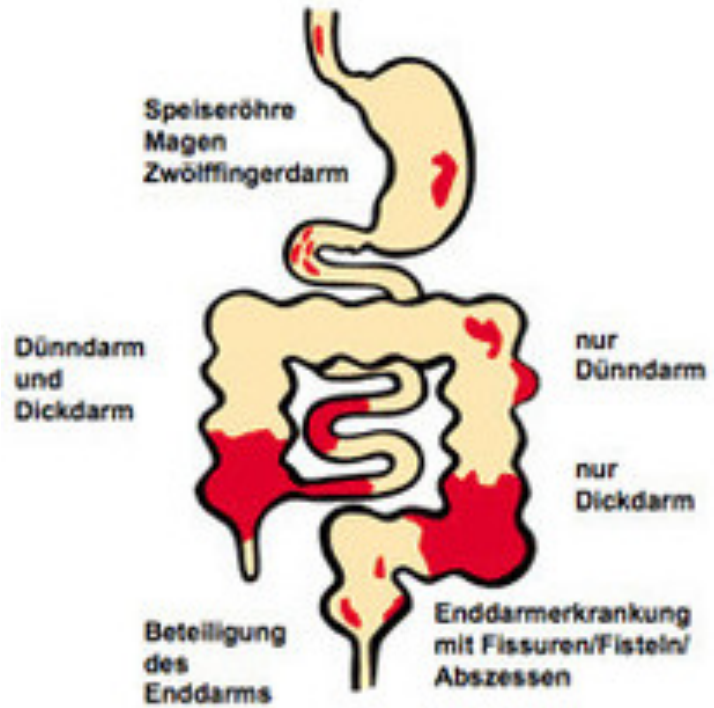
Morbus Crohn

- ▶ Befall diskontinuierlich vom Mund bis zum Anus möglich
- ▶ Segmentierter Befall
- ▶ Alle Schichten der Darmzellen betroffen
- ▶ Blutung selten

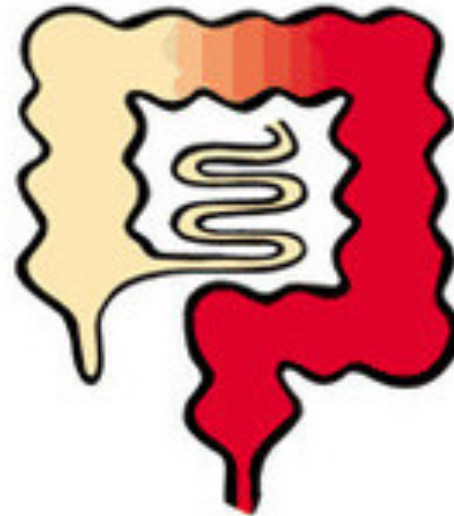
Colitis ulcerosa

- ▶ Kontinuierlich vom Rectum an aufsteigender Befall
- ▶ Nur Mucosa und Submucosa befallen
- ▶ Blutung häufig

Morbus Crohn



Colitis ulcerosa



Therapie des Morbus Crohn

- ▶ Schub mit leichter bis mittlerer Aktivität:
 - Budenosid (9mg/Tag) (Vorteil: Hoher First-Pass-Effekt) oder
 - Sulfasalazin (3g/Tag) jedoch nur bei Kolonbefall (5-ASA = Mesalazin wirkungslos)

- ▶ Schub mit schwerer Aktivität:
Systemisches Glucocorticoid (1mg/Kg/Tag), wenn es zu keiner Remission kommt: Azathioprin bzw. Mercaptopurin (Puri-Nethol) bzw. Methotrexat
Sollte nichts helfen -> Infliximab (Remicade)

Remissionserhaltung mit Azathioprin bzw. Mercaptopurin bzw. Methotrexat über vier Jahre

Therapie der Colitis ulcerosa

- ▶ Schub mit leichter bis mittlerer Aktivität:
5-ASA (=Mesalazin, Claversal) (1-2g/Tag) bzw. Olsalazin (2x 5-ASA) oder Sulfasalazin (Sulfapyridin + 5-ASA) (3g/Tag)
Mesalazin nur bei Befall oberhalb des Kolon
Sulfasalazin mit mehr NW (Oligospermie und Agranulozytose) -> 2. Wahl
- ▶ Schub mit schwerer Aktivität:
Glucocorticoid (1mg/Kg/Tag) plus 5-ASA (3-4g/Tag)
- ▶ Wenn therapierefraktär:
Ciclosporin (Sandimmun) oder Tacrolimus (Prograf) oder Infliximab (Remicade)
- ▶ Remissionserhaltung:
5-ASA über 2 Jahre oder E-Coli Nisse (Mutaflor), bzw. Azathioprin 2 Jahre

Arzneimittel und Arzneiform richten sich nach dem Ort des Befalls

Befall im Kolon:

- Suppositorien
 - Klysmen
 - Schäume
 - Olsalazin oder Sulfasalazin (nicht Mesalazin)
- Befall oberer Darmbereiche:
- Tabletten
 - Kapseln
 - Mesalazin (Claversal, Salofalk: pH6 / Asacolitin: pH7)

Sonstige Therapien

- ▶ Durch Studien belegt:
Weihrauch (Boswellia Extrakt)
- ▶ Empirisch „belegt“:
Myrrhe, Flohsamen, Wermut

Diäten helfen kaum. 30 % der M.Crohn Patienten haben eine Lactose Intoleranz, hier kann eine lactose-freie Diät helfen.

Bei Colitis ulcerosa ist eine OP als letzte Option möglich.