

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Mit diesem Informationsblatt zu Ihrer Erkrankung möchten wir Laien und Patienten in allgemein verständlicher Sprache Information bieten. Wir glauben, dass mehr Wissen um Körper und Krankheit das Verständnis für Betroffene, die Mitarbeit bei der Behandlung und die Eigenverantwortung für Gesundheit verbessern kann.

- Beide Krankheiten sind eng verwandt und bilden zusammen die sogenannten Chronisch-Entzündlichen Darmerkrankungen (CED, engl. IBD), zu denen im weiteren Sinn auch die Zöliakie und die mikroskopischen Colitiden gezählt werden können.
- Unter eintausend erwachsenen Österreichern finden sich etwa drei bis fünf Erkrankte mit CED. Pro Jahr kommen auf 100.000 Einwohner je 6 Fälle von Mb. Crohn und von Colitis ulcerosa dazu.
- Die familiäre Häufung spricht für eine genetische Anlage. Eine Infektion dürfte auf dieser Basis eine sich nicht mehr selbst limitierende Reaktion des Immunsystems anfachen. Die Bakterien im Darm sind am Krankheitsprozess beteiligt und psychosoziale Faktoren scheinen den Verlauf zu modulieren.
- Die Krankheiten treten meist im jungen Erwachsenenalter auf, doch gibt es sie auch schon bei Kindern oder erstmals erst im höheren Alter. Die Colitis ulcerosa befällt im Gastrointestinaltrakt nur den Dickdarm (von unten nach oben kontinuierlich und mit abnehmender Intensität), der Morbus Crohn kann vom Mund bis zum After Segmente befallen und lässt dazwischen weite Abschnitte unberührt; seine bevorzugte Lokalisation ist der Übergang vom Dünndarm in den Dickdarm. Beide Krankheiten treten nicht selten mit Gelenkentzündung, Augenentzündung, Hautreaktionen oder Gallengangentzündung auf. Meist verlaufen beide Krankheiten in Schüben mit dazwischen relativ beschwerdefreien Phasen, aber es gibt auch Verläufe mit dauernden Beschwerden.
- Typische Symptome der Colitis ulcerosa sind blutige Durchfälle, für den Mb. Crohn sind eher Schmerzen und Fieber charakteristisch, aber auch dabei treten gerne Durchfälle auf. Mb. Crohn neigt zu Einengungen des Dünndarms und Fisteln im Afterbereich. Mb. Crohn hat häufiger eine Mangelernährung zur Folge.
- Die Diagnose der Colitis ulcerosa braucht eine Coloskopie mit Biopsie, der Mb. Crohn wird mit einer Coloskopie bis ins terminale Ileum inkl. Biopsie, einem Dünndarm-MR mit oralem Kontrastmittel und meist einer Gastroskopie diagnostiziert.
- Die Behandlung im akuten Schub besteht üblicherweise aus Mesalazin zum Schlucken und als Zäpfchen oder Einlauf, zumindest bei der Colitis ulcerosa. Wenn das nicht ausreicht, gibt man Cortison als Tabletten oder intravenös. Wenn die Krankheit immer wieder aufflackert oder gar nicht zur Ruhe kommt, so werden Medikamente gegeben, die das Immunsystem unterdrücken, z.B. das altbewährte Azathioprin bzw. 6-Mercaptopurin oder die modernen Biologika. Sie blockieren nur mehr Teilbereiche der Entzündungsreaktion (etwa Tumornekrosefaktor alpha, Integrine oder Interleukine), sind also mittelfristig nebenwirkungsärmer. Allerdings werden sie mit der Zeit manchmal unwirksam und es muss zwischen den verschiedenen Substanzen gewechselt werden. Auch eine Elementardiät kann

Schübe eines Mb. Crohn mildern. Bei Colitis ulcerosa hat sich eine niedrigdosierte Erhaltungstherapie zur Vermeidung neuer Schübe mit Mesalazin oder speziellen Probiotika bewährt. Die Behandlung beider Krankheitstypen wird durch Bestimmungen von Calprotectin im Stuhl und von Medikamentenspiegel und Antikörper im Blut hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft und durch Dosisanpassung optimiert.

- Bei langjährigem Dickdarmbefall steigt das Risiko für Dickdarmkrebs gegenüber der Durchschnittsbevölkerung mit der Zeit deutlich an. Deshalb gibt es für Patienten mit langjähriger CED des Dickdarms spezielle intensivere Vorsorgeprogramme mit Coloskopie alle ein bis vier Jahre.
- Bei Dünndarmbefall eines Mb. Crohn ist oft die Mineralisation des Knochens reduziert, weshalb Knochendichtemessungen alle zwei Jahre und ggf. eine Behandlung sinnvoll sein können.
- Einige wenige schwere und komplikative Verläufe führen dazu, dass die durchschnittliche Lebenserwartung etwas eingeschränkt ist.
- **Wie kann ich als Patient mitwirken:** Stressbewältigung, Nahrungsmittelunverträglichkeiten berücksichtigen (Laktose?), nicht rauchen
- **Wann soll ich den Hausarzt aufsuchen:** alle 3 Monate
- **Wann soll ich die Spitalsambulanz aufsuchen:** einmal jährlich



Colitis ulcerosa



Mb. Crohn