

Morbus Crohn - Patienteninformation

1. Entstehung

Die genaue Ursache des M. Crohn ist bis heute nicht geklärt. Es wird vermutet, dass gleichzeitig mehrere Faktoren eine Rolle spielen. Da M. Crohn vermehrt unter den Familienangehörigen auftritt (etwa 15 Prozent aller Patienten), werden genetische Faktoren als Krankheitsursache diskutiert. Allerdings finden sich bei der überwiegenden Anzahl der Patienten keine Crohn- Kranken in der Familie.

Eine entscheidende Rolle bei der Entstehung der Erkrankung dürften Umwelteinflüsse spielen:

M. Crohn tritt mit zunehmendem Wohlstand einer Gesellschaft durchschnittlich häufiger auf. Heutzutage erkranken in der ganzen Welt deutlich mehr Patienten als noch vor 30-50 Jahren. Kinder sind mehr denn je betroffen; Patienten müssen im Verlauf der Erkrankung früher operiert werden. Auch in den Ländern, wo M. Crohn früher weitgehend unbekannt war (Osteuropa, China, arabische Länder), müssen immer mehr Patienten behandelt werden. Letztendlich ist es heute nicht möglich endgültig zu beantworten, warum bestimmte Personen an M. Crohn erkranken und andere nicht.

2. Ausprägungen des M. Crohn

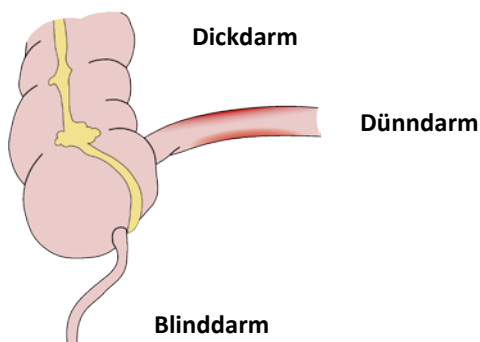
Allgemein bekannt ist, dass M. Crohn alle Darmteile vom Mund bis zum After befallen kann. Meist sind einzelne Darmabschnitte betroffen, während andere Abschnitte vollkommen gesund bleiben. Die Krankheit verläuft in Schüben; Die häufigsten Symptome sind Bauchschmerzen und Durchfälle.

Oftmals wird jedoch das individuelle Krankheitsbild außer Acht gelassen und es werden standardisierte Verfahren angewendet, um die Beschwerden zu lindern: Von Kortison, über andere Medikamente, zu verschiedenen Kombinationen aus mehreren Arzneien wird „ausprobiert“.

Eine Behandlung mit den Antikörpern „Remicade“ und „Humira“ ist ebenfalls nur in wenigen Fällen ratsam.

Heute ist allerdings klar, dass M. Crohn sehr unterschiedlich verlaufen kann und dass bestimmte Krankheitsbilder auch unterschiedlich behandelt werden müssen. Die Vermeidung einer Operation ist daher nicht immer ratsam und eine pauschale Herangehensweise daher nicht empfehlenswert. Das individuelle Krankheitsbild muss erforscht werden.

a) M. Crohn des terminalen Ileums (d.h. des Dünn-/Dickdarmüberganges)



Dies ist die häufigste Stelle des Darmtraktes (Abb. 1), die durch M. Crohn befallen wird.

Typische Symptome sind:

- Schmerzen im rechten Unterbauch
- Durchfälle
- Blutbeimischungen im Stuhl (selten)

Am Anfang der Erkrankung sind diese Beschwerden relativ mild ausgeprägt und können gut mit Kortison behandelt werden. Entwickeln sich jedoch an der betroffenen Stelle Engstellen (Stenosen) oder treten Darmfisteln auf, muss operativ behandelt werden.

Patienten mit Engstellen im letzten Stück Dünndarm (Abb. 2)

Für diese Patienten sind vor allem Koliken sehr typisch. Plötzlich auftretende, krampfartige Schmerzen im Bauchraum sind häufige Anzeichen sowie ein Verstopfungsgefühl.



Abb.2

Treten die Koliken selten und in leichter Form auf, ist das gesamte Krankheitsbild relativ gut erträglich. Dauern die Koliken länger an oder sind sie besonders intensiv, so müssen Medikamente eingesetzt werden. Das Ziel der Behandlung ist eine dauerhafte Beschwerdefreiheit.

Um die Engstelle im Darm zu beseitigen, werden folgende Methoden angewendet:

- **Ballondilatation**
Im Rahmen einer Darmspiegelung wird ein aufblasbarer Ballon in die Engstelle eingeführt und mit Druck erweitert.
- **Strikturoplastik**
Dies ist eine Operationsmethode, bei der die verengte Stelle nicht rausgeschnitten, sondern mit einem speziellen Verfahren erweitert wird (Abb. 3).
- **Entfernung der verengten Darmstellen**
Hier wird die sog. „Ileozökalresektion“ verwendet. Dabei wird der Dünn-/Dickdarmübergang entfernt und die davor und dahinter liegenden Darmabschnitte werden wieder zusammengenäht.

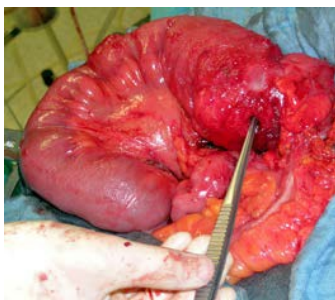


Abb. 3 Abb.4

Patienten mit Fisteln und Abszessen im letzten Stück des Dünndarms (s. Abb. 4)

Die meisten Operationen bei Patienten mit M. Crohn werden wegen Fisteln und/oder Abszessen im Endstück des Dünndarms durchgeführt.

Eine Fistel ist „ein Durchbruch“ oder „Loch“ im Darm. Der Stuhl und die Bakterien verlassen den Darm und verursachen eine starke Entzündung im Bauch. Da dieser Prozess sich langsam entwickelt, kann die Fistel von den Nachbarorganen im Bauch noch rechtzeitig abgedeckt werden, so dass der Stuhl nicht frei herausfließen kann. Die Entzündung bleibt somit auf den rechten Unterbauch reduziert. Die Nachbarorgane verkleben mit einander, es bilden sich Konglomerate. Bei einer Eiterbildung spricht man von einem „Abszess“. Wenn die Entzündung in ein benachbartes Organ eindringt, wird von einer „Fistel“ gesprochen.

Im Gegensatz zu den Patienten mit reinen Engstellen im letzten Stück Dünndarm, sind hier die Beschwerden heftiger und verschlechtern den allgemeinen Gesundheitszustand tiefgreifend und dauerhaft.

Symptome sind

- Schmerzen im rechten Unterbauch
- Gewichtsverlust
- Allgemeines Krankheitsgefühl
- Deutlich erhöhte Entzündungswerte
- Durchfälle und Koliken (selten)
- Druckschmerz im rechten Unterbauch

Bildet sich im Dünndarm eine Fistel, sollte auf lange Sicht der Dünn-/Dickdarmübergang entfernt werden, um die Fistel dauerhaft zu entfernen („Ileozäkalsektion“).

Die genannte Strategie ist ausschließlich in dieser Patientengruppe so wirksam. Es zeigt sich, wie wichtig es ist, dass der behandelnde Chirurg nicht nur „gut operieren“ kann, sondern sich mit den Besonderheiten verschiedener Krankheitsbilder des M. Crohn auskennt.

b) M. Crohn des Dickdarms

Die Unterschiede zwischen M. Crohn des Dickdarms und des M. Crohn des Dünn-/Dickdarmüberganges sind so erheblich, dass es bisweilen schwer fällt, beide Zustände mit dem gleichen Namen „M. Crohn“ zu versehen. Oft sind die Ähnlichkeiten zu der anderen chronischen entzündlichen Darmerkrankung „Colitis ulcerosa“ viel größer. Bei Patienten mit Dickdarm-Crohn sind die Durchfälle mit Blut und Schleimbeimischung typisch, was bei den vorher erörterten Gruppen nicht der Fall ist. Die Durchfälle können sehr oft auftreten, die Stuhlportionen sind klein und oft von einem quälenden Stuhldrang begleitet. Blutarmut („Anämie“) und eine Beeinträchtigung des allgemeinen Gesundheitszustandes sind häufige Begleiterscheinungen. Analfisteln treten hier deutlich häufiger auf und sind schwerer zu behandeln.

Im Gegensatz zu dem M. Crohn des letzten Dünndarmstückes, kann hier nicht behauptet werden, dass Engstellen und Fistelbildung automatische Gründe für die Operationen sind. Im Dickdarm können sich die Fisteln dauerhaft schließen, die Engstellen sind für den flüssigen Stuhl oft sehr lange noch gut durchgängig. Operiert wird hier vor allem, wenn die Medikamente keine dauerhafte Linderung bringen, insgesamt werden jedoch weniger Patienten mit Dick- als mit Dünndarm-Crohn operiert.

Auch steigt mit der Dauer der Entzündung im Dickdarm das Krebsrisiko (> 10 Jahre). Bei betroffenen Personen sollte deswegen alle zwei Jahre eine Darmspiegelung durchgeführt werden.

c) M. Crohn des Dickdarms und Dünndarms

Dies ist die schwerste Form des M. Crohn. Oft sind gleich mehrere Abschnitte des Dünndarms (nicht bloß des Überganges) und des Dickdarms betroffen, auch die Anafisteln treten hier besonders häufig auf und sind schwer zu behandeln.

3. Stoma bei Patienten mit M. Crohn

Es muss zunächst festgestellt werden, welches Krankheitsbild im Einzelfall vorherrscht, um das „Instrument-Stoma“ richtig einzusetzen:

a) Patienten mit M. Crohn des Dünn-/Dickdarmüberganges

Wie bereits oben erwähnt, ist die Stomaanlage für diese Patientengruppe ein äußerst effektives Instrument der Komplikationsvermeidung und –behandlung. Ein dauerhaftes Leben mit Stoma ist hier nur sehr selten erforderlich, eine schnelle und sichere Rückverlagerung meistens möglich.

b) Patienten mit M. Crohn des Dickdarms

Die Stomaanlage spielt hier eine kleinere Rolle in der Prophylaxe und in der Behandlung der Beschwerden. Bei Patienten mit sehr langstreckigem Dickdarmbefall und besonders bei gleichzeitig auftretenden Afterfisteln, ist eine (fast) komplette Dickdarmentfernung eine wirksame Methode zur Linderung der Beschwerden.

c) Patienten mit Analfisteln

Patienten mit M. Crohn, der die Afterregion befällt, benötigen besonders häufig eine Stomaanlage. Jedoch können die Fisteln durch die Stomaanlage allein nicht verheilen, sondern trocknen lediglich für die Zeit des Stomatragens aus.

Ein Stoma bei Patienten mit Analfisteln kann vor allem dann notwendig werden, wenn gleichzeitig der Dickdarm schwer befallen ist. Das Tragen eines Stomas kann dem Patienten enorme Lebensqualität zurückgeben, denn ein nicht beherrschbarer M. Crohn führt zu deutlich mehr gesundheitlichen, beruflichen und privaten Problemen als das Tragen des Stomas bei guter Gesundheit.