

Liebe Patientin, lieber Patient,

wenn Sie an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung leiden, wissen Sie, dass es bei der Behandlung dieser Erkrankung nicht nur um die Bekämpfung von akuten Symptomen geht. Ebenso wichtig ist es, neue Krankheitsschübe und langfristige Folgen der Erkrankung zu vermeiden. Und fast noch wichtiger sind Ihr Wohlbefinden und Ihre Lebensqualität.

Studien haben gezeigt, dass gut informierte Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, die selbst die Verantwortung für Wohlbefinden und ihre Gesundheit ergreifen und konsequent ihre Medikamente einnehmen, eine deutlich höhere Lebensqualität haben und weniger Rückfälle erleiden als Patienten, die ihrer Erkrankung wenig Beachtung schenken. Unsere Broschüre möchte Sie dabei unterstützen.

Wir wünschen Ihnen eine gute Besserung!



Mit freundlicher Unterstützung durch

FERRING Arzneimittel GmbH
Fabrikstraße 7
24103 Kiel

Tel.: (0431) 58 52 - 0 Fax: (0431) 58 52 - 463
www.ferring.de

Redaktion: Gabriele Grünebaum
Fachberatung: Dr. med. Stefanie Howaldt

Besser leben mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Informationen und
praktische Tipps
für den Alltag



Patientenbroschüre

Besser leben mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Informationen und praktische Tipps für den Alltag



Inhalt

Vorwort	5
CED = Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	7
Verlauf der Erkrankung	12
Therapiemöglichkeiten	12
Was tun bei einem akuten Schub?	22
Wie erhalte ich meine Remission?	23
Bedeutung der komplementären und alternativen Therapien	25
Darmkrebs-Vorsorge	26
Der Alltag mit CED	27
9 gute Tipps	36
Wichtige Adressen	37
Glossar	39



Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

möglicherweise haben Sie erst kürzlich die Diagnose für Ihre Beschwerden erfahren, oder aber Sie leiden schon länger unter einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED).

Unter diesem Begriff werden unter anderem die Colitis ulcerosa und der Morbus Crohn zusammengefasst. Es handelt sich um chronische Entzündungen der Darmschleimhaut, deren Ursachen bislang nicht vollständig bekannt sind.

Die tägliche Praxis zeigt, dass gut informierte Patienten, die selbst die Verantwortung für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit ergreifen, eine deutlich höhere Lebensqualität haben und weniger Rückfälle erleiden als Patienten, die ihrer Erkrankung wenig Beachtung schenken.

Häufig tauchen Fragen auf.

- Was bedeutet es für mein weiteres Leben, dass ich eine CED habe?
- Wo finde ich Hilfe im akuten Schub und während einer Remission?
- Wie finde ich den richtigen Arzt, mit dem ich vertrauensvoll alle Probleme rund um die Erkrankung besprechen kann?
- Wie kann ich meinen Alltag so gestalten, dass mich die Krankheit nicht ausgrenzt?

Wir möchten Ihnen helfen, Ihre Erkrankung in den Griff zu bekommen, und versuchen, Ihnen hier wertvolle Tipps für ein möglichst beschwerdefreies und normales Leben zu geben.

Ihre

Dr. med. Stefanie Howaldt



Mundhöhle

Speiseröhre

Zwölffingerdarm
(Duodenum)

Magen

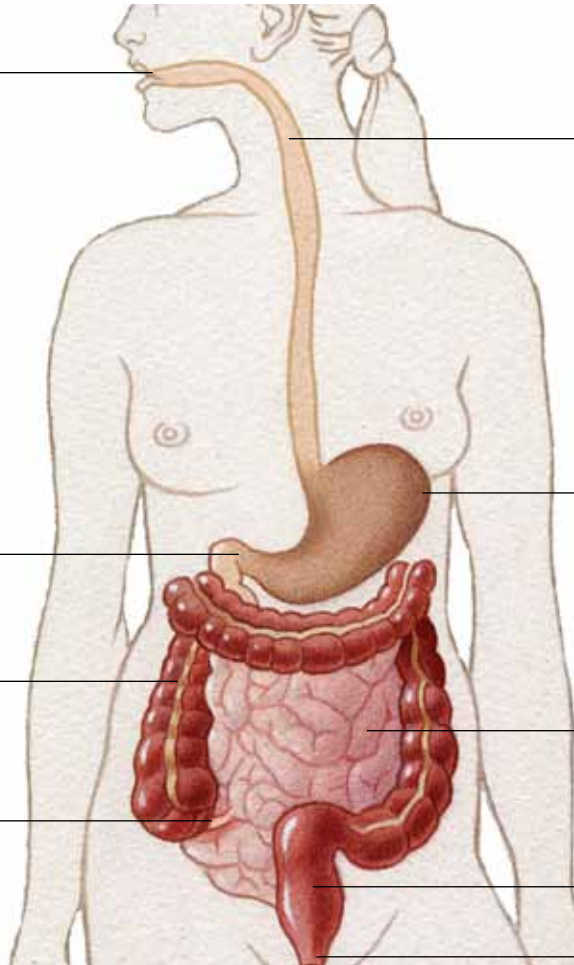
Dickdarm (Colon)

Dünndarm
(Jejunum und Ileum)

Terminales Ileum

Mastdarm (Rectum)

After (Darmausgang)



CED = Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

In Deutschland gibt es etwa 320.000 Menschen mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED). Etwa die Hälfte dieser Menschen hat eine Colitis ulcerosa und die andere Hälfte einen Morbus Crohn. Die meisten Neuerkrankungen werden im Alter zwischen 20 und 40 Jahren diagnostiziert. Männer und Frauen scheinen gleich häufig zu erkranken.

Im Mittelpunkt steht bei beiden Erkrankungen die Entzündung der Darmschleimhaut. Daher sind manche Krankheitserscheinungen sehr ähnlich. Die Colitis ulcerosa und der Morbus Crohn unterscheiden sich jedoch gravierend in der Art, dem Ort und der Ausdehnung der Entzündung.

Die Krankheitsursachen sind bislang weitestgehend unbekannt. Es scheinen verschiedene Faktoren von Bedeutung zu sein, von denen die folgenden drei eine wesentliche Rolle spielen:

- Es liegt eine überschießende, fehlgeleitete Immunreaktion vor.
- Umweltfaktoren spielen möglicherweise eine bedeutende Rolle.
- Ein familiär gehäuftes Auftreten wird beobachtet (genetische Disposition).

Aufgrund der Tatsache, dass CED in den westlichen Ländern deutlich häufiger auftreten als in Drittweltländern und im gesamten osteuropäischen Raum in den letzten Jahren deutlich zunehmen, vermutet man, dass die Lebens- und Ernährungsgewohnheiten bei der Ausbildung einer CED eine wesentliche Rolle spielen.

Möglicherweise hat unser modernes Leben, in dem es immer weniger natürliche, unbehandelte, frische Nahrungsmittel gibt, in dem wir bei mitunter übertriebener Hygiene kaum noch mit natürlichem Schmutz in Berührung kommen, einen erheblichen Einfluss auf unser gesamtes Immunsystem. Die normale Auseinandersetzung mit natürlichen Um-

? *Was sind die Ursachen für eine chronische Darmerkrankung?*

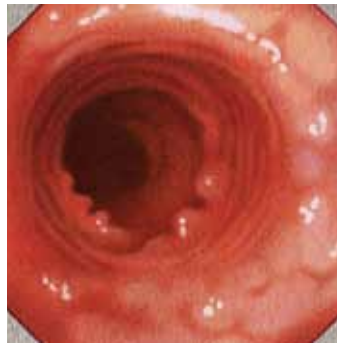
weltfaktoren im Kindesalter reicht vielleicht nicht mehr aus, was manche Krankheiten wie etwa Asthma begünstigen kann. Ob und welchen Einfluss das moderne Leben auf die Entwicklung von chronischen Darmentzündungen hat, ist derzeit Thema zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen und noch nicht endgültig geklärt.

Was passiert bei einer CED im Darm?

Unser Immunsystem scheint bei dieser Erkrankung eine besondere Bedeutung zu haben. Die Zellen in der Darmwand produzieren aufgrund einer Fehlregulation zu viele entzündungsfördernde Stoffe, die sich aber nicht mehr nur gegen Fremd- bzw. Giftstoffe richten, sondern irgendwann auch die Darmwand selbst angreifen. Durch diese überschießende Immunreaktion entstehen Entzündungen, die zu Schäden der Darmschleimhaut führen. Warum solch ein fehlgeleiteter Entzündungsprozess sich in dieser Art abspielt, ist jedoch derzeit noch nicht bekannt.



Darmschleimhaut eines gesunden Darms



Entzündete Darmschleimhaut bei Colitis ulcerosa



Entzündete Darmschleimhaut bei Morbus Crohn

Warum gerade ich?

Nach heutigem Kenntnisstand können die Mediziner im Einzelfall keinen eindeutigen Grund benennen, warum die Krankheit bei einer Person ausgebrochen ist und beispielsweise nicht bei deren Bruder, bei der Schwester oder der Nachbarin.

Der Ausbruch der Krankheit ist (anders als bei den Schüben) nicht vorhersehbar, und Sie können ihn auch nicht durch ein besonderes Verhalten, durch bestimmte Ernährung oder ähnliches zuverlässig beeinflussen.

Es hat sich aber gezeigt, dass Patienten mit einer CED, wenn sie nicht allzu sehr mit ihrem Schicksal hadern und die Krankheit auch seelisch akzeptieren, eine deutlich bessere Lebensqualität erzielen können als Menschen, die beispielsweise eine große Wut auf ihre Krankheit entwickeln.

Was habe ich? Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa?

Weil die ersten Beschwerden chronisch entzündlicher Darmerkrankungen eher unspezifisch sind, dauert es häufig mehrere Monate bis Jahre, bis die richtige Diagnose gestellt wird. In Deutschland beträgt die Dauer von den ersten Symptomen bis zur richtigen Diagnose immer noch etwa ein bis zwei Jahre.

Für eine optimale Behandlung Ihres entzündeten Darms ist es notwendig zu wissen, ob Ihre Beschwerden auf einen Morbus Crohn oder eine Colitis ulcerosa zurückzuführen sind. Die folgende Tabelle zeigt Ihnen die Gemeinsamkeiten und die unterschiedlichen Symptome beider Erkrankungen in einer Gegenüberstellung.

Abgrenzung Morbus Crohn zu Colitis ulcerosa

	Morbus Crohn	Colitis ulcerosa
Erstmaliges Auftreten der Erkrankung: Alter, Geschlecht der Patienten	Frauen und Männer meist zwischen 20-40 Jahren und selten zwischen 50-70 Jahren.	
Auftreten	Tritt meist schubweise auf – akute Phasen wechseln sich mit beschwerdefreien Zeiten ab.	
Ausbreitung	Entzündung kann den gesamten Verdauungstrakt vom Mund bis zum After betreffen. Meist ist der Übergang des Dünndarms in den Dickdarm betroffen.	Entzündung bleibt auf den Dickdarm (Kolon) beschränkt und beginnt meist am Anus.
Entzündliche Erkrankungen außerhalb des Darms	Ja. Gelenke, Wirbelsäule, Gallengänge, Haut (Erythema nodosum) oder Augen können betroffen sein.	Ja, Gelenke, Haut (Pyoderma gangraenosum), Gallengänge können betroffen sein.
Ausdehnung	Diskontinuierlicher Befall. Entzündliche Stellen wechseln sich mit nicht entzündeten Darmabschnitten ab.	Kontinuierlicher Befall. Ausdehnung aufsteigend vom Anus beginnend.
Entzündung	Entzündung erfasst an den betroffenen Abschnitten alle Schichten der Darmwand.	Entzündung erfasst an den betroffenen Abschnitten nur die Darminnenseite.
Befall des terminalen Ileums	Häufig	Selten („back-wash-Ileitis“)

	Morbus Crohn	Colitis ulcerosa
Befall des Rektums	Selten	Fast immer
Fisteln	Ja	Nein
Stuhlgang	Chronisch dünnflüssiger Stuhl, blutige Stühle nur bei Dickdarmbefall.	Schleimige Durchfälle mit Blutbeimengungen und beständiger schmerzhafter Drang zur Stuhlentleerung.
Blutarmut (Anämie)	Seltener	Häufiger
Bauchschmerzen	Häufig rechter Unterbauch	Meist vor Stuhlgang linker Unterbauch
Gewichtsverlust	Häufig	Selten
Fieber	Manchmal	Manchmal
Therapie	Akute Schübe intensiv behandeln, Remission erhalten, Mangelsituation gezielt therapieren, ggf. Operation	
Bei etwa 10% der Betroffenen ist eine deutliche Unterscheidung zwischen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa nicht möglich. Die Erkrankung wird dann als Colitis indeterminata bezeichnet.		

Verlauf der Erkrankung

Typischerweise tritt die chronisch entzündliche Darmerkrankung in Schüben auf, in denen akute Entzündungen im Vordergrund stehen und zwischen denen es beschwerdefreie Intervalle gibt. Beschwerdefreie Phasen bezeichnet man als Remission.

Die Ausprägung der Erkrankung ist individuell sehr verschieden. Bei einigen Patienten sind die Symptome kaum ausgeprägt. Diese Patienten sind lange beschwerdefrei und brauchen nur selten oder gar keine Medikamente. Einige wenige Patienten leiden sehr stark unter den akuten Schüben und werden nur selten oder gar nicht vollständig beschwerdefrei.

Therapiemöglichkeiten

? *Was kann ich von einer Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen erwarten?*

Die Therapie der CED hat zum Ziel, akute Entzündungen wirkungsvoll zu behandeln und die beschwerdefreien Zeiten möglichst lange zu erhalten. Weiter gilt es Mangelerscheinungen aufgrund der Darmerkrankung zu vermeiden. Darüber hinaus ist eine konsequente Krebsvorsorge nach den aktuellen Empfehlungen erstrebenswert. Die meisten Betroffenen können mit Hilfe etablierter Therapien ihre Lebensqualität deutlich verbessern bis normalisieren.

Bei der Therapie der CED werden grundsätzlich zwei Ansätze unterschieden:

- die Behandlung eines akuten Schubs und
- die Behandlung während der beschwerdefreien Zeit (Remission).

Die Wirkstoffe, die seit langen Jahren erfolgreich bei der Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen eingesetzt werden, kann man grob in vier Gruppen aufteilen:

- 5-ASA-Präparate (Mesalazin)
- Kortikosteroide (Kortison)
- Immunsuppressive Medikamente (z.B. Azathioprin)
- Biologika

5-ASA (Mesalazin) Präparate

Der arzneilich wirksame Bestandteil der 5-ASA-Präparate (5-Aminosalicylsäure) ist Mesalazin, das lokal an der Darmschleimhaut stark entzündungshemmend wirkt.

Mesalazin gilt für die Therapie der leichten bis mittelschweren Colitis ulcerosa als Mittel erster Wahl und wird zur Behandlung des akuten Schubs sowie zur Remissionserhaltung empfohlen.

Bei Morbus Crohn wird die Wirksamkeit von Mesalazin derzeit noch umfassend untersucht.

Im akuten leichten bis mittelschweren Morbus-Crohn-Schub empfehlen viele Experten derzeit besonders Patienten mit einer Unverträglichkeit gegenüber Kortisonpräparaten eine hohe Dosierung von Mesalazin (mindestens 4g/Tag) .

Da Mesalazin vermutlich auch zur Remissionserhaltung bei einem leichten Morbus Crohn zumindest bei einem Teil der Patienten wirkt, wird es häufig nach einer akuten Behandlung zur langfristigen Remissionserhaltung eingesetzt. Diese Entscheidung wird auch im Hinblick darauf getroffen, dass Mesalazin nicht nur bei der Colitis ulcerosa, sondern auch beim Dickdarmbefall des Morbus Crohn möglicherweise das Risiko für Dickdarmkrebs senkt.

Damit die Mesalazinpräparate ihren Wirkstoff im Darm abgeben können, also dort, wo die Entzündung stattfindet, gibt es sie in verschiedenen Darreichungsformen. Als ...

- Retardgranulat, Micropellets und Retardtabletten,
- Zäpfchen (Suppositorien), Einläufe (Klysmen) oder Schäume.

Die Abbildung rechts zeigt verschiedene Darreichungsformen von Mesalazin: als Klyisma (Darmeinlauf), Retardtablette, Zäpfchen (Suppositorien) und als Retardgranulat.



Bei der Proktitis, die nur im Rektum lokalisiert ist, wird bevorzugt mit Mesalazin-Zäpfchen behandelt. Wenn die Entzündung bis in das Sigma oder bis zur linken Flexur reicht, gibt man Schäume oder Einläufe, da diese höher reichen als Zäpfchen. Untersuchungen haben ergeben, dass es keinen Unterschied macht, ob 1g oder 4g Mesalazin pro Tag verabreicht wird. Daher empfehlen Experten, bei der rektalen Behandlung nicht mehr als 1g Mesalazin pro Tag einzusetzen.

Häufig wird die rektale Gabe von Mesalazin mit einer oralen Mesalazin-Therapie ergänzt, und zwar dann, wenn die Entzündung auch weiter oben im Dickdarm lokalisiert ist.

Bei den oralen Darreichungsformen ist der Wirkstoff Mesalazin auf unterschiedliche Art und Weise verpackt, so dass er erst im Darm und nicht schon im Magen freigesetzt wird. Man unterscheidet grundsätzlich zwei Darreichungsformen:

- **Eudragit-ummantelte Micropellets oder Tabletten**

Hier ist der Wirkstoff von einer Kunstharzhülle (Eudragit) umgeben, die sich erst abhängig vom umgebenden pH-Wert im letzten Teil des Dünndarms auflöst. Der Wirkstoff wird bei diesen Formen schlagartig freigesetzt.

und

- **Retardgranulat bzw. Retardtabletten**

Hier ist der Wirkstoff Mesalazin eingebettet in der Trägersubstanz Ethylcellulose. Aus dieser Trägersubstanz wird Mesalazin unabhängig vom pH-Wert kontinuierlich in allen Darmabschnitten bis zum distalen Kolon freigesetzt. Die Trägersubstanz (Cellulose) selbst wird mit dem Stuhl wieder ausgeschieden, so dass in Einzelfällen kleine Kügelchen im Stuhl sichtbar sein können.

Retardgranulat und Retardtabletten haben gegenüber anderen Darreichungsformen eine Reihe von Vorteilen:

- **Umfassende Freisetzung auch bei Durchfällen**

Bei pH-abhängig freisetzenden Darreichungsformen kann es passieren, dass bei Durchfall - der ja bei der Colitis ulcerosa sehr häufig ist - ein erheblicher Anteil der eingenommenen Mesalazindosis unverändert wieder ausgeschieden wird, also auch nicht wirken kann. Aus Retard-Präparaten hingegen wird Mesalazin auch bei Durchfällen zuverlässig freigesetzt.

- **Einmalige Einnahme pro Tag**

Eine groß angelegte internationale Studie hat gezeigt, dass 2g Mesalazin Retardgranulat einmal täglich zur Remissionserhaltung gegeben werden kann. Je weniger Tagesdosen eingenommen werden müssen, desto höher ist die Patienten-Compliance, d.h. die Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme durch den Patienten.

- **Unabhängig von den Mahlzeiten**
Das Retardgranulat kann unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen werden.
- **Laktosefrei**
Das Retardgranulat ist laktosefrei und auch für Patienten mit einer Laktoseunverträglichkeit gut geeignet.
- **Neutraler Geschmack**
Das Retardgranulat ist geschmacksneutral und kann sowohl zu salzigen als auch zu süßen Gerichten eingenommen werden.
- **Gleichmäßige Verteilung**
Aus den vielen kleinen Kügelchen des Granulats wird der Wirkstoff gleichmäßig bis ins distale Kolon verteilt.
- **Ungehinderte Passage**
Das Granulat kann einfacher als Eudragit-ummantelte Tabletten auch Engpässe im Dünndarm passieren.
- **Individuelle Darreichungsformen**
Vielfältige Darreichungsformen wie Retardgranulat, Retardtabletten, Suppositorien oder Klysmen bieten eine einfache und bequeme Einnahme sowie eine individuelle Dosierung. Das hochdosierte 2g Sachet ermöglicht die nur einmal tägliche Einnahme in der Remissionserhaltung.

Mesalazin wird seit 1960 erfolgreich in der Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eingesetzt.

In der Regel ist Mesalazin gut verträglich. Nur in wenigen Fällen treten Nebenwirkungen auf wie z.B. Durchfall, Übelkeit, Bauchschmerzen oder Kopfschmerzen.

Das früher gebräuchliche Sulfasalazin wird heute nur noch dann zur Therapie der Colitis ulcerosa eingesetzt, wenn eine entzündliche Beteiligung der Gelenke vorliegt.

Falls sich im akuten Schub die Symptome mit Mesalazin nicht bessern, sollte recht bald auf andere Medikamente wie Kortikoide oder Immunsuppressiva umgestellt werden.

Kortikosteroidpräparate

Kortikosteroidpräparate, umgangssprachlich auch Kortison genannt, wirken als starke Entzündungshemmer, indem sie das Immunsystem unterdrücken.

Die Wirkung von Kortison setzt meist innerhalb weniger Tage ein. Kortison kann intravenös als Injektion verabreicht werden, oral als Tabletten oder rektal als Schaum, Einlauf oder Zäpfchen.

Wegen seiner zahlreichen unerwünschten Wirkungen sollte Kortison allerdings nur zur Behandlung eines akuten Krankheitsschubs und nicht längerfristig oder zur Erhaltung der Beschwerdefreiheit eingesetzt werden.

Man unterscheidet zwischen systemisch wirkenden Kortikosteroiden, die im ganzen Körper wirken, und topisch wirkenden, die ihre Wirkung gezielt am Ort des entzündlichen Geschehens entfalten.

- **Systemisch wirksame Steroide**
Kortisonpräparate mit den Wirkstoffen Prednison, Prednisolon oder Methylprednisolon werden als Tabletten oder Injektion verabreicht. Sie werden bei einem schweren Schub bevorzugt, weil sie hoch wirksam sind. Allerdings können sie im gesamten Körper gravierende unerwünschte Wirkungen haben.
- **Topische Steroide**
Der Wirkstoff Budesonid wirkt lokal mit deutlich weniger Nebenwirkungen und kann kurzfristig bei leichten bis mittelgradigen Schüben eingesetzt werden. Der Wirkstoff kann oral eingenommen werden und ist dann so verpackt, dass er lokal am Übergang zwischen Dünn- und Dickdarm freigesetzt wird. Falls der distale Dickdarm entzündet und befallen ist, bietet sich die rektale Gabe des Wirkstoffs Budesonid als Einlauf oder Rektalschaum an.

? *Warum sollte ich das Kortison, das mir gut hilft, nicht über einen längeren Zeitraum einnehmen?*

Unter der Therapie mit Kortisonpräparaten treten bei längerer Einnahme nicht selten unerwünschte Wirkungen wie Gewichtszunahme, Mondgesicht, Schlafstörungen, Depressionen, Akne, Zyklusstörungen, Knochenabbau oder hoher Blutdruck auf.

Aufgrund dieses ungünstigen Nebenwirkungsprofils setzen Ärzte heute Kortison soweit möglich nur im akuten Schub ein.

Falls auch hochwirksame Kortikosteroide nicht ausreichend wirken, sollte die Therapie durch Immunsuppressiva oder TNF α -Antikörper bzw. andere sogenannte Biologika ergänzt oder ersetzt werden.

Immunsuppressiva

Ergänzend oder statt der Kortikoidpräparate können bei hoher Entzündungsaktivität auch so genannte Immunsuppressiva eingesetzt werden. Das sind Medikamente, die das Immunsystem verändern und z.B. bei einer Unverträglichkeit von Kortisonpräparaten, bei einem chronisch aktiven Krankheitsverlauf oder bei Patienten, die auf eine Behandlung mit Kortison nicht ansprechen, gegeben werden.

Der Wirkstoff Azathioprin und das 6-Mercaptopurin oder 6-MP gehören zu den so genannten Immunsuppressiva, die eine überschießende Immunreaktion bremsen können. Azathioprin wirkt bei einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung, indem es in den Entzündungsstoffwechsel eingreift und die Teilungsfähigkeit der Zellen beeinflusst.

? *Wann setzt die Wirkung von Immunsuppressiva ein?*

Weil die Wirkung von Azathioprin erst nach etwa 2-4 Monaten eintritt, wird das Medikament nicht zur Therapie akuter Beschwerden, sondern für die Langzeitbehandlung eingesetzt.

Während eines akuten Schubs wird Azathioprin immer mit einem rascher wirksamen entzündungshemmenden Medikament (Mesalazin oder einem Kortisonpräparat) kombiniert.

Azathioprin wird von etwa 90% der Patienten gut vertragen. Falls es jedoch zu Nebenwirkungen kommt, so sind diese am häufigsten: Übelkeit, Bauchschmerzen, allergische Reaktionen, Veränderungen des Blutbildes, Leberentzündung sowie Bauchspeicheldrüsenentzündung. Regelmäßige Kontroll- und Laboruntersuchungen sind während der Einnahme von Immunsuppressiva absolut notwendig.

Azathioprin wird als Langzeittherapie eingesetzt und in der Regel mindestens 4 Jahre lang gegeben. Die Therapie sollte immer auch an die persönliche Lebenssituation angepasst werden. Nach neuesten Erkenntnissen sollte das Medikament auch während einer Schwangerschaft weiter gegeben werden. Dies sollten Sie mit Ihrem Arzt individuell besprechen.

Zusammenfassung

- Mesalazin (5-Aminosalicylsäure) wirkt im Darm entzündungshemmend. Es wird bei leichter bis mittelschwerer Entzündung und langfristig zum Remissionserhalt eingesetzt.
- Kortison bremst die Aktivität des Immunsystems effektiv, hat aber zahlreiche unerwünschte Wirkungen. Es wird daher nur bei einem akuten Schub und möglichst kurze Zeit eingesetzt.
- Immunsuppressiva (Azathioprin) greifen in die Zellregulation und Zellteilung ein und dämpfen die überschießende Immunreaktion. Sie werden in der Regel mehrere Jahre lang gegeben.

Biologika / TNF α -Antikörper

Biologika sind biotechnisch hergestellte Eiweiße, die in den Entzündungsstoffwechsel des Körpers eingreifen und Entzündungsvorgänge hemmen können. Diese Medikamente werden dann eingesetzt, wenn...

- die Behandlung mit einem Kortisonpräparat oder Immunsuppressivum nicht ausreicht oder
- die Kombination eines Kortisonpräparats mit einem Immunsuppressivum nicht ausreicht oder
- andere Medikamente nicht ansprechen oder
- Gründe vorliegen, die anderen gängigen Medikamente nicht zu verwenden.

TNF-alpha-Blocker bestehen aus speziell hergestellten Antikörpern, die den entzündlichen Prozess und die daraus resultierende Zerstörung der Darmschleimhaut reduzieren können. Biologika werden als Infusion direkt ins Blutssystem gegeben oder unter die Haut gespritzt.

Chirurgische Therapie

Die meisten CED-Patienten reagieren gut auf eine der oben genannten Medikamentengruppen und werden keine größeren gesundheitlichen Probleme mit ihrem Darm haben. Es gibt aber Fälle, in denen ein chirurgischer Eingriff unumgänglich wird. In den letzten Jahren ist diese Zahl dank der deutlich besseren Therapiemöglichkeiten zurückgegangen.

Dennoch kann es zu Situationen kommen, in denen ein chirurgischer Eingriff notwendig ist. Zum Beispiel wenn der Darm extrem entzündet und aufgebläht ist und sich ein so genanntes toxisches Megacolon entwickelt, bei unstillbaren Blutungen, wenn die Darmwand aufgrund der starken Entzündung gerissen ist, bei anhaltenden sehr schweren Entzündungen, bei Darmverschluss oder bei Darmkrebs.

Bei der Colitis ulcerosa beispielsweise, bei der die Entzündung auf den Dickdarm beschränkt ist, können die Krankheitssymptome durch die Entfernung des Dickdarms beseitigt werden.

Anschließend wird ein künstlicher Darmausgang, ein Ileostoma, angelegt, oder es wird durch einen chirurgischen Eingriff aus einem Stück Dünndarm ein kleiner Mastdarm rekonstruiert (ein so genannter Pouch), mit dessen Hilfe die Stuhlfrequenz auf etwa 5 mal pro Tag ohne störenden Stuhldrang reduziert werden kann.

Steht ein chirurgischer Eingriff an, drängen sich häufig Fragen auf, ob Sie den Stuhl weiter kontrollieren können, ob ein künstlicher Darmausgang nötig wird und wie das Leben nach der Operation aussehen wird. Bitte besprechen Sie alle Fragen vertrauensvoll mit Ihrem behandelnden Arzt. Patienten, die sich gut informiert für einen Eingriff entscheiden, können sich meist besser mit den Folgen einer Operation arrangieren.

Was tun bei einem akuten Schub?

? *Was kann ich von einer Therapie im akuten Schub erwarten?*

Ein akuter Schub kann sich durch „Grummeln“ im Bauch ankündigen, er kann aber auch mit Bauchschmerzen und heftigen Durchfällen ganz plötzlich auftreten. Wann ein Schub auftritt, wie lange er dauern wird oder wie lange die dazwischenliegenden Remissionsphasen andauern, ist schlecht vorhersehbar. Man weiß heute aber:

- Je früher ein akuter Schub medikamentös behandelt wird, umso schneller ist er beendet und umso geringer ist seine Ausprägung.
- Ihre psychische Situation – Belastungen und/oder Stress – kann einen Einfluss auf das Auftreten eines akuten Schubs haben.
- Je besser Sie Ihre Krankheit akzeptiert haben, umso weniger heftig erleben Sie die akuten Schübe.

Welche Medikamente helfen bei einem akuten Schub?

Jede Medikation bedarf einer ausführlichen Diagnose und muss vertrauensvoll mit dem Arzt besprochen werden. Zunächst wird der Arzt im Gespräch und ggf. durch Untersuchungen klären, ob es sich bei Ihrem akuten Schub um einen leichten bis mittelschweren oder um einen schweren Schub handelt.

Das Ziel der Behandlung wird sein, Sie möglichst schnell aus dem Schub wieder in die Remission zu bringen.

Bei einem leichten bis mittelschweren Schub im Bereich des Enddarms wird in der Regel eine Therapie mit der rektalen Gabe von Mesalazin als Zäpfchen, Einlauf oder Schaum eingeleitet, die ggf. mit einem oralen Mesalazin oder mit einem örtlich wirksamen Kortikoidpräparat kombiniert werden kann.

Ein leichter bis mittelschwerer Schub bei ausgedehnter Entzündung kann mit oral eingenommenem Mesalazin (Retardgranulat oder Tabletten) behandelt werden.

Ein leichter bis mittelschwerer Schub mit Dünndarmbeteiligung kann mit Mesalazin, mit Kortisonpräparaten oder mit einer Kombination aus beiden Wirkstoffen therapiert werden.

Einem schweren Schub sollte man schnell und hochwirksam begegnen. Hier wird der Einsatz von systemisch wirkenden Kortisonpräparaten empfohlen, die entweder oral eingenommen oder intravenös als Injektion verabreicht werden. Sollte die Wirkung nicht ausreichen, können ergänzend oder statt der Kortikoidpräparate Immunsuppressiva oder Biologika zum Einsatz kommen.

Die selteneren Fälle, in denen ein chronisch aktiver Verlauf vorliegt, wird man versuchen mit immunsuppressiven Präparaten und/oder mit Biologika in den Griff zu bekommen.

Wie erhalte ich meine Remission?

Wenn der akute Schub und die Beschwerden abgeklungen sind, befinden Sie sich in der so genannten Remission.

Zur langfristigen Remissionserhaltung wird Patienten mit einer Colitis ulcerosa eine dauerhafte Mesalazintherapie empfohlen. Neben dem Erhalt des beschwerdearmen Zustands und der Verhütung eines neuen Krankheitsschubs senkt die konsequente medikamentöse Behandlung mit 5-Aminosalicylsäure, wie Studien zeigten, das Risiko, an Dickdarmkrebs zu erkranken.

Jeder weiß, wie schwierig es im Alltag ist, regelmäßig Medikamente einzunehmen. Dennoch ist es gerade bei einer chronischen Erkrankung sehr wichtig, die vom Arzt verordneten Medikamente regelmäßig einzunehmen – dies nennt der Arzt Therapietreue oder Compliance.

? *Wie kann ich eine Remission möglichst lange erhalten?*

Compliance: Ihre Mitwirkung ist gefragt

Unter Compliance versteht man in der Medizin die engagierte Mitwirkung des Patienten im Rahmen der Therapie. Die Bereitschaft des Patienten, den medizinischen Empfehlungen des Arztes zu folgen, hat einen erheblichen Einfluss auf den Erfolg der Therapie. Je besser die vertrauensvolle Beziehung zu Ihrem Arzt ist und je besser Sie über Ihre Erkrankung informiert sind, umso höher wird Ihre Bereitschaft sein, die Therapievereinbarungen langfristig einzuhalten.

Wussten Sie, dass etwa 50% aller verordneten Medikamente vom Patienten nicht eingenommen werden? Eine solch hohe Non-Compliance findet man besonders häufig bei chronischen Erkrankungen wie der CED.

Wie können Sie sich also motivieren? Welche Faktoren spielen für eine gute Compliance eine Rolle?

- Vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient
- Kooperation zwischen Arzt und Patient
- Gutes Wissen über die Erkrankung
- Akzeptanz, d.h. die Krankheit annehmen
- Gute Kenntnis über die Wirksamkeit von Therapien und Medikamenten
- Gute Anleitung des Therapiekonzeptes
- Einfache Therapieform (besser ein Medikament einmal am Tag als dreimal am Tag)
- Angenehme Darreichungsform
- Hilfe zur Selbstkontrolle (Taschenkalender o.ä.)

Eine gute Compliance ist wesentlich das Resultat einer erfolgreichen Kommunikation zwischen Arzt und Patient und daher eine der Kernaufgaben des ärztlichen Gesprächs.

Bedeutung der komplementären und alternativen Therapien

Gerade bei chronischen Erkrankungen suchen Patienten gern nach alternativen Behandlungsmethoden, die die klassische Schulmedizin ersetzen oder auch ergänzen können.

Hier bietet fast die gesamte Palette der alternativen Medizin - ob Akupunktur, Ayurvedische, Traditionelle Chinesische oder auch die Anthroposophische Medizin - ihre Heilmittel an. Für viele komplementäre Therapieverfahren fehlt allerdings bisher ein wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis.

Falls Sie daran denken, auf alternative Medizin zurückzugreifen, sollten Sie sich eingehend über die vorgeschlagene Therapie informieren und fachlich beraten lassen. Vor Beginn einer Behandlung sollte immer das Therapieziel festgelegt werden, um ggf. später den Erfolg oder Misserfolg beurteilen zu können. Weiterhin sollten Sie diesen Schritt mit Ihrem behandelnden Arzt absprechen.

? *Als Ergänzung oder Alternative zur Schulmedizin werden zahlreiche alternative Heilverfahren angeboten. Wie hilfreich sind sie bei einer CED?*

Probiotische Mittel.

Wenn es darum geht, einen Patienten nach einem akuten, aber bereits unter medikamentöser Therapie abgeklungenen Schub weiterzubehandeln, ist heute manchmal auch von probiotischen Arzneimitteln die Rede. Hierbei handelt es sich um lebende physiologische Mikroorganismen, die Erkrankungen lindern können, die mit Störungen der körpereigenen Mikroflora in Verbindung gebracht werden. Mittlerweile ist heute für die Colitis-Erkrankung die „Escherichia coli Nissle 1917“-Therapie anerkannt, wenn es darum geht, einen Patient nach einem akuten, aber bereits unter medikamentöser Therapie abgeklungenen Schub oder einer Pouchitis zu behandeln. Allerdings ist die Wirksamkeit einer solchen Behandlung noch nicht in vielen Studien belegt. Ob und welche Kosten

für Probiotika von den Krankenkassen übernommen werden, sollten Sie mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen. Normalerweise werden diese Medikamente bei einer CED nicht von der Kasse übernommen.

Weihrauchpräparate, aus der indischen Ayurvedamedizin bekannt, werden wegen ihrer Boswelliasäuren, die entzündungshemmend wirken, eingesetzt. In Deutschland sind Weihrauchpräparate zwar nicht als Arzneimittel zugelassen, aber mit ärztlicher Verordnung erhältlich. Derzeit wird mit der Substanz im Bereich der CED-Therapie noch geforscht, aus diesem Grund wird auch die Krankenkasse in der Regel die Kosten hierfür nicht übernehmen.

Darmkrebs-Vorsorge

Man geht heute davon aus, dass das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, mit zunehmender Dauer der Erkrankung und abhängig von der Ausdehnung der Entzündung ansteigt. Daher spielt für alle Betroffenen mittel- und langfristig eine vernünftige Darmkrebsvorsorge eine wichtige Rolle.

? *Wie wichtig ist die regelmäßige Darmkrebsvorsorge bei einer CED?*

Bei Colitis ulcerosa weiß man, dass bei einem totalen Befall des Dickdarms und einem frühzeitigen Beginn der Erkrankung nach mehr als 10 Jahren Krankheitsdauer mit einem erhöhten Darmkrebsrisiko zu rechnen ist.

Derzeit lauten die Empfehlungen, je nach Ausdehnung der Erkrankung nach 8 bzw. 15 Jahren Krankheitsdauer regelmäßig endoskopische Kontrollen des Dickdarms (Darmspiegelung) durchführen zu lassen. Nur so können Gewebeeränderungen rechtzeitig festgestellt und entsprechende Maßnahmen wie z.B. eine Operation eingeleitet werden. Je früher eine Gewebeentartung erkannt wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer vollständigen Heilung.

Der Alltag mit CED

Wer eine chronische Erkrankung wie Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn hat, fragt sich meist, was er tun kann, um die Krankheit in Schach zu halten, und wie sich ein möglichst „normaler“ Alltag erreichen lässt.

Die Psyche, die Angst, der Stress und CED

Der Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren und der chronisch entzündlichen Darmerkrankung wird seit Jahren kontrovers diskutiert und führt zu vielen Missverständnissen.

Dass die Erkrankung - wie jede chronische Erkrankung - einen mehr oder weniger starken Einfluss auf das seelische Wohlbefinden hat, ist nachvollziehbar und unstrittig. Die Betroffenen leben häufig mit Ängsten wie

- Angst vor einem neuen Schub
- Angst vor Schmerzen
- Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes
- Angst vor Isolation und Einsamkeit
- Angst vor belastenden Therapien und Operationen
- Angst vor den Nebenwirkungen der Therapien

Man weiß mittlerweile, dass Angst und Stress zwar nicht die Ursache für eine CED sind, aber durchaus einen großen Einfluss auf das Aufleben von Schüben haben können.

Sehr hilfreich ist es daher, wenn allgemeine und krankheitsbezogene Sorgen, Ängste und depressive Stimmungen im vertrauensvollen Gespräch mit dem behandelnden Arzt, mit einem Psychotherapeuten oder in einer Selbsthilfegruppe angesprochen werden. Betroffenen, die gut über ihre Erkrankung informiert sind, sich von ihrem Arzt gut behandelt und versorgt fühlen, geht es subjektiv besser. Sie erleben die Erkrankung als weniger belastend.

Aus diesem Grunde haben sich in fast allen großen Städten zahlreiche Selbsthilfegruppen gebildet, deren Teilnehmer sich aktiv bemühen, ihre Erkrankung zu verstehen und besser mit ihr leben zu lernen.

Betroffene selbst geben einen wichtigen Tipp: nämlich die Krankheit nicht schönzureden. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind schwere Erkrankungen - und neben den zahlreichen leichten gibt es auch ausgesprochen schwere Verläufe. Darüber offen und ungeschönt zu reden, erleichtert und ermöglicht vielen, ihr Leben mit und trotz CED lohnenswert zu gestalten.

Die Ernährung

Medizinisch gesehen gibt es keine generellen Ernährungs- bzw. Diätregeln.

? Gibt es eine optimale CED-Diät?

Empfohlen wird eine ausgewogene, vollwertige, frische und abwechslungsreiche Kost, um gesundheitsfördernd auf den Körper einzuwirken und um möglichen Nährstoff-Defiziten bei einem chronischem Verlauf vorzubeugen.

Probieren Sie aus, was Ihnen gut tut. So unterschiedlich wie die Erkrankung sich bei verschiedenen Personen zeigt, so verschieden sind auch die Lebensmittel, die ihnen bekommen. Vermeiden Sie, was Ihnen nicht bekommt, und vertrauen Sie hierbei Ihrem Bauch.

Aufgrund der Verdauungsstörungen im Darm kann es in einigen wenigen Fällen zu Mangelerscheinungen kommen. So können z.B. Vitamine, Spurenelemente und Eiweiße in Ausnahmefällen nicht in ausreichender Menge vom Darm aufgenommen werden. Es gibt zwei Gründe, weshalb Sie an einer Mangelerkrankung leiden können:

- Durch den Durchfall geht eine Menge Eiweiß verloren.
- Der Darm absorbiert nicht genügend Nährstoffe.

Dies vorangestellt, seien hier einige allgemeine Hinweise erlaubt:

- Vermeiden Sie allzu fettes Essen sowie Hülsenfrüchte und blähende Nahrungsmittel, die Durchfall und Blähungen verursachen können.
- Essen Sie lieber häufiger kleine Mengen als selten größere Portionen.
- Vermeiden Sie kohlenstoffhaltige Getränke.
- Essen Sie vorwiegend qualitätsvolle, frische und möglichst vollwertige Lebensmittel.

Rauchen

Rauchen schadet der Gesundheit – das weiß mittlerweile jedes Kind. Besonders aber schadet das Rauchen Menschen, die an Morbus Crohn erkrankt sind. Tabakrauchen erhöht bei Morbus-Crohn-Patienten das Risiko, einen akuten Schub zu erleiden. Raucher haben darüber hinaus ein höheres Risiko, an Osteoporose zu erkranken. Untersuchungen haben gezeigt, dass der Verzicht auf das Rauchen bei Morbus-Crohn-Patienten therapeutisch genauso wirksam ist wie eine Therapie unter Immunsuppressiva.

Daher wird der Arzt versuchen Sie zu überzeugen, mit dem Rauchen aufzuhören und Sie bestmöglich dabei unterstützen. Nicht nur Ihr Darm wird es Ihnen danken.

Sport

Häufig wird die Frage gestellt, welchen Einfluss Bewegung und Sport auf die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen haben? Im akuten Krankheitsschub bedürfen Patienten in erster Linie der Schonung, und in dieser Zeit wird wohl kaum jemand selbst auf die Idee kommen, sportlich aktiv zu sein. Sobald es Ihnen aber wieder besser geht, tut Ihnen Sport eher gut.

Viele Studien, die im Zusammenhang mit Sport und chronischer Erkrankung gemacht werden, zeigen, dass Sport in Maßen einen Krankheitsverlauf günstig beeinflussen kann. So konnte man feststellen, dass regelmäßiger Sport den Bedarf an Medikamenten (z.B. Kortison) signifikant reduzieren kann, die sportlich aktiven Patienten häufig eine bessere Körperwahrnehmung haben und einen verbesserten Allgemeinzustand aufweisen. Des Weiteren leiden sie weniger unter Ängsten und Depressionen und sind besser arbeitsfähig.

Welche Sportarten für Sie geeignet sind, hängt von Ihren Vorlieben ab. Besprechen Sie mit Ihrem Arzt, welche für Sie in Frage kommen. Geeignete Sportarten sind z.B. Schwimmen, Joggen, Walken, Gymnastik, Badminton oder ähnliche. Es gibt aber auch einige Einschränkungen, die beachtet werden sollten:

Patienten, die schon ein- oder mehrmals im Bauchraum operiert worden sind, sollten Sportarten meiden, die die Bauchmuskulatur stark beanspruchen, da sie sonst einen Narbenbruch erleiden könnten. Wenn bei Ihnen durch eine hohe Krankheitsaktivität oder längere Therapie mit Kortisonpräparaten bereits eine verringerte Knochendichte nachgewiesen worden ist oder aber wenn Sie an Begleiterkrankungen der Gelenke leiden, sind Sportarten, die das Skelett zu sehr belasten, möglicherweise ungeeignet. Dazu zählen zum Beispiel Fußball, Geräteturnen oder Skateboardfahren.

Beruf

Während eines akuten oder chronischen Schubs kann es sein, dass Sie sich so schlecht fühlen, dass Ihr Arzt Sie krankschreibt. Sobald die Symptome sich aber bessern, sind die meisten Betroffenen normal arbeitsfähig.

Auch in den seltenen Fällen, in denen die CED so schwer ausgeprägt ist, dass die Berufstätigkeit gefährdet ist oder der bisherige Beruf nicht mehr

ausgeübt werden kann, sollten Sie mit Ihrem Arzt besprechen, wie Ihr Berufsleben weiter gestaltet werden kann. Es gibt zahlreiche Schutz-, Hilfs- und Fördermöglichkeiten, über die Sie sich bei den Krankenkassen und beim Arbeitsamt informieren können.

Schwerbehinderung

Falls Ihre Krankheit Sie erheblich beeinträchtigt, können Sie beim Versorgungsamt einen Antrag auf Feststellung einer Behinderung stellen bzw. den Grad der Behinderung (GdB) feststellen lassen.

Dieser wird dann von einem Amtsarzt anhand von „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ festgestellt. Die Anhaltspunkte sind allerdings tatsächlich nur Anhaltspunkte. Der GdB soll aufgrund der individuellen Beurteilung des Antragstellers ermittelt werden. Die nachstehend genannten GdB-Sätze können daher lediglich Anhaltswerte sein.

	GdB
CED mit geringer Auswirkung (geringe Beschwerden, keine oder geringe Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustands, selten Durchfälle)	10 - 20
CED mit mittelschwerer Auswirkung (häufig rezidivierende oder länger anhaltende Beschwerden, geringe bis mittelschwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustands, häufiger Durchfälle)	30 - 40
CED mit schwerer Auswirkung (anhaltende oder häufig rezidivierende erhebliche Beschwerden, erhebliche Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustands, häufige, tägliche, auch nächtliche Durchfälle)	50 - 60
CED mit schwerster Auswirkung (häufig rezidivierende oder anhaltende schwere Beschwerden, schwere Beeinträchtigung des Kräfte- und Ernährungszustands, ausgeprägte Anämie)	70 - 80

Sie sollten den GdB, der Ihnen vom Versorgungsamt mitgeteilt wird, immer noch einmal mit Ihrem Arzt besprechen. Ist der GdB zu niedrig angesetzt, haben Sie die Möglichkeit, innerhalb einer bestimmten Frist Widerspruch einzulegen.

Hat ein CED-Patient eine anerkannte Schwerbehinderung, können für ihn folgende Hilfen und Nachteilsausgleiche infrage kommen:

- Kündigungsschutz für schwer behinderte Arbeitnehmer
- Zusatzurlaub für schwer behinderte Arbeitnehmer
- Arbeitstherapie
- Berufsfindung
- Ausbildungsgeld für schwer behinderte Arbeitnehmer
- Kfz-Hilfe
- Parkerleichterungen
- Steuervorteile für Schwerbehinderte
- Wohngeld für schwer behinderte Arbeitnehmer

Parkerleichterungen

Patienten mit einer CED können aufgrund von Durchfall oder Gelenkschmerzen in ihrer Mobilität eingeschränkt sein. Die Möglichkeit, schnell eine Toilette aufsuchen zu können, ist für sie eine der wichtigsten Voraussetzungen, um das Haus verlassen zu können, Besorgungen zu erledigen oder am öffentlichen Leben teilzunehmen.

Aus diesem Grund haben fast alle Bundesländer (Brandenburg, Berlin, NRW, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen, Hessen, Schleswig-Holstein) für Menschen mit CED eine Ausnahmeregelung zur Parkerleichterung geschaffen.

Dort ist eine Parkerleichterung möglich, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa mit einem hierfür festgestellten Grad der Behinderung von wenigstens 60%

oder

- Stomaträger mit doppeltem Stoma (künstlicher Darmausgang und künstlicher Harnleiter) und einem hierfür festgestellten Grad der Behinderung von 70%.

Wenden Sie sich an Ihr Versorgungsamt, um eine Behinderung feststellen zu lassen, und dann an das jeweilige Straßenverkehrsamt, um einen entsprechenden Parkausweis zu erhalten, mit dem Sie u.a. an bevorzugten Plätzen und zu besonderen Konditionen parken dürfen. Hilfreich ist es auch, Ihrem behandelnden Arzt, der den Antrag ausfüllen muss, schriftlich einen kurzen Abriss Ihrer Beschwerden zu formulieren.

Krankenkasse

Da CED zu den chronischen Erkrankungen gehört, die laufend medizinische Behandlung und Betreuung erfordern, gelten für Sie reduzierte Zuzahlungsgrenzen für Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung. So beträgt die Höchstgrenze für die Zuzahlung chronisch Kranker 1% der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (bei Gesunden sind es 2%).

Hilfsmittel

Einige Patienten, die auf Inkontinenzartikel angewiesen sind, können ihren Arzt bitten, diese zu Lasten der Krankenkasse auf Rezept zu verordnen. Sprechen Sie Ihren Arzt vertrauensvoll an, wenn Sie derartige Hilfsmittel benötigen.

Medikamente

Falls Sie für andere Erkrankungen Medikamente benötigen, sollten Sie immer mit Ihrem behandelnden Arzt abklären, ob diese einen negativen Einfluss auf Ihre CED haben können. Man weiß von einigen Medikamenten, dass sie sogar einen Schub auslösen können.

Bei CED erlaubte Medikamente

- Paracetamol
- Novaminsulfon
- COX 2 Hemmer
- Ciprofloxacin
- Metronidazol

Bei CED problematische Medikamente

- Aspirin
- Diclofenac
- Ibuprofen
- Tetrazykline
- ACC
- Antibiotika nach Rücksprache

Quelle: Dr. med. Stefanie Howaldt

Fortpflanzung und Schwangerschaft

Die Fertilität (Fruchtbarkeit) von Patienten in Remission ist im Vergleich zur Normalbevölkerung in der Regel nicht beeinträchtigt, allerdings kann die aktive Erkrankung zu verminderter Fruchtbarkeit führen. Wenn Sie einen Kinderwunsch haben oder schwanger sind, sollten Sie sich mit Ihrem behandelnden Arzt und dem Gynäkologen darüber beraten, wie eine medikamentöse Therapie der CED in dieser Zeit aussehen kann.

Reisen, Impfen

Oftmals sind CED-Betroffene verunsichert, ob eine Schutzimpfung für sie überhaupt in Frage kommt, oder ob sich ein derartiger Eingriff in das Immunsystem negativ auf ihre Erkrankung auswirkt. Bei einer Impfung ist generell der Nutzen gegen die möglichen Gefahren abzuwägen – so auch, wenn Sie eine chronische Darmentzündung haben und sich impfen lassen wollen.

Grundsätzlich können und sollten Sie sich den sinnvollen Impfungen unterziehen. Aber Achtung ist geboten, wenn Sie mit immunsuppressiven Präparaten wie z.B. Azathioprin oder längere Zeit mit Kortisonpräparaten in hohen Dosen behandelt werden.

- Nehmen Sie Immunsuppressiva ein, ist Ihr Abwehrsystem im Rahmen der Behandlung geschwächt.
- Sie dürfen dann nicht mit Lebendimpfstoffen (z.B. gegen Gelbfieber, Masern, Mumps oder Röteln) geimpft werden.

Eine Impfung mit abgetöteten Krankheitserregern ist möglich. Allerdings kann der Impferfolg schwächer ausfallen. Möchten Sie nach einer Impfung den tatsächlich erreichten Impfschutz überprüfen, kann dieser durch eine Bestimmung der Antikörperkonzentration im Blut analysiert werden. Stellt sich heraus, dass der Impfschutz zu gering ist, kann gegebenenfalls nachgeimpft werden. Passive Impfungen mit Immunglobulinen können bei immunsupprimierten Patienten ebenso durchgeführt werden wie bei Gesunden.

? *Wirkt sich eine Impfung negativ auf mein ohnehin gestörtes Immunsystem aus?*

9 gute Tipps

- Versuchen Sie, sich mit Ihrer Erkrankung zu arrangieren. Ärztliche Gespräche, Selbsthilfegruppen oder eine Psychotherapie können hierbei behilflich sein.
- Wenn Sie spüren, dass Sie einen akuten Schub bekommen, beginnen Sie in Absprache mit Ihrem Arzt baldmöglichst eine wirksame Therapie.
- Seien Sie aktiv dabei, wenn es darum geht, Ihre Remission zu erhalten – nehmen Sie die verordneten Medikamente regelmäßig weiter, auch wenn Sie beschwerdefrei sind.
- Denken Sie an die Darmkrebsvorsorge, die für Colitis-Patienten besonders wichtig ist.
- Bitten Sie Ihren behandelnden Arzt, Ihnen alle offenen Fragen rund um Ihre Erkrankung und die Therapie zu beantworten. Patienten, die ihre Erkrankung verstehen, können besser an der Genesung mitwirken.
- Erhalten Sie den vertrauensvollen Kontakt zu Ihrem Arzt, auch in den Phasen, in denen es Ihnen gut geht.
- Falls Sie sich bei Ihrem Arzt nicht gut aufgehoben fühlen, sollten Sie darüber nachdenken, sich einen Arzt zu suchen, der sich mit der Erkrankung sehr gut auskennt und der sich für Sie Zeit nehmen kann.
- Verheimlichen und tabuisieren Sie die Krankheit nicht. Das Leben wird einfacher, wenn Ihr Umfeld über die Erkrankung Bescheid weiß.
- Fast immer kommt nach einem akuten Schub die Phase der Remission. Denken Sie daran, wenn Ihre Krankheit Sie gerade sehr mitnimmt und freuen Sie sich auf die guten Zeiten, die wieder kommen werden.

Wichtige Adressen

DCCV e.V. - Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung e.V.
Paracelsusstraße 15
51375 Leverkusen
www.dccv.de

Deutsche ILCO e.V. - Deutsche Ileostomie-Colostomie-Urostomie-
Vereinigung
Thomas-Mann-Strasse 40
53111 Bonn
www.ilco.de

EFCCA - European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis
Association
www.efcca.org

CCFA - Crohn's & Colitis Foundation of America
www.cdfa.org

Croehnchen Klub
www.croehnchen-klub.de

DGVS - Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten
www.dgvs.de

BNG - Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen
Deutschlands e.V.
www.gastromed-bng.de

GPGE
Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V.
www.gpge.de

Glossar

Abszess	Abgekapselte Eiteransammlung
Aphthe	Entzündliche, schmerzhafte Schleimhautveränderung mit weißlichem Belag
Atrophie	Rückbildung eines Organs oder Gewebes
Diarrhoe	Wässriger oder breiiger Durchfall drei- oder mehrmals/Tag, akut oder chronisch
Extraintestinal	Außerhalb des Darmtraktes
Fissur	Einriss in Haut oder Schleimhaut
Fistel	Kanalartige Verbindung zwischen einzelnen Darmabschnitten oder zwischen dem Darm und anderen Organen (Harnblase, Haut). Am häufigsten entstehen Fisteln im Bereich des Anus
Granulom	Knötchenförmige Gewebeneubildung aus Epitheloidzellen unter dem Mikroskop
Hämorrhagie	Blutung
Ileus	Darmverschluss
Intestinal	Zum Darmkanal gehörend
Obstipation	Verstopfung
Perforation	Durchbruch, Eröffnung einer geschlossenen Körperhöhle
Polyp	Schleimhautwucherung in ein Hohlorgan
Pseudopolypen	Unregelmäßigkeiten der Darmschleimhaut, die wie ein echter Polyp aussehen und Zeichen für eine chronische Entzündung sind
Remission	Vorübergehendes Zurückgehen von Krankheitserscheinungen
Stenose	Erworbene oder angeborene Enge eines Hohlorgans
Striktur	Hochgradige kurzstreckige Verengung eines Hohlorgans
Toxisch	Giftig
Viszeral	Die Eingeweide betreffend



Sie können weitere Broschüren bestellen bei
 FERRING Arzneimittel GmbH
 Fabrikstrasse 7, 24103 Kiel
 Telefon: (0431) 58 52 - 0 Fax: (0431) 58 52 - 463
www.ferring.de

Rechtlicher Hinweis:

Die Erkenntnisse in der Medizin unterliegen laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Herausgeber und Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in diesem Werk gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Trotzdem können weder die Autoren noch der Sponsor eine Verantwortung und eine daraus folgende oder sonstige Haftung für die Informationen aus diesem Werk oder deren Nutzung übernehmen. Bei allen in dieser Patientenschulung aufgeführten Therapieempfehlungen handelt es sich um Empfehlungen der Autoren.