

Zum Aktionstag „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ am 19. Mai 2019 von Frau Prof. Dr. med. Karin Kraft

Einführung

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind chronisch entzündliche Darmerkrankungen, die durch wiederkehrende und teils anhaltende Krankheitsschübe, die auch ohne einen äußeren Anlass beginnen können, gekennzeichnet. Beide Erkrankungen werden erst seit Beginn des 20. Jahrhunderts häufiger beobachtet, gerade in letzter Zeit nimmt die Zahl der Erkrankungen kontinuierlich zu. In Deutschland sind derzeit ungefähr 400.000 Menschen betroffen, Männer und Frauen mit etwa gleicher Häufigkeit. Die Krankheiten beginnen in der Regel im Alter von 15 bis 35 Jahren, in Deutschland wird die Diagnose jährlich auch schon bei 1500 Kindern gestellt. Bisher sind die Ursachen nicht bekannt, aber familiäre Häufungen infolge von Genmutationen sind insbesondere beim Morbus Crohn beschrieben. Stillen für mindestens 6 Monate scheint vor diesen Erkrankungen zu schützen, eine häufige Behandlung mit Antibiotika im Kindesalter soll dagegen das Risiko erhöhen. Häufigkeit und Intensität der Krankheitsschübe können mit Medikamenten und einem angepassten Lebensstil sowie einigen naturheilkundlichen und komplementärmedizinischen Maßnahmen reduziert werden.

Die Symptome der beiden Krankheiten, Bauchschmerzen, häufige Durchfälle und bei länger anhaltenden Schüben Gewichtsverlust und Schwäche, ähneln sich. Zudem treten bei ca. 35% der Betroffenen Beschwerden außerhalb des Darms, z.B. an den Gelenken und der Haut auf. Erst der Arzt kann die korrekte Diagnose durch Anamnese, körperliche Untersuchung und technische Untersuchungen stellen, und auch klären, welcher Darmabschnitt erkrankt ist und ob bereits Komplikationen eingetreten sind.

Da die chronischen entzündlichen Darmerkrankungen sehr oft junge Menschen betreffen und mit tabuisierten Beschwerden wie Durchfällen, Fisteln und Leistungsschwäche einhergehen, leiden die Betroffenen häufig unter Ängsten und Depressionen. Eine Verbesserung von subjektivem Wohlbefinden und Lebensqualität der Betroffenen ist deshalb ein sehr wichtiges Therapieziel. Ein kompetentes Management von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen durch die Betroffenen selbst vermindert nicht nur die krankheitsspezifischen Symptome, sondern auch Angst, Depression und reduzierte Leistungsfähigkeit.

Morbus Crohn

Der Name Morbus Crohn geht auf den Arzt Burrill Bernard Crohn (USA) zurück, der die Krankheit beschrieben hat. Beim Morbus Crohn entzünden und verdicken sich alle Schichten der Darmwand, mit fortschreitendem Krankheitsverlauf tritt eine starke Vernarbung ein. Auch der Lymphabfluss ist

gestört. Typischerweise finden sich neben den erkrankten Darmabschnitten in direkter Nachbarschaft auch gesunde Bereiche. Der Morbus Crohn kann den gesamten Magen-Darm-Trakt vom Mund bis zum After befallen, am häufigsten tritt er jedoch im letzten Dünndarmabschnitt am Übergang zum Dickdarm auf. Durch die chronischen Entzündungsprozesse können nicht mehr dehnbare Einengungen (Stenosen) des Darms und Fisteln entstehen. Fisteln sind neu entstandene Verbindungen zwischen verschiedenen Darmabschnitten, aber auch zwischen Darm und Haut oder Schleimhaut oder anderen inneren Organen. Besonders oft sind sie im Bereich des Anus lokalisiert.

Ursachen und Entstehung des Morbus Crohn konnten bisher nicht aufgeklärt werden. Allerdings sind inzwischen über 100 Gene bekannt, die mit dieser Erkrankung in Verbindung gebracht werden. Zudem sind verschiedene Umweltfaktoren für die Erkrankungswahrscheinlichkeit von Bedeutung, z. B. der höhere Breitengrad, eine ländliche oder städtische Umgebung und die hygienischen Verhältnisse. Bei Rauchern ist das Risiko, an Morbus Crohn zu erkranken, doppelt so hoch wie bei Nichtrauchern.

Die Betroffenen leiden vor allem unter dünnflüssigen, aber selten blutigen Stühlen und Bauchschmerzen über einen längeren Zeitraum. Weitere Symptome können Blähungen, leichte Fieberschübe sowie Darmkrämpfe sein. Langfristig können Gewichtsverlust und Abgeschlagenheit eintreten, da die Aufnahme von wichtigen Nahrungsbestandteilen in den Körper infolge der Durchfälle und der entzündeten Darmwände reduziert ist. Bei Kindern und Jugendlichen können deshalb auch Wachstumsstörungen auftreten.

Zu den Krankheitserscheinungen außerhalb des Darmes (extraintestinale Manifestationen) zählen Gelenkschmerzen und -entzündungen, Entzündungen der Haut und der Augen, eine Fettleber sowie eine vernarbende Entzündung der Gallenwege. Das Risiko für die Entwicklung von Dickdarmdarmkrebs ist leicht erhöht.

Die Sicherung der Diagnose erfolgt anhand von Blut- und Stuhluntersuchungen, Ultraschall, Magen- und Darmspiegelung einschließlich Entnahmen von Gewebeproben sowie durch Magnetresonanztomographie (MRT). Im Verlauf der Erkrankung müssen diese Untersuchungen gegebenenfalls zur Kontrolle der Therapie oder zur Entscheidungsfindung bei Änderungen bei der Behandlung wiederholt werden.

Die Therapiemaßnahmen haben, da bisher keine Heilung möglich ist, das Ziel, die Lebensqualität von Betroffenen zu verbessern, Beschwerden zu reduzieren und Entzündungsprozesse zu beenden. Die Behandlungsstrategie richtet sich nach der Lokalisation und Intensität der Entzündung im Magen-Darm-Trakt, der Häufigkeit der Krankheitsschübe und den begleitenden Komplikationen.

Medikamente sind zentraler Bestandteil der Therapie. Sie sollen die Erkrankung in die Ruhephase (Remission) überführen und diese dann möglichst lange aufrecht zu erhalten. Es gibt Medikamente, die den akuten Krankheitsschub beenden sollen und solche, die darüber hinaus in der Remissionsphase eingesetzt werden. Wesentliche Gruppen von Medikamenten stellen Kortikosteroide, Immunsuppressiva, das Sulfasalazin und in den letzten Jahren auch Biologika wie z.B. Antikörper gegen den Entzündungsstoff Tumornekrosefaktor alpha dar.

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient mit einem Morbus Crohn eines Tages operiert werden muss, ist hoch, da darmverschießende Stenosen, bestimmte Fistelformen, starke Blutungen und Abszesse häufig sind. Eine Operation kann die Krankheit jedoch nicht heilen, sondern nur die durch diese Komplikationen hervorgerufenen Probleme beseitigen.

Colitis ulcerosa

Bei der Colitis ulcerosa ist nur die Dickdarmschleimhaut von der Entzündung betroffen. Sie beginnt stets im Enddarm und breitet sich individuell unterschiedlich in den Schüben weiter nach oben aus. Man unterscheidet eine ausschließliche Entzündung des Enddarms (Proktitis) von einer linksseitigen Colitis, einer darüber hinaus reichenden ausgedehnten Colitis und einer Entzündung des gesamten Dickdarms (Pancolitis). Der in den Dickdarm mündende Dünndarmabschnitt kann auf den letzten Zentimetern ebenfalls von der Entzündung betroffen sein. Ursachen und Entstehung der Colitis ulcerosa sind bisher nicht bekannt, erbliche Faktoren sind bekannt.

Hauptsymptome der Erkrankung sind blutig-schleimige Durchfälle sowie krampfartige Bauchschmerzen vor der Stuhlentleerung. Bei längeren Schüben können Gewichtsverlust und allgemeine Schwäche auftreten, bei Kindern und Jugendlichen auch Wachstumsstörungen. Als extraintestinale Manifestationen sind Gelenkschmerzen und -entzündungen, Entzündungen der Haut und Augen, eine Fettleber sowie eine vernarbende Entzündung an den Gallenwegen bekannt. Schwerwiegende Komplikationen sind massive Darmblutungen und eine starke Erweiterung des Dickdarms (toxisches Megakolon). Das Risiko für einen Dickdarmkrebs ist bei der Colitis ulcerosa um das 2,4-fache im Vergleich zur gesunden Bevölkerung erhöht, wobei Ausmaß der Entzündung und Krankheitsdauer eine wichtige Rolle spielen.

Die Diagnose wird nach Befragung und körperlicher Untersuchung anhand von Blut- und Stuhluntersuchungen, Ultraschalluntersuchung des Bauches und einer Darmspiegelung einschließlich der Entnahme von Gewebeproben gestellt. Diese Untersuchungen müssen in Abhängigkeit von den Beschwerden sowie von Krankheitsausdehnung und -aktivität wiederholt werden, um die Therapie anzupassen und Komplikationen frühzeitig zu erfassen.

Da die Colitis ulcerosa bisher nur durch die komplette Entfernung des Dickdarms heilbar ist, zielen die konservativen Therapiemaßnahmen auf die Verbesserung der Lebensqualität, die Linderung und mögliche Beseitigung von Symptomen und die Verhinderung von Komplikationen. Im Vordergrund der Therapie steht die Behandlung mit dem zumeist gut verträglichen Mesalazin, das auch in der Ruhephase eingesetzt wird. Neben Tabletten und Kapseln zum Einnehmen gibt es Mesalazin-haltige Produkte zur Einführung in den Darm. Zäpfchen reichen nur bei Proktitis aus, bei einem darüber hinaus reichenden Befall werden Einläufe und Schäume erforderlich. Im Schub und bei Bedarf auch darüber hinaus werden zudem Kortikosteroide, Immunsuppressiva und Biologika eingesetzt. Trotz der vielfältigen medikamentösen Therapiemöglichkeiten muss dennoch gelegentlich operiert werden, weil der Entzündungsprozess nicht beherrscht werden kann. Dann wird der gesamte Dickdarm entfernt, und eine untere Dünndarmschlinge, die zu einem Beutel (Pouch) geformt wurde, wird mit dem After verbunden. Bei einem Darmdurchbruch, einer schweren Blutung, einer medikamentös nicht ausreichend ansprechenden Entzündung oder bei Dickdarmkrebs bzw. bestimmten Krebsvorstufen muss vorübergehend ein künstlicher Darmausgang angelegt werden.

Weitere entzündliche Darmerkrankungen

Zu den entzündlichen Darmerkrankungen gehört auch die mikroskopische Colitis. Die Ursache für die chronische Entzündung der Dickdarmschleimhaut ist bisher nicht geklärt, vermutet wird ein Autoimmunprozess, wobei verschiedene Medikamente als Auslöser wirken sollen. Sie geht mit heftigem wässrigem Durchfall einher und kann mit einer normalen Darmspiegelung nicht diagnostiziert werden. Unter dem Mikroskop zeigt sich eine deutliche Vermehrung der Lymphozyten

in der oberflächlichen Schicht der Darmschleimhaut. Zudem kann die normalerweise sehr dünne Membran zwischen Darmschleimhaut und dem darunter liegenden Bindegewebe vernarben und sich stark verdicken. Die Diagnose kann nur mittels mehrfacher Probenentnahme im Rahmen einer oder besser mehrerer Darmspiegelung(en) gesichert werden. Wichtig ist eine Probengewinnung im obersten Dickdarmabschnitt. Zur Therapie wird das nur am Darm wirkende, antientzündliche Budenosid verwendet. Mit Rückgang der Entzündung bessern sich die Durchfälle. Die Krankheit verläuft in Schüben. Diätmaßnahmen sind nur bei individuellen Unverträglichkeiten erfolgreich. Eine naturheilkundliche Therapie ist wenig etabliert, die weiter unten aufgeführten Maßnahmen dürften aber hilfreich sein.

Ganz neu ist die Erkenntnis, dass auch das sehr häufige Reizdarmsyndrom zu den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen gehört. Die Entzündungsaktivität ist allerdings sehr gering (1). Es handelt sich um eine chronische, wiederkehrende funktionelle Störung des Magendarmtraktes, die durch Bauchschmerzen, Blähungen und veränderliche Stuhlgewohnheiten gekennzeichnet ist. Man unterscheidet je nach Symptomenspektrum verschiedene Subtypen, die auch unterschiedlich behandelt werden. Es ist derzeit eine Leitlinie in Arbeit, in der die am besten in klinischen Studien abgesicherten naturheilkundlichen und komplementärmedizinischen Maßnahmen berücksichtigt werden.

Grundsätzliches zum Wirkmechanismus von Therapieverfahren bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Zum besseren Verständnis des Wirkmechanismus insbesondere der naturheilkundlichen und komplementärmedizinischen Therapien bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen soll eine kurze Erläuterung vorangestellt werden. Eine chronische Entzündung entsteht dann, wenn eine akute Entzündung, die z. B. für die Einleitung von Wundheilungsprozessen und die Immunabwehr von entscheidender Bedeutung ist, nicht durch die vielfältigen körpereigenen Maßnahmen zum Stillstand kommt. Die regulatorischen Vorgänge, die sich auf der molekularbiologischen Ebene beim Entzündungsprozess und beim dadurch angestoßenen Regenerationsprozess abspielen, sind mittlerweile recht gut bekannt. Die Bildung von Sauerstoff- und Stickstoffradikalen durch Immunzellen und z. B. Darmschleimhautzellen ist nur ein - allerdings sehr wichtiger - Teilaspekt dieses Geschehens. Durch Radikale wird die Expression von Genen gefördert, die an Immunantworten, z. B. im Magen-Darmtrakt, beteiligt sind. Hohe Mengen an freien Radikalen wirken aber gewebescheidend, weil sie nicht rasch genug abgebaut werden können. Auslöser für eine Radikalbildung in der Darmschleimhaut sind neben medizinischen Maßnahmen wie Bestrahlung, Chemotherapie oder verschiedenen Arzneimitteln auch die Antigene und entzündlich wirkenden Membranbestandteile bestimmter Darmbakterien. Lebensstilelemente, die die Bildung von freien Radikalen unabhängig davon massiv fördern, sind das Rauchen (Nikotin, Kohlenmonoxid, Stickstoffmonoxid, Schwermetallionen), Alkohol, trans-Fettsäuren (z. B. in Pommes frites oder Produkten aus Blätterteig) und starke körperliche Belastungen, z. B. auch Extremsport. Sie sind deshalb bei allen chronisch entzündlichen Darmerkrankungen unbedingt zu meiden.

Die Therapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen muss auf drei Ebenen erfolgen. Die erste Ebene sind die Medikamente: Die meisten zur Therapie eingesetzten Medikamente unterbrechen auf verschiedene Weise aktiv den Entzündungsprozess, beeinflussen aber nicht den Regenerationsprozess. Die zweite Ebene ist die Vermeidung eines ungünstigen Lebensstils. Dadurch wird die ohnehin hohe oxidative und nitrosative Belastung infolge der aktiven Entzündung nicht noch

zusätzlich erhöht. Die dritte Ebene ist die Steuerung des sehr energieintensiven Regenerationsprozesses. Um ihn anzustoßen, ist eine nur geringe oxidative und nitrosative Belastung erforderlich. Eine höhere und nicht erwünschte Belastungsintensität kann durch Antioxidanzien (z. B. in Obst und Gemüse), leichte Bewegungstherapie und Entspannungsverfahren sowie einen physiologischen Schlaf (d.h. ohne chemische Schlafmittel) reduziert werden, wodurch die Mitochondrien geschont werden und ihre Funktion aufrechterhalten bleibt.

Ernährung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Zum möglichen Einfluss der Ernährung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wurden etliche Studien durchgeführt. Es gibt gute Hinweise, dass eine Colitis ulcerosa seltener auftritt, wenn täglich Gemüse verzehrt wird und Vitamin D (Sonnenlicht) und Omega-3-Fettsäuren (Fisch) ausreichend zugeführt werden. Die Verwendung von Fischöl bzw. fischöhlhaltigen Supplementen, auch zum Remissionserhalt wird dagegen nicht empfohlen (2).

In einer aktuellen Übersichtsarbeit wurden 18 randomisierte kontrollierte Studien (6 bei aktivem Morbus Crohn, 7 bei inaktivem Morbus Crohn, eine bei aktiver und 14 bei inaktiver Colitis ulcerosa) mit insgesamt 1878 Patienten analysiert. Bei den geprüften Kostformen wurde jeweils auf eines oder mehrere Nahrungsmittel verzichtet, von denen bekannt ist, dass sie entzündliche Darmerkrankungen triggern können. Bei den meisten Studien waren allerdings die Teilnehmerzahlen für eine definitive Aussage zu gering (3).

Die Wirksamkeit von ballaststoffreicher, zuckerarmer, kalziumarmer oder symptomorientierter Kost bei aktivem Morbus Crohn ist nach dieser Arbeit unklar. Das gilt auch für die Prävention einer Aktivierung bei inaktivem Morbus Crohn durch eine zuckerarme oder symptomorientierte Kost oder durch das Meiden von verarbeitetem und rotem Fleisch. Am erfolgversprechendsten war bei inaktivem Morbus Crohn eine Kostform mit wenig Zucker, gesättigten Fetten und rotem bzw. verarbeitetem Fleisch. Hier hatte keiner der 6 Patienten nach 12 Monaten einen neuen Schub, in der Kontrollgruppe mit normaler Ernährung waren es 10 von 38 Patienten.

Bei aktiver Colitis ulcerosa konnten weder eine symptomorientierte Kost noch eine antientzündliche und Carragenan-freie oder eine milchlose Diät überzeugen. Bei inaktiver Colitis ulcerosa schützte von genannten Diätformen lediglich die Carragenan-freie Kost etwas besser vor einem Rezidiv als die Kontrollkost. Derzeit werden Studien mit größeren Patientenzahlen durchgeführt.

Allerdings sollte nach Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen gefragt werden, weil sie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen vermehrt auftreten und für die gastrointestinalen Beschwerden mitverantwortlich sein können (4). So haben ungefähr 30% der Patienten mit M. Crohn eine Laktoseintoleranz.

Bei aktiver Colitis ulcerosa besteht ein erhöhtes Risiko für einen Mikronährstoffmangel. Patienten sollten daher anfänglich und im weiteren Krankheitsverlauf, wenn klinische Zeichen oder erhöhte Risiken für einen Mangel vorliegen, auf das Vorliegen eines Mangels an Mikronährstoffen (Eisen, Vitamin D, Folsäure, Vitamin B12, Zink, Selen) untersucht werden (2). Ein nachgewiesener Mangel sollte in der aktiven oder Remissionsphase ausgeglichen werden (2). Da Zink die Aufnahme von Eisen und Kupfer aus dem Darm stört, sollte es allerdings nicht länger als 2-3 Wochen eingenommen werden (2). Bei Erwachsenen wird eine tägliche Vitamin-D Zufuhr von 1.500–2.000 IE pro Tag empfohlen, um eine Vitamin-D Konzentration von >75 nmol/l (>30 ng/ml) aufrecht zu erhalten. Bei Adipositas oder

unter Therapie mit Kortikoiden kann diese Dosis verdoppelt bis verdreifacht werden, denn unter einer Kortikoidtherapie kann der Vitamin-D-Spiegel abfallen. Bei einer täglichen Einnahme von bis zu 4.000 IE ist eine Kontrolle des Vitamin-D-Spiegels nicht regelhaft erforderlich (2). Ein günstiger Einfluss von Nahrungsergänzungsmitteln mit Glutamin oder Butyrat auf die Krankheitsaktivität ist nicht belegt.

Naturheilkundliche und komplementäre Therapie in den medizinischen Leitlinien zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Leitlinien sind die Grundlage medizinischen Handelns und auch für Patienten von Interesse, insbesondere weil zunehmend fundierte Hinweise zu Naturheilverfahren und komplementäre Therapien in die Leitlinien aufgenommen werden. Da 30-70% der von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Betroffenen mit oder auch ohne Wissen und Zustimmung des behandelnden Arztes diese Verfahren anwenden, steht in der aktuellen Leitlinie zur Colitis ulcerosa: „Aufgrund des hohen Anteils an Patienten, die komplementärmedizinische Therapien anwenden, sollten Ärzte sich über diese Verfahren informieren“. Erst dann kann nämlich zwischen Patienten und Ärzten ein offener Dialog über Möglichkeiten und Grenzen von komplementären Methoden geführt werden. Dabei sind aktuelle Fortschritte und Erkenntnisse zu berücksichtigen (2). Die Leitlinie empfiehlt deshalb, dass Patienten über die Anwendung komplementärer Heilmethoden befragt werden sollen und dass der behandelnde Arzt mit ihnen über ihre Gründe für deren Anwendung sprechen soll (2). Gründe für die Anwendung sind die Suche nach der optimalen Therapie, der (berechtigte) Wunsch, ohne Kortison auszukommen, die Nebenwirkungen der konventionellen Therapie, der Wunsch nach Stärkung der Eigenaktivität und der Eigenverantwortung, Wunsch nach einem ganzheitlichen Therapieansatz und die Unzufriedenheit mit der konventionellen Therapie und (relatives) Therapieversagen (2).

Die nachfolgenden naturheilkundlichen oder komplementären Verfahren wurden in Leitlinien aufgrund von dort aufgeführten Studien empfohlen:

Entspannungsverfahren in der inaktiven Phase einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung: In einer Studie wurden Patienten zufällig (randomisiert) entweder der Gruppe, die regelmäßig Entspannungsverfahren erhielt oder der Gruppe mit Standardbehandlung zugeteilt. Signifikante Verbesserungen bei Schmerz, Ängstlichkeit, Depressivität, Stimmung, Stress und Lebensqualität ergaben sich nur in der Entspannungsgruppe (2).

Yoga bei inaktiver Colitis ulcerosa: In zwei randomisierten Studien reduzierte Yoga im Vergleich zur Standardtherapie Ängstlichkeit und kolikartige Bauchschmerzen bzw. wirkte sich über 24 Wochen positiv auf die Lebensqualität und die Krankheitsaktivität positiv aus (2).

Akupunktur mit einem leichten bis moderaten Schub der Colitis ulcerosa: Die Krankheitsaktivität nahm nach 10 Akupunktursitzungen, nicht aber nach Scheinakupunktur signifikant ab. Lebensqualität und Allgemeinzustand verbesserten sich jedoch nicht (2).

Flohsamen bei inaktiver Colitis ulcerosa: In einer Studie bei 102 Patienten ergaben sich nach 12 Monaten Therapie mit Mesalazin bzw. Flohsamen keine Unterschiede bei der Entzündungsaktivität. Unter der Therapie mit Flohsamen zeigten sich keine schweren unerwünschten Nebenwirkungen (2).

Myrrhe, Kamillenblütenextrakt und Kaffeekohle bei inaktiver Colitis ulcerosa: In einer randomisierten Studie mit 96 Patienten wirkte das pflanzliche Kombinationsarzneimittel vergleichbar wie Mesalazin und war sehr gut verträglich (2).

Probiotika bei inaktivem Morbus Crohn bzw. bei leichter bis mittlerer Aktivität: Die Bakterien E. coli Nissle 1917, Lactobacillus und Bifidobacterium wirken antientzündlich, Lactobacillus und Bifidobacterium setzen antioxidativ wirkende Enzyme und Moleküle frei. Zu diesen Probiotika existieren Studien mit positivem Ergebnis (5).

Eine sehr nützliche Besonderheit der Leitlinie zur Colitis ulcerosa ist ein Abschnitt, in dem Therapieverfahren aufgeführt werden, zu denen zwar schon erste klinische Studien vorliegen, deren Qualität aber noch nicht ausreicht, um eine Empfehlung auszusprechen. Hier werden z. B. Granatapfelextrakt, Weihrauch, Nachtkerzenöl, Mariendistelsamenextrakt und ein Blaubeerpräparat erwähnt (2).

Naturheilkundliche Empfehlungen aus der Praxis

Für die bei anderen Erkrankungen in der Regel als günstig eingestufte Bewegungstherapie gibt es noch keine Empfehlungen in den Leitlinien zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. In der akuten Phase sollte kein Sport betrieben werden. Nach Abklingen der Entzündung sind Gymnastik und moderate intervallartige Belastungen sinnvoll. Dabei sollte man unter der anaeroben Schwelle bleiben. Eine regelmäßige Bindegewebsmassage direkt neben der Wirbelsäule zwischen dem 9. Brustwirbel und dem 11. Lendenwirbel soll in der Remissionsphase günstig wirken.

Wenn es das Ausgangsgewicht zulässt, kann bei leichter Aktivität oder in der Remissionsphase der chronisch entzündlichen Darmerkrankung für wenige Tage gefastet werden. Dabei ist eine reichliche Flüssigkeitszufuhr mit Arzneitees (z. B. Brennnesseltee) und Gemüsebrühe (keine Fertigprodukte) erforderlich. Ein anschließender langsamer Kostaufbau mit Obst, Gemüse und Kartoffeln hilft auch, unverträgliche Nahrungsmittel zu erkennen. Zudem ist diese Kostform besonders günstig, denn die antioxidativ, antientzündlich und immunmodulierend wirkenden Polyphenole finden sich in Früchten und Gemüsen mit hohem Fasergehalt. Sie reduzieren bei Morbus Crohn die Durchlässigkeit des Darms, die Entzündung der ableitenden Lymphbahnen und die Ablagerung von entzündungsförderndem Fett in diesem Bereich. Besonders wirksam sind die Flavonoide, die sich in Weintrauben, Beeren, Erdnüsse (Resveratrol), in Grüntee (Epigallocatechin-3-gallat), Traubenkernen und Beeren (Proanthocyanidine) finden. Die durch den Darm nur sehr schlecht resorbierbaren Anthocyane aus Erdbeeren, Blaubeeren, Preiselbeeren, Brombeeren verbessern die Zusammensetzung der Darmflora und fördern die Bildung antientzündlicher Substanzen. Carotinoide finden sich in roten, gelben und orangen Pflanzenteilen und in der gesunden Darmflora. Sie wirken antioxidativ und binden Schwermetalle.

Bei CED müssen darmschädliche Zusatzstoffe in Fertignahrungsmitteln unbedingt gemieden werden. Die Emulgatoren bzw. Stabilisatoren E 470 und E 476 können zum Leaky gut-Syndrom führen. Die Süßungsmittel E 421 (Mannit), E 966 (Lactit), E 420 (Sorbit) und E 953 (Isomalt) können zu Durchfall und Blähungen führen. Die Emulgatoren, Stabilisatoren und Verdickungsmittel (E 466 - E 469) können Diarrhoe und Bauchschmerzen auslösen. Der Emulgator Carrageen E 407 führte im Tierversuch zu Colitis und Darmgeschwüren, Sulfite (E 220 - E 228, z. B. in Kartoffelpüree, Trockenfrüchten) erleichtern die Vermehrung von darmpathogenen Bakterien. Glutamat, das auch Bestandteil von Hefeextrakt ist, bewirkt in höherer Dosis Durchfall, Magenkrämpfe, Reizdarmsyndrom, Darmblutungen, Übelkeit und Erbrechen.

Fazit: Patienten mit chronischen Darmerkrankungen können viel für sich tun!

Prof. Dr. med. Karin Kraft

Stiftungsprofessur für Naturheilkunde an der Universitätsmedizin Rostock

2. Vizepräsidentin des Deutschen Naturheilbundes eV

Präsidentin der Gesellschaft für Phytotherapie

Delegierte der Gesellschaft für Phytotherapie bei der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Literatur:

1. Sinagra E, et al., New therapeutic perspectives in irritable bowel syndrome: Targeting low-grade inflammation, immuno-neuroendocrine axis, motility, secretion and beyond. *World J Gastroenterol.* 2017 Sep 28; 23(36): 6593–6627
2. Kucharzik T, et al., S3-Leitlinie – Colitis ulcerosa, 2018–AWMF-Registriernummer: 021-009
3. Limketkai BN, et al. Dietary interventions for induction and maintenance of remission in inflammatory bowel disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Feb 8;2:CD012839. doi: 10.1002/14651858.CD012839.pub2.
4. Koletzko B et al., Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen S3-Guideline of the German Society for Nutritional Medicine (DGEM) .*Clinical Nutrition in Gastroenterology (Part 4) – Inflammatory Bowel Diseases.*
5. S3-Leitlinie 021/004: Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn, Stand 01/2014