

Einblicke

Unter dem Titel „Einblicke“ möchte unsere Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie einen Blick hinter die Kulissen gewähren. Im Rahmen einer lockeren Artikelreihe werden die häufigsten Krankheitsbilder der „Organchirurgie“ vorgestellt.

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Die Krankheitsbilder Morbus Crohn und Colitis ulcerosa

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen sind eher seltene Krankheitsbilder (sechs pro 100.000 Einwohner erkranken jährlich), aber sie begleiten die Erkrankten lebenslang und bedürfen einer differenzierten Behandlung. Unter dem Begriff chronisch-entzündliche Darmerkrankung versteht man prinzipiell zwei Krankheitsbilder, die in der medizinischen Fachsprache Morbus Crohn bzw. Colitis ulcerosa genannt werden. Beide Erkrankungen haben viele Gemeinsamkeiten, aber auch gravierende Unterschiede.



Abbildung eines toxischen Megakolons.

Ursachen

Die Ursachen der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen sind letztlich unklar, sowohl erbliche Faktoren als auch Umwelteinflüsse oder psychische Auslöser werden diskutiert.

Symptome

Beide Erkrankungen betreffen häufig den jungen Erwachsenen und verlaufen schub-

weise. Während der Morbus Crohn alle Abschnitte des Magen-Darm-Traktes von den Lippen bis zum After, hauptsächlich aber den Dünndarm betrifft, befällt das entzündliche Geschehen bei der Colitis ulcerosa vor allen Dingen vom After aus beginnend und nach oben aufsteigend den Dickdarm. Die Colitis ulcerosa ist durch blutige Durchfälle gekennzeichnet, die mit Fieber und Bauchkrämpfen einhergehen. Der Morbus Crohn dagegen kann sich in einer vielfältigen Ausprägung darstellen, z.B. mit Bauchschmerzen, Gewichtsverlust, Durchfällen oder vermehrter Fistelbildung am After oder auch an der Bauchhaut. Die Diagnose beider Erkrankungen wird durch eine in der Darmspiegelung vorgenommene Gewebeprobe gesichert. Ein erfahrener Untersucher wird allerdings schon beim Anblick der Schleimhaut in der Darmspiegelung den dringenden Verdacht auf die eine oder andere chronisch-entzündliche Darmerkrankung äußern.

Prognose

Beide Erkrankungen verlaufen in Schüben, d. h. zwischendurch kann es immer wieder längere Intervalle völligen Wohlbefindens geben. Wann und wodurch ein erneuter Schub der Erkrankung ausgelöst wird, ist weitgehend unklar.

Während der Morbus Crohn eine nicht heilbare, lebenslang belastende Erkrankung darstellt, die unter Umständen mit hohem Verlust an Lebensqualität einhergeht, ist die Colitis ulcerosa letztlich chirurgisch heilbar. Die komplette Entfernung des Dickdarms behebt die Erkrankung schlagartig. Insbesondere vor dem Hintergrund eines deutlich erhöhten Karzinomrisikos ist eine solche chirurgische Maßnahme auch langfristig sinnvoll.

Therapie

Die Behandlungsmöglichkeiten umfassen einen ganzen Maßnahmenkatalog. Letztlich muss das Therapiekonzept aber sehr individuell auf jeden Patienten und die für ihn ty-

pische Krankheitsausprägung zugeschnitten sein. Die meisten Fälle werden zunächst und oft auch jahrelang erfolgreich medikamentös behandelt. Die betroffenen Patienten befinden sich seit Jahren und Jahrzehnten in guter Betreuung durch die gastroenterologische Abteilung unseres Hauses oder auch durch die niedergelassenen Gastroenterologen im Umkreis. Im Vordergrund der medizinischen Behandlung stehen Medikamente, die das Immunsystem und damit die heftige Entzündungsreaktion der gesamten Darmwand unterdrücken. Kortisonpräparate sind dabei unverzichtbar, aber auch andere immunmodulierende Medikamente sind gerade in der Erhaltungstherapie – also zwischen den akuten Krankheitsschüben – von hoher Bedeutung. Die chirurgische Behandlung ist vom Grundsatz her bei der Colitis ulcerosa und dem Morbus Crohn sehr unterschiedlich.

Chirurgische Therapie bei M. Crohn

Wie bereits erwähnt ist der Morbus Crohn eine unheilbare Erkrankung. Die Entzündung der gesamten Darmwand führt zu Verengungen, die einen Darmverschluss hervorrufen können. Auch Fisteln zwischen Darm und Haut, Darm und Blase, Darm und Scheide bedürfen einer operativen Maßnahme. Insbesondere Fistelverbindungen zwischen zwei Darmschlingen unter Umgehung eines großen Anteils an gesundem Darm, der dann zur Nahrungsaufnahme nicht genutzt werden kann, sind zwingender Grund zu operieren. Fisteln am After sind als Symptome eines Morbus Crohn sehr belastend und unter Umständen nur mit wiederholten chirurgischen Eingriffen zu beherrschen. Grundprinzip der chirurgischen Maßnahme bei Morbus Crohn ist, möglichst wenig Darm zu entfernen, um bei einer Erkrankung, die über Jahre verläuft und ggf. noch weiterer Operationen bedarf, nicht die Situation eines Kurzdarmsyndroms hervorzurufen. Darunter versteht man die Reduktion des Dünndarms auf weniger als ein Meter, so dass definitiv nicht mehr genug Aufnahmefläche für das angebotene Nahrungsvolumen besteht. Für kurzstreckige Verengungen an der Darmwand sind plastische Operationstechniken entwickelt worden, die eine Entfernung von Darmanteilen unter Umständen entbehrlich machen.

Chirurgische Behandlung bei Colitis ulcerosa

Die Colitis ulcerosa beschränkt sich auf den Dickdarm, der für die Wasseraufnahme aus dem Speisebrei, nicht aber für die Nährstoffaufnahme zuständig ist. Daher ist ein

Leben ohne Dickdarm prinzipiell möglich. Es gibt eine Reihe von Situationen, die zu einer chirurgischen Teil- besser noch Komplettentfernung des Dickdarms führen:

1. Im akuten Krankheitsschub kann es durch Lähmung des entzündeten Darmteiles zu einer massiven Überdehnung mit drohendem Einreißen der Darmwand kommen. Wenn hier nicht binnen weniger Stunden die intensive medikamentöse Behandlung greift, ist eine sofortige operative Entfernung des Darmes angezeigt.

2. Bösartige Schleimhautveränderungen oder Vorläufer sollten ebenfalls Grund für eine geplante komplette Dickdarmentfernung sein.

3. Bei Versagen der medikamentösen Behandlung, also bei andauernden blutigen Durchfällen oder bei nicht zu akzeptierenden Nebenwirkungen der Medikamente, ist ebenfalls eine chirurgische Maßnahme sinnvoll.

Prinzip der Operation ist es, den Dickdarm komplett zu entfernen. Bei den meisten Patienten mit guter Funktion des Schließmuskels wird dann der Dünndarm direkt an den After genäht. Dies Verfahren kann natürlich in geplanter Operationssituation auch über die Spiegelungstechnik erfolgen. Ist eine Naht an den Schließmuskel nicht möglich, muss ein gut angelegter künstlicher Darmausgang geschaffen werden, dessen Versorgung mit Hilfe unserer kompetenten Stoma-Therapeuten erlernt wird.

Solange eine chronisch entzündliche Darmerkrankung nicht definitiv chirurgisch versorgt worden ist (Colitis ulcerosa) oder nicht definitiv versorgt werden kann (Morbus Crohn) sind regelmäßige Darmspiegelungen zur Erfassung der Krebsvorstufen durchzuführen. Die gute vertrauensvolle Absprache zwischen Patient, Gastroenterologen und Chirurg garantiert ein durch die Erkrankung möglichst wenig belastetes Leben.

Weitere Infos

Klinik für Allgemein- und
Visceralchirurgie



OÄ K. Güngör und Prof. Dr. C. Kelm

Telefon: 02351/46-3061

Mail: christopher.kelm@klinikum-luedenscheid.de