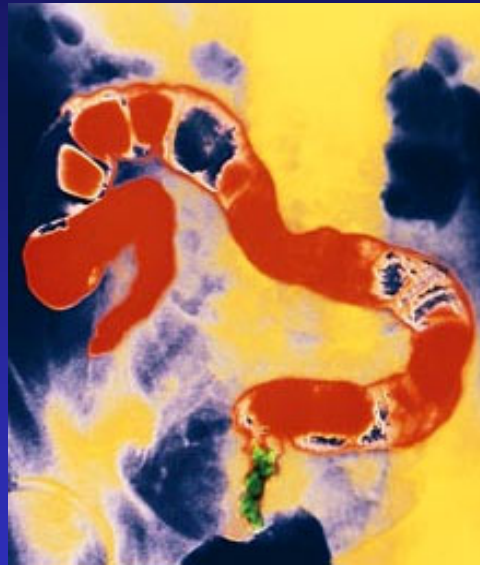


Dickdarmerkrankungen



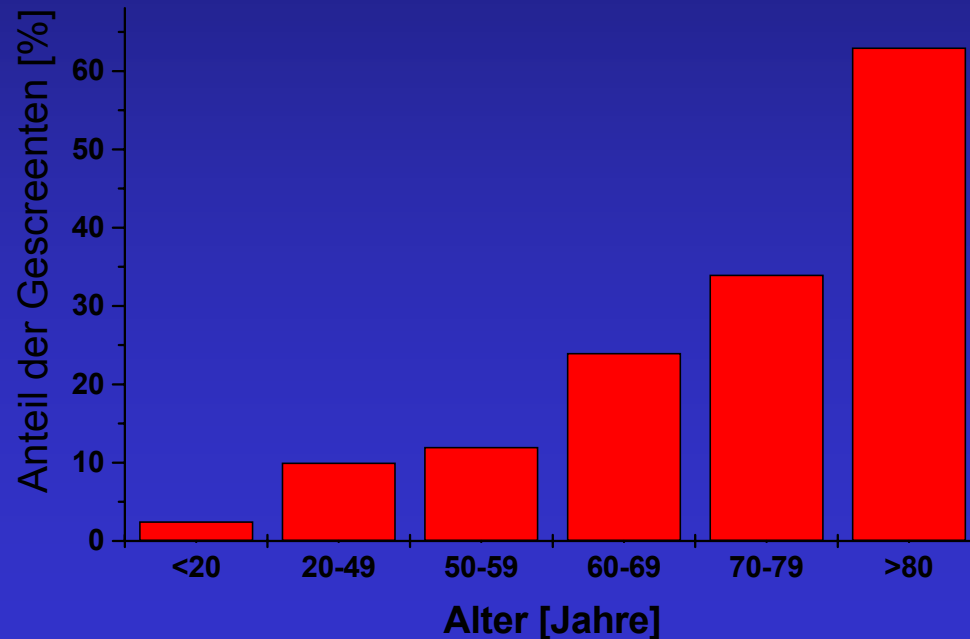
Ursula Seidler
Medizinische Hochschule Hannover
Abt. für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie

Häufigkeit von Dickdarmerkrankungen

	Häufigkeit/ 100.000 Einwohner	Zahl der Betroffenen in Deutschland
Divertikel- perforationen	20	20 000 Fälle/Jahr
C. ulcerosa	50-80	90.000
Dickdarmkrebs	70	56.000
Reizdarm/Reizmagen	15.000	2.500.000

Divertikulose - Epidemiologie

Divertikelträger	27.3%
Inzidenz der Perforation pro Jahr	16/100.000
Krankenhaus-Aufnahmen pro Jahr	209/100.000
Mortalität	3%

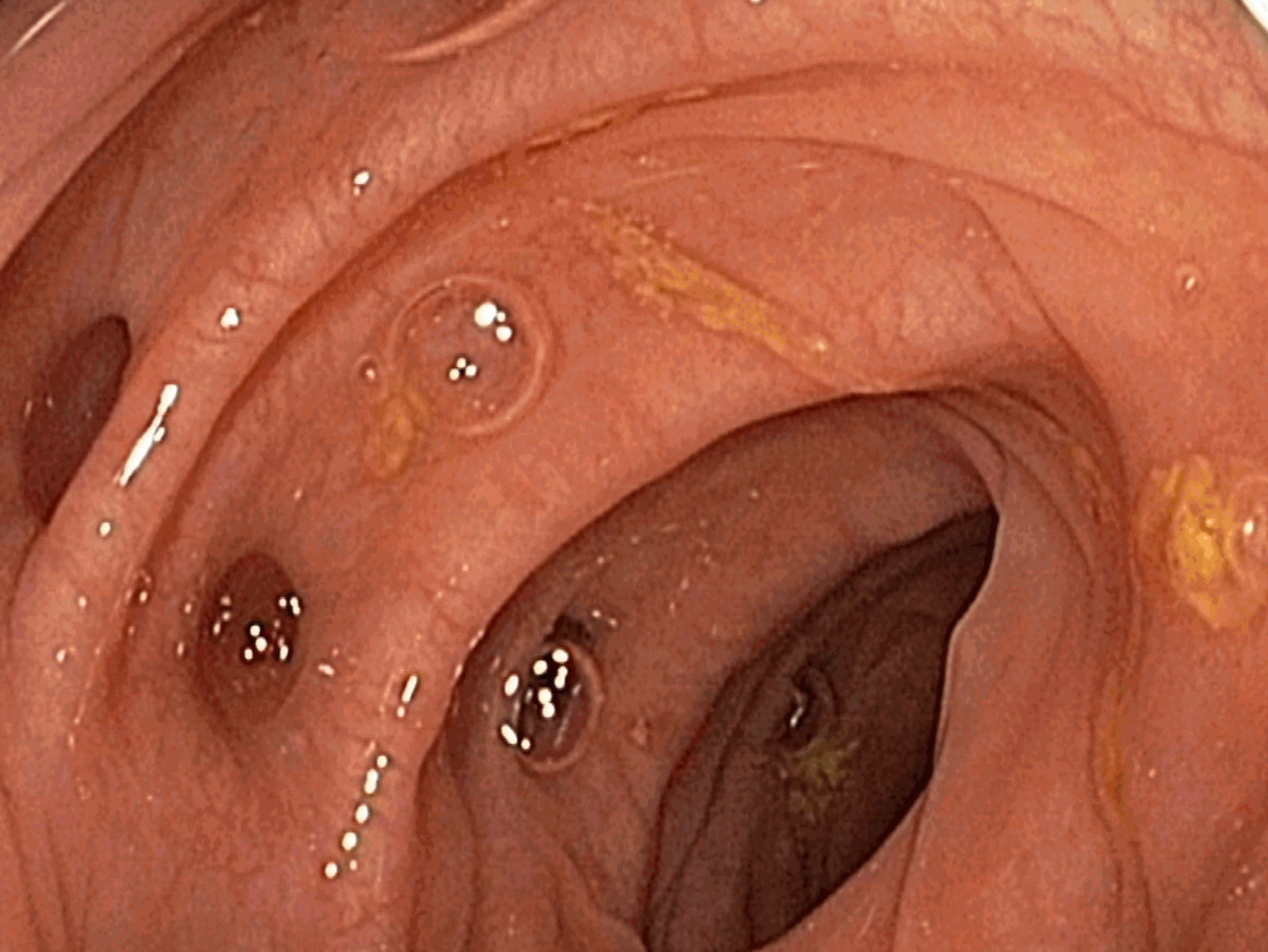


Ätiologie

- Genauer Entstehungsmechanismus der Erkrankung ist nicht geklärt
- Vermutete Ätiologie:
 - Faserarme und ballaststoffarme Kost
 - Altersbedingte Darmwandveränderungen
 - Gesteigerte Druckverhältnisse im Darm (z.B. bei chron. Obstipation)

Klinik

- Reizlose Divertikel (Divertikulose) machen i.d.R. keine Beschwerden
- Divertikel werden häufig als Zufallsbefund im Rahmen einer Koloskopie diagnostiziert
- Infolge von Stuhlretention in den Divertikeln kann es zu einer Entzündung (**Divertikulitis**) kommen
- In 95% der Fälle ist das Colon sigmoideum betroffen





7.5L40/4.0

DARM

100%

22dB

4.0cm

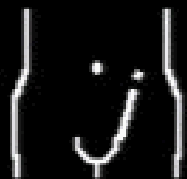
ZD3

19B/s

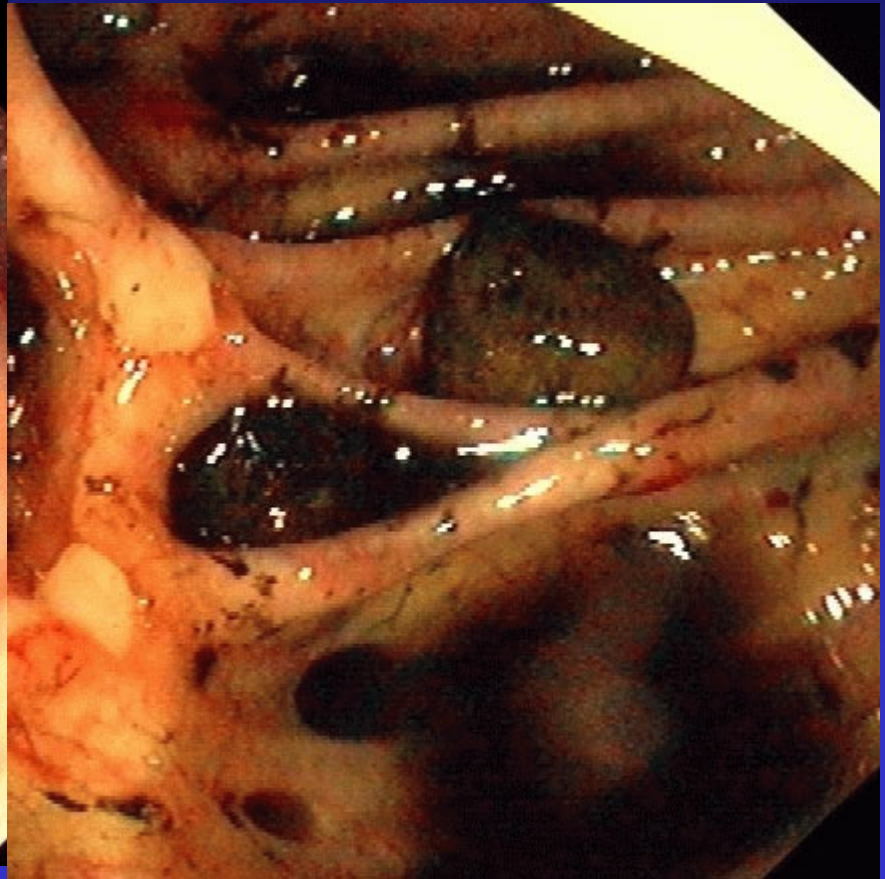
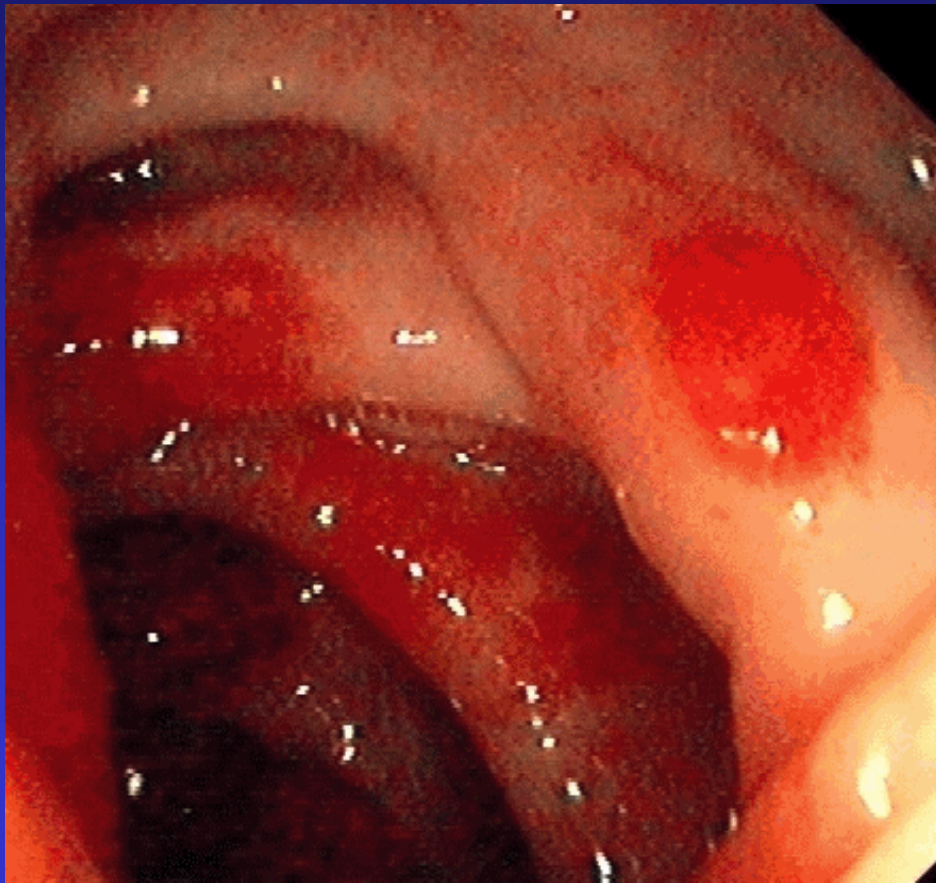
THI

Text

0:01:19



Divertikulitis



Divertikulitis mit Perforation und Abzeß mit Gas



Konservative Therapie

- Systemische Antibiose (z.B. mit Sulbactam und Ampicillin)
- Parenterale Ernährung
- Nach klinischer Besserung: Kostaufbau

Komplikationen

- Wandphlegmone
- Intraabdomineller Abszess
- Freie Perforation mit eitriger/kotiger Peritonitis
- Stenose
- Ausbildung von Fisteln
- Blutung (häufig bei älteren Patienten mit Sigmadivertikeln)

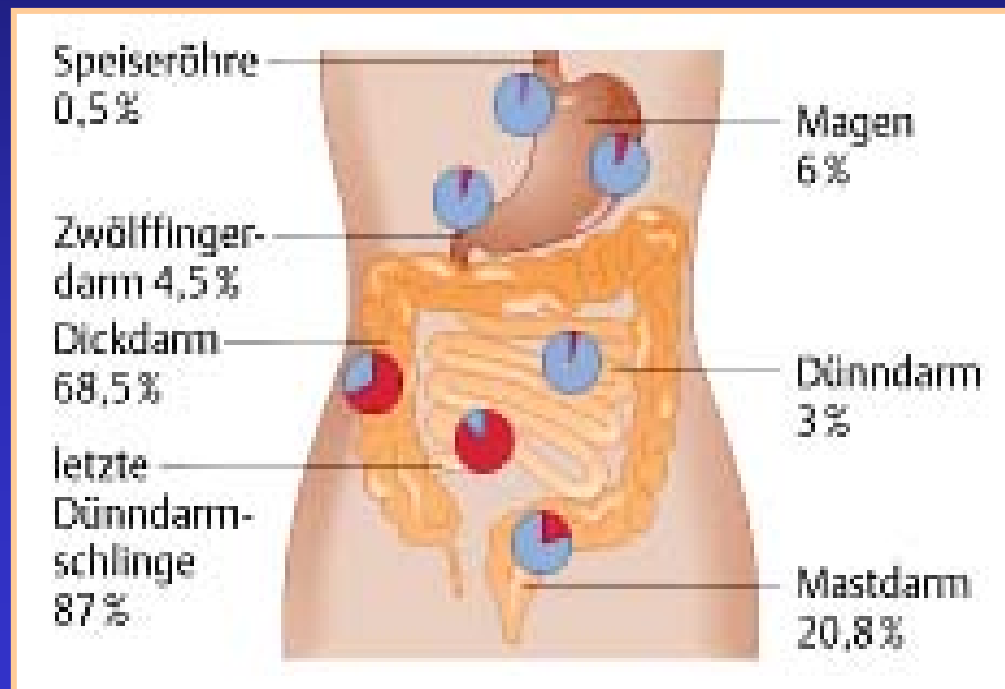
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)

Entzündliche Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes mit
chronischer Verlaufsform und ungeklärter Genese

- **Morbus Crohn (MC)**
- **Colitis ulcerosa (CU)**
- Mikroskopische Kolitis
 - Kollagene Kolitis
 - Lymphozytäre Kolitis
- Eosinophile Gastroenteritis

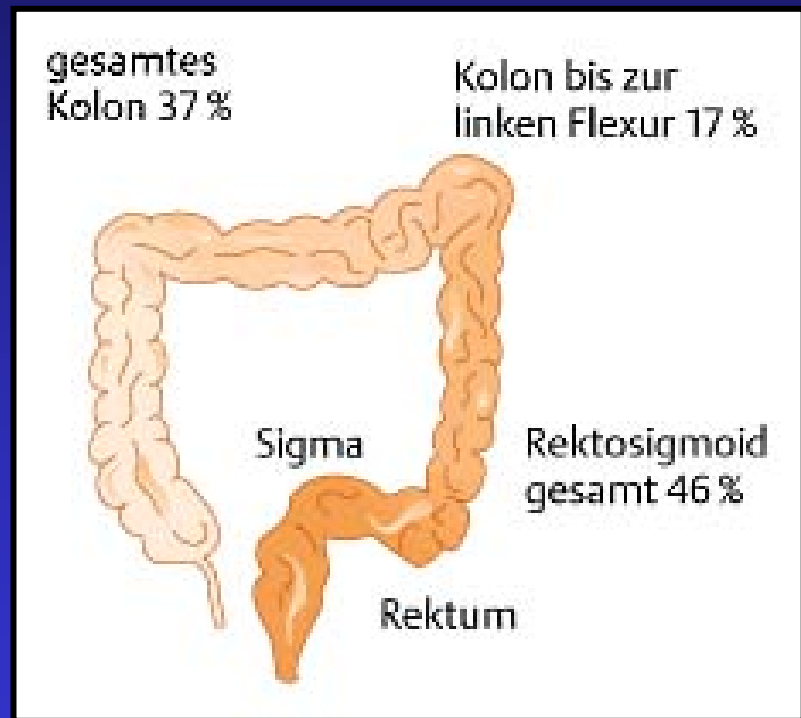
Befallsmuster - M. Crohn -

Segmentale Ausbreitung



Befallsmuster - C. ulcerosa -

- Meist nur Kolon
- Oft distal ausgeprägt
- Rektum ist immer betroffen
- Kontinuierliche Ausbreitung
- Terminales Ileum ist selten im Rahmen einer Backwash-Ileitis mitbetroffen



Klinische Symptomatik

M. Crohn

Diarrhö

(selten blutig, Zeichen des Kolonbefalls)

Abd. Schmerzen

(häufig rechter UB)

C. ulcerosa

Diarrhö

(häufig blutig, schleimig)

Abd. Schmerzen

(häufig mittlerer UB, häufig in Zusammenhang mit Stuhlgang, Tenesmen)

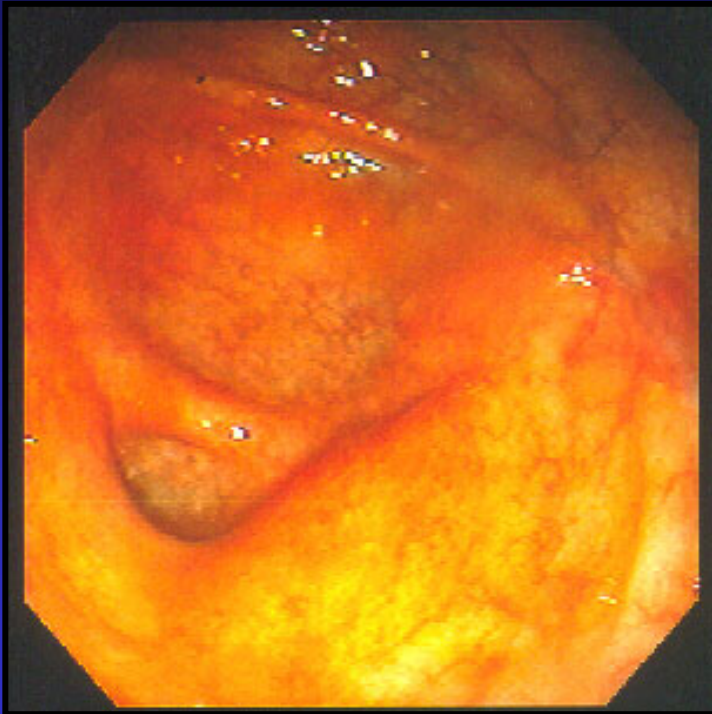
Allgemeinsymptome

(Krankheitsgefühl, Abgeschlagenheit, Fieber oder subfebrile Temperaturen, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Gewichtsverlust)

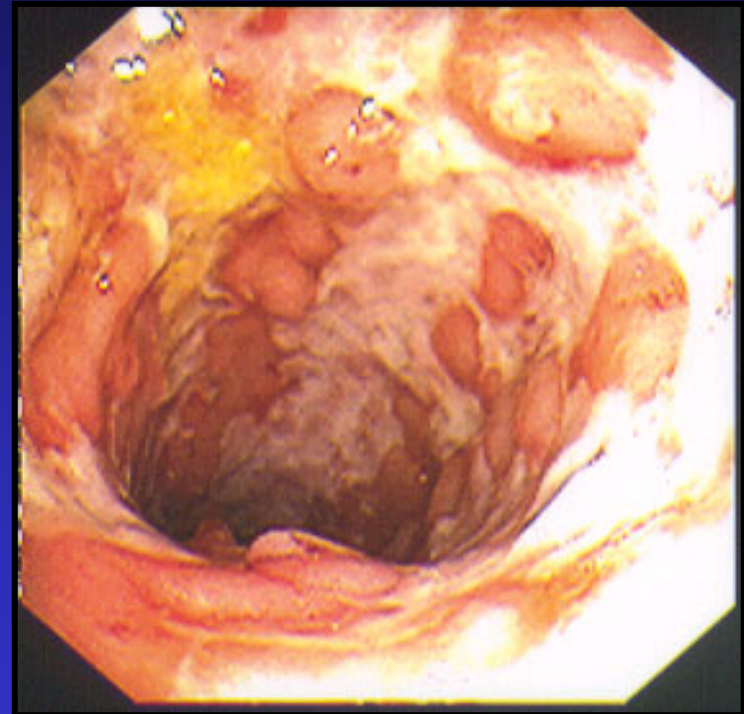
Diagnostik

- Ileokoloskopie
- Sonographie (im Notfall)
- CT/MRT (Dünndarmbefall, Komplikationen)
- Blutuntersuchungen (unspezifisch)

Ileokoloskopie bei MC

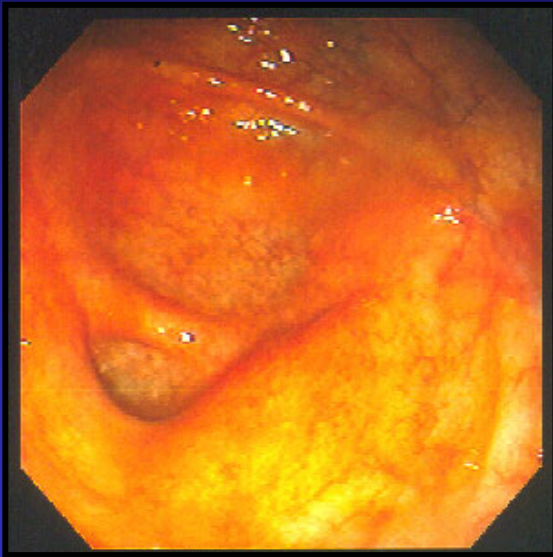


Normale Kolonschleimhaut

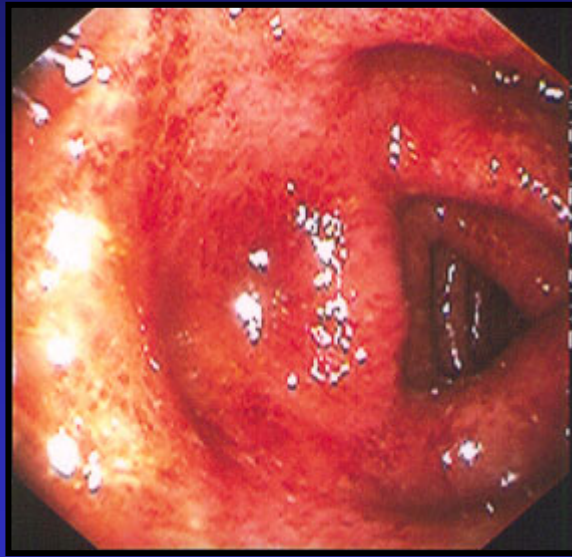


Morbus Crohn

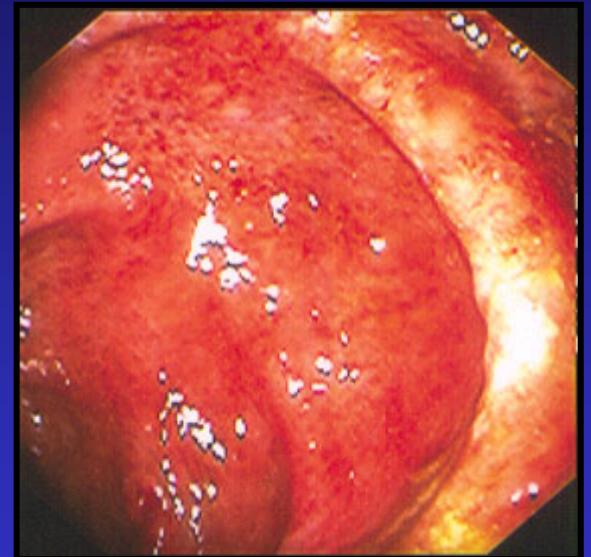
Ileokoloskopie bei CU



Normale
Kolonschleimhaut

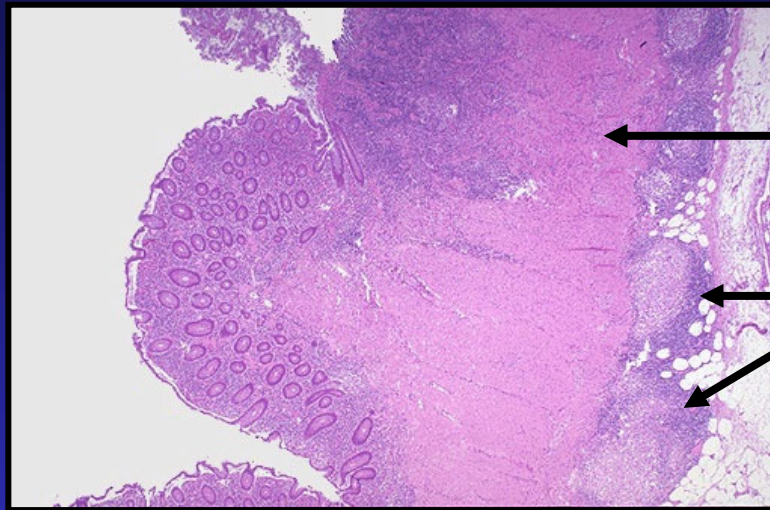


Colitis ulcerosa



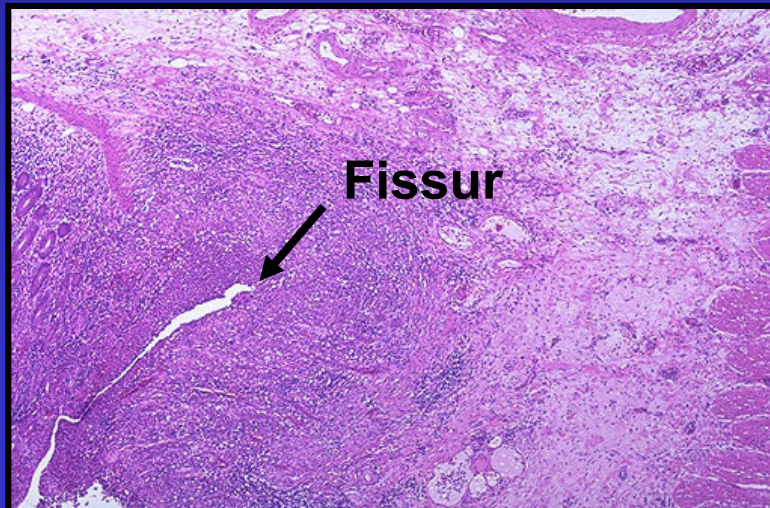
Colitis ulcerosa

Histologie Morbus Crohn



transmurale Entzündung

Granulome (in der Serosa)

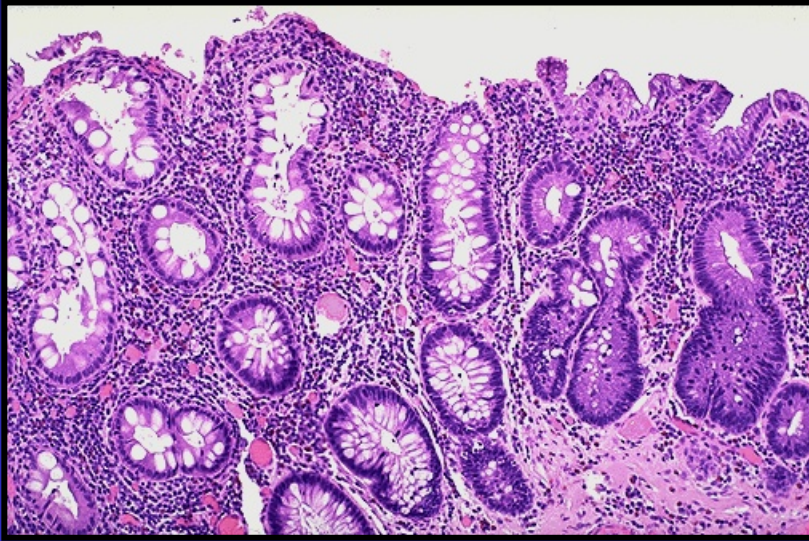


Fissur

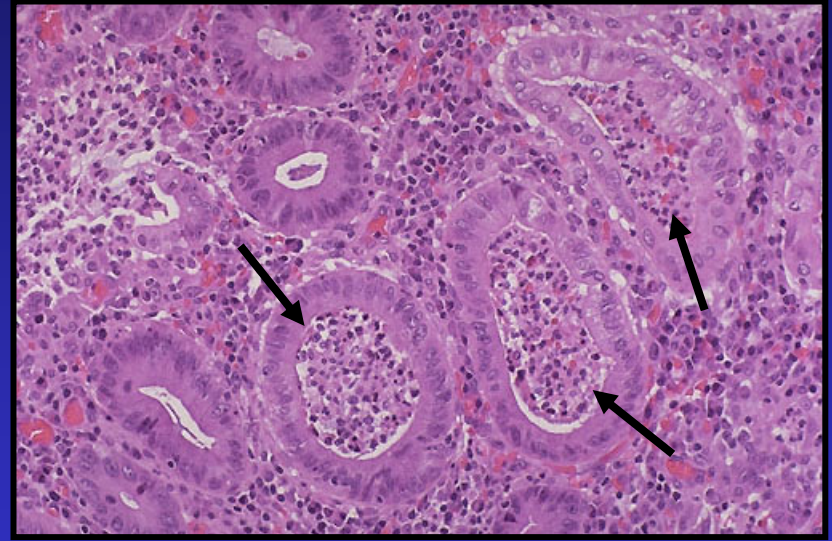


Epitheloidzellgranulom

Histologie Colitis ulcerosa



Zelluläres Infiltrat in die Mukosa



Kryptenabszesse

Behandlungsschema - akuter Schub M. Crohn -

**Leichter bis
mittelschwerer
Schub**



bei Ileitis oder Ileokolitis:
Budesosid 9 mg/d für 8-16 wo
Ausschleichen über 2-4 wo

Kolitis:
Sulfasalazin 3-6g/d über 16 wo

Kein
Ansprechen

Steroide p.o.
1mg/kg KG Pred-
nison/d

Ausschleichen über
2-3 Mo!

**Schwerer
Schub**

Kein
Ansprechen

Umstellung
auf Steroide i.v.
1-1.5 mg/kg KG
Predn.
in 2 Dosen
und
parenterale
Ernährung

Kein
Ansprechen

Infliximab
+ Immun-
Suppression

Frühe Chirurgie
bei kurzstrecki-
gem Befall

Adalimumab
Certolizumab

Behandlungsschema - akuter Schub C. ulcerosa -

Beginn bei
leichtem bis
mittelschweren
Schub

5-ASA

Kein
Ansprechen

Beginn bei
schweren
Schub

5-ASA
+ Steroide

Kein
Ansprechen

Beginn bei
fulminantem
Schub

5-ASA
+ Steroide
+ parenterale
Ernährung

Kein
Ansprechen
+ schwere
Symptomatik

Visilizumab?

5-ASA
+ Steroide
+ parenterale
Ernährung
+ Cyclosporin

Infliximab?

lap. Proktokolektomie
mit ileoanalem Pouch

Kein
Ansprechen

Kolektomie

Definition des Reizdarmsyndroms

Manning Kriterien für RDS
(BMJ 1978)

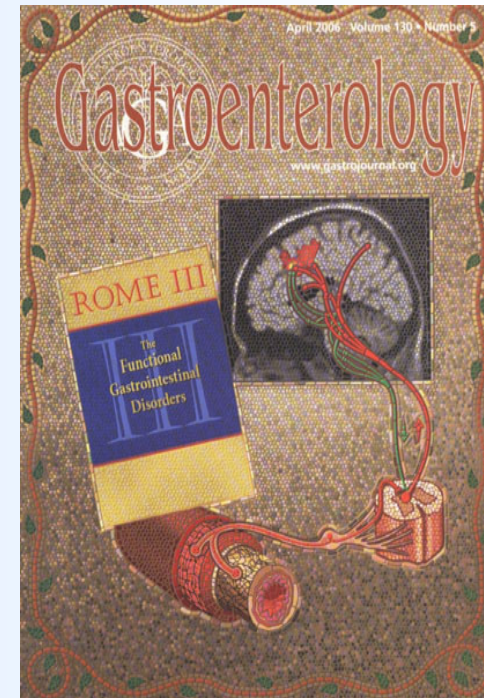
Kruis Kriterien für RDS
(Gastroenterology 1984)

Rom-I Kriterien für RDS, FD
(Gastroenterol Int 1990)

Rom-II Kriterien für RDS, FD
(Gut 1999)

Rom-III Kriterien für RDS, FD
(Gastroenterology 4/2006)

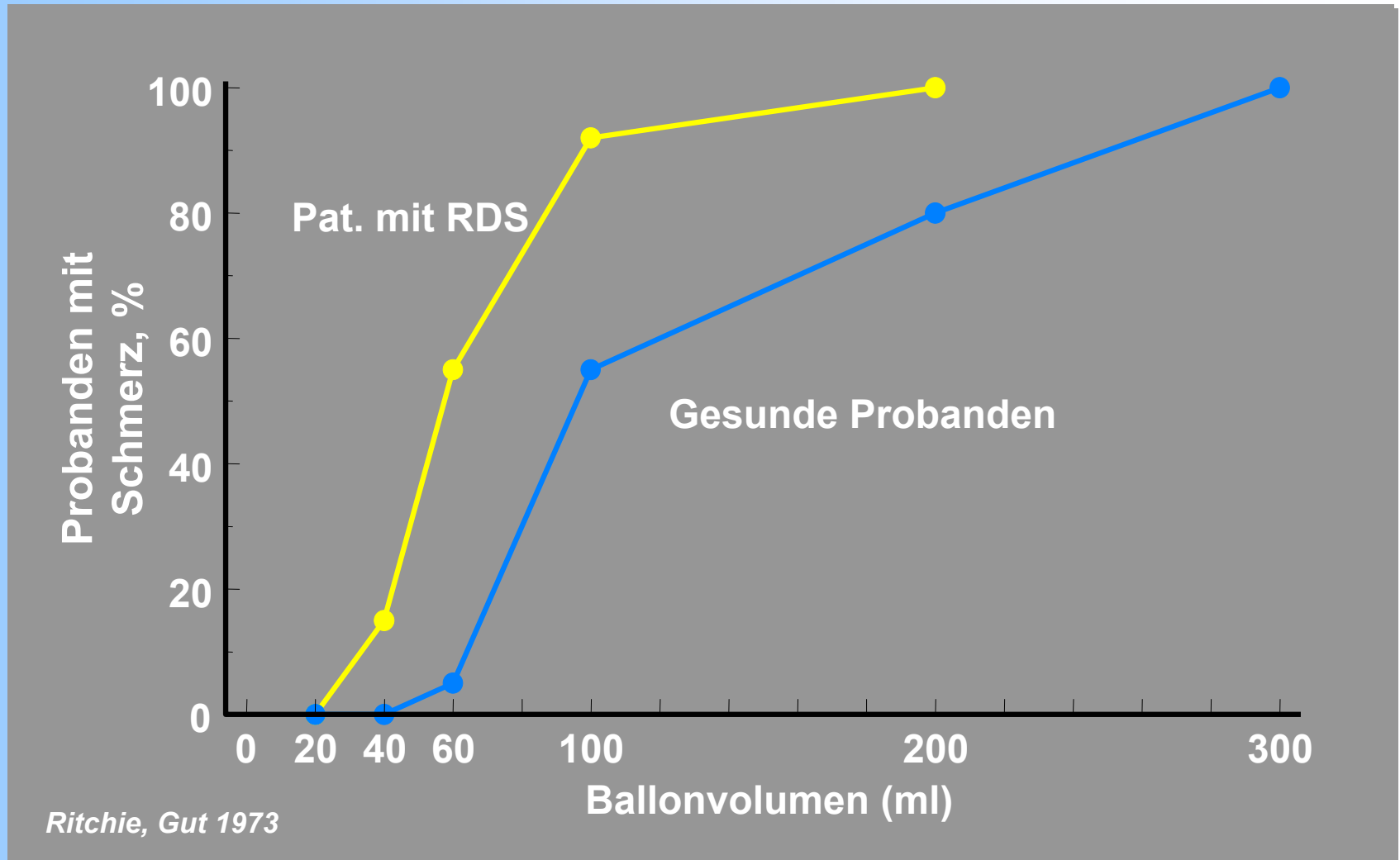
???



- ⇒ **Bauchschmerzen oder Unwohlsein >3Tage/ Monat/ 3 Monate und**
 - **Linderung durch Defäkation**
 - **Verbunden mit Änderung der Stuhlfrequenz**
 - **Verbunden mit Änderung der Stuhlkonsistenz**
- ⇒ **Beginn vor > 6 Monaten**

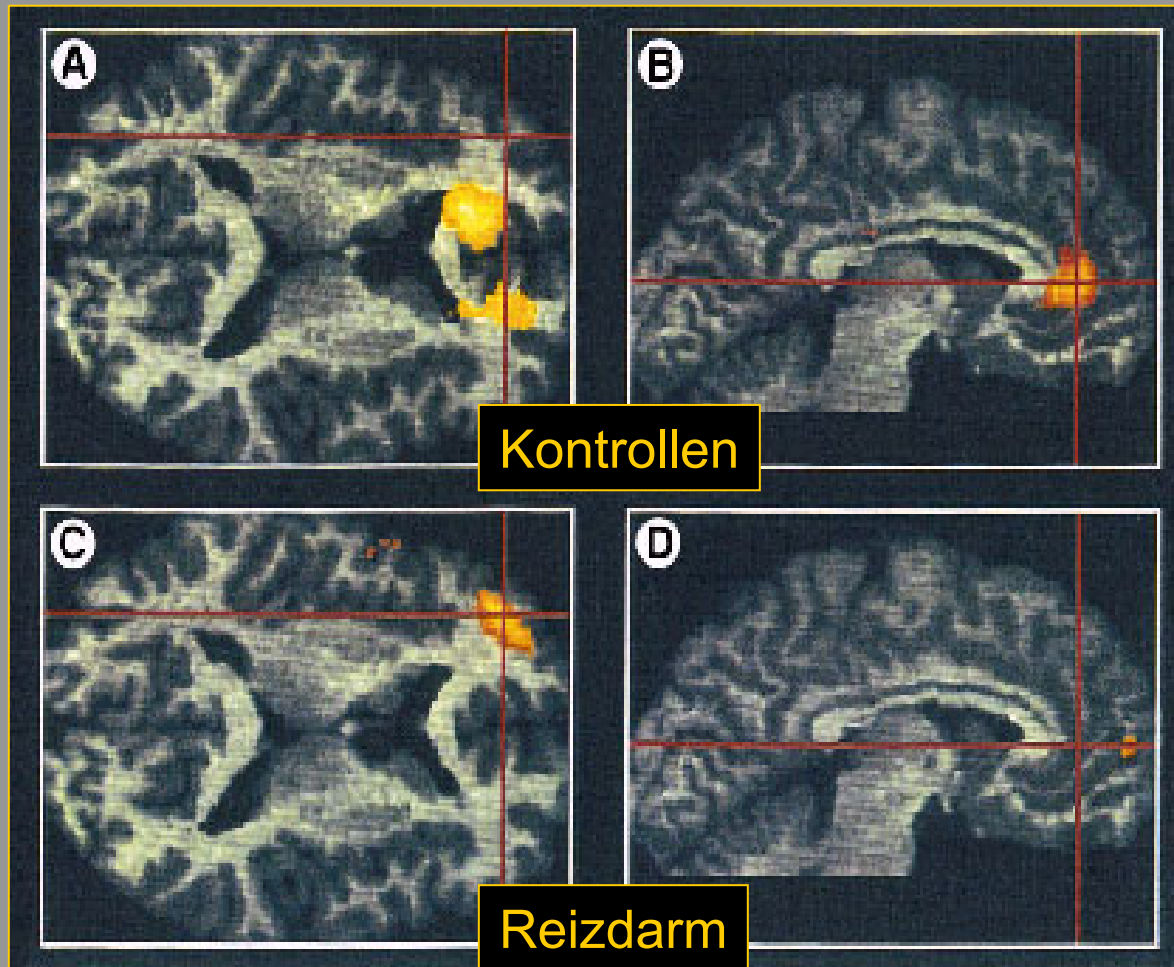
Theorien zur Entstehung der Symptome

Störung der Empfindlichkeit des Enddarmes bei Dehnung mit Ballon

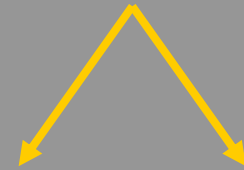


Theorien zur Entstehung funktioneller Magendarmkrankungen

Zentrale Modulation



Schmerzhafte
Rektumdehnung
Schmerzerwartung



Kontrollen	Reizdarm
Aktivierung anteriorer cingulärer Cortex	Aktivierung li. dorsolat. präfrontaler Cortex

Behandlung

Gegen den Durchfall:

- **Opiate und -abkömmlinge**
Loperamid (z.B. Imodium, Opiumtinktur)
- **Pflanzliche Mittel**
Uzarawurzel, Tannin, usw.
- **Mikroorganismen oder ihre Produkte**
Lactobacillus, Trockenhefe
- **5-HT₃-Antagonisten** (in der Entwicklung)

Gegen die Verstopfung:

Ballaststoffe, Abführmittel, Prokinetika

5-HT₄ Agonisten wirken stimulierend auf die Kolonmotilität

Behandlung

Gegen die Bauchschmerzen:

- **Muskelrelaxantien**

z.B. Duspatal, Mebemerck, Spasmalgan

- **Schmerzmittel**

Opiate, Phenazone, Kombipräparate

- **Stimmungsaufheller**

Trizyklische Antidepressiva

- **Serotoninrezeptoragonisten und
-antagonisten?**

Gegen die psychische Belastung:

- **Stabile Arzt-Patienten-Beziehung**
- **Psychopharmaka**
- **Psychotherapie**

Zusammenfassung

- Die Ursache funktioneller Magen-Darmerkrankungen ist multifaktoriell (angeborene Faktoren, Umwelt, moduliert durch Psyche).
- Junge Patienten sind häufig betroffen.
- Die meisten Patienten gehen nicht zum Arzt.
- Patienten mit einem Reizmagen/Reizdarmsyndrom haben eine gesteigerte viszerale Empfindlichkeit.
- Bei einem Teil der Patienten wohl Folge einer banalen Darminfektion
- Die Behandlung ist derzeit noch weitgehend symptomatisch und nicht sehr befriedigend