

CED + Rauchen

Die Ursachen der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) sind nach wie vor ungeklärt. Neben genetischen (angeborenen) Elementen werden äußere Faktoren wie z.B. Infektionen, Ernährungsgewohnheiten und das Rauchen diskutiert. Gerade Letzteres ist für Morbus Crohn (MC) und Colitis ulcerosa (CU) in mehreren Studien seit über 18 Jahren sehr gut belegt. Paradoxerweise ist laut Datenlage Nichtrauchen mit der CU und Rauchen mit dem MC assoziiert. Überspitzt formuliert könnte man sagen, Rauchen schützt vor CU, mitverursacht oder verschlimmert jedoch den MC. Die Hoffnungen, aufgrund dieser widersprüchlichen Ergebnisse wertvolle Hinweise für die Ursachen und Therapieansätze der CED zu erhalten, haben sich aber leider nicht erfüllt. Eine biologische Erklärung für die unterschiedlichen Effekte des Rauchens auf CU und MC ist bislang nicht in Sicht.



Prof. Dr. K.-M. Keller
Wiesbaden

Auch in der Geschichte des Tabaks hat es viele Widersprüchlichkeiten gegeben. Columbus hat 1492 über die „Rauch trinkenden Indianer“ berichtet, Jean Nicot, nach dem die Tabakpflanze benannt wurde - Nicotiana -, führte als französischer Botschafter für Portugal die Tabakblätter in Frankreich ein. Vor allem in England wurde das Rauchen besonders populär. Es wurde als Heilmittel für alle möglichen Schmerzzustände, gastrointestinales Störungen und Denkschwierigkeiten angesehen. In der britischen Marine wurden Tabakeinläufe zur Wiederbelebung beinahe Ertrunkener eingesetzt. Andererseits wurden Raucher exkommuniziert (Papst Urban VIII) oder enthauptet (Alexis I. aus Russland 1655).

Rauchen und Colitis ulcerosa (CU)

Das relative Risiko für eine CU ist bei lebenslangen Nicht- und Exrauchern höher als bei Rauchern. Bei stärkeren Rauchern ist die CU seltener als bei Personen, die weniger rauchen. Als Ausnahme von dieser Feststellung in vielen Studien fand sich ein solcher Zusammenhang nicht bei israelischen Juden, einer Bevölkerungsgruppe mit besonders vielen Erkrankungen an CU. In einer anderen Untersuchung entwickelten Exraucher eine CU viel später als Nichtraucher. Dies traf aber nur für männliche, nicht aber weibliche Personen zu. Der Krankheitsverlauf der CU scheint für Raucher leichter zu sein als für Nichtraucher. Unter den Mormonen ist Rauchen streng verboten. In dieser Sekte kommt die CU fünf mal häufiger vor als bei der sonstigen Bevölkerung. „Passives Rauchen“ während der Kindheit und späteres „Weiterrachen“ vermindern das Risiko für eine CU.

Als Folge dieser „positiven“ Effekte des Nikotins auf die CU wurden klinische Studien mit Nikotinplastern oder -kaugummis bei CU durchgeführt. Im Vergleich zu Placebo (Scheinmedikament) erreichten mehr Patienten eine Remission mit 15-25 mg Nikotin pro Tag. Kortison (Prednisolon) war jedoch effektiver. Zur Erhaltungstherapie erwies sich Nikotin als nicht besser als Placebo.

Als Folge der „positiven“ Effekte des Nikotins auf die CU wurden Studien mit Nikotinplastern oder -kaugummis durchgeführt. Der Vorteil war weniger ausgeprägt, als man hätte erwarten dürfen.

Zusammenfassend scheint Nikotin bei aktiver CU einen gewissen Vorteil zu haben, allerdings weniger ausgeprägt, als man aus den Bevölkerungsstudien hätte erwarten dürfen. Möglicherweise sind die Nikotinspitzen, die beim Zigarettenrauchen entstehen, der entscheidende Unterschied zu den Nikotinplastern. Derzeit werden die Effekte von Nikotineinläufen bei CU untersucht.

Rauchen und Morbus Crohn (MC)

Raucher haben ein 1,8- bis 4,2-fach höheres Risiko, einen MC zu entwickeln als Nichtraucher. Auch Passivrauchen während der Kindheit scheint das Risiko für einen MC zu steigern. Außerdem findet sich bei Rauchern häufiger ein ausgedehnterer Befall des Dickdarms (Colons) und des unteren Teil des Dünndarms (Ileum) und seltener nur ein Befall des letzten Abschnitts des Ileums. Exraucher haben während der ersten vier Jahre nach Nikotinstopp ein höheres Risiko für einen MC als 10 Jahre nach Rauchstopp. Für rauchende Frauen ist das MC-Risiko bis zu

Rauchen verschlechtert den Verlauf des MC. Die „positiven Aspekte“ des Nikotins bei der CU dürfen nicht dazu verleiten die anderen Risiken des Rauchens zu übersehen.

3-fach höher als bei rauchenden Männern. Raucher haben einen klinisch ungünstigeren Krankheitsverlauf im Vergleich zu Nichtrauchern. Auch Exraucher waren besser dran als Raucher, die obendrein nach Operationen im Bereich der ehemaligen Darmnahtstelle die schwersten Veränderungen entwickelten. Im Verlauf nach Darmresektion haben besonders weiterrauchende Frauen die „schlechtesten Karten“: Die Rezidivrate liegt 5 Jahre postoperativ bei Raucherinnen um 23% höher, nach 10 Jahren um 39 % (Abb. 1). Die Ursachen sind nach wie vor unklar: Diskutiert werden Störungen in der Immunabwehr, in der Bildung von aggressiven Sauerstoffradikalen und Durchblutungsstörungen infolge Gefäßveränderungen (bei MC).

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Rauchen verschlechtert eindeutig den Verlauf des MC und gilt als ein Zusatzfaktor für die Entstehung des MC. Daraus ergeben sich zwangsläufig wichtige Aufgaben für die Gesundheitsberufe, besonders für das ungeborene Kind, ältere Kinder und Jugendliche eine primäre und sekundäre Rauchprävention zu erreichen. Andererseits dürfen die „positiven Aspekte“ des Nikotins bei der CU nicht dazu verleiten, die anderen Risiken des Rauchens zu übersehen. Neben den Atemwegen und dem Herzkreislaufsystem

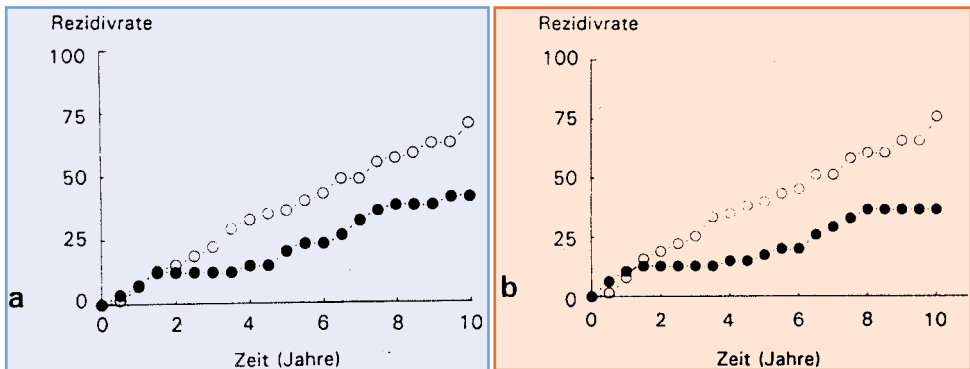


Abb.1: Einfluss des Rauchens auf die Rezidivrate des Morbus Crohn innerhalb von 10 Jahren nach einer Darmresektion. a) Alle Patienten, b) weibliche Patienten. Der Unterschied zwischen Rauchern (○) und Nichtrauchern (●) beträgt nach 5 Jahren 16 und nach 10 Jahren 39 %. Bei Frauen (b) liegt der Unterschied zwischen Rauchern und Nichtrauchern nach 5 Jahren bei 23 und nach 10 Jahren bei 39 %. Die Rezidivrate des Morbus Crohn ist insbesondere bei Frauen, die nach einer Darmresektion rauchen, erhöht.

darf dabei vor allem nicht vergessen werden, dass Rauchen besonders bei Frauen das ohnehin schon erhöhte Osteoporoserisiko (Knochenschwund) bei CEDE weiter verschärft.

Rauchen: Am besten gar nicht erst anfangen!

Nikotin ist suchterzeugend, rauchen macht abhängig. Das weiß auch die Tabakindustrie. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Rauchen als Sucht eingestuft. Die pharmakologischen und verhaltensorientierten Prozesse, die eine Tabakabhängigkeit bestimmen, sind vergleichbar mit denen, die bei Heroin- und Kokainabhängigkeit zu beobachten sind, so der US-Gesundheitsminister 1988. Am besten sind Kinder und Jugendliche geschützt, wenn sie sich zu selbständigen, starken und selbstbewussten Persönlichkeiten entwickeln. Das ist leichter gesagt als getan. Geeignete Vorbilder können helfen, die Toleranz, Achtung des Anderen, Geduld, Diskussionsfreudigkeit, Gewaltvermeidung vorleben. Auch auf die Eltern kommt es an, auch sie sollten Vorbild sein. Jugendliche finden aber auch ihre Stärken im Sport. Am besten gemeinsam mit anderen im Sportverein, wo nicht nur Sport, sondern auch Gemeinschaft angeboten wird.

Rauchen macht eben nicht jung und schön, stark und erfolgreich, wie uns die Werbung suggerieren möchte, sondern das Gegenteil ist richtig. Wenn man erst einmal mit dem Rauchen nicht mehr aufhören kann, nimmt die Gesundheit richtig Schaden. Eigentlich müssten Zigarettenpackungen einen Beipackzettel enthalten, auf dem folgende Nebenwirkungen aufgeführt sind: schnelleres Altern, Impotenz, Unfruchtbarkeit, erhöhter Blutdruck, stärkere Infektanfälligkeit, chronische Bronchitis, Asthma, Herzinfarkt, Schlaganfall und verschiedene Krebsarten. Kinder von rauchenden Frauen haben erhöhte Risiken für Früh- und Mangelgeburtlichkeit, Hyperaktivität, Bronchitis, Mittelohrentzündung, plötzlicher Kindstod, Asthma etc.

Eine Freizeitgestaltung mit Spiel und Sport dagegen verbessert die Attribute der Jugend: Kraft, Gesundheit, attraktives Selbstbild, körperliche und geistige Fitness. Leistungssport kommt für Jugendliche mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung zwar in der Regel nicht in Frage, doch es gibt auch andere Dinge, die den Körper weniger fordern wie Kunst, Literatur, Musik oder Theater. Oder im Internet surfen und seine eigene Homepage basteln.



Rauchen macht nicht jung und schön, stark und erfolgreich, wie uns die Werbung suggerieren möchte. Das Gegenteil ist der Fall.

Im Leben eines jungen Menschen, ob mit oder ohne chronisch entzündliche Darmerkrankung, sollte es keinen Platz geben für gelangweiltes Herumhängen mit Zigarette und Bierflasche! Wenn Elternhaus, Schule, Freunde dazubeitragen können, das Rauchen ganz zu vermeiden, ist viel gewonnen, besonders für junge Menschen mit einer chronischen Erkrankung.

Raucherentwöhnung:

Auch wenn es schwer ist, lohnt sich der Versuch

Aus meiner Sicht als Arzt muss ich feststellen: Zur Behandlung der CEDE bei Kindern und Jugendlichen gehört unbedingt auch die Vermeidung passiven und aktiven Rauchens. Eltern soll-

Tab. 1:
*Dynamischer
Prozess der Raucher-
entwöhnung.*

1. stabiler Raucher (Vorteile des Rauchens höher bewertet)
2. absichtsvoller Raucher (Vor- und Nachteile des Rauchens gleich bewertet)
3. Vorbereitungsphase (Nachteile des Rauchens höher bewertet; Plan für Rauchstopp)
4. Ex-Raucher in der Aktionsphase/Kurzzeit-Nichtraucher (rauchfrei; Rückfallgefahr)
5. Rückfälliger Raucher (Chance für erneute Abstinenz, wenn Rauchen noch nicht wieder Alltag)
6. Langzeit-Nichtraucher (nach 5 Jahren Abstinenz kaum Rückfallgefahr)

Tab. 2:
*Grundregeln der
Raucherentwöhnung.*

1. Sich immer beschäftigen (keine Langeweile!)
2. Viel zwischendurch trinken (Wasser, Saft)
3. Körperliche Aktivität, sich bewegen (Treppen statt Lift; Laufen statt Auto/Bus)
4. Positiv denken!
5. Alltag verändern (andere Kneipen)
6. Keine Ausreden
7. Sich vom gesparten Geld verwöhnen (Einkauf, Urlaub)
8. Auf Ernährung achten (Obst, Kaugummi statt fetter, süßer Zwischenmahlzeiten)
9. Jeder Tag ohne Zigarette tut gut! (dem Betreffenden, der Familie, der Geldbörse)

ten unbedingt darauf verzichten, in Gegenwart ihrer Kinder zu rauchen. Am besten wäre es natürlich, direkt die Erkrankung des Kindes zum Aufhören zu nutzen. Das trifft sicher uneingeschränkt für Patienten mit MC zu. Mich hält die Datenlage nicht davon ab, diese Empfehlung auch auf die CU auszudehnen, da die Nachteile des Rauchens insgesamt gesehen bei weitem überwiegen. Wer als Jugendlicher oder junger Erwachsener mit CEDE schon mit dem Rauchen angefangen hat, hat es natürlich schwerer, sollte aber trotzdem einen Rauchstopp versuchen.

Die Mehrzahl der Raucher hat vor dem 20. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen, meist ohne Kenntnis der suchterzeugenden Wirkung des Nikotins. Das jugendliche Rauchverhalten läuft in verschiedenen Stadien ab: Vorbereitung, Experimentierphase, regelmäßiges Rauchen, Nikotinabhängigkeit. Diese Phasen können innerhalb weniger Monate durchlaufen werden. Ein jugendlicher Nikotinabhängiger hat es genauso schwer wie ein älterer Erwachsener, mit dem Rauchen aufzuhören. Die Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten und der Zeitpunkt der ersten Zigarette (direkt nach dem Aufstehen) lassen Rückschlüsse auf den Grad der Abhängigkeit zu. Die Raucherentwöhnung ist ein dynamischer Prozess in Phasen (Tab. 1), die zeigen, dass man es schaffen kann, auch wenn es lange dauert, bis die Gefahr eines Rückfalls wirklich gebannt ist.

Die Raucherentwöhnung ist ein dynamischer Prozess in Phasen, die zeigen, dass man es schaffen kann, wenn es auch lange dauert, bis die Gefahr eines Rückfalls wirklich gebannt ist.

Entsprechend müssen Raucher immer wieder motiviert werden, einen Schritt Richtung Ausstieg zu wagen und letztlich ein konkretes Datum festzulegen. Bei diesem Datum muss es dann auch bleiben (Tab. 2). Einige Grundregeln der Raucherentwöhnung haben sich bewährt. Sie können auch jungen Menschen mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung helfen, mit dem Rauchen aufzuhören.

Nikotinpflaster und/oder -kaugummis sind kein Ersatz für die eigene Motivation zum Rauchstopp, können aber die Erfolgsaussichten verdoppeln. Der Einsatz der Pflaster oder Kaugummi muss individuell pragmatisch entschieden werden, Pflaster und 2 mg Kaugummi sind rezeptfrei erhältlich. Dosis und Dauer der Anwendung sollten mit dem Hausarzt beraten und von ihm überwacht werden.

Das Aufgeben des Rauchens ist für Patienten mit CEDE und für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit CEDE eine medizinische Notwendigkeit. Die Aufgabe ist zwar nicht leicht, aber jedes Jahr sind Millionen von Rauchern damit erfolgreich.

Adressen:

1. WHO-Partnerschaftsprojekt „Tabakabhängigkeit 1999–2002 in Deutschland“ Projektmanager Jürgen Hasler, Heilsbachstraße 30, 53123 Bonn, Tel: 02 28-9 87 27 17, Fax: 02 28-6 42 00 24, e-mail: bfge.jh@uumail.de
2. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Postfach 91 01 52, 51071 Köln, Telefon 02 21-89 92-0 BZgA-Info-Telefon zur Suchtvorbeugung: 02 21-89 20 31 Mo–Do: 10–22 Uhr, Fr–So: 10–18 Uhr
3. Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), Stabsstelle Krebsprävention, Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg, Tel: 0 62 21-42 30 07, Fax: 0 62 21-42 30 20, Rauchertelefon: 0 62 21-42 42 00

*Prof. Dr. med Klaus-Michael Keller ist einer der beiden Sprecher des Beirats für den Bereich kinder-/Jugendmedizin. Er arbeitet in der Deutschen Klinik für Diagnostik, Fachbereich Kinderheilkunde in Wiesbaden.
E-mail: paed@dkd-wiesbaden.de ●*