



Infektionen bei Patienten mit CED

Dr. med. Hans-Jörg Epple

Studien zeigen, dass Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) ein gegenüber der Normalbevölkerung erhöhtes Risiko für Infektionen aufweisen. Ein Teil dieser Infektionen kann als eine direkte Folge der Grunderkrankung angesehen werden. Ein Beispiel ist die Ausbildung von Abszessen im Bauch- oder Beckenbereich bei fistulierendem bzw. abszedierendem Verlauf eines Morbus Crohn. Weil bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oft immunsuppressive bzw. immunmodulatorische Medikamente eingesetzt werden, welche die Funktionen der Immunabwehr dämpfen, sind Infektionen häufig aber auch Folge der Therapie. Risiko-

faktoren für Infektionen sind daher teils therapieassoziiert, teils therapieunabhängig (Tabelle).

Zu spät oder inadäquat behandelte Infektionen können erhebliche therapeutische Probleme aufwerfen. Andererseits kann durch bestimmte diagnostische und präventive Maßnahmen das Infektionsrisiko gesenkt und damit manche Infektion vermieden werden. Daher sollte jeder Arzt, der Patienten mit CED behandelt, über eingehende Erfahrungen mit den bei CED auftretenden infektiologischen Komplikationen verfügen. Hilfreich und sinnvoll ist es aber auch, wenn die Betroffenen selbst grundlegende Kenntnisse über Infektionen bei CED besitzen, da hierdurch

diesbezügliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen besser verstanden werden und insbesondere auch die Früherkennung und Prävention von Infektionen verbessert werden kann.

Therapieassoziierte Infektionen

Die medikamentöse Unterdrückung von Immunreaktionen ist ein unverzichtbares Prinzip in der Therapie von CED. Leider gehen alle hierfür verwendeten Medikamente (z.B. Glukokortikosteroide, Azathioprin, Methotrexat, TNF- α -Blocker) mit einem erhöhten Risiko für Infektionen einher. Insbesondere bei simultanem Einsatz von zwei oder gar drei immunsuppressiven Medikamenten steigt das Infektionsrisiko stark an. Als Faustregel gilt: Je

stärker das Ausmaß der medikamentösen Immunsuppression, desto höher das Infektionsrisiko.

Verständlicherweise erhöht sich durch eine medikamentöse Dämpfung der Immunantwort das Risiko für Infektionen, die auch Menschen ohne eingeschränkte Immunabwehr befallen können. Beispiele sind die bakterielle Lungenentzündung, die Virusgrippe oder auch bakterielle Harnwegsinfekte. Bei immunsupprimierten Patienten treten derartige Infektionen nicht nur gehäuft auf, sie verlaufen oft auch schwerer und langwieriger als bei Patienten mit intaktem Immunsystem.

Patienten, die unter einer immunsuppressiven Therapie stehen, sind aber auch gefährdet durch Infektionen mit Erregern, die bei Menschen mit normalem Immunsystem keine oder nur geringe Krankheits-



CED-Patienten weisen ein gegenüber der Normalbevölkerung erhöhtes Risiko für Infektionen auf als Folge der Erkrankung (z.B. Abszesse) wie als Folge einer das Immunsystem unterdrückenden Therapie. Vor der Therapie sollten deswegen die Schutzimpfungen aufgefrischt werden (die jährliche Grippeimpfung nicht vergessen!) und der Betroffene auf im Körper bereits vorhandene, aber ohne Immunsuppression inaktive Erreger (Hepatitis B und C, HIV, Tuberkulose) untersucht werden. Unter der Immunsuppression ist besonders auf mögliche, zusätzlich zur CED auftretende Krankheitszeichen einer Infektion zu achten.

- ▶ Das Vorhandensein einer CED (Morbus Crohn mehr als Colitis ulcerosa)
- ▶ Mangelernährung
- ▶ verminderte Zahl weißer Blutkörperchen im Blut (= Leukopenie)
- ▶ kurz zurückliegende Operationen
- ▶ Begleiterkrankungen (z. B. Primär Sklerosierende Cholangitis)
- ▶ **Immunsuppressive Therapie**

Risikofaktoren für Infektionen bei CED.

erscheinungen hervorrufen. Solche Infektionen werden im medizinischen Sprachgebrauch „opportunistische“ Infektionen genannt. Hierzu gehört beispielsweise die Infektion von Mundhöhle und Speiseröhre mit dem Hefepilz Candida.

Eine weitere Gefahr einer immunsuppressiven Therapie schließlich besteht in der möglichen Reaktivierung von im Körper bereits vorhandenen, vor Immunsuppression klinisch aber „inapparenten“, gewissermaßen „schlafenden“ Infektionen. Zu dieser Gruppe gehören die Reaktivierung des Windpockenvirus (Varicella zoster) in Form der Gürtelrose, wiederkehrende und schwer verlaufende orale oder genitale Herpesinfektionen, die Reaktivierung einer chronischen Hepatitis B und – besonders gefürchtet – die Aktivierung einer so genannten latenten Tuberkulose.

Dieses Risiko ist als Folge der Schwierigkeit des – auch intakten – Immunsystems, Tuberkulose-Erreger aus dem Organismus zu eliminieren. Zwar verlaufen bei einem gutem Immunsystem Tuberkulose-Infektionen oft klinisch stumm, weil durch die Immunabwehr die aufgenommenen Erreger in Schach gehalten werden, sodass keine wesentliche Erkrankung des Infizierten auftritt. Dennoch können die Tuberkulose-Erreger (Mykobakterium tuberculosis) über viele Jahre im Körper des Infizierten überleben. Die Kontrolle des Immunsystems reicht aus, die Erreger zu kontrollieren, vermag sie aber nicht vollständig abzutöten. Kommt es nun zu einer Situation, in der das Immunsystem geschwächt ist oder seine Funktion medikamentös unterdrückt wird, kann es zur Entwicklung einer aktiven Tuberkulose kommen.

Insbesondere die Therapie mit TNF- α -Blockern weist diesbezüglich ein deutlich erhöhtes Risiko auf.

Maßnahmen zur Infektionsprävention

Bei der Verhinderung (= Prävention) von Infektionen bei Patienten mit immunsuppressiver Therapie sollten mehrere Strategien zum Einsatz kommen. Aufgabe des behandelnden Arztes ist es, aus der Krankengeschichte und anhand von bestimmten Laborwerten Infektionsrisiken zu identifizieren und diese, falls möglich, zu minimieren. Es sollte ferner auf einen kompletten Impfstatus geachtet werden. Idealerweise sollten aktive Schutzimpfungen vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie komplettiert werden. Neben den für die Allgemeinbevölkerung empfohlenen Impfungen wie Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten sollten Immunsupprimierte gegen den häufigsten Erreger der bakteriellen Lungenentzündung (Pneumokokken, alle 5 Jahre) und jährlich gegen die Virusgrippe (Influenza) geimpft werden. Bei Patienten, die bisher keine Windpocken durchgemacht haben, sollte vor Beginn der immunsuppressiven Therapie auch gegen Varizellen geimpft werden. Allerdings dürfen Patienten, die bereits immunsuppressiv behandelt werden, weder die Varizellen-Impfung noch andere Lebendimpfungen (z.B. Masern, Gelbfieber) erhalten. Bei Leberbeteiligung (z.B. primär sklerosierende Cholangitis) oder der Notwendigkeit zur wiederholten Gabe von Blutprodukten ist eine Impfung gegen Hepatitis A und B.

Dr. med. Hans-Jörg Epple ist Oberarzt an der Med. Klinik I, Gastroenterologie, Rheumatologie, Infektiologie, der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin.

Ebenfalls sollten vor Beginn einer stärkeren Immunsuppression eine Hepatitis B, eine Hepatitis C, eine HIV-Infektion und eine Tuberkulose ausgeschlossen werden. Ergeben sich Hinweise für eine latente Tuberkulose, sollte vor einer immunsuppressiven Therapie – zwingend bei Einsatz von medikamentösen TNF- α -Blockern, falls sie denn trotzdem durchgeführt werden soll – eine prophylaktische tuberkulostatische Therapie eingeleitet werden, die dann über mehrere Monate durchzuführen ist.

Mit diesen Maßnahmen kann die Häufigkeit von schweren Infektionen bei CED-Patienten, und hierbei insbesondere bei jenen, die immunsuppressiv behandelt werden, gesenkt werden. Dennoch verbleibt ein erhöhtes Infektionsrisiko bei diesen Patienten, sodass bei unklarem Fieber oder auch bei anderen anhaltenden, unklaren Symptomen, die durch eine Infektion bedingt sein könnten (z.B. Kopfschmerzen, Husten, Nachtschweiß, Gewichtsverlust, neu aufgetretene Bauch- oder sonstige Schmerzen, anhaltender Durchfall, der nicht in das individuell bekannte "CED-Muster" passt, Lymphknotenschwellungen u.a.m.), der jeweilige CED-Behandler konsultiert werden sollte.