

Meine CED wird älter – ich auch

Auftaktveranstaltung des Arbeitskreises Senioren in der DCCV e.V.

am 5. Oktober 2013 in der Zehntscheune der Stiftung Juliusspital in Würzburg

Die Tatsache, dass wir immer älter werden, sollte uns eigentlich freuen. Aber mit der hohen Lebenserwartung entsteht auch eine schwierige neue Situation, denn fast jeder über 60-Jährige leidet an einer chronischen Erkrankung.

Grund genug, einen „Arbeitskreis Senioren“ in der Deutschen Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung - DCCV e.V. – ins Leben zu rufen, denn immerhin sind von den ca. 20 000 DCCV-Mitgliedern 5 400 älter als 55 Jahre.

In der Zehntscheune des Juliusspitals in Würzburg fand nun unter dem Titel „Meine CED wird älter – ich auch“ ein Arzt-Patienten-Seminar statt, bei dem Themen für ältere Mitbetroffene im Vordergrund standen.



Gudrun Möller, Sprecherin des Arbeitskreises, eröffnete die Veranstaltung und begrüßte die DCCV-Mitglieder aus einem Umkreis von 150 Kilometern um Würzburg und insbesondere die Referenten. Der Arbeitskreis habe es sich zur Aufgabe gemacht, so Möller, die besonderen Problemstellungen beim Älterwerden mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung zu vertreten und öffentlich zu machen. „Mit dieser Veranstaltung wollen wir nicht nur informieren, sondern auch den Arbeitskreis, den es seit Februar dieses Jahres gibt, bekannt machen“.



In einem Grußwort wünschte der Sozialreferent der Stadt Würzburg, Robert Scheller, eine gelingende Auftaktveranstaltung sowie viel Erfolg und Durchhaltevermögen für die Arbeit des Arbeitskreises. Er freute sich besonders, dass für den Start Würzburg als Tagungsort gewählt wurde.



Über „**Soziale Ansprüche des älteren Patienten – Wunsch und Wirklichkeit**“ referierte Claudia Oswald-Timmler vom DCCV-Arbeitskreis Sozialrecht. Sie informierte u.a. über die gesetzlichen Grundlagen zur Altersrente für Schwerbehinderte und widmete sich vorrangig dem Thema „Rehabilitation vor Rente und vor Pflege“.

Anspruchsvoraussetzung auf eine medizinische (Teilhabe oder Erwerbsfähigkeit), berufliche (Teilhabe am Arbeitsleben) und soziale (Teilhabe in der Gemeinschaft) Rehabilitation ist gegeben, wenn eine Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist oder die Auswirkungen einer schweren Erkrankung oder chronischen Erkrankung vorliegen, erläuterte Oswald-Timmler. Durchgeführt werden diese Rehamassnahmen in Rehakliniken und ambulanten Einrichtungen.

Geriatrische Reha

Die zweite Form, die Geriatrische Reha, zielt dagegen auf Menschen ab etwa 70 Jahren mit mehreren altersbedingten Beschwerden und Einschränkungen ab.

Zusätzlich zur Versorgung konkreter Gesundheitsprobleme werden Patienten bei einer geriatrischen Reha umfassend betreut, geschult und trainiert. Auch Angehörige werden einbezogen und Hilfen für die Zeit nach der Entlassung organisiert. Um all das zu leisten, arbeiten in einer geriatrischen Reha-Einrichtung besonders viele Fachrichtungen unter einem Dach zusammen. Ihre Maßnahmen dienen dem wichtigen Ziel, das alltägliche Leben im Alter selbstständig zu meistern, am besten zuhause und mit möglichst wenig Pflege. Geriatrische Reha ist also für viele Ältere eine Riesenchance auf ein erfülltes, selbst-bestimmtes Leben. Dabei ist es ein besonderes Anliegen, dass ältere Menschen nicht zu früh in die Pflege "abgeschoben" werden, sondern mithilfe der geriatrischen Rehabilitation so lange wie möglich aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

„Die Geriatrische Reha ist vergleichsweise teuer und so lehnen die Krankenkassen Anträge immer wieder ab oder lenken Versicherte in die günstigere indikationsspezifische Reha um“, kritisierte die Referentin. „Leider vermitteln auch Ärzte Patienten in die klassische Reha, unabhängig von Alter und Vorerkrankungen“.



Prof. Dr. med. Wolfgang Scheppach, Chefarzt der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Rheumatologie am Juliusspital Würzburg referierte zum Thema

„Morbus Crohn und Colitis ulcerosa beim älteren Menschen“

Bei der Betrachtung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im höheren Lebensalter seien zwei Aspekte zu berücksichtigen, so Prof. Scheppach: Zum

einen ist die Krankheitshäufigkeit von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa mit häufigem Beginn im jungen Erwachsenenalter zu nennen; hier treten die Probleme der langen Erkrankungsdauer im höheren Lebensalter in den Vordergrund. Zum anderen ist die Zahl der Neuerkrankungen im höheren Lebensalter zu diskutieren. Je nach Blickwinkel der Autoren wird die Grenze zwischen „jüngeren“ und „älteren“ Patienten in einer Spannweite zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr gezogen, was naturgemäß die Vergleichbarkeit der klinischen Studien erschwert.

Loftus et al. (Mayo-Klinik) berichten im Jahr 2007 über die Neuerkrankungsrate von CED in Olmsted County (Minnesota, USA). Danach gibt es eine zweigipflige Neuerkrankungsverteilung mit einem höheren Maximum bei 20 – 29-Jährigen und einem niedrigeren Gipfel bei 50-59-jährigen Patienten. Auch bei den über 60-jährigen Patienten liegt die Zahl der Ersterkrankungen noch bei 10-15%. „Die weit verbreitete Meinung eines obligaten Erkrankungsbeginns in den ersten vier Lebensdekaden ist bei der Betrachtung dieser epidemiologischen Daten nicht haltbar“, stellte Prof. Scheppach dazu fest.

Eine korrekte Diagnose bei älteren Patienten wird oft verzögert gestellt, weil CED mit im Alter häufiger auftretenden Ursachen von Darmentzündung (Divertikulitis, Kolitis infolge Durchblutungsstörung, Kolitis infolge der Einnahme nicht-steroidaler Schmerzmittel wie Diclofenac) und Darmblutung (Karzinom, Polyp, Durchblutungsstörung, Gefäßmissbildungen, Dickdarmgeschwüre durch Schmerzmittel) zu verwechseln sind.

Zusammenfassend muss bei der Differenzialdiagnose (Erkrankungen mit ähnlicher bzw. nahezu identischer Symptomatik, die vom Arzt neben der eigentlichen Verdachtsdiagnose ebenfalls als mögliche Ursachen der Patientenbeschwerden in Betracht gezogen werden müssen) von Darmentzündungen im höheren Lebensalter auch eine CED-Erstmanifestation bedacht werden. Die allgemeinen Diagnose- und Therapieprinzipien sind grundsätzlich altersunabhängig anwendbar. Allerdings sind Begleiterkrankungen bei älteren Patienten in höherem Maße zu berücksichtigen.



„Probleme bei der Medikamenteneinnahme - Neben- und Wechselwirkungen“

Zu diesem Thema referierte Dr. med. nat. Rainer Hoffmann, Internist und Gastroenterologe am Medizinischen Versorgungszentrum (MZV) Rothenburg o. d. Tauber.

Bei zunehmendem Lebensalter müsse mit altersbedingten Veränderungen der verschiedenen Organe gerechnet werden, die spontan zu den typischen Erkrankungen im Alter führen können, betonte Dr. Hoffmann. „Diese Entwicklung kann durch die medikamentöse Therapie, die heute bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen indiziert sind, beeinflusst, in der Regel gefördert werden. Diese

Erkrankungen sind dann häufig auch medikamentös zu behandeln, sodass auf Wechselwirkungen zwischen den Therapien geachtet werden muss“.

Eine Auswahl der Veränderungen, die häufig mit zunehmendem Alter eintreten, sind die Linsentrübung mit der Folge des „Grauen Stars“, die Neigung zu erhöhtem Blutzuckerspiegel

mit der Entwicklung eines Diabetes mellitus, die erhöhte Steifigkeit der Arterien mit der Folge des hohen Blutdrucks, die Abnahme der Nierenfunktion mit der Folge der mangelnden Ausscheidung von Medikamenten und Harnsäure, die abnehmende Funktion der T-Lymphozyten (wesentlicher Teil des Immunsystems) mit der Folge der Infektionsgefährdung und die Abnahme des Kalksalzgehalts der Knochen mit dem erhöhten Risiko von Knochenbrüchen.

Mesalazin, Sulfapyridin und E. coli Nissle sind bezüglich der oben genannten Erkrankungen im Wesentlichen unbedenklich, wobei eine eingeschränkte Nierenfunktion insbesondere bei Sulfapyridin immer beachtet werden muss.

Sehr bedenklich ist in diesem Zusammenhang allerdings die Wirkung der Glukocortikoide („Cortison“). Die typischen unerwünschten Wirkungen von „Cortison“ fördern gerade die meisten der alterstypischen Erkrankungen oder verschlechtern sie, wenn sie schon eingetreten sind: Es ist z.B. mit Erhöhung des Blutdrucks, Verschlechterung des Blutzuckerspiegels, Glaukomentwicklung, Förderung der Osteoporose, Anstieg des im Alter häufig bereits erhöhten Cholesterinspiegels zu rechnen. Die Wundheilung wird beeinträchtigt. Somit ist systemisch wirksames „Cortison“ nur mit der aller größten Vorsicht und unter guter Überwachung seiner Risiken im Alter einzusetzen. Budesonid mit in der Regel geringerer systemischer Wirkung ist ggf. vorzuziehen, jedoch nicht bedenkenlos.

Die Immunsuppressiva Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Methotrexat, Ciclosporin A, Tacrolimus und die Biologica Infliximab, Adalimumab und Golimumab stellen im Alter bei herabgesetzter Funktion des Immunsystems - von spezifischen Risiken für Nieren und Bluthochdruck abgesehen – insbesondere eine Gefahr für die Entwicklung von schweren bis lebensbedrohlichen Infektionen dar.

Eine typische Wechselwirkung mit dem im Alter nicht selten notwendigen Allopurinol zur Behandlung des erhöhten Harnsäurespiegels ist bei Azathioprin und 6-Mercaptopurin zu beachten. Durch Allopurinol wird die Ausscheidung der Medikamente durch die Niere stark gestört, sodass es zu schweren Überdosierungen kommen kann.



Dr. med. Torsten Brückner, Oberarzt in der Chirurgischen Klinik am Juliusspital Würzburg besprach das Thema **„Stuhlinkontinenz“**.

Die fehlende Fähigkeit, Stuhl oder Gase voneinander zu unterscheiden, sie zurückzuhalten und unter Kontrolle willkürlich abzusetzen, wird als Inkontinenz bezeichnet, so Dr. Brückner. Die Behandlung orientiert sich an der Schwere der Inkontinenz und an der Grunderkrankung. Neben konservativen Maßnahmen stehen vor allem operative Eingriffe zur Verfügung.

Neben einfachen pflegerischen Maßnahmen mit korrekter Analhygiene wie Pflege mit Hautschutzsalbe und Verwendung weicher Vorlagen, kommt vor allem der Stuhlregulation eine wichtige Rolle zu. Ballaststoffreiche, entblähende Ernährung und eindickende Medikation sind häufig gerade beim älteren Patienten sehr effektiv. Eine Verhaltensänderung mit geregelter Tagesablauf und regelmäßiger Stuhlgang ist anzustreben. Alle Patienten sollten angeleitet werden,

eigene Kontraktionsübungen zur Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur durchzuführen. Hierfür steht auch das sogenannte Bio-Feedback zur Verfügung. „Spezielle Diagnostik und spezifische Therapie gehören in die Hand des spezialisierten Proktologen“, so Dr. Brückner abschließend.



„Wenn man eine chronisch entzündliche Darmerkrankung hat, könnte man auf weitere Krankheitsercheinungen gut verzichten“, sagte Dr. med. Jutta Bohn, Internistin und Rheumatologin am Juliusspital Würzburg bei ihren Vortrag zu **„Meine CED ist nicht alleine – Schmerzen am Bewegungsapparat“**.

Leider komme es bei entzündlichen Darmerkrankungen auch zu Beschwerden außerhalb des Magen-Darm-Traktes und häufig ist dabei der Bewegungsapparat mitbetroffen.

Typische Symptome finden sich in Form von Gelenkentzündungen unterschiedlicher Gelenkregionen, die zum Teil gleichsinnig zur Darmentzündung, zum Teil auch unabhängig von der Krankheitsaktivität im Darm verlaufen können. Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung bereitet manchmal die entzündliche Wirbelsäulenbeteiligung, die der Darmerkrankung auch Jahre vorausereilen kann und sich in Form eines entzündlichen Rückenschmerzes bemerkbar macht.

Bei der Behandlung dieser Gelenkveränderungen werden überwiegend Medikamente verwendet, die auch bei der Behandlung der Grunderkrankung eingesetzt werden. Besondere Aufmerksamkeit benötigt die Behandlung mit Schmerzmitteln. Die sonst bei Schmerzen am Bewegungsapparat gern eingesetzten Medikamente aus der Gruppe der entzündungshemmenden Schmerzmittel (z.B. Diclofenac oder Ibuprofen) können die entzündlichen Darmveränderungen verschlechtern.

Ein weiteres wichtiges Thema im Verlauf der Krankheit – und generell im höheren Lebensalter - ist die Osteoporose. Als Risikofaktoren hierfür gelten neben dem weiblichen Geschlecht und zunehmenden Lebensalter auch ein niedriges Körpergewicht, große Mengen Alkohol, Nikotinkonsum und Immobilität. Speziell für Patienten mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung sind an weiteren möglichen Ursachen noch eine chronische Entzündung im Körper, eine länger andauernde Cortisonbehandlung und Mangelernährung zu erwähnen.

Da sich eine Osteoporose erst im weit fortgeschrittenen Stadium mit Symptomen wie dumpfem Rückenschmerz oder Knochenbrüchen bemerkbar macht, lohnt es, bereits frühzeitig gezielt danach zu suchen, wenn Risikofaktoren vorliegen. Dies kann gut mit Hilfe der Knochendichtemessung erfolgen. Anhand des Ergebnisses kann die weitere medikamentöse Behandlung der Osteoporose, die heutzutage gut durchgeführt werden kann, geplant werden. Als grundsätzliche prophylaktische Maßnahmen sind ausreichende Aufnahme von Kalzium und Vitamin D zu empfehlen sowie regelmäßige Bewegung.

„Besonders Patienten mit voroperiertem Morbus Crohn, die Anteile ihres Dünndarmes eingebüßt haben, sollten mit ihrem betreuenden Arzt besprechen, welche Art der Vitaminaufnahme sinnvoll und notwendig ist“, so Dr. Bohn.

Nach den Referaten hatten Betroffene die Möglichkeit, Ihre ganz persönlichen Fragen direkt mit den Referenten besprechen.