

Divertikulitis, NSAR-Kolitis usw.

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa – oder doch etwas anderes?

Dr. med. Jochen Maul

Teils krampfartige Bauchschmerzen und bisweilen schleimige oder blutige Durchfälle sind Hauptsymptome von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED). Bauchschmerzen sowie blutige oder schleimige Durchfälle treten jedoch im Alter nicht nur bei CED auf. Es gibt eine Vielzahl anderer Erkrankungen, die in Betracht kommen und deren Vorkommen wahrscheinlicher ist als das erste Auftreten eines Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa. Diese Erkrankungen sind aber auch bei Älteren in Betracht zu ziehen, bei denen bereits eine CED bekannt ist – vor allem, wenn Schubbeschwerden eher „untypisch“ erscheinen. Im Artikel werden die häufigsten infrage kommenden Differentialdiagnosen behandelt. *red*

„Bauchschmerzen und Durchfälle? –

Du hast wahrscheinlich auch 'nen Crohn.“

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED), die als Hauptsymptomatik meist mit teils krampfartigen Bauchschmerzen und bisweilen schleimigen oder blutigen Durchfällen

einhergehen. Zwar treten die Erkrankungen meist zwischen dem 15. und dem 30. Lebensjahr erstmals auf, es kann jedoch auch – aus bisher unklaren Gründen – zu einem ersten Auftreten zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr kommen. Dieses späte Auftreten ohne vorhergehende Beschwerden wird als „*late-onset*“-Erkrankung bezeichnet. Bauchschmerzen sowie blutige oder schleimige Durchfälle treten jedoch im Alter nicht nur bei CED auf. Es gibt eine Vielzahl anderer Erkrankungen, die in Betracht kommen und deren Vorkommen wahrscheinlicher ist als das erste Auftreten eines Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa (siehe Tabelle 1).

Diese Erkrankungen sind auch bei Älteren in Betracht zu ziehen, bei denen bereits eine CED bekannt ist – vor allem, wenn Schubbeschwerden eher „untypisch“ erscheinen. Insbesondere, wenn entsprechende Vorerkrankungen, z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen wie koronare Herzerkrankung (KHK – „Herzkranzgefäßverkalkungen“) und periphere arterielle Verschlusskrankung (pAVK) oder ein Diabetes mellitus (Blutzucker-Erkrankung) bestehen, müssen diese durch entsprechende Untersuchungen vom Schub

einer CED abgegrenzt werden. Im Folgenden werden die häufigsten Erkrankungen kurz vorgestellt.

Divertikel-Erkrankung und Divertikulitis

Divertikel sind Ausstülpungen der Schleimhaut, die meist am Dickdarm im Bereich des Sigma oder des aufsteigenden Dickdarms entstehen (siehe Abbildung 1 bis Abbildung 3). Sie kommen mit zunehmendem Lebensalter häufiger vor, so dass man bereits bei der Hälfte der Patienten im 60. Lebensjahr Divertikel nachweisen kann. Der genaue Entstehungsmechanismus ist nicht bekannt. Die häufigste Ursache von sichtbaren Blutbeimengungen im Stuhl (Hämatochezie) bei über 60-jährigen ist nicht etwa eine blutende

Hämorrhoid, sondern eine Blutung aus einer Arterie aus dem Grund eines Divertikels (siehe Tabelle 1). Diese kommt bei ungefähr jedem 5. Patienten mit Divertikeln vor. Ein erhöhtes Risiko für eine Divertikelblutung haben Patienten mit Bluthochdruck, einer Arteriosklerose, bei Einnahme von Gerinnungshemmern, wie z.B. ASS, oder kortisonfreien Entzündungshemmern (NSAR), wie den Wirkstoffen Ibuprofen oder Diclofenac. Entzünden sich Divertikel, spricht man von einer Divertikulitis. Diese geht meist mit Fieber, Appetitlosigkeit, linksseitigen Unterbauchschmerzen, Durchfällen – manchmal auch Verstopfung – einher. Eine Computertomographie (CT) oder eine Ultraschall-Untersuchung erlauben meist eine sichere Diagnosestellung. Eine Divertikulitis wird mit Antibiotika und durch Ruhigstellen des

Tabelle 1: Häufige Ursachen einer Darmblutung aus dem After.

Ursache	Häufigkeit in %
Divertikelblutung	30
Hämorrhoidenblutung	14
Ischämie Kolitis (siehe Abbildung 4)	12
chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED)	9
Blutung nach Polypenentfernung	8
Bösartige Erkrankungen (z.B. Dickdarmkrebs)	6
Gutartige Gefäßmissbildungen (Angiodysplasien) (siehe Abbildung 6)	3
Strahlenenteritis	3
Andere (NSAR-Kolitis, Infektionen, etc.)	6

Quelle: UCLA-CURE Hemostasis Research Group database

Abbildung 1:
Anatomie des Dickdarms

- 1: Hämorrhoidalregion
- 2: Enddarm/Mastdarm (Rektum)
- 3: S-Darm/Sigma (Colon sigmoideum)
- 4: absteigender Dickdarm (Colon descendens)
- 5: linke Flexur
- 6: Querdickdarm (Colon transversum)
- 7: rechte Flexur
- 8: aufsteigender Dickdarm (Colon ascendens)
- 9: Blinddarm (Zökum)
- 10: Wurmfortsatz (Appendix)
- 11: Dünndarmende (terminales Ileum).



Abbildung 2:
Unauffälliger Dickdarm

Spiegelnde Schleimhaut, erhaltene Gefäßzeichnung, erhaltene Haustrierung (Dickdarm-Ausbuchtungen).



Abbildung 3:
Dickdarmdivertikel
Ausstülpungen der Darmwand nach außen.



Darmes behandelt. Bei schwerem oder kompliziertem Verlauf der Divertikel-Erkrankung muss das Divertikel-tragende Darmsegment operativ entfernt werden.

NSAR-Kolitis und weitere medikamenteninduzierte Darmerkrankungen

Kortisonfreie Entzündungshemmer (NSAR), z.B. die Wirkstoffe Ibuprofen oder Diclofenac, werden im Alter häufig bei Gelenk- und Rückenschmerzen eingesetzt. Sie können jedoch neben einer Magenschleimhautentzündung auch zu einer Darmentzündung führen. Diese Entzündung kann so ausgeprägt sein, dass es zu blutenden Geschwüren kommt. Zudem können NSAR Schübe einer CED auslösen. Falls eine Schleimhautschädigung durch NSAR vorliegt, sollte deren Einnahme beendet werden.

Eine Vielzahl weiterer Medikamente kann zu Durchfällen (Diarrhöen) führen – diese sind dann meist wässrig. Am häufigsten kommt

dies bei Antibiotika, Säureblockern, Psychopharmaka, bestimmten Bluthochdruck- sowie Gicht- und Rheuma-Medikamenten, übermäßigem Abführmittelgebrauch, seltener bei Diabetes-Medikamenten und chemotherapeutischen Substanzen vor. Hier bleibt ebenfalls häufig nur das Absetzen des Medikamentes zur Behandlung der Durchfälle übrig.

Ischämie Kolitis

Die ischämische Kolitis (Ischämie: Minderdurchblutung eines Gewebes) beruht auf einer Durchblutungsstörung des Darmes. An diese muss insbesondere im höheren Alter, bei bekannter Arteriosklerose oder einer Blutzucker-Erkrankung (Diabetes), nach Operationen an der Bauchschlagader (in 5 bis 10 Prozent der Fälle) und bei deutlich verminderter Herzleistung gedacht werden. Zudem kann sie auch durch Verschlüsse (Thrombosen) von Darmvenen



Abbildung 4:

Ischämische Kolitis

Sektorförmig-betonte, besonders auf den Faltenkämmen ausgeprägte, livid-rote Schleimhaut mit gelblichen Fibrinausschwitzungen und Geschwüren (Pfeil), verwaschene bis fehlende Gefäßzeichnung.

J. Maul, Charité – Universitätsmedizin Berlin

entstehen. Bei Thrombosen der Darmvenen liegen meist Erkrankungen vor, die mit einer gesteigerten Gerinnungsfähigkeit des Blutes einhergehen, wie z.B. bösartige Blut-erkrankungen. Bei der ischämischen Kolitis bemerkt der Betroffene einen plötzlichen Bauchschmerz, hat Stuhldrang und Durchfall mit hellrotem Blut.

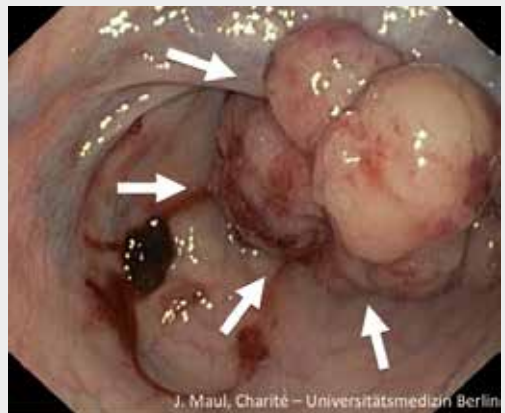
Die ischämische Kolitis kann meist konservativ behandelt werden. Nur selten ist der Verlauf lebensbedrohlich, so dass der minderdurchblutete Darmabschnitt chirurgisch entfernt werden muss. Leider ist die ischämische Kolitis klinisch, endoskopisch und in ergänzenden Untersuchungen gelegentlich schwer von einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung zu unterscheiden (siehe Abbildung 4). Da die bei Colitis ulcerosa indizierte immunsuppressive Therapie bei der zu septischen Komplikationen neigenden ischämischen Kolitis problematisch sein kann, ist die Therapieentscheidung in dieser Situation erschwert.

Bösartige Erkrankungen

Prinzipiell sollte bei Blutabgang über den Stuhl eine Dickdarmspiegelung (Koloskopie) – gegebenenfalls auch eine Magenspiegelung (Ösophagogastroduodenoskopie) durchgeführt werden. Nicht nur, um gegebenenfalls die Blutungsquelle zu behandeln, sondern auch zum Ausschluss bösartiger Erkrankungen wie z.B. Dickdarmkrebs (kolorektales Karzinom). Bei einem kolorektalen Karzinom sind Durchfälle seltener, eher kommt es zur unspezifischen Änderung der Stuhlgewohnheiten. Symptome bösartiger Erkrankungen des oberen Magen-Darm-Traktes (Speiseröhre, Magen, Dünndarm) sind eher Schluckbeschwerden, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Blutarmut (Anämie). Die Diagnosesicherung erfolgt dabei während einer Magenspiegelung. In der Behandlung spielen Operation und/oder Chemotherapie die wesentliche Rolle.

Vorsorge-Untersuchungen helfen, Krebs zu vermeiden! Ziel ist es, den Dickdarmkrebs

Abbildung 5:
Blutender Dickdarmpolyp.



in einem frühen Stadium oder Vorstufen davon zu erkennen und diese endoskopisch zu entfernen (siehe Abbildung 5). Mit der Darmkrebs-Vorsorge sollte nach der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) ab dem 50. Lebensjahr begonnen werden. Für gesetzlich Krankenversicherte ist eine Dickdarmspiegelung ab dem vollendeten 55. Lebensjahr kostenfrei. Falls Verwandte ersten Grades (Geschwister, Eltern) einen Dickdarmkrebs hatten/haben, sollte in einem Lebensalter, das 10 Jahre vor dem Alterszeitpunkt des Krebs-Auftretens bei den Verwandten liegt, erstmals eine vollständige Dickdarmspiegelung durchgeführt werden.

Bei Patienten mit CED ist das Dickdarmkrebs-Risiko im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht. Hier empfiehlt die DGVS bzw. die ECCO (European Crohn's and Colitis Organisation) eine Vorsorge-Dickdarmspiegelung ab dem 8. bis 10. Jahr seit Krankheitsbeginn. Folgeuntersuchungen sollten dann alle ein

bis fünf Jahre, je nach Risikoprofil durchgeführt werden. Detaillierte Angaben im Artikel von Prof. Leifeld in diesem Heft ab Seite 48.

Strahlenenteritis

Die radioaktive Bestrahlung bösartiger Tumoren im Bauchbereich führt zu einer Schädigung des Darmes (Strahlenenteritis), und zwar akut (nach einigen Wochen) oder chronisch (erst nach Monaten/Jahren). Akut sind die Folge meist blutige Durchfälle oder Unterbauchkrämpfe, chronisch eher Durchfälle, Engstellen und Fisteln (Verbindung zu Hohlorganen wie Harnblase oder Scheide).

Infektionserkrankungen des Darmes

Ältere Menschen sowie CED-Patienten sind anfälliger für Magen-Darm-Infektionen. Akut auftretende Durchfall-Episoden mit unkom-



Abbildung 6:
Angiodysplasien im Dickdarm
Feine gutartige Gefäßneubildungen.

pliziertem Verlauf sind meist ohne therapeutische Maßnahmen selbstlimitierend und benötigen keine Infektionsdiagnostik.

Manche Erreger können auch über längere Zeit bestehen bleiben (z.B. Yersinien, Campylobacter, Noro-Viren). Insbesondere bei „untypischen“ Schubbeschwerden einer CED unter Immununterdrückung sollte zunächst, wie auch bei jüngeren CED-Patienten üblich, eine Infektion ausgeschlossen werden. Durch Stuhl- bzw. in manchen Fällen auch Blutuntersuchungen ist die Diagnostik bzw. der Ausschluss der in dieser Situation wesentlichen Durchfall-Erreger schnell und einfach möglich.

Gutartige Gefäßmissbildungen (Angiodysplasien)

Mit zunehmendem Alter kann es an allen Stellen des Magen-Darm-Traktes zu gutartigen Gefäßmissbildungen kommen (siehe Abbildung 6). Deren verletzbare Gefäße können leicht bluten, insbesondere wenn eine blutverdünnende Medikation (ASS, Marcumar o.ä.) eingenommen wird. Die Blutung tritt plötzlich auf, ist meist stark und schmerzfrei. Die Blutstillung gelingt häufig endoskopisch.

Neben den oben erwähnten Krankheitsbildern gibt es natürlich noch etliche seltene Ursachen für Bauchschmerzen, Durchfälle und Blutbeimengungen im Stuhl bei älteren Menschen. Wichtig ist, dass bei diesen Symptomen eine zügige Abklärung erfolgen sollte – insbesondere bei den „Warnsignalen“ Blut im Stuhl sowie Gewichtsverlust, sowie bei CED-Patienten zusätzlich bei „untypischen“ Schubbeschwerden. ©



Dr. med. Jochen Maul

ist Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie der Medizinischen Klinik für Gastroenterologie, Infektiologie und Rheumatologie am Campus Benjamin Franklin der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

E-Mail: jochen.maul@charite.de