

Kranker Darm – was tun?

Claudia Müller

Unser Darm ist das Organ, das die größte Kontaktfläche zur Umwelt hat. Denn seine Oberfläche ist durch Falten und Einbuchtungen unvorstellbar groß. Wenn unser Verdauungsorgan krank wird, ist häufig der untere Teil, der Dickdarm, betroffen. Zu den häufigsten Erkrankungen zählen neben Krebs die entzündlichen Darmerkrankungen, Verstopfung und Divertikulose.

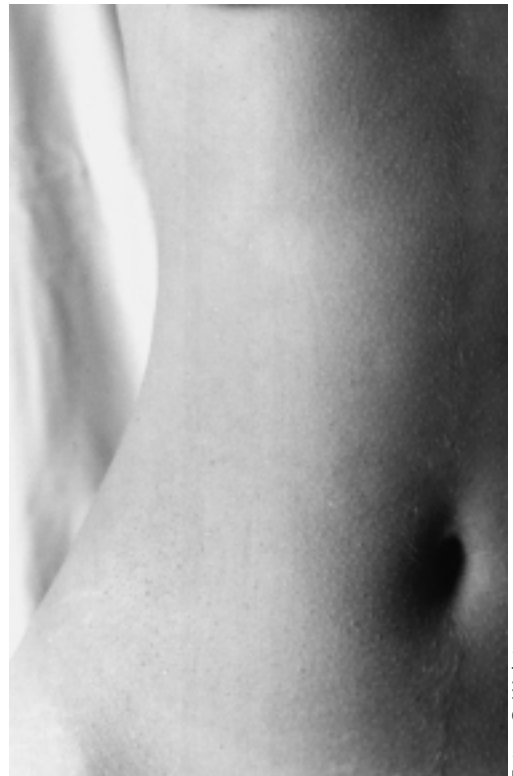
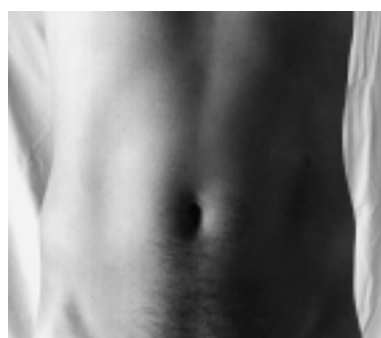
Chronische Entzündungen

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa ähneln sich stark in ihren Krankheitsmerkmalen und werden daher unter dem Begriff chronisch entzündliche Darmerkrankungen zusammengefasst. Colitis ulcerosa tritt etwas häufiger auf: Etwa 80 bis 150 von 100.000 Menschen leiden an Colitis ulcerosa, während rund 30 von 100.000 Personen an Morbus Crohn erkranken.

Der größte Teil der Colitis-ulcerosa-Kranken ist zwischen 20 und 30 Jahren alt. Sie leiden an einer Entzündung der Darmschleimhaut (Darmmukosa), die im fortgeschrittenen Stadium die Schleimhaut weitgehend zerstören kann. Meist ist das Ende des Darms, das Rektum, befallen. Die Entzündung kann sich im Verlauf der Erkrankung auch auf weitere Teile des Dickdarms ausdehnen. Ist ausschließlich der Enddarm betroffen, wird die Erkrankung Proktitis ulcerosa genannt. Das Hauptkennzeichen von Colitis ulcerosa ist blutiger Durchfall.

Häufig wird er von Koliken, Übelkeit, Fieber und Gewichtsverlust begleitet.

Morbus Crohn entsteht in der Regel vor dem 35. Lebensjahr. Neben dem Dickdarm können bei dieser Erkrankung auch alle übrigen Teile des Magen-Darm-Traktes befallen sein. Am häufigsten sind jedoch der untere Teil des Dünndarms (Ileum) und der Dickdarm betroffen. Im Gegensatz zur Colitis ulcerosa ist der Darm oft gleichzeitig an mehreren Stellen entzündet, so daß zwischen befallenen Arealen gesunde Abschnitte liegen können. Neben der Darmmukosa entzündet sich auch tiefer gelegene Schichten der Darmwand. Dadurch nimmt die Gefahr



Fotos: S. Weigt

zu, daß Fisteln oder Abszesse entstehen. Bei Fisteln handelt es sich um röhrenförmige Gänge zwischen dem Darm und äußeren und inneren Körperoberflächen, die zu weiteren Entzündungen führen können. Abszesse sind mit Eiter gefüllte, neu gebildete Körperhölräume.

Morbus Crohn-Kranke werden vor allem von Bauchschmerzen, Gewichtsabnahme, Durchfall, Fieber und unter Umständen Analfisteln geplagt. Gelegentlich findet sich auch hier Blut im Stuhl.

Der Krankheitsverlauf

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind chronische Erkrankungen. Bei beiden Krankheiten kommt es zu akuten Schüben bzw. Rückfällen und Phasen der Besserung, Remission genannt, in denen der Darm völlig abheilen kann. Die langandauernden, schweren Entzündungen schädigen die Darmschleimhaut. Dadurch kann ihre Funktion, das heißt die Aufnahme von Nährstoffen gestört werden. Mangelerscheinungen sind die Folge. Bedingt durch den blutigen Durchfall kommt es vor allem zu einem Verlust des Spurenelements Eisen. Je nach Schwere der Entzündung kann sich eine Eisenarmut (Anämie) entwickeln.

Gleichzeitig führt der Durchfall zu Wasser- und weiteren Nährstoffverlusten. So wurde bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ein Mangel an Eiweiß und verschiedenen Vitaminen, z. B. Vitamin A, C, D, Thiamin und Folsäure, sowie an Spurenelementen wie Zink und Selen beobachtet. Die Entzündungen können sich auch auf andere Organe ausbreiten. Häufig sind Augen, Haut, Galle und Leber in Mitleidenschaft gezogen. Patienten, die schon lange an einer entzündlichen Darmerkrankung leiden, ha-

Mögliche Ursachen für Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa:

- Genetische Veranlagung
- Infektion (z.B. mit Mycobacterium paratuberculosis)
- Immunologische Prozesse
- Ernährungsaspekte
- Umwelteinflüsse
- Nikotinkonsum
- Psychosomatische Faktoren

ben ein erhöhtes Risiko, an Darmkrebs zu erkranken – insbesondere bei Colitis ulcerosa. Eine regelmäßige ärztliche Kontrolle ist daher unbedingt erforderlich.

Entstehung noch immer unklar

Zu den wichtigsten Diagnoseverfahren zählen die Darmspiegelung (Endoskopie), Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen (Sonographie). Bei der Endoskopie wird ein dünnes schlauchartiges Instrument in die entsprechenden Darmabschnitte eingeführt, mit dem die Darmwand beobachtet werden kann. Unterschieden wird zwischen einer Gastroskopie (Magenspiegelung) und einer Koloskopie (Dickdarmspiegelung). Auch die Entnahme kleiner Gewebepro-

ben (Biopsie) hilft bei der Diagnose. Auf Röntgenaufnahmen erkennen Fachärzte vor allem Ausbuchtungen der Darmwand und gestörte Darmbewegungen.

Die Ultraschalluntersuchung belastet im Vergleich zu den anderen Methoden den Patienten am wenigsten. Daher wird sie in der Regel bei erstmaligem Verdacht auf eine chronisch entzündliche Darmerkrankung durchgeführt; sie reicht aber als alleinige Untersuchung nicht für eine eindeutige Diagnose aus.

Wie Colitis ulcerosa und Morbus Crohn entstehen, ist bis heute nicht geklärt. Verschiedene Ursachen bzw. begünstigende Faktoren werden diskutiert (siehe Kasten). Bekannt ist bisher lediglich, daß diese Erkrankungen in manchen Familien gehäuft auftreten, was für eine genetische Veranlagung spricht. Die Hypothesen, daß ein erhöhter Konsum von Zucker bzw. chemisch aufbereiteten Speisefetten (insbesondere Margarine) an der Entstehung von Morbus Crohn beteiligt ist, konnten bisher wissenschaftlich nicht bestätigt werden. Auch der Einfluß der Psyche ist strittig.

Keine spezielle Diät erforderlich

Da die Ursachen der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen nicht eindeutig bekannt sind, besteht die Therapie lediglich aus einer Behandlung der Symptome. Bei schweren akuten Krankheitschüben werden die Betroffenen zum Teil mit chemisch definierten

Formeldiäten ernährt, das heißt über Nährstoffgemische mit konstantem Nährstoffgehalt in Pulver- oder Granulatform. Diese Formeldiäten verhindern das Fortschreiten der Erkrankung und führen zu einer Besserung der Symptome. In der akuten Phase werden Medikamente mit entzündungshemmenden Wirkstoffen verabreicht. Bei einer starken Entzündung setzen viele Ärzte Kortisonpräparate ein. Derzeit wird diskutiert, ob die Einnahme von Immunsuppressiva und Antibiotika sinnvoll ist. Um Rückfälle zu vermeiden, hat sich bei Colitis ulcerosa eine vorbeugende Behandlung mit Entzündungshemmern bewährt. Ob dies auch bei Morbus Crohn wirkt, ist noch nicht bekannt.

Verläuft die medikamentöse Therapie ohne Erfolg, muß in schweren Fällen operiert werden. Bei Colitis ulcerosa entfernen Spezialisten teilweise den gesamten Dickdarm und schaffen einen künstlichen Darmausgang. Dagegen reicht es bei Morbus Crohn häufig aus, nur einen Teil des Darms zu entfernen. Allerdings kann dadurch eine erneute Entzündung an anderer Stelle des Darms nicht ausgeschlossen werden.

Inwieweit die Ernährung einen Einfluß auf die Entstehung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen hat, ist ebenfalls noch nicht geklärt. Aus diesem Grund kann keine spezielle Diät empfohlen werden. In Phasen der Besserung sorgt eine ausgewogene ballaststoffreiche Kost für die Nährstoffversorgung, falls keine weiteren Komplikationen vorliegen. Le-



bensmittel, die beim Patienten Unverträglichkeiten hervorrufen, sollte er selbstverständlich meiden. Hierzu können unter anderem Milch, Hefe oder Getreide gehören.

Während eines akuten Schubes ist eine ballaststoffarme Ernährung besser verträglich. Liegt gleichzeitig eine erhöhte Fettausscheidung mit dem Stuhl vor, muß das Essen außerdem fettarm sowie eiweißreich zusammengestellt werden. Wichtig ist vor allem, ausreichend Nahrungsenergie und Nährstoffe zuzuführen. Bei Kindern kann es andernfalls zu Wachstumsstörungen kommen, bei Erwachsenen muß mit Mangelerscheinungen gerechnet werden. Um die Folgen des Durchfalls zu mildern, ist eine ausreichende Flüssigkeits- und Mineralstoffzufuhr ganz wesentlich. Diskutiert wird derzeit, ob kurzkettige Fettsäuren und Fischöl, das reich an Omega-3-Fettsäure ist, therapeutisch wirken. Verschiedene Studien kommen jedoch zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Unregelmäßiger und seltener Stuhlgang

Unter Verstopfung (Obstipation) verstehen Mediziner eine zu seltene, verzögerte Darmentleerung. Der Stuhlgang findet dabei weniger als zwei- bis dreimal pro Woche statt. Die Patienten beschreiben ihren Stuhl bzw. Stuhlgang als zu hart, zu wenig, zu selten und zu unregelmäßig. Häufig kommt es gleichzeitig zu Schwierigkeiten bei der Stuhlentleerung (Defäkation), einem Gefühl unvollständiger Entleerung, starkem Pressen beim Stuhlgang und Absetzen eines har-

Einflußfaktoren der habituellen Obstipation:

- ballaststoffarme Ernährung
- mangelnde körperliche Bewegung
- langjährige Unterdrückung des Defäkationsreizes
- psychische Belastungen
- Einnahme von Abführmitteln



ten Kots. Dabei können auch Unterleibsschmerzen, Völlegefühl und Kopfwahl auftreten. Experten gehen davon aus, daß ein Großteil der deutschen Bevölkerung an Verstopfung leidet. Die Zahl von 30-60 Prozent basiert allerdings nur auf Schätzungen, da die Dunkelziffer sehr hoch liegt. Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer; ab dem 65. Lebensjahr nimmt die Häufigkeit jedoch bei beiden Geschlechtern stark zu.

Obstipation kann z. B. durch eine Spiegelung der unteren Darmabschnitte, Untersuchungen von Stuhl und Stuhlentleerung sowie Transitzeiten diagnostiziert werden. In der Regel wissen die Betroffenen aber selbst, daß sie an Verstopfung leiden.

Falsche Ernährung und Bewegungsmangel

Eine wesentliche Bedeutung bei der Forschung nach den Ursachen kommt der Krankengeschichte des Betroffenen zu, mit der verschiedene Faktoren wie falsche Ernährungsgewohnheiten, Einnahme von Medikamenten, mangelnde körperliche Bewegung oder bestehende Erkrankungen erfaßt werden können. Die akute Obstipation entwickelt sich innerhalb von einigen Tagen. Häufig liegt ihr eine Umstellung der gewohnten Lebensweise zugrunde, z. B. bei einer Reise, Schwangerschaft, veränderter Ernährung und ungenügender oder gestörter Bettruhe. Besteht die Verstopfung länger als sechs Monate, handelt es sich um

eine chronische Obstipation. Verstopfung kann auch als Begleitsymptom bei Störungen im Hormonhaushalt, bei nervlichen oder psychiatrischen Erkrankungen auftreten. Sie wird auch bei einem Tumor, einer Divertikulose (siehe unten) oder Verengung des Darms beobachtet. Harntreibende Medikamente, Antidepressiva, Abführ-

mittel oder die Antibabypille können ebenfalls zu einer Verstopfung führen. Liegt keine organische Ursache vor, wird sie als habituelle Obstipation bezeichnet. Verschiedene Gründe sind die Ursache (siehe Kasten), wobei eine Verstopfung häufig die Summe mehrerer Faktoren ist.

Verstopfung kann auch dadurch entstehen, daß über einen längeren Zeitraum Abführmittel eingenommen wurden. Aufgrund einer falschen Vorstellung von einer normalen Darmtätigkeit greifen viele Menschen voreilig zu sogenannten Laxantien, um ihren Darm in Schwung zu bringen. Diese Medikamente bewirken jedoch, daß vermehrt Kalium, Natrium und Wasser verlorengehen. Außerdem gewöhnt sich der Körper an diese Hilfsmittel, und der Darm wird noch träger. Letztendlich fördert das wiederum die Verstopfung.

Ballaststoffreich essen und viel trinken

Eine zu geringe Flüssigkeitszufuhr und ein zu geringer Ballaststoffgehalt der Nahrung sind die Hauptursachen für eine Obstipation. Eine ballaststoffreiche Kost ist die beste Vorbeugung und dient gleichzeitig als Therapie. Ballaststoffe können relativ viel Wasser binden und erhöhen so das Stuhlvolumen. Sie verringern damit den Druck im Darm, wodurch sich die Zeit verkürzt, in der der Speisebrei durch den Darm wandert (Transitzeit). Allerdings ist zu bedenken, daß nicht jeder, der sich ballast-

stoffarm ernährt, an einer Verstopfung leidet. Dies läßt vermuten, daß noch weitere Faktoren bei der Entstehung der Obstipation eine Rolle spielen.

Um gegen die Verstopfung vorzugehen, sollten Betroffene ihre Ballaststoffzufuhr steigern, indem sie mehr Obst, Gemüse, Getreide und Getreideprodukte verzehren. Bei älteren Patienten reicht diese Empfehlung in vielen Fällen jedoch nicht aus; hier ist ein individueller Diätplan erforderlich. Führt eine Ernährungsumstellung nicht zum Erfolg, hat sich Weizenkleie zur Steigerung des Stuhlvolumens als besonders effektiv erwiesen. Auch Leinsamen können als Quellmittel dienen und somit zur Besserung beitragen. Wird die Ballaststoffzufuhr gesteigert, muß gleichzeitig auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr geachtet werden – insbesondere wenn Speisekleie aufgenommen wird. Sonst besteht die Gefahr, daß der gegenteilige Effekt erzielt wird.

Auch milchsauer vergorene Lebensmittel wie Sauerkraut oder Joghurt, in Wasser eingeweichte Backpflaumen und verschiedene Obstsaften haben eine abführende Wirkung. Laktulose, ein von Bakterien im Dickdarm abbaubarer synthetischer Zweifachzucker, wird ebenfalls gegen Verstopfung eingesetzt, häufig bei älteren Menschen. Das Erlernen eines regelmäßigen Entleerungsrhythmus sowie gesteigerte körperliche Aktivitäten sind weitere therapeutische Maßnahmen. Läßt sich der Stuhlgang mit den genannten Maßnahmen nicht regulieren, muß der Einsatz von Abführmitteln überlegt werden. Sobald eine Besserung eintritt, müssen sie wieder abgesetzt werden. Wer über lange Zeit regelmäßig Abführmittel eingenommen hat, muß diese allmählich reduzieren, da der Körper sich an die Medikamente gewöhnt hat.

Der Darm stülpt sich aus

Divertikel sind sackförmige Ausstülpungen der Darmwand, die vorwiegend im s-förmigen Teil

des Dickdarms vorkommen. Treten zahlreiche Divertikel auf, spricht man von Divertikulose. Diese Darmerkrankung betrifft vor allem Männer ab dem 60. Lebensjahr. Fast die Hälfte der 60-70jährigen leidet an dieser Krankheit. Die Mehrzahl der Patienten spürt allerdings nichts davon. Die Diagnose erfolgt daher eher zufällig bei Röntgenuntersuchungen oder Darmspiegelungen. Manche leiden an linksseitigen Schmerzen im Unterbauch, Durchfall, Verstopfung oder Blähungen. Bei etwa 10-20 Prozent der Patienten entzündet sich die Wand des ausgestülpten Darmteils (Divertikulitis), und es kommt zu krampfartigen Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Fieber und Anstieg der weißen Blutkörperchen. Auch Komplikationen wie Abszeß- und Fistelbildung, Blutungen, Verengungen und Krebs wurden bei Patienten mit Divertikulose beobachtet. Der Verlauf der Krankheit ist von Schüben und beschwerdefreien Phasen gekennzeichnet.

Ballaststoffe lindern den Druck im Darm

Experten nehmen an, daß ein erhöhter Druck im Darm die wichtigste Ursache der Divertikulose ist. Ein hoher Druck entsteht, wenn der Darm aufgrund einer ballaststoffarmen Ernährung nur mangelhaft gefüllt ist. Verschiedene Studien bestätigen, daß ein geringer Ballaststoffgehalt in der Nahrung das Risiko für eine Divertikulose steigert. Zudem tritt diese Erkrankung in westlichen Ländern mit ballaststoffarmer Ernährung vergleichsweise häufig auf. Als weitere Ursache für die Entstehung wird eine Gewebeschwäche der Dickdarmwand vermutet. Die Darmwand verliert im Alter ihre Festigkeit und Dehnungsfähigkeit, was die Entstehung von Ausstülpungen begünstigt.

Als erfolgreiche Therapie hat sich eine ballaststoffreiche Ernährung erwiesen, vorausgesetzt, es liegen keine weiteren Komplikationen vor. Durch eine ausreichende Zu-

fuhr an Ballaststoffen sinkt der Druck im Darm und normalisiert sich. Insbesondere der zusätzliche Verzehr von Kleie führt zu einer Besserung der Divertikulose. Nur in seltenen Fällen ist eine chirurgische Behandlung notwendig.

Vollwert-Ernährung – die beste Prävention

Trotz intensiver Forschung bestehen bei den verschiedenen Darmerkrankungen noch einige Wissenslücken. Dies betrifft insbesondere die Suche nach den Ursachen – vor allem bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Weitere wissenschaftliche Untersuchungen sind daher notwendig, um die verschiedenen Einflußfaktoren zu klären. Deutlich wird, daß die Ernährung bei den dargestellten Krankheiten eine wichtige Rolle spielt. Insbesondere bei der Verstopfung und der Divertikulose ist eine ballaststoff- und nährstoffreiche, ausgewogene Kost, also Vollwert-Ernährung, sowohl zur Therapie als auch zur Prävention ideal. Auch während der symptomfreien bzw. -armen Phasen bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sorgt diese Ernährungsweise für eine optimale Nährstoffzufuhr. Sie muß selbstverständlich an die jeweilige Situation des Patienten angepaßt werden.



Anschrift der Verfasserin:
Dipl. oec. troph. Claudia Müller
Im Boden 6
D-65205 Wiesbaden

Literaturangaben:

- ELFRINK, R.J.: Colonic diverticula. When complications require surgery and when they don't. In: Proctol. Med. 92, S. 97-108, 1992
- JONES, D.J.: Diverticular disease. In: Brit. Med. J. 304, S. 1435-1437, 1992
- KASPER, H.: Diäten bei Magen-Darm-Erkrankungen. In: Akt. Ern. Med. 18, S. 117-131, 1993
- MORIARTY, K.J.; IRVING, M.H.: Constipation. In: Brit. Med. J. 304, S. 1237-1240, 1992
- PODOLSKY, D.K.: Inflammatory bowel disease. In: N. Eng. J. Med. 325, S. 928-1016, 1991
- RABAST, U.: Problem Obstipation: Helfen Ballaststoffe? In: Med. Mo. Pharm. 16, S. 325-329, 1993
- ROSEMEYER, D.: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen. In: Ern. Umschau 37, S. 8-15, 1990