

Diagnostik Morbus Crohn

DAS GESAMTBILD IST ENTSCHEIDEND

Die Diagnose von **Morbus Crohn** bedarf einer gründlichen Anamnese. An erster Stelle steht deshalb eine umfassende Befragung zur Krankheitsgeschichte durch den*die Behandler*in (i. d. R. Gastroenterolog*in).¹

Ist der Verdacht auf Morbus Crohn gegeben, folgen verschiedene Untersuchungen. Die Diagnose stützt sich auf eine Kombination aus:¹

- 1. Körperlichen Untersuchungen**
Manuelle Untersuchung, Fiebertemperaturen, orale und perianale Inspektion auf extraintestinale Manifestationen (EIM)
- 2. Untersuchung von Blut und Stuhl¹**
Blut: Blutbild, Mangelzustände, Eisenhaushalt, Entzündungsmarker (CRP), Nierenfunktion, Transaminasen- (Leber) und Cholestaseparameter (Galle)
Stuhl: Hämoccult-Test, fäkales Calprotectin, intestinale Infektion
- 3. Ultraschall¹**
Entzündungen in der Darmwand erkennen
- 4. Endoskopie¹**
Kolo- und/oder Gastroskopie (Darm-/Magenspiegelung)
- 5. MRT und CT¹**
Ulzera, Fisteln, Abszesse werden sichtbar
- 6. Histologie¹**
Colon-/Ileumbiopsie

MÖGLICHE THERAPIEMASSNAHMEN

- Medikamentös:¹**
Aminosalicylate, Steroide, klassische Immunsuppressiva, Biologika
- Ergänzend:¹**
z.B. Schmerz-, Ernährungs- und komplementäre Therapie, psychologische Hilfe
- Operationen:¹**
z.B. teilweise Darmresektion, Entfernung von Fisteln

Unterstützende Services

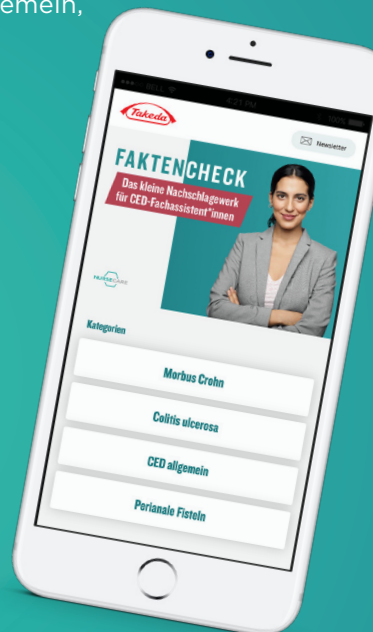
FAKTENCHECK CED

Auf unserer Faktencheck-Website finden Sie kompakte Informationen zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) allgemein, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und perianalen Fisteln.

Testen Sie Ihr Wissen spielerisch in unserem Quiz



takeda-gastroenterologie.de/nursecare/faktencheck-ced



Weitere Informationen und Services erhalten Sie über:
www.takeda-gastroenterologie.de/nursecare

1. Preiß JC et al. Z Gastroenterol 2014; 52(12): 1431-1484.
2. Baumgart DC. Dtsch Arztebl Int 2009; 106(8): 123-33.
3. Stange EF. Entzündliche Darmerkrankungen. Schattauer (Verlag) 2015.
4. Krohn et al. Bundesgesundheitsbl 2020; 63: 839-845.
5. Hüppe A et al. Z Gastroenterol 2013; 51(3): 257-270.
6. Plachta-Danielzik, S. et al. „2. Epidemiologie der CED“ In Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen edited by Kucharzik, T. et al. De Gruyter (Verlag) 2018, pp. 17-24.
7. Maaser C et al. J Crohns Colitis 2017; 11(8): 905-920.
8. Antes G. Bildgebende Dünndarmdiagnostik; Morbus Crohn. Springer (Verlag) 1998.

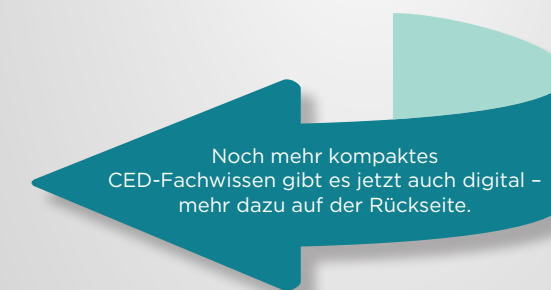
1107102226/EXA/DE/ENT/0338

Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG,
Potsdamer Str. 125, 10783 Berlin



MORBUS CROHN FAKTEN CHECK

FÜR MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE





CED – Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

CED-BASISWISSEN

Die zwei bedeutendsten chronisch entzündlichen, nicht infektiösen Darmerkrankungen sind Morbus Crohn (MC) und Colitis ulcerosa (CU).¹

Ihr Krankheitsverlauf erfolgt typischerweise in immer wiederkehrenden Schüben.²

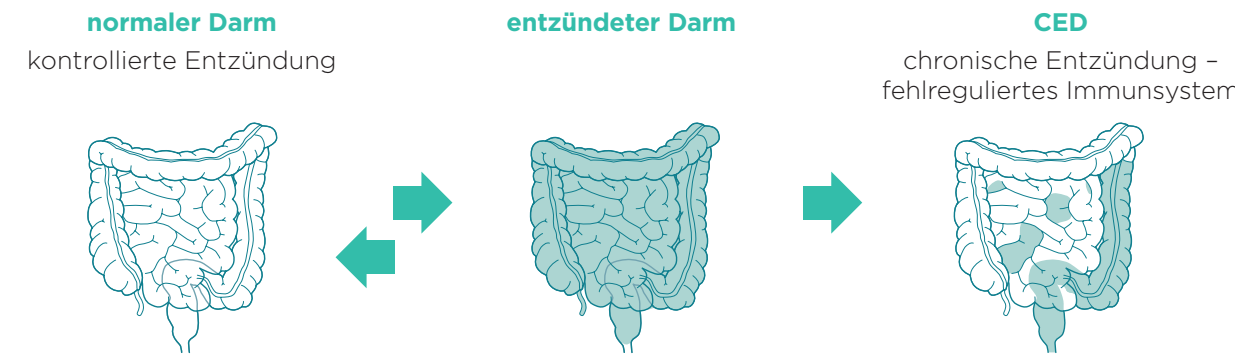
Da es sich um Systemerkrankungen handelt, kann sich die Erkrankung auch außerhalb des Verdauungstraktes bemerkbar machen.²

 <p>CED – Leitsymptome</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diarrhöen (zum Teil blutig)^{1,2} • Abdominale Schmerzen² 	 <p>Chronisch</p> <ul style="list-style-type: none"> • Langfristig – lebensbegleitend² • Unvorhersehbarer Verlauf⁴ • Derzeit keine Heilung möglich³
 <p>Leidensdruck der Patient*innen⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stark eingeschränkte Lebensführung • Beeinträchtigt Sexualleben • Stress, Depressionen • Erhöhte Arbeitsunfähigkeit • 73% der Patient*innen erleben psychosoziale Belastung 	 <p>Häufigkeit – Inzidenz in Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> • CU: 3,0–3,9 Fälle/100.000 Einwohner*innen⁶ • MC: 6,6 Fälle/100.000 Einwohner*innen⁶ • Weltweite Zunahme der Erkrankungsfälle² • Erstdiagnose häufig im jungen Erwachsenenalter²

PATHOGENESE DER CED

Multifaktorielle Ursache der unkontrollierten Entzündung

Die Pathogenese der CED ist ein multifaktorielles Zusammenspiel von genetischen Einflüssen, Umgebungsfaktoren (z. B. Infektionen, Mikrobiom oder Nikotinkonsum bei MC) und einer Störung der Darmbarriere.^{3,7}



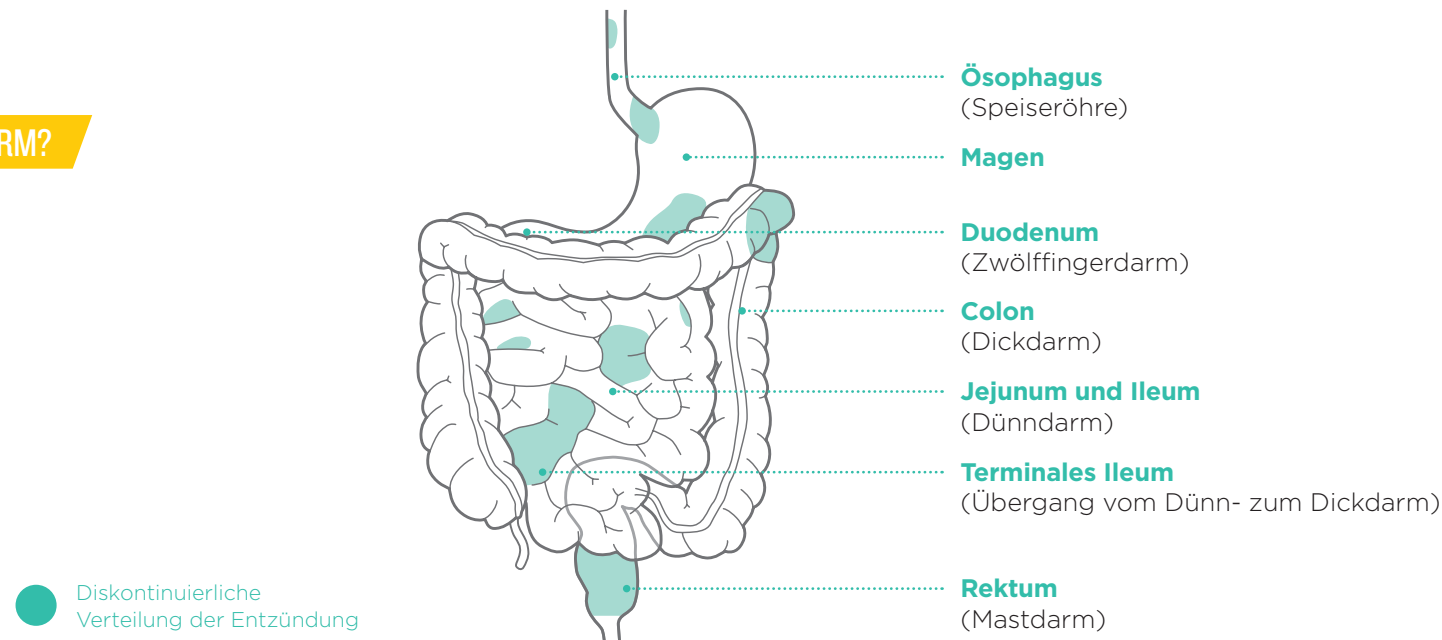
Während ein normaler Darm Entzündungsprozesse herunterreguliert, ist die Immunregulation bei CED fehlerhaft. Entzündungsprozesse werden weiter angefeuert und die Immunabwehr richtet sich auch gegen die normalerweise immunologisch tolerierte körpereigene intestinale Mikrobiota.³

Abb. erstellt auf Basis von Stange EF, 2015.³

Morbus Crohn

WAS PASSIERT IM DARM?

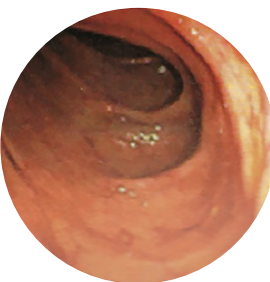
Morbus Crohn kann den gesamten Gastrointestinaltrakt, von der Mundhöhle bis zum After, befallen. Die Entzündung tritt dabei typischerweise in einem diskontinuierlichen Befallsmuster auf – kranke und gesunde Darmabschnitte wechseln sich ab.³



DAS ENTZÜNDUNGSBILD

Anders als bei der Colitis ulcerosa kommt es beim Morbus Crohn zu transmuralen Entzündungen aller Darmwandschichten (Mukosa bis Serosa).³ Durch die Entzündung schwellen gesunde Schleimhautabschnitte in der Umgebung von Läsionen an und es bildet sich das für MC charakteristische ungleichmäßige Pflastersteinrelief.⁹

normaler Darm



Morbus Crohn

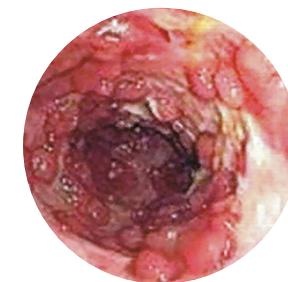


Abb. zeigt endoskopische Aufnahmen Prof. Dr.med. T. Ochsenkühn, München.

Komplikationen und Begleiterkrankungen

MORBUS CROHN: MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN

Im Krankheitsverlauf des MC kann es zu einer Reihe von Komplikationen kommen, z. B. zur Entstehung von Ulzera (Geschwüren), Fissuren (Rissen) oder Darmengstellen (Stenosen und Strikturen). Eine weitere häufige Komplikation bei MC ist die Entwicklung perianaler Fisteln.³



Abb. erstellt auf Basis von Stange EF, 2015.³

EXTRAINTESTINALE MANIFESTATIONEN (EIM)

Eine Auswahl möglicher EIM mit Angabe der Häufigkeit bei CED-Patient*innen in Prozent:³

<p>Auge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episkleritis, Uveitis 10% 	<p>Gelenke/Knochen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periphere und axiale Arthropathien 20–30% • Osteoporose 18–42% 	<p>Niere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nierensteine/Harnwegsinfekte 4–23%
<p>Mund</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aphthen/Stomatitis 10–30% 	<p>Haut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erythema nodosum 5–15% • Pyoderma gangränosum 0,5–2,5% 	<p>Leber/Galle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primär sklerosierende Cholangitis (PSC; CU) 5% • Gallensteine (MC Ileum) 13–34%