



Ernährung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Das Auftreten von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) hat in den letzten Jahrzehnten durch Umweltfaktoren und Veränderungen von Ernährungsgewohnheiten deutlich zugenommen. Ernährungsfaktoren spielen aber auch bei bereits erkrankten Patienten eine wesentliche Rolle, sei es als Unverträglichkeit bestimmter Nahrungsmittel oder als Teil des Therapiekonzeptes.

Dr. med. Christian von Tirpitz, Ulm

CED durch bestimmte Ernährungsformen?

Umweltfaktoren führen bei manchen Patienten und unter ganz bestimmten Voraussetzungen zu einer

pathologischen Aktivierung des Immunsystems im Darm. Damit können sie eine CED auslösen. Über den Mechanismus kann man zurzeit nur spekulieren. Wahrscheinlich spielt jedoch eine Veränderung der Darmflora unter veränderten Ernährungsgewohnheiten eine entscheidende Rolle.

In vielen Studien wurde untersucht, ob sich Stillen auf die Entstehung einer CED auswirkt. Muttermilch enthält Substanzen, deren Aufnahme beim Säugling positive Auswirkungen sowohl auf die Entwicklung einer normalen Darmflora als auch auf das Immungeschehen hat. Ob dies jedoch einen schützenden Faktor gegen das Auftreten einer CED darstellt, ist derzeit noch unklar.

Kohlenhydrate (KH) als Krankheitsursache werden ebenfalls seit langem untersucht. KH beeinflussen die Bakterienflora im Darm und führen somit zu einer Veränderung der Darm-Permeabilität, was wiederum einen Einfluss auf die Krankheitsentstehung haben könnte. Große Studien konnten jedoch KH als Krankheitsauslöser nicht beweisen.

Verschiedene andere Nahrungsbestandteile (z. B. Fette, Eiweiß, Margarine) wurden als weitere ursächliche Faktoren untersucht, wobei bis heute kein bestimmtes Nahrungsmittel identifiziert werden konnte, das eine CED sicher auszulösen vermag. Wie bereits angedeutet, ist es nicht auszuschließen, dass Ernährungsfaktoren das Risiko einer Entwicklung von CED erhöhen. Ob dieser Effekt jedoch primäre Ursache oder nur Teil eines komplexen Geschehens ist, bleibt unklar.

Enterale Ernährungstherapie

Formuladiäten (Astronautenkost) wurden vor allem bei Patienten mit aktivem M. Crohn untersucht und mit herkömmlichen Therapieverfahren verglichen. Bei 55 bis 66 Prozent der Patienten kann allein mit Formuladiäten ein klinisches Ansprechen erzielt werden, wobei die Patientenakzeptanz aufgrund des unangenehmen Geschmacks gering ist. Da eine Kortisonbehandlung im akuten Schub sowohl besser als auch schneller wirkt

und wesentlich billiger ist als die kommerziell hergestellten Nährstofflösungen, wird heute weder bei der aktiven Erkrankung noch bei der Erhaltungstherapie zu einer ausschließlichen Ernährungstherapie bei M. Crohn geraten. Patienten mit schweren Kortison-Nebenwirkungen sollten jedoch über die Möglichkeit einer derartigen Behandlung informiert werden. Auch bei Kindern ist eine Ernährungstherapie eine mögliche Alternative zu herkömmlichen entzündungshemmenden Medikamenten.

Gibt es bestimmte Ernährungsempfehlungen bei CED?

Es gibt keine spezielle Morbus Crohn- oder Colitis ulcerosa-Diät. Raten Sie daher Ihren Patienten, das zu essen, was ihnen bekommt, wobei insbesondere blähende Lebensmittel gemieden werden sollten. Generelle Verbote gibt es jedoch nicht!

Allgemein wird eine ausgewogene, ballaststoffreiche Kost empfohlen.

Von Patienten mit entzündungsbedingten oder narbigen Stenosen sind Ballaststoffe und andere nicht verdauliche Quellstoffe aber zu meiden.

Im akuten Schub besteht häufig eine Laktoseunverträglichkeit. Daher sollte in dieser Krankheitsphase auf laktosefreie Milchprodukte (z. B. Hartkäse), spezielle laktosefreie Milch sowie andere calciumreiche Nahrungsmittel ausgewichen werden.

Eine systematische Ausschlussdiät (z. B. eine Kartoffel-Reisdiät) hat sich in der Praxis und in kontrollierten Studien ebenso wenig bewährt wie eine Reduktion des Kohlenhydrat- oder Fettanteils in der Nahrung und wird darum heute nicht mehr empfohlen. Im Gegenteil: Vorsicht vor einseitigen Diäten! Diese können den Körper stark belasten und die CED weiter verschlechtern.

Auch eine Therapie mit Omega-3-Fettsäuren (Fischöl) kann aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse in Studien nicht empfohlen werden.

Mangelernährung

Eine Mangelernährung schwächt den Patienten oftmals mehr als die zugrunde liegende CED. Daher sind Prävention und Behandlung der Malnutrition obligatorische Bestandteile der CED-Therapie. Ursachen für ein Ernährungsdefizit bei CED-Patienten sind vielfältig (Abb. 1). Viele Patienten schränken die Nahrungsaufnahme auch unbewusst – z. B. aufgrund von Schmerzen – ein. Eine Malnutrition kann zusätzlich durch verschiedene Medikamente (Kortison, Sulfasalazin, Methotrexat) gefördert werden. Unter einer solchen Therapie ist vor allem auf den Folsäure- und Calciumstoffwechsel zu achten.

Ein Mangel an Magnesium ist bei CED häufig, insbesondere nach Darmoperationen und bei starken Durchfällen. Es treten vor allem Muskelkrämpfe, u. U. auch Herzrhythmusstörungen auf. Das Defizit kann meist durch Vollkornprodukte, Reis und Gemüse ausgeglichen werden. Andernfalls ist die medikamentöse Substitution anzuraten (250 mg/d).

Calcium wird v. a. für den Aufbau und die Stabilität der Knochen gebraucht. Häufig kommt es bei CED-Patienten nach Dünndarmresektionen und unter Behandlung mit systemischen Steroiden zu einem Calciummangel mit gleichzeitiger Milchunverträglichkeit (Laktoseintoleranz). Hier ist auf geeignete Produkte auszuweichen (s. o.).

Vitamin A ist wichtig für den Sehvergang. Ein Mangel liegt vor allem bei M. Crohn-Patienten in 20 bis 40 Prozent vor, insbesondere im akuten Schub. Die meisten Patienten spüren eine eingeschränkte Anpassungsfähigkeit der Augen an die Dunkelheit. Ursache für den Mangel ist eine gestörte Fettresorption im Darm. Bei erfolgreicher Behandlung der CED

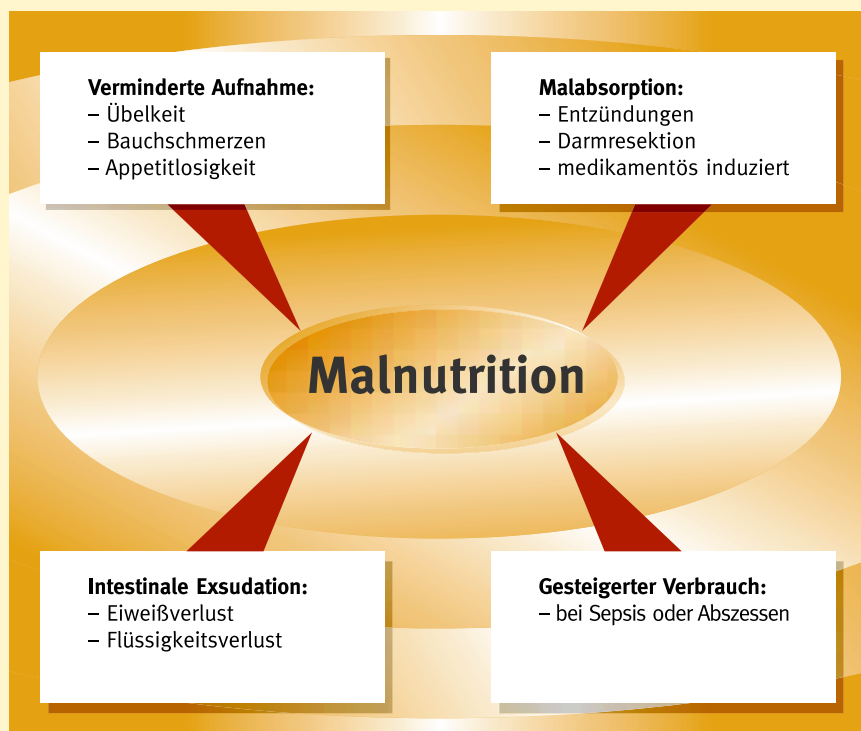


Abb. 1: Ursachen einer Malnutrition bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Substrat-Mangel	Morbus Crohn	Colitis ulcerosa	Klinische Symptomatik
Albumin	40 %	25 %	Beinödeme
Eisen	39 %	81 %	mikrozytäre Anämie
Vitamin B ₁₂	48 %	5 %	perniziöse Anämie
Folsäure	54 %	36 %	Anämie
Vitamin A	11 %	–	Nachtblindheit, Hyperkeratose
Vitamin B ₁	+	–	Mundwinkelrhagaden, Akrodermatitis, Glossitis
Vitamin D	75 %	–	Osteoporose
Zink	+	–	Haarausfall, brüchige Fingernägel

Abb. 2: Häufigkeiten bestimmter Mangelerscheinungen bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

normalisiert sich der Vitamin A-Spiegel meist von selbst, eine medikamentöse Substitution ist nur selten notwendig und erfordert immer eine genaue Abwägung möglicher Risiken.

Vitamin D ist vor allem für den Knochenstoffwechsel wichtig. Ein Mangel entsteht, wenn nicht genügend Vitamin D über den Darm resorbiert oder in der Haut synthetisiert werden kann. Bei Patienten mit akuter Entzündung, unter Kortisonbehandlung oder nach Darmoperationen ist eine Behandlung mit 1.000 I.E. täglich zur Osteoporoseprophylaxe sinnvoll. Zusätzlich wird ein regelmäßiger Aufenthalt in der Sonne empfohlen.

Vitamin B₁₂ greift in alle Zellwachstums- und -teilungsprozesse ein. Defizite werden vor allem nach Resektionen des terminalen Ileums beobachtet, da Vitamin B₁₂ nur hier resorbiert werden kann. Ein Mangel manifestiert sich in Veränderungen des Blutbildes sowie in Nervenschädigungen. Die Substitution muss per Injektion erfolgen, da die orale Gabe nicht wirksam ist.

Eisen greift in das Immunsystem des Organismus ein und wird für die Blutproduktion benötigt. Ein Eisen-

mangel liegt bei ca. 50 Prozent aller Patienten mit CED vor und wird meist durch einen – oft unbemerkten – Blutverlust über den Darm verursacht.

Die Absorptionseffizienz des Hämeisens aus tierischen Produkten ist ungleich viel höher als die des Nicht-Hämeisens aus pflanzlichen Produkten. Auf den Verzehr von Fleisch und Fleischprodukten sollte der Patient deshalb nach Möglichkeit nicht ver-

zichten. Die Resorption des Nicht-Hämeisens kann durch eine gleichzeitige Vitamin C-reiche Nahrung verbessert werden.

Fazit

Bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ist auf eine ausreichende Versorgung mit Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen zu achten. Eine spezielle „Diät“ gibt es jedoch nicht.

Dr. med. Christian von Tirpitz, Studium an der Universität Ulm, seit 1994 wissenschaftl. Mitarbeiter in der Abteilung für Gastroenterologie, Endokrinologie, Stoffwechselerkrankungen und Ernährungswissenschaften. Schwerpunkte: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Osteoporose, gastroenterologische Endoskopie. Seit 2000 Facharzt für Innere Medizin, 2002 Gebietsbezeichnung Gastroenterologie. Stellvertretender Leiter der Crohn-Ambulanz an der med. Universitätsklinik Ulm.

*Korrespondenzadresse:
Abteilung Innere Medizin I
Robert-Koch-Straße 8, 89081 Ulm
E-Mail: christian.tirpitz@medizin.uni-ulm.de*

Fordern Sie die Literaturliste bei der Redaktion an oder besuchen Sie die CMA im Internet unter www.cma.de

