

Der 34-jährige Julius L., heute verheiratet und Vater von zwei Kindern, leidet schon in seiner Pubertät unter krampfartigen Stuhlentleerungen. Oft verbringt er damals Stunden auf der Toilette. Zur damaligen Zeit ist das Krankheitsbild der Colitis ulcerosa in der ehemaligen DDR aber offenbar noch unbekannt. Da er als Kind auch stark übergewichtig ist, heißt es zunächst lapidar, Julius habe sich überfressen. Als Jugendlicher beginnt er mit dem Rauchen und die langen Toilettensitzungen mit Durchfall werden so selten, dass er sie von einem zum anderen Mal fast schon vergisst. Stets trägt er Kohletabletten mit sich, die er dann einfach schluckt. Als er dann abrupt mit dem Rauchen aufhörte, hat er zwei Wochen später Blut im Stuhl und ständigen Stuhldrang mit Durchfällen.

Es dauert einige Wochen, bis er endlich den Weg zum Arzt findet. Ein Internist führt eine Koloskopie durch. Er diagnostizierte eine Colitis und verschreibt Julius L. ohne größere Aufklärung ein Kortison-Präparat.

Nach einiger Zeit bekommt er starke Rückenschmerzen und auch das Atmen fällt ihm schwer. Als er seinem Arzt die Beschwerden schildert, lacht der nur und meint, er habe sich wohl verhoben. Er wendet einige chiropraktische Griffe zur Einrenkung an und schickt ihn wieder nach Hause. Als die Beschwerden fortauern, wechselt er das Kortison-Präparat und sein Zustand besserte sich erheblich. Das erste Präparat hat das Pankreas angegriffen und so die vermeintlichen Rückenschmerzen verursacht. Julius fühlt sich insgesamt besser, bekommt neuen Lebensmut, was sich auch positiv auf seine junge Familie auswirkt.

Nachdem das Cortison jedoch ausgeschlichen wird, beginnen die Beschwerden erneut. Manchmal ist er kaum im Stande, seinen Stuhl zu halten. Von Spaziergängen mit seiner Tochter kehrt er mitunter im Dauerlauf zurück, um es noch rechtzeitig auf die Toilette zu schaffen. Manchmal muss er sich aber auch wie ein Hund in die Büsche hocken. Er schämt sich sehr und nähert sich in der Folge auch seiner Frau nicht mehr wie früher, da er stets befürchtet, plötzlich zur Toilette zu müssen. Julius beginnt damit, seine Arbeit und sein Privatleben nach dem Vorhandensein von Toiletten an den Orten, wo er sich aufhalten wird, auszurichten. Spontane Aktivitäten werden damit immer schwieriger. Also geht er schließlich wieder zum Arzt, bekommt erneut das besser verträgliche Präparat und seine Symptome bessern sich schlagartig. Doch jedes Mal wenn er eine gewisse Milligrammzahl unterschreitet, setzen die Symptome wieder ein. Folglich bleibt er immer bei einer bestimmten Mindestmenge.

Julius L. versorgt sich stets mit Kortison, der Arzt zeichnet lediglich die Rezepte ab. Als ein Urlaub ansteht, nimmt er zur Sicherheit eine große Menge ein. Daraufhin schwillt sein Gesicht an und er nimmt erheblich an Gewicht zu. Es stellen sich Depressionen ein und er hat an nichts mehr Freude, traut sich kaum, in den Spiegel zu schauen. Das Geschrei und Gemjammer seiner Töchter geht ihm schrecklich auf die Nerven. Als er auch noch Fieber bekommt, fühlt er sich nur noch hundeleidend. Endlich überwindet er sich zu einem neuerlichen Arztbesuch. *\*Fallbeispiel fiktiv, Namen frei erfunden*



### REFLEXION

**Krankheitsentstehung.** Der Dickdarm ist das Organ, das bei der Colitis ulcerosa erkrankt ist. Sie ist eine chronische Entzündung der Dickdarmschleimhaut, die sich gleichförmig vom Rektum ausgehend unterschiedlich weit nach kranial ausbreitet und auch den gesamten Dickdarm betreffen kann. In der inneren Schicht der Dickdarmmukosa entstehen Geschwüre. Durch die Zerstörung der Schleimhaut können sich dem Stuhl Blut, Eiter und Schleim beimengen. Die Erkrankung verläuft meistens chronisch-rezidivierend mit Schüben, zwischen denen Monate oder auch mehrere Jahre liegen können. Es gibt jedoch auch Verläufe ohne komplette Remission, bei denen lediglich die Krankheitsintensität schwankt.

Die genaue Ursache der Erkrankungen ist unbekannt. Es gibt jedoch Hinweise, dass bestimmte Genmutationen das Risiko für eine Erkrankung steigern (genetische Faktoren). Zusätzlich wird von einer Autoimmunerkrankung ausgegangen. Hierbei greift das normale Immunsystem aufgrund einer Überempfindlichkeit gesundes, körpereigenes Gewebe an und führt zur Entzündung (immunologische Faktoren). Es wird vermutet, dass der Ausbruch der Erkrankung durch zuvor durchgemachte Infekte beschleunigt wird (Infektionen).

Früher wurden die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen den psychosomatischen Krankheiten zugerechnet, doch konnte bis heute keine Untersuchung einen Zusammenhang zwischen einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur und einer Colitis belegen. Andererseits spielt das Immunsystem eine entscheidende Rolle und zweifellos besteht zwischen dem Immunsystem und der Psyche ein enger Zusammenhang, der evtl. nicht ursächlich, aber ggf. therapeutisch bedeutsam sein kann.

Es gibt bislang keine gesicherten Erkenntnisse zur Bedeutung von Ernährungsfaktoren bei der Entstehung einer Colitis. Der immer wieder in Verdacht stehende Zuckerkonsum konnte bisher als Ursache nicht bestätigt werden. Auch Obstsäure speziell aus Südfrüchten könnte Auslöser sein.

Doch all dies sind Spekulationen. Denkbar ist jedoch eine sehr individuelle Unverträglichkeit bestimmter Nahrungsstoffe. Das Rauchen scheint im Übrigen einen gewissen protektiven Effekt bei der Colitis zu haben, ganz im Gegensatz jedoch zu ihrer Schwesterkrankheit, dem Morbus Crohn. Allerdings kann aus diesen Beobachtungen keinesfalls ein therapeutisches Rauchen abgeleitet werden, sind doch die weiteren damit verbundenen Gesundheitsrisiken viel zu groß. Unklar ist auch der mögliche Wirkfaktor im Tabak. Versuche mit Nikotinplastern blieben erfolglos. Hinweise gibt es auf einen Zusammenhang mit frühem Abstillen und überdurchschnittlich guten sanitären Verhältnissen. Die dem zu Grunde liegende Vermutung ist, dass das Immunsystem in der Darmschleimhaut zu wenig durch Darminfektionen trainiert wird und später überempfindlich im Sinne einer Autoimmunkrankheit reagiert. Folgerichtig gibt es interessante Untersuchungen, nach denen die Zufuhr von Bandwurmeiern das Immunsystem der Darmmukosa so beschäftigt, dass die Symptome zurückgehen.

Das Leitsymptom ist der blutig-schleimige Durchfall, der in der akuten Phase zu mehr als 20 Stuhlentleerungen am Tage führen kann, häufig begleitet von Bauchkrämpfen, schweren Allgemeinsymptomen und Dehydrierung. Besonders wenn nach Mahlzeiten die Verdauungsbewegungen einsetzen, können heftige Schmerzen im Bauchbereich auftreten. Ist bei einer Colitis ulcerosa der Enddarm stark entzündet, kann ein ständiger Stuhl- und Pressdrang entstehen. Diese Beschwerden bezeichnet man auch als Tenesmen.

Manchmal kann der Stuhl auch nicht mehr richtig gehalten werden und es kommt zum unwillkürlichen Stuhlabgang. Je ausgedehnter der Dickdarm entzündet ist, desto ausgeprägter sind die Durchfälle. Die entzündeten Gebiete des Kolons können ihrer Hauptaufgabe der Wasserresorption nicht nachkommen. Es entsteht ein entsprechend dünnflüssiger Stuhl. Hinzu kommen die bei Entzündungen üblichen Exsudate.

**Diagnostik.** Die Diagnose wird neben der Anamnese und einer körperlichen Untersuchung inkl. Inspektion von Mund und Anus vorwiegend durch die Ileokoloskopie gestellt. In etwa 10 % der Fälle kann nicht sicher zwischen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa unterschieden werden.

Zur Anamnese gehören Fragen zu Art und Beginn der Symptome, Reisen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Durchfallerkrankungen, Impfungen, Rauchen, extraintestinalen Manifestationen (Mund, Haut, Augen, Gelenke), perianalen Abszessen, Fisteln, Analfissuren sowie eine Familienanamnese und eine Medikamentenanamnese (v.a. Antibiotika). Eine initiale Labordiagnostik beinhaltet neben dem Blutbild andere Parameter, u.a. zum Entzündungsstatus.

Bei Verdacht auf Colitis Ulcerosa sollte eine Ileokoloskopie durchgeführt und dabei Biopsien entnommen werden, um die Diagnose zu Stellen und die Ausdehnung der Erkrankung festzustellen. Die Ausdehnung hat später Einfluss auf die Wahl der Applikationsart der Therapeutika. Wenn nur das Rektum betroffen ist, werden z.B. bevorzugt Suppositorien (Zäpfchen) eingesetzt.

**Fall:** *Die erste Zeit im Krankenhaus ist für Julius L. eher noch schlimmer als die letzte Zeit zu Hause. Die Klinikärzte machen keinen Hehl daraus, für wie misslungen sie seine bisherige Behandlung halten. Offenbar hat sein Arzt sich mehr zugetraut, als er konnte. Zunächst muss er ganz von dem Kortison entwöhnt werden. Inzwischen wird eine neuerliche Koloskopie durchgeführt, um den Befallsgrad seines Darmes zu ermitteln. Er wird über einen ZVK parenteral ernährt. An Medikamenten erhält er zunächst ein Immunsuppressivum. Nachdem sich sein Zustand nach über einer Woche schließlich bessert, geht man über zu anderen entzündungshemmenden Substanzen. Wenigstens hat er in der Klinik das Gefühl, dass man weiß, wie man ihm helfen kann. Ferner hat er den Eindruck, dass das gesamte medizinische und pflegerische Personal weiß was es tut, sodass er wieder Hoffnung schöpft. Man hat ihm zwar gesagt, dass die Depressionen auch von dem Kortison stammen könnten, doch was machte das schon für einen Unterschied?*

**Wie kann geholfen werden?** Ziel der Therapie der Colitis ulcerosa ist es, rasch eine Remission zu erreichen und diese zu bewahren. Neben der Schubtherapie ist eine Remissionstherapie meist unabdingbar.

In den meisten Fällen können Medikamente dem Patienten in der akuten Phase helfen. In Frage kommen entzündungshemmende Salicylate und topische Steroide, wenn diese nicht wirken oder bei akutem schwerem Schub systemische Steroide. Kortikosteroide sollte nicht zur Remissionserhaltung eingesetzt werden. Wenn der Patient im akuten Schub auch auf systemische Kortikosteroide nicht anspricht, kommen Immunsuppressiva zum Einsatz. Wenn sich der Zustand dann weiter verschlechtert muss ein operativer Eingriff mit Entfernung des Dickdarms bzw. eines Dickdarmabschnitts erwogen werden. Der Mensch kann ohne Dickdarm leben. Natürlich hat dies zahlreiche Nachteile, Probleme und Gefahren zur Folge. Doch ist diese Option bei schweren Verläufen, bei denen eine konservative Therapie nicht wirkt, sinnvoll. Sie ermöglicht ein fast normales Leben oder gar die Lebensrettung. Wichtig ist es, nicht zu lange warten, sondern dann chirurgisch einzugreifen, wenn der Allgemeinzustand des Patienten noch eine gute Verarbeitung der Operation und eine erfolgreiche Rekonvaleszenz erwarten lässt.

Während der Akutphase wird der Patient oft parenteral oder mit einer Oligopeptidnahrung versorgt.

Da zu den Krankheitskomplikationen das Kolonkarzinom gehört, sind jährliche Koloskopien erforderlich, um eine Dysplasie als Vorstufe eines Karzinoms rechtzeitig zu entdecken. Die Wahrscheinlichkeit einer karzinomatösen Entartung steigt mit dem Ausmaß der Kolonbeteiligung und der Dauer der Erkrankung. Die Colitis ulcerosa unterscheidet sich vom Morbus Crohn u.a. dadurch, dass sie mit der Entfernung des Kolons geheilt ist.

**Was tut die Pflege bei Colitis Ulcerosa?** Ziel der Pflege bei Colitis-Patienten, die meist wegen eines akuten Schubes stationär aufgenommen werden, ist die Schmerzfreiheit beim Stuhlgang und die Reduktion der Bauchschmerzen. Wegen der hohen Zahl der Durchfälle spielt es für das Sicherheitsbedürfnis des Patienten eine große Rolle, alle Toiletten in der nächsten Umgebung zu kennen, falls eine besetzt sein sollte. Auch ein Toilettenstuhl im Zimmer ist für den Notfall möglich. Über die Frequenz und Art der Stühle wird Buch geführt, weil daran der Krankheits- und Therapieverlauf erkennbar ist.

Die Häufigkeit der Stühle macht auch die Intimpflege zu einem Problem. Der Patient benötigt Anleitungen und Hinweise, wie er seine Intimpflege möglichst hautschonend gestalten kann.

Auf eine angemessene Mundpflege muss geachtet werden, um Komplikationen zu vermeiden. Bei akutem schwerem Schub sollte eine Thromboseprophylaxe erfolgen.

Bei parenteralen Ernährung fallen bei der Überwachung und Versorgung des ZVK Aufgaben für die Pflege an. Es sollte auf Zeichen einer Mangelernährung geachtet werden. Nach anfänglicher parentaler Ernährung und einer Basisdiät wird die Kost nach der akuten Phase, allmählich wieder aufgebaut. Individuelle Unverträglichkeiten (häufig Laktoseintoleranz) müssen dabei berücksichtigt werden. Wenn möglich sollten Pflegenden den Nahrungsaufbau im gemeinsamen Austausch mit der Diätassistenz/Ernährungstherapie planen und gestalten. Eine Beratung zur geeigneten Ernährung zuhause sollte durchgeführt oder vermittelt werden (im besten Fall wird die Beratung ernährungstherapeutisch geführt).

**Fall:** *Nach fast 4 Wochen kann Julius L. die Klinik endlich wieder verlassen. Seine Verdauung ist beinahe wieder normal. Nach und nach verschwindet auch das Bild des Cushing-Syndroms, und auch die Stimmung wird wieder besser, was nicht zuletzt seiner Ehe gut tut. Er muss zwar ein hochdosiertes Aminosalicylat einnehmen, doch ist er angenehm überrascht, dass er, zumindest im Moment, keinerlei Nebenwirkungen verspürt. Man hat ihm dringend geraten, sich an eine Selbsthilfegruppe zu wenden und den Arzt zu wechseln. Er weiß/jetzt auch, dass es sich um eine chronische Erkrankung handelte, die ihn voraussichtlich sein Leben lang begleiten wird. Auch wird ihm eingeschärft, die Medikation genau zu befolgen und sich regelmäßig bei einem erfahrenen Gastroenterologen vorzustellen. Im besten Fall muss er einmal jährlich zur Koloskopie, denn die häufigen Entzündungen werden zwangsläufig zu einem erhöhten Krebsrisiko führen, das man nur auf diese Weise beobachten kann.*