

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**Fallbericht: Akut-stenosierender
Morbus Crohn - Operation oder
Immunsuppression?**

Teich N, Ott R, Kahn T, Mössner J

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2007; 5 (3), 16-19

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatology

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the 

Krause & Pacherneegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

AKUT-STENOSIERENDER MORBUS CROHN – OPERATION ODER IMMUNSUPPRESSION?

FALLBERICHT

KASUISTIK

Ein 24-jähriger Patient stellte sich im Dezember 2005 mit plötzlich aufgetretenen wäßrigen Stuhlgängen bis 10x täglich seit 10 Tagen in unserer Ambulanz vor. Das Allgemeinbefinden zusätzlich beeinträchtigende Bauchschmerzen oder Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bestanden zu diesem Zeitpunkt nicht. Vorangegangen waren allerdings unspezifische postprandiale Schmerzen seit Sommer 2005. Des Weiteren bestand ein Morbus Bechterew seit dem 18. Lebensjahr, der seit drei Jahren unter 10 mg Methotrexat wöchentlich in klinischer Remission war. Seit Oktober 2005 bestand intermittierend eine Iritis.

Die mikrobiologische Stuhluntersuchung ergab keinen pathologischen Befund. Endoskopisch zeigten das terminale Ileum und die Bauhinsche Klappe eine entzündliche Schwellung mit sechs Ulzera bis 4 mm Größe und mehreren kleineren Aphten. Makroskopisch und histologisch war der Befund mit einem Morbus Crohn des terminalen Ileums vereinbar. Die dadurch entstandene Verengung des Lumens hatte zu diesem Zeitpunkt keine funktionelle Relevanz: Es bestand weder auskultatorisch der

Verdacht auf eine wirksame Stenose, noch existierte bei der Palpation ein Druckschmerz. Die Gastroskopie und eine Dünndarm-doppelkontrastuntersuchung nach Sellink mit anschließendem MRT zeigten keinen Anhalt für eine Aktivität des Morbus Crohn im übrigen Gastrointestinaltrakt. Da der Patient ansonsten klinisch unbeeinträchtigt war, erfolgte gemäß der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) zunächst ein Therapieversuch mit 3 g Mesalazin täglich. Die vorbestehende Therapie mit 10 mg Methotrexat wurde beibehalten. Bereits nach vier Tagen stellte sich der Patient erneut vor, weil zusätzlich zur unveränderten Stuhlgangsfrequenz nun körperliche Schwäche, Müdigkeit und Bauchschmerzen aufgetreten waren. Die Therapie wurde auf 60 mg Prednisolon (+ 800 IE Vitamin D₃ + 1000 mg Kalzium) täglich umgestellt; schon nach drei Tagen war der Patient beschwerdefrei. Daraufhin wurde Prednisolon alle zehn Tage um jeweils 10 mg reduziert. Am 9.2.2006 – die tägliche Predniso-

londosis betrug 30 mg – alarmierte der Patient den Rettungsdienst, weil er plötzlich „krampfartige stechende Schmerzen im Unterbauch, bis ins Skrotum ziehend“ verspürte. In der Notaufnahme zeigte sich eine geringe CRP-Erhöhung auf das 1,5fache des oberen Normalbereiches (Abb. 1). Das übrige Labor war unauffällig, der letzte Stuhlgang einen Tag zuvor von normaler Farbe und Konsistenz. Die abdominelle Untersuchung wurde bis auf einen Druckschmerz im mittleren Unterbauch als unauffällig gewertet; die rektale Untersuchung war jedoch deutlich schmerzhaft. Die Temperatur betrug 37,5°, die Herzfrequenz 100/min und der Blutdruck 115/70 mmHg. Aufgrund der wenig wegweisenden Befunde wurde erst nach 5 Stunden eine Abdomen-übersichtsaufnahme angefertigt. Diese ergab Dünndarmspiegel als Zeichen des mechanischen Ileus (Abb. 2). Sonographisch zeigten sich massiv flüs-

Abbildung 1: Verlauf der Konzentration des C-reaktiven Proteins während des Rezidivs mit akuter Ileozökalstenose. Beachtung sollte das kaum erhöhte CRP bei Eintreffen in der Notaufnahme finden, das zunächst zu einer differentialdiagnostischen Unsicherheit führte.

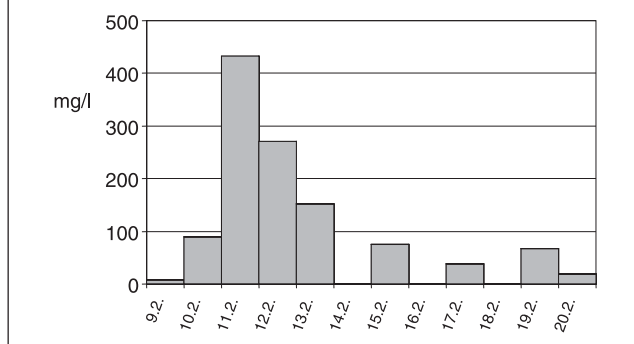


Abbildung 2: Dünndarmspiegel (Sterne) als Zeichen des mechanischen Ileus. Nebenbefundlich Spondylitis ankylosans (Pfeil).

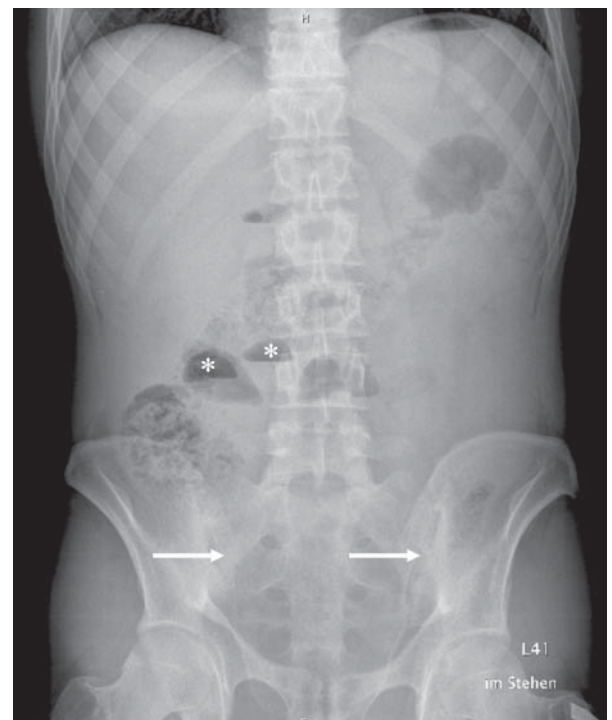


Abbildung 3a: Sonographische Darstellung massiv flüssigkeitsgefüllter Dünndarmschlingen mit starrer Darstellung der Kerckringschen Falten, dem sogenannten „Klaviertastensphänomen“.

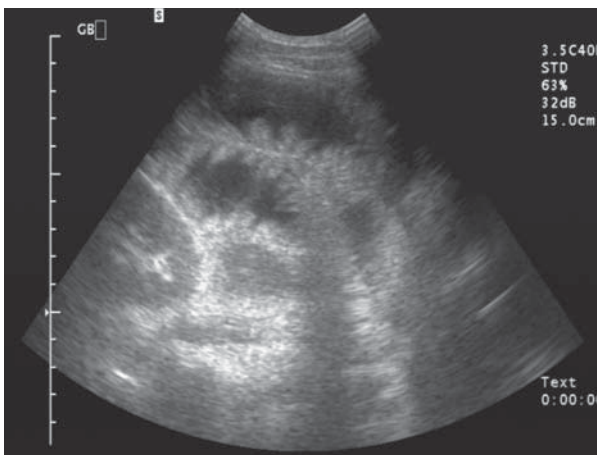
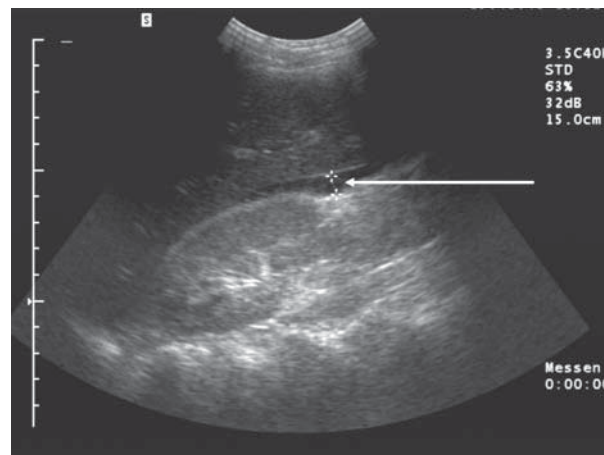


Abbildung 3b: Aszites im Spatium hepatorenale (Pfeil).



sigkeitsgefüllte Dünndarmschlingen (Abb. 3a), wenig Aszites im Spatium hepatorenale (Abb. 3b) sowie eine Pendelperistaltik. Damit stand der Verdacht auf ein Rezidiv des Morbus Crohn mit hochaktivem lokalen Befall des terminalen Ileums. Eine zusätzlich durchgeführte Computertomographie des Abdomens bestätigte den länger-

streckigen entzündlichen Verschluss des terminalen Ileums (Abb. 4), wobei eine Perforation ausgeschlossen werden konnte. Bei der Anlage einer Magensonde kam es zum Erbrechen von ca. 2500 ml brauner Flüssigkeit.

Diagnose: Rezidiv des Morbus Crohn mit vollständiger entzündlicher Obstruktion des terminalen Ileums unter hoher Prednisolondosis.

DIFFERENTIALTHERAPEUTISCHE ÜBERLEGUNGEN

Diese Diagnose erforderte eine rasche Entscheidung für oder gegen eine sofortige Operation. Tabelle 1 listet die Argumente auf, die für oder gegen eine sofortige Ileozökalresektion als Notfalleingriff sprachen.

Im gastroenterologisch-chirurgischen Konsil wurde entschieden, unter eng-

Abbildung 4: Computertomographische Darstellung eines längerstreckigen entzündlichen Verschlusses des terminalen Ileums (Pfeil) mit prästenotisch dilatiertem Dünndarm und einer geringgradigen Koprostase im Zökum. Nebenbefundlich finden sich erneut Residuen des klinisch remittierenden Mb. Bechterew.

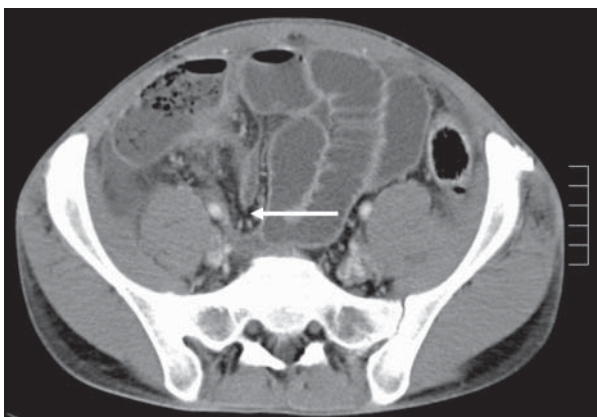


Tabelle 1: Argumente für oder gegen eine sofortige Ileozökalresektion

Kontra Notoperation	Pro Notoperation
<ul style="list-style-type: none"> – kurzer Krankheitsverlauf (< 3 Monate seit Erstdiagnose) – sofortiges initiales Ansprechen auf Prednisolon – kooperativer Patient – Risiko chirurgischer Komplikationen der Ileozökalresektion als Notfalleingriff – postoperative Morbidität bei Vorbehandlung mit 30 mg Prednisolon täglich 	<ul style="list-style-type: none"> – akutes Abdomen mit mechanischem Ileus – Notwendigkeit einer Notfall-Ileozökalresektion im kurzfristigen Verlauf wegen einer Perforation unter hochdosierter Prednisolontherapie

maschiger klinischer Kontrolle eine intravenöse Prednisolontherapie zu beginnen. Aufgrund des Perforationsrisikos erfolgte eine antibiotische Abschirmung und eine totale parenterale Ernährung. Die Entzündungswerte zeigten an den nächsten beiden Tagen einen deutlichen Anstieg (Abb. 1). Der erste dünnflüssige Stuhlgang trat nach 58 Stunden auf und war von zwei Tagen Durchfall gefolgt. Daraufhin normalisierte sich die gesamte gastrointestinale Symptomatik innerhalb weniger Tage, und der Patient war wieder beschwerdefrei. Zeitgleich wurde eine Therapie mit 2,5 mg/kg Azathioprin täglich begonnen; Methotrexat wurde abgesetzt. Es folgte eine nunmehr sehr langsame Reduktion der systemischen Steroidtherapie; Prednisolon wurde im Juli 2006 – fünf Monate nach dem akuten Ereignis – vollständig abgesetzt. Als Nebenwirkung traten eine Akne vulgaris und eine Gewichtszunahme von 16 kg auf. Insgesamt schwankte das Körpergewicht des Patienten während der beiden Schübe und der anschließenden Remission um über 25 %. Es läßt sich nicht differenzieren, zu welchen Anteilen die Zunahme des Körpergewichts auf die Prednisolontherapie und die weggefallene katabole Wirkung durch den aktiven Mb. Crohn zurückzuführen sind. Hervorzuheben ist, daß direkt vor dem zweiten

schweren Schub keine Gewichtsabnahme zu verzeichnen war (Abb. 5).

Im nunmehr 12monatigen Follow-up war der Patient sowohl hinsichtlich des Morbus Crohn als auch des Morbus Bechterew beschwerdefrei. Wir planen, die Azathioprin-Monotherapie über mindestens 4 Jahre durchzuführen. Nach einer Ileokoloskopie soll das Medikament dann gegebenenfalls reduziert und abgesetzt werden.

DISKUSSION

Wir berichten über einen Patienten mit kompletter Stenose des terminalen Ileums während eines akuten Schubs eines Morbus Crohn. Es bestehen keine direkten Vergleichsstudien zwischen der medikamentösen und der chirurgischen Therapie des akut-stenosierenden Morbus Crohn. Daher muß eine individuelle therapeutische Entscheidung getroffen werden. Wesentlichste Kriterien für die Wahl des Konzepts sind die Dauer der Erkrankung bzw. die Dauer des Befalls des stenosierte Darmabschnitts, der Erfolg medikamentöser Vortherapien und nicht zuletzt das oft raschen Änderungen unterworfenen klinische Bild des Patienten. Das beste Medikament zur raschen Induktion

einer Remission bei hochaktivem ileozökal lokalisiertem Morbus Crohn ist oral oder intravenös verabreichtes Prednisolon bzw. Hydrokortison [1]. Andere hochpotente Immunsuppressiva wie Cyclosporin A, Mycophenolat-Mofetil, Cyclophosphamid oder Tacrolimus wurden hinsichtlich der Remissionsinduktion nur unzurei-

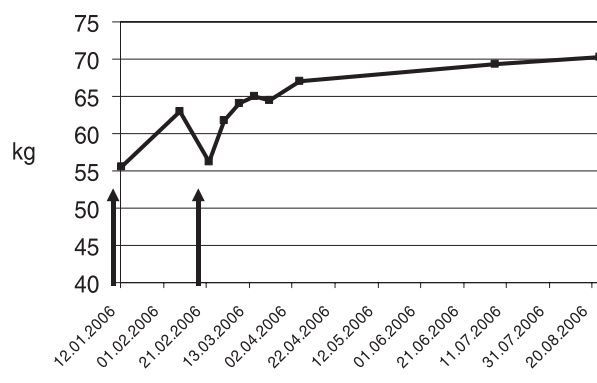
chend untersucht. Der chimäre Anti-TNF- α -Antikörper Infliximab stellt hingegen eine potente Alternative zur Remissionsinduktion bei hochaktivem Morbus Crohn dar.

Im Verlauf der Erkrankung müssen sich noch immer viele Patienten mit Morbus Crohn einer resezierenden Operation unterziehen. Eine große chirurgisch geführte Untersuchung zeigte bei Patienten mit alleinig ileozökalem Befall Resektionsraten von 61 %, 77 % bzw. 83 % nach 1, 5 bzw. 10 Jahren Krankheitsdauer [2]. Die langfristigen Ergebnisse der Ileozökalresektion bei alleinigem Befall des terminalen Ileums sind allerdings deutlich besser als resezierende Techniken aller anderen Darmabschnitte. Mehrere Langzeitstudien zeigten, daß etwa 50 % der Patienten nach einer Ileozökalresektion niemals wieder operiert werden müssen; wengleich ein frühes Krankheitsrezidiv nach Ileozökalresektion häufig ist [1, 3–6]. Vergleichbare Langzeitdaten existieren hingegen nicht für die medikamentöse Therapie. Auch ist unklar, wie sich eine zeitige Operation auf die langfristige Lebensqualität der Patienten auswirkt.

Beim ileozökal lokalisierten Mb. Crohn ist Budesonid dem Prednis(ol)on hinsichtlich der Induktion einer Remission in der Wirksamkeit unterlegen, wengleich die therapiebedingten Nebenwirkungen geringer sind. Bei leichten Schüben ist daher die alleinige Budesonidtherapie oft erfolgreich. Drei Studien belegen die Überlegenheit von Budesonid gegenüber Mesalazin und Placebo [7].

Nachdem die Erkrankung bei unserem Patienten mit akut-stenosierendem Morbus Crohn erneut mit Prednisolon in Remission gebracht wurde, begannen wir mit Azathioprin in der empfohlenen Höchstdosis von 2,5 mg/kg täglich. Sehr zu empfehlen und unter klinisch-praktischen Gesichtspunkten gut lesbar ist das aktuelle Statement der European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) [1]. Die ECCO

Abbildung 5: Gewichtsverlauf des Patienten seit Beginn des Mb. Crohn. Bemerkenswert ist die heftige Schwankung des Körpergewichts um bis zu 25 % zwischen den akuten Krankheitsphasen (Pfeile) und der jeweils kortikoidinduzierten Remission.



empfiehlt, daß jeder Patient mitzeitigem (< 3 Monate) Rezidiv Azathioprin oder MTX erhalten sollte. Da sich in unserem Falle die ausgeprägte Krankheitsaktivität unter MTX entwickelte und wir im Langzeitverlauf bessere Erfahrungen mit Azathioprin haben, stellten wir die Therapie auf dieses Immunsuppressivum um. Azathioprin bzw. sein aktiver Metabolit-6-Mercaptopurin sind effektive Medikamente zum Erhalt der Langzeitremission und zur postoperativen Rezidivprophylaxe. Zudem führen sie zu einer nachgewiesenen Steroid-Einsparung [8, 9]. Hervorzuheben ist, daß MTX bei Morbus Crohn nur in der parenteralen Applikationsform und nur in der Dosis von 25 mg/Woche effektiv ist [10]. Niedrigere Dosen oder die orale Verabreichung erwiesen sich als wirkungslos [11]. Wir setzen daher MTX nur dann bei Patienten mit Morbus Crohn ein, wenn ein Therapieversuch mit Azathioprin – gemessen an objektiven Kriterien – gescheitert ist.

Ein interessanter Nebenaspekt unseres Falles ist die Koinzidenz des im Jugendalters aktiven Morbus Bechterew mit dem Auftreten eines aktiven Morbus Crohn im jungen Erwachsenenalter. In einer Studie mit 65 rheumatologisch asymptomatischen CED-Patienten hatten über 30% Zeichen der Sakroiliitis im CT [12]. Insgesamt wird davon ausgegangen, daß 5 bis 10% aller klinisch faßbaren Mb.-Bechterew-Erkrankungen bei Patienten mit CED auftreten. Wahrscheinlich besteht aber bei wesentlich mehr Patienten eine subklinische CED [13]. Für die Umstellung der Immunsuppression von MTX auf Azathioprin sprach auch, daß beim Morbus Bechterew Methotrexat ineffektiv ist. In mehreren klinischen Studien zeigte sich keine Verbesserung

der Gelenkfunktion, keine Reduktion der Schmerzen oder der Entzündungsparameter [14–16]. Auch für das nun verabreichte Azathioprin besteht keine erwiesene Wirksamkeit bei Morbus Bechterew; diese Erkrankung blieb bei unserem Patienten aber bislang in klinischer Remission.

Unsere Kasuistik zeigt, daß bei Patienten mit einem akut-stenosierenden Morbus Crohn eine konservative Therapie sicher und effektiv sein kann. Voraussetzung ist ein engmaschiges klinisches Follow-up durch einen erfahrenen Kliniker, da Laborwerte und bildgebende Verfahren die lokale und systemische Situation nur verzögert abbilden.

Literatur:

1. Travis SP, Stange EF, Lemann M, Oresland T, Chowers Y, Forbes A, D'Haens G, Kitis G, Cortot A, Prantera C, Marteau P, Colombel JF, Gionchetti P, Bouhnik Y, Turet E, Kroesen J, Starlinger M, Mortensen NJ; European Crohn's and Colitis Organisation. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management. *Gut* 2006; 55 (Suppl 1): i16–35.
2. Bernell O, Lapidus A, Hellers G. Risk factors for surgery and recurrence in 907 patients with primary ileocaecal Crohn's disease. *Br J Surg* 2000; 87: 1697–701.
3. Nordgren SR, Fasth SB, Oresland TO, Hulten LA. Long-term follow-up in Crohn's disease. Mortality, morbidity, and functional status. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29: 1122–8.
4. Weston LA, Roberts PL, Schoetz DJ Jr, Collier JA, Murray JJ, Rusin LC. Ileocolic resection for acute presentation of Crohn's disease of the ileum. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 841–6.
5. Kim NK, Senagore AJ, Luchtefeld MA, MacKeigan JM, Mazier WP, Belknap K, Chen SH. Long-term outcome after ileocecal resection for Crohn's disease. *Am Surg* 1997; 63: 627–33.
6. Tillinger W, Mittermaier C, Lochs H, Moser G. Health-related quality of life in patients with Crohn's disease: influence of surgical operation – a prospective trial. *Dig Dis Sci* 1999; 44: 932–8.
7. Otley A, Steinhart AH. Budesonide for induction of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; CD296.
8. Sandborn W, Sutherland L, Pearson D, May G, Modigliani R, Prantera C. Azathioprine or 6-mercaptopurine for inducing remission of Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD545.
9. Pearson DC, May GR, Fick G, Sutherland LR. Azathioprine for maintaining remission of Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD67.
10. Feagan BG, Rochon J, Fedorak RN, Irvine EJ, Wild G, Sutherland L, Steinhart AH, Greenberg GR, Gillies R, Hopkins M, Stephen B, Hanauer SB, McDonald JWD. Methotrexate for the treatment of Crohn's disease. The North American Crohn's Study Group Investigators. *N Engl J Med* 1995; 332: 292–7.
11. Alfidhli AA, McDonald JW, Feagan BG. Methotrexate for induction of remission in refractory Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; CD3459.
12. McEniff N, Eustace S, McCarthy C, O'Malley M, O'Morain CA, Hamilton S, Stephen B, Hanauer MD, John WD, McDonald JWD. Asymptomatic sacroiliitis in inflammatory bowel disease. Assessment by computed tomography. *Clin Imaging* 1995; 19: 258–62.
13. Rudwaleit M, Baeten D. Ankylosing spondylitis and bowel disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20: 451–71.
14. Altan L, Bingol U, Karakoc Y, Aydinler S, Yurtkuran M, Yurtkuran M. Clinical investigation of methotrexate in the treatment of ankylosing spondylitis. *Scand J Rheumatol* 2001; 30: 255–9.
15. Roychowdhury B, Bintley-Bagot S, Bulgen DY, Thompson RN, Tunn EJ, Moots RJ. Is methotrexate effective in ankylosing spondylitis? *Rheumatology* 2002; 41: 1330–2.
16. Chen J, Liu C. Methotrexate for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD4524.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Niels Teich
Medizinische Klinik und Poliklinik II,
Universität Leipzig
D-04103 Leipzig,
Philipp-Rosenthal-Straße 27
E-Mail:
niels.teich@medizin.uni-leipzig.de

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)