

Kurzfassung des Vortrages von Prof. Dr. G. Oehler, Mölln

Ernährungstherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)

Die ernährungsmedizinische Relevanz der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen erklärt sich einerseits daraus, dass Ernährungsfaktoren als Auslöser der Erkrankung diskutiert wurden und andererseits die Malnutrition das klinische Bild der Erkrankung ganz wesentlich prägt.

Die Bedeutung von Ernährungsfaktoren für die Ätiologie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wurde in zahlreichen Studien untersucht. Dabei zeigten sich keine eindeutigen Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der Art der Ernährung und der Entstehung dieser Erkrankung. Im Hinblick auf die Auslösung bzw. auf die weitere Entwicklung des Morbus Crohn, wurden als ätiopathogenetische Faktoren insbesondere der vermehrte Konsum von raffinierten Kohlenhydraten, die Bevorzugung chemisch aufbereiteter gehärteter Fette sowie ein verminderter Ballaststoffgehalt der Nahrung diskutiert. Im Gegensatz zur Colitis ulcerosa war der Zuckerkonsum bei Patienten mit Morbus Crohn höher als bei darmgesunden Personen. Die Beobachtung wird eher als Sekundärphänomen ohne ätiologische Bedeutung aufgefasst.

Die Ursachen der Mangelernährung bei Patienten mit chronischen entzündlichen Darmerkrankungen sind vielfältig: Zu nennen sind insbesondere Anorexie, Nahrungsmittelintoleranzen, Erbrechen und Durchfälle, Fisteln, bakterielle Überwucherungen, Gallensäureverlust, exsudative Enteropathie, Medikamentennebenwirkungen und erhöhter Energiebedarf.

Im akuten Schub ist die normale Nahrungsaufnahme bei den meisten Patienten defizitär. Die Erhaltung bzw. Verbesserung des Ernährungszustandes kann durch parenterale oder enterale Ernährungsregime erreicht werden. Es ist bekannt, dass sowohl die parenterale als auch die enterale Ernährungstherapie sich deutlicher bei Morbus Crohn auch bei Colitis ulcerosa positiv auswirkt.

Ein enterales Ernährungsregime kann bei Morbus Crohn bei einem Teil der Patienten eine Remission bewirken. Insgesamt ist die alleinige Ernährungstherapie der Standardtherapie mit Kortikoiden unterlegen. Mittlerweile ist gesichert, dass künstliche Ernährungsformen in Ergänzung zur medikamentösen Therapie mit Steroiden, insbesondere in komplizierten

Krankheitsphasen, den Ernährungszustand verbessern können.

In der Remissionsphase kann nach einem entsprechenden Kostaufbau grundsätzlich eine gastroenterologische Basisdiät empfohlen werden, wie sie im Rationalisierungsschema der Fachgesellschaften publiziert sind. Dabei kann evtl. eine geringfügige Erhöhung des Fettanteiles nützlich sein. Bei stenosierenden Entzündungsprozessen bleibt die Zufuhr von Ballaststoffen weit hinter den Empfehlungen zurück.

Bei einem großen Teil der Patienten besteht eine Laktoseintoleranz, so dass die Milchzuckerzufuhr auf weniger als 10 g/Tag beschränkt werden muss. Der völlige Verzicht auf Milchprodukte ist unerwünscht, da Milch in unserer Ernährungsweise eine wichtige Kalziumquelle darstellt.

Für die Ernährungstherapie ist die Beachtung der charakteristischen nutritiven Störungen besonders wichtig. Die Störungen weisen bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa einige Besonderheiten auf. Beispielsweise ist der Mangel an Zink und Magnesium bei Morbus Crohn ausgeprägter als bei Colitis ulcerosa, während andererseits der Eisenmangel bei Colitis ulcerosa häufiger als bei Morbus Crohn gefunden wird.

Die Feststellung eines Zinkdefizits mit einfacher Analytik ist schwierig, da ein Großteil des Zinks intraerythrozytär enthalten ist. Praktikabel ist die Messung der Zinkkonzentration im Plasma. Bei erniedrigten Werten ist eine zusätzliche Zinktherapie unbedingt erforderlich. In der üblichen Kost kommt Zink vor allem in Fleisch, Eiern, Fisch und Getreide vor.

Der Eisenmangel beruht einerseits auf gesteigertem Verlust, andererseits auf einer mangelhaften Resorption. Die Eisenresorption ist relativ kompliziert. Am besten kann Eisen als Hämeisen resorbiert werden, welches insbesondere in Fleisch und Fleischprodukten vorkommt. Diese Nahrungsmittel werden erfahrungsgemäß von den Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen nur in geringem Umfang aufgenommen, so dass sich häufiger die Indikation zu einer Substitution des Eisens auf oralem oder intravenösem Wege ergibt. Bei unzureichendem Effekt einer Eisentherapie auf den Hämoglobingehalt kommt eine Behandlung mit Erythropoetin in Frage.

Fischölpräparate mit Omega-3-Fettsäuren können den Verlauf eines Morbus Crohn günstig beeinflussen. Empfehlenswert ist daher der Verzehr von Seefisch und die Verwendung von Rapsöl mit einem hohen Gehalt an Alpha-Linolensäure und einem günstigen Verhältnis von Omega-3- zu Omega-6-Fettsäuren.

Von besonderer Bedeutung ist bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen der

Folsäuremangel, dieser ist nicht nur eine Folge der Grundkrankheit, sondern tritt auch als Nebenwirkung der Therapie (insbesondere Sulfasalazin) auf. Eine ausreichende Zufuhr folsäurereicher Lebensmittel (Vollkornprodukte, Spargel, evtl. Erbsen) sollte daher sichergestellt sein.

Sogenannte Exklusionsdiäten, d.h. Diäten bei denen spezielle Nahrungsbestandteile aus der Kost eliminiert wurden, können nach den vorliegenden Studienergebnissen nicht generell empfohlen werden.

Ein Vitamin-B₁₂-Mangel kann insbesondere bei Erkrankung oder operativer Entfernung des terminalen Ileums eine Rolle spielen. In diesen Fällen muss der Vitamin- B₁₂-Bedarf parenteral gedeckt werden.

Bei dekompensiertem Gallensäureverlustsyndrom ist der Einsatz von MCT-Fetten ratsam, da diese nicht den emulgierenden Effekt der Gallensalze erfordern.