

„50 Jahre VDD“
Jubiläums – Kongress 2007
in Kooperation mit dem
Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V.
und dem
Verband der Oecotrophologen (VDO_E) e. V.
vom 19. bis 21. April
CongressPark Wolfsburg

AKTUELLE THERAPIE BEI DARMERKRANKUNGEN

Ernährungstherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)

Angelika Gramm, Diätassistentin, Lehrkraft für Ernährung und Diätetik, Diabetesberaterin DDG, HELIOS Klinikum Emil von Behring, Klinik für Innere Medizin II – Gastroenterologie, Hepatologie und Endoskopie, Walterhöfer Straße 11, 14165 Berlin

Ernährungsempfehlungen bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind nur unter Berücksichtigung der Krankheitsphase und des aktuellen Beschwerdebildes möglich. Dabei spielt der Ernährungszustand eine wesentliche Rolle.

Ernährungsmedizinische Relevanz ergibt sich bei der Therapie der Malnutrition, die das klinische Bild der Erkrankten wesentlich prägt sowie bei der Therapie des akuten Entzündungsschubes. Eine optimale Nährstoffversorgung kann den Verlauf des akuten Schubes sowie die Wundheilung und postoperativen Verlauf nach therapeutischer Darmresektion günstig beeinflussen. Eine Ausheilung des akuten Schubes kann in einzelnen Fällen durch eine parenterale Ernährung beschleunigt werden.

Folgen der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen **für Stoffwechsel und Ernährungszustand** sind abhängig von aktueller Krankheitsaktivität und Komplikationen:

Grundumsatz bei schweren Verlaufsformen um ca. 20 % erhöht; negative Stickstoffbilanz infolge intestinaler Eiweißverluste, reduzierter Eiweißzufuhr, kortikosteroidinduzierter Katabolie;

Elektrolyt- und Spurenelementverluste; Vitamin B₁₂-, Folsäure-Mangel.

Für die Ernährungstherapie bei Morbus Crohn gelten die gleichen Richtlinien wie bei Colitis ulcerosa. Der Einsatz enteraler Ernährungstherapie (als Trink- oder Sondennahrung) ist zur **Verbesserung des Ernährungszustandes mangelernährter Patienten** oft notwendig.

Dabei hat sich kein Unterschied zwischen chemisch definierter (Peptiddiät) und nährstoffdefinierter Diät (hochmolekulare Substanzen) gezeigt. Der Nutzen glutaminreicher Diäten ist derzeit für Erwachsene nicht gesichert.

Zur Remissionseinleitung sind enteral bilanzierte Diäten wirksam, allerdings weniger wirksam als Steroide. Vorteile von modifizierten Sondennahrungen (Omega-3-Fettsäuren, glutaminsupplementiert, TFG-β-Anreicherung) sind nicht eindeutig dokumentiert.

Eine kohlenhydratarme, zuckerfreie und ballaststoffreiche Kost bringt keine Vorteile bezüglich Remissionserhaltung. Auf ausreichende Energie- und Flüssigkeitsversorgung ist zu achten (supplementierende enterale Ernährung mit 500-600 kcal/Tag ist sinnvoll).

Wichtig ist eine vollwertige, bedarfsgerechte Kost, einseitige Ernährung ist zu vermeiden. Die Berücksichtigung individueller Intoleranzen (bes. Laktose) ist Voraussetzung für Beschwerdefreiheit.

Anhand eines Fallbeispiels einer 30-jährigen Frau mit sehr schwerem Verlauf eines akuten Schubes wird die praktische Umsetzung der bedarfsgerechten Ernährungstherapie aufgezeigt.

Die akuten Mangelzustände werden mit einer parenteralen Ernährung (TPE) beginnend beseitigt, anschließend wird in eine enterale Ernährung per nasogastraler Sonde übergeleitet.

Ab 20. Tag beginnt der zügige Kostaufbau zu vollwertiger Ernährung, bei dem die Laktoseintoleranz und individuelle Intoleranzen Berücksichtigung finden. Ergänzende Trinknahrung sichert die bedarfsgerechte Energie- und Nährstoffzufuhr.

