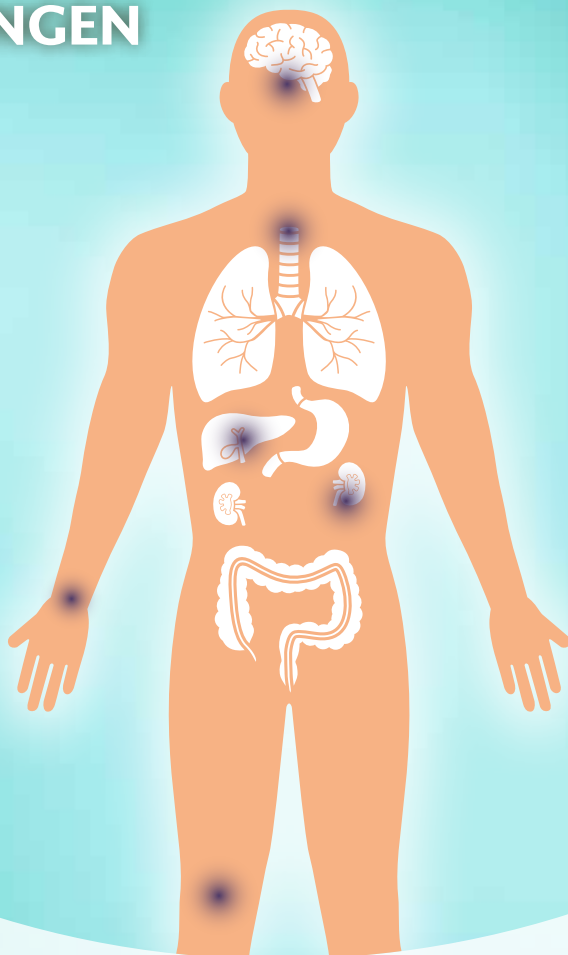


BEGLEIT- ERKRANKUNGEN BEI CED



**CROHN COLITIS
SCHWEIZ**

Schweizerische Morbus Crohn/
Colitis ulcerosa Vereinigung

fokus

Ein kleiner Ratgeber für Betroffene



IMPRESSUM

Broschüre der Crohn Colitis Schweiz,
Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung
Auflage: 4500 Exemplare

Herausgeber:

Crohn Colitis Schweiz
Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung
5000 Aarau
Telefon/Fax: 0800 79 00 79
welcome@crohn-colitis.ch
Postkonto: 50-394-6

Fachberatung:

Prof. Dr. med. Stephan Vavricka
Zentrum für Gastroenterologie und Hepatologie
Zürich-Altstetten
Vulkanplatz 8, 8048 Zürich

Projektleitung und Redaktion:

Centerview GmbH, Dr. Nadine Zahnd-Straumann
info@centerview.ch

Korrektorat:

Franziska Landolt, www.1-2-fehlerfrei.ch

Illustrationen:

Agentur Fritz GmbH, Rapperswil-Jona
www.agentur-fritz.ch

**Nachdruck und Wiedergabe,
auch auszugsweise, nur mit Genehmigung
des Vorstandes der Crohn Colitis Schweiz.**

Verwendete Fotos in dieser Zeitschrift müssen
keinen direkten Bezug zum Text aufweisen.

Quellen:

Archiv, Crohn Colitis Schweiz
IBDnet

Gesamtherstellung:

Gutenberg Druck AG, Lachen
www.gutenberg-druck.ch

Stand: 1. Auflage, Mai 2020

IBDnet

In Zusammenarbeit mit dem IBDnet
www.ibdnet.ch

INHALTSVERZEICHNIS

- 4 Was sind chronisch entzündliche Darmerkrankungen?
- 6 Komplikationen bei CED: Was sind extraintestinale Manifestationen?
- 8 Rheumatologische extraintestinale Manifestationen
- 10 Osteoporose
- 10 Haut
- 12 Augen
- 13 Leber und Galle
- 14 Niere
- 15 Blutgerinnung
- 15 Atemwege

VORWORT



**Prof. Dr. med.
Stephan Vavricka**

Zentrum für
Gastroenterologie
und Hepatologie,
Zürich;
Präsident IBDnet

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

In der Schweiz leben heute ungefähr 16 000 bis 30 000 Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED). Eine chronisch entzündliche Darmerkrankung wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa ist unheilbar und wird Sie ein Leben lang begleiten. Die Krankheitsverläufe von CED sind sehr unterschiedlich und schwierig vorhersehbar; bei knapp einem Drittel der Patienten treten im Zusammenhang mit CED weitere Erkrankungen wie Gelenk-, Haut- oder Augenzündungen auf. Diese Begleiterkrankungen werden extraintestinale Manifestationen (EIM) genannt. Um Ihnen einen möglichst beschwerdefreien Alltag zu ermöglichen, ist es wichtig, solche EIM frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

In dieser Broschüre möchten wir Ihnen einen Überblick über die häufigsten extraintestinalen Manifestationen geben. Die Broschüre ersetzt auf keinen Fall den Arztbesuch, soll Sie aber ermuntern, Beschwerden ausserhalb des Darms mit Ihrem Arzt zu teilen.

Es grüsst Sie freundlich

Prof. Dr. med. Stephan Vavricka

Zentrum für Gastroenterologie und Hepatologie, Zürich-Altstetten
Präsident IBDnet

WAS SIND CHRONISCH ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNGEN?

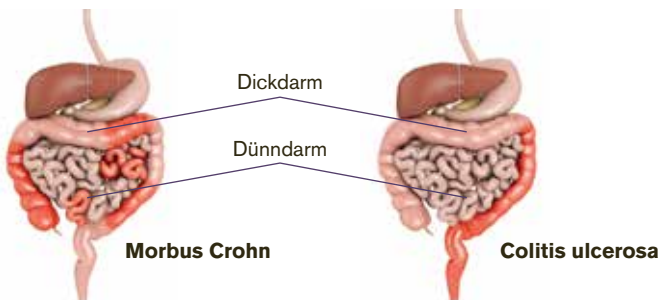
Morbus Crohn und Colitis ulcerosa: chronisch und unheilbar

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa begleiten die Patienten ein Leben lang und sind unheilbar. Die Symptome manifestieren sich bei jedem Patienten anders, sind breit gefächert und reichen von leichten Bauchschmerzen bis hin zu kolikartigen Beschwerden und zahlreichen Durchfällen. Die Patienten beklagen nebst Durchfall, Bauchschmerzen, Fieber, Blutungen aus dem Mastdarm und Abszesse oder Fisteln als häufigste Symptome. Bei knapp der Hälfte der Patienten treten im Zusammenhang mit CED weitere Erkrankungen wie Gelenk-, Haut- oder Augenentzündungen auf. Betroffene CED-Patienten leiden zudem oft an Müdigkeit, Schwäche und Leistungsminderung.

Wie unterscheiden sich Morbus Crohn und Colitis ulcerosa?

Während beim Morbus Crohn der gesamte Magen-Darm-Trakt an verschiedenen Stellen vom Mund bis hin zum After von den Entzündungen der Schleimhaut und Läsionen betroffen sein kann, ist die Colitis ulcerosa auf den Dickdarm und den Enddarm beschränkt. Wenn die Colitis ulcerosa nur den Enddarm befällt, wird das als Proctitis bezeichnet. Bei der Colitis ulcerosa ist die betroffene Schleimhaut flächig und auf der Oberfläche entzündet. Die Entzündungsherde beim Morbus Crohn können bis tief ins Darmgewebe reichen und Verbindungsgänge zu anderen Organen bilden. Diese Gänge nennt man Fisteln.

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa treten an unterschiedlichen Stellen im Magen-Darm-Trakt auf.

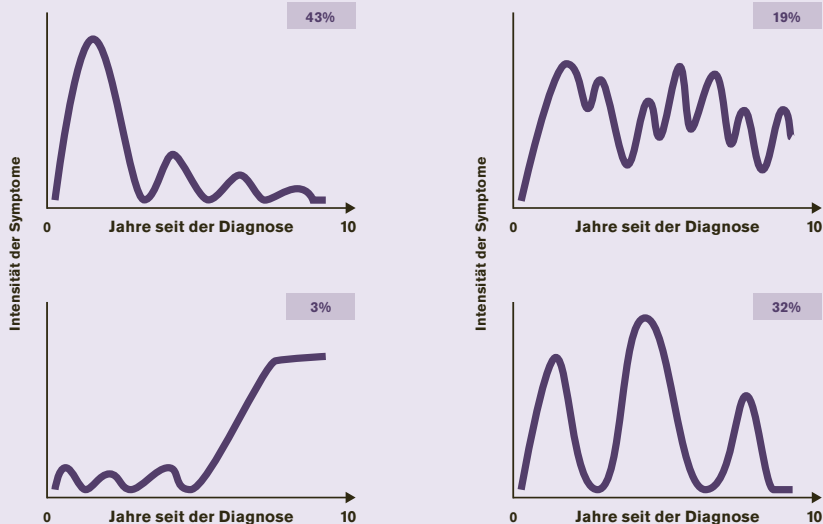


Diagnose CED: Was erwartet Sie als Patienten?

CED verläuft bei jedem Patienten anders und ist unvorhersehbar: Phasen mit geringer Krankheitsaktivität können von schweren Schüben abgelöst werden. Gewisse Patienten erleben nur selten Krankheitschübe, andere haben häufig wiederkehrende Krankheitssymptome. Der Verlauf Ihrer Erkrankung hängt auch davon ab, welche Teile des Magen-Darm-Traktes befallen sind und wie stark die Krankheit ausgeprägt ist. Deshalb muss jeder Patient individuell beraten und betreut werden, regelmäßige Arztbesuche und eine gut eingestellte Therapie sind notwendig, um die Erkrankung unter Kontrolle zu halten.

IBSEN-Studie: Patienten wählen aus vier theoretischen, vordefinierten Krankheitsverläufen den Verlauf aus, welcher ihrem Verlauf am ehesten entspricht (n = 197).

Solberg IC, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2007;5:1430-8 fehlende Daten: 3%



Knapp die Hälfte aller Morbus-Crohn-Patienten erleben einen ersten Krankheitsschub, doch die Symptome klingen danach ab. Demgegenüber verläuft die Krankheit bei einem Drittel der Patienten chronisch mit kontinuierlichen Schüben.

Wer ist von CED betroffen?

CED kann in jedem Lebensalter, also auch bereits bei Kindern, auftreten. Meistens beginnt die Erkrankung im Alter zwischen 10 und 40 Jahren. Aktuelle Studiendaten zeigen, dass Morbus Crohn immer häufiger wird, vor allem bei jüngeren Menschen. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa finden sich weltweit, sind aber in Industriestaaten stärker verbreitet als in weniger entwickelten Ländern.

KOMPLIKATIONEN BEI CED: WAS SIND EXTRAINTESTINALE MANIFESTATIONEN?

Wenn die Erkrankung andere Organe betrifft

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind chronisch entzündliche Erkrankungen, welche nicht nur auf den Magen-Darm-Trakt beschränkt sind. Zusätzlich können diverse Organsysteme mitbetroffen sein, was die CED zu einer Systemerkrankung macht. Diese Begleiterkrankungen werden als extraintestinale Manifestationen (EIM) bezeichnet. Die häufigsten EIM beinhalten muskuloskelettale, ophthalmologische, dermatologische und hepato-biliäre Erkrankungen. Es können jedoch prinzipiell alle Organsysteme betroffen sein. Extraintestinale Erkrankungen tragen signifikant zur Morbidität von Patienten mit CED bei und schränken die Lebensqualität deutlich ein.

Welche CED-Patienten sind von extraintestinalen Manifestationen betroffen?

Knapp die Hälfte der CED-Patienten leiden im Laufe ihrer Erkrankung an einer extraintestinalen Begleiterkrankung. Gewisse Faktoren können die Anfälligkeit auf eine extraintestinale Manifestation erhöhen, hierzu gehören:

- Befall des Anus bei Morbus Crohn
- Befall des Dickdarmes
- Rauchen

Welche EIM können vorkommen? Einteilung in drei grosse Gruppen

Je nachdem, wann eine extraintestinale Manifestation in Bezug auf die Krankheitsaktivität auftritt, werden die EIM in drei Gruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe von EIM beinhaltet die typischen CED-assoziierten extraintestinalen Manifestationen, welche gleichzeitig mit der Krankheitsaktivität auftreten. Die meisten und häufigsten EIM gehören in

diese Gruppe. Patienten, welche an einer solchen EIM leiden, zeigen oft einen ausgedehnten Krankheitsbefall des Dickdarms oder eine positive Familienanamnese für CED. In diese erste Gruppe von EIM gehören unter anderem

- Periphere Arthritis (entzündliche Gelenkerkrankung)
- Erythema nodosum (akut entzündliche Hauterkrankung des Unterhautfettgewebes)
- Orale Aphten (schmerzhafte Läsionen in der Mundschleimhaut)
- Episcleritis (Entzündung des Bindegewebes zwischen Lederhaut und Bindehaut des Auges)

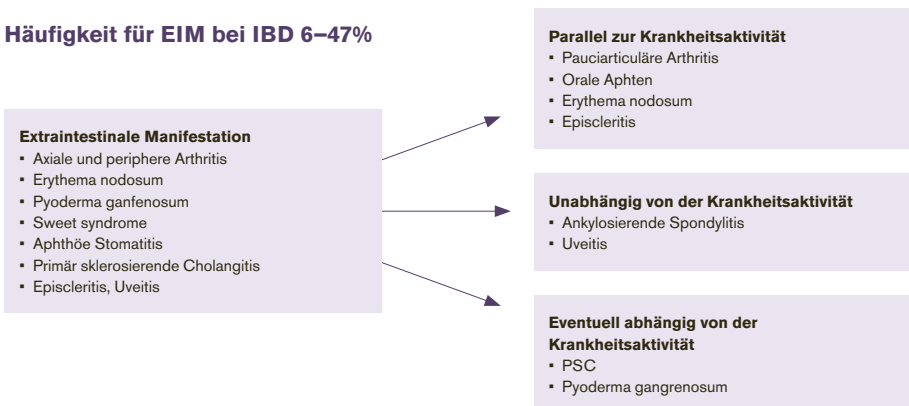
Die zweite Gruppe von EIM umfasst extraintestinale Manifestationen, welche unabhängig von der Krankheitsaktivität auftreten. In diese zweite Gruppe von EIM gehören unter anderem

- Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew; versteifende Wirbelsäulenentzündung)
- Uveitis (Entzündung der mittleren Augenhaut)

In die dritte Gruppe von EIM gehören extraintestinale Manifestationen, welche eventuell in Abhängigkeit von der CED-Krankheitsaktivität auftreten. In diese dritte Gruppe von EIM gehören unter anderem

- Osteopathien (z. B. Osteoporose, Osteomalzie)
- Nierenstörungen (Nierensteine)
- Thromboembolische Ereignisse (Thrombosen, Embolien)
- Pyoderma gangraenosum
- Primäre Sklerosierende Cholangitis (PSC)

Häufigkeit für EIM bei IBD 6–47%



RHEUMATOLOGISCHE EXTRAINTESTINALE MANIFESTATIONEN

Gelenkprobleme sind eines der häufigsten Symptome ausserhalb des Darms bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Ungefähr jeder dritte CED-Patient leidet unter Gelenkbeschwerden. Folgende Beschwerden können auftreten:

- Gelenkschmerzen ohne wesentliche Entzündung der Gelenke (Arthralgie)
- Entzündete, schmerzhafte und geschwollene Gelenke (Arthritis):
Typ I und II
- Axiale Arthritis
- Entzündungen um die Sehnen und Bänder (Enthesitis)

Am häufigsten betroffen sind grosse Gelenke, beispielsweise Ellenbogen oder Kniegelenke, oder kleine, sogenannte periphere Gelenke wie Finger- und Zehengelenke.

Gelenke in der Wirbelsäule und im Becken können sich ebenfalls entzünden (axiale Arthritis, Spondylitis).



Typ-I-Arthritis: Beschwerden während des CED-Schubs

Entzündliche Gelenkbeschwerden, die Arthritis (Arthropathie), werden in zwei Typen unterteilt, Typ I und Typ II. Die Typ-I-Arthritis tritt häufiger bei Morbus-Crohn-Patienten auf, wobei ungefähr 6–11% der Patienten davon betroffen sind.

Die Typ-I-Arthritis ist eine periphere Arthritis. Hierbei sind in aller Regel weniger als fünf Gelenke entzündet, wobei vor allem die gewichttragenden Gelenke wie Sprunggelenk, Knie, Hüfte, Handgelenke, Ellenbogen und Schultern betroffen sind. Häufig treten die Beschwerden auch nur auf der einen Körperseite auf.

Diese Gelenkbeschwerden treten typischerweise während des CED-Schubs auf und dauern weniger als zehn Wochen.

Typ-II-Arthritis: Unabhängig von der CED-Krankheitsaktivität

Die Symptome der Typ-II-Arthritis treten unabhängig von der Krankheitsaktivität im Darm auf. Betroffen sind hauptsächlich symmetrisch die kleinen Gelenke zum Beispiel der Hände, wobei mehr als fünf Gelenke schmerzhaft und geschwollen sind. Diese Gelenkentzündung kann Monate bis Jahre andauern; eine adäquate Behandlung durch den Rheumatologen ist hier sehr wichtig, um permanente Schädigungen der Gelenke zu verhindern.

Axiale Arthritis: Rückengelenke

Die axiale Spondyloarthritis (axSpA) zeichnet sich durch Schmerzen, Steifheit und Gelenkschwellungen im unteren Rückenbereich und im Iliosakralgelenk (Kreuzbein-Darmbein-Gelenk) aus. Man unterscheidet bei der axialen Spondyloarthritis zwischen

- Radiologische axiale Spondyloarthritis: Diese Ausprägung wird auch Morbus Bechterew (oder Ankylosierende Spondylitis) genannt. Die Diagnose beruht auf einem klaren radiologischen Befund mit Veränderungen in der Wirbelsäule oder Ileosakralgelenk
- Nicht-radiologische axiale Spondyloarthritis (nr-axSpA): Diese Krankheitsform umfasst die frühen Krankheitsstadien von Morbus Bechterew oder leichte Formen der Erkrankung ohne radiologischen Veränderungen

Die axiale Arthritis betrifft ungefähr 2–6% aller CED-Patienten und tritt unabhängig von der Krankheitsaktivität im Darm auf.



Enthesitis

Bei der Enthesitis handelt es sich um eine Entzündung der Sehnenansätze am Knochen. Dies führt zu Schmerzen, Steifheit und Schwellungen, welche die Bewegung der Gelenke einschränken können. Meist betroffen sind

- Achillessehne (an der Rückseite des Fersenbeins befestigt)
- Plantarfaszie (unter dem Fersenbein befestigt)
- Patellasehnen (Sehen um Kniescheibe)

OSTEOPOROSE

Ungefähr 30 bis 60% der Menschen mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa haben eine Verminderung der Knochendichte, eine sogenannte Osteoporose. Eine niedrige Knochendichte kann CED-Patienten in jedem Alter und Geschlecht betreffen.



Die Osteoporose kann zu Knochenbrüchen insbesondere der Wirbelsäule führen. Folgende Faktoren erhöhen das Risiko einer Osteoporose mit Knochenbrüchen:

- Chronische Krankheitsaktivität
- Schlechter Ernährungszustand
- Länger andauernde Cortison-Behandlung
- Patienten, bei welchen grosse Teile des Dünndarms entfernt werden mussten
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

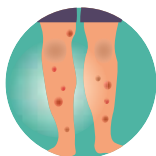
Zur Verhinderung von Osteoporose wird bei gefährdeten Patienten die Einnahme von Calcium und Vitamin D empfohlen. Regelmässige körperliche Aktivität trägt ebenfalls zu einer höheren Stabilität der Knochen bei. Um eine Verminderung der Knochendichte frühzeitig zu erkennen, ist eine regelmässige Knochendichtemessung empfohlen.

HAUT

Nach der Arthritis stellen Hauterkrankungen die nächsthäufigen extraintestinalen Komplikationen bei CED dar. Bis zu 20% der CED-Patienten sind davon betroffen.

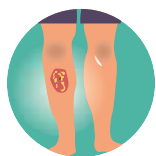
Oft gesehene Hauterkrankungen bei CED sind

- Erythema nodosum
- Pyoderma gangrenosum
- Enterokutane Fisteln
- Aphtöse Stomatitis



Erythema nodosum

Erythema nodosum bedeutet wörtlich «rote Beulen». Diese zarten rötlich-violetten Knötchen treten normalerweise an den Schienbeinen oder Knöcheln, seltener an den Armen auf. 2–10% der CED-Population sind davon betroffen, wobei das Erythema nodosum häufiger bei Frauen als bei Männern auftritt. Erythema nodosum ist in der Regel mit einem CED-Schub assoziiert, kann aber auch kurz vor einem Schub auftreten. Bei angemessener Behandlung der zugrunde liegenden Darmerkrankung kann das Erythema nodosum von alleine abheilen.



Pyoderma gangraenosum

Pyoderma gangraenosum ist am häufigsten an den Schienbeinen oder Knöcheln zu finden, meist nach vorausgegangenen Traumata an der besagten Stelle. Beginnend als kleine Blasen, verbinden sich diese Läsionen schliesslich zu tiefen chronischen Geschwüren. Die Erkrankung ist bei Patienten mit Colitis ulcerosa häufiger als bei Menschen mit Morbus Crohn. Pyoderma gangraenosum folgt oft einem ähnlichen Verlauf wie die CED-Krankheitsaktivität und verbessert sich deshalb, wenn die CED-Symptome unter Kontrolle gebracht werden. Antibiotika, Injektionen von Medikamenten in das Geschwür und topische Salben werden zur Behandlung eingesetzt.



Enterokutane Fisteln

Eine enterokutane Fistel ist ein entzündlicher Kanal, der sich vom Darm zur Haut bildet – oft vom Enddarm zur Scheide, zur Blase oder zum Gesäss. Durch diese Fistelkanäle können Eiter oder Fäkalien austreten. Ungefähr 30% der Morbus-Crohn-Patienten sind von Fisteln betroffen. Sie sind somit wesentlich häufiger bei Morbus Crohn anzutreffen als bei Colitis ulcerosa.

Die Behandlung hängt von der Lage und Schwere der Fisteln ab und kann eine Operation erfordern.



Aphthöse Stomatitis

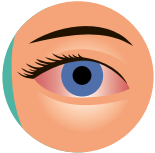
Bei der aphthösen Stomatitis handelt es sich um kleine Mundgeschwüre, die am häufigsten zwischen Zahnfleisch und Unterlippe, an der Backeninnenseite oder am Zungengrund auftreten. Sie sind meist bei starkem Aufflackern der CED zu sehen und lassen in der Regel nach, wenn die Darmerkrankung unter Kontrolle kommt.

AUGEN

Etwa 10% der Menschen mit CED haben Augenprobleme. Die meisten davon sind jedoch behandelbar und stellen keine wesentliche Gefahr für den Sehverlust dar.

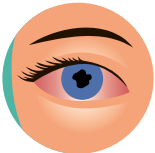
Die häufigsten Augenveränderungen sind

- Konjunktivitis
- Uveitis
- Episkleritis
- Trockene Augen



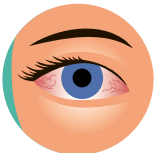
Konjunktivitis

Die Konjunktivitis, oder Bindehautentzündung, ist die häufigste Veränderung des Auges bei CED-Patienten.



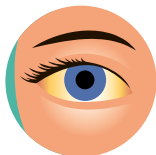
Uveitis

Eine der häufigsten Augenkomplikationen bei IBD ist die schmerzhafte Entzündung der mittleren Schicht des Auges. Eine Uveitis kann Schmerzen, verschwommenes Sehen, Lichtempfindlichkeit und Rötung des Auges hervorrufen. Diese Symptome können allmählich oder ganz plötzlich auftreten. Die Uveitis verbessert sich im Allgemeinen, wenn die CED-Grunderkrankung unter Kontrolle gebracht wird, aber der Augenarzt kann spezielle Augentropfen mit Steroiden verschreiben, um Entzündungen zu reduzieren. Unbehandelt kann die Uveitis zum Glaukom (eine Augenerkrankung, die durch erhöhten Druck im Augapfel gekennzeichnet ist) und zu einem möglichen Sehverlust führen.



Episkleritis

Bei dieser Erkrankung handelt es sich um eine Entzündung der äusseren Beschichtung des Auges, der Lederhaut oder sogenannten Episklera. Eine Episkleritis kann Schmerzen, Empfindlichkeit und gerötete Augen verursachen. Steroid-Augentropfen und topische Vasokonstriktoren werden häufig zur Behandlung von Episkleritis verwendet, aber die Symptome können sich von selber verbessern, wenn die CED-Aktivität abnimmt.



Trockene Augen

Ein Mangel an Vitamin A kann zu trockenen Augen, Augeninfektionen und Irritationen wie Juckreiz und Brennen führen. Wenn die Infektion schwerwiegend ist, können Antibiotika notwendig sein.

LEBER UND GALLE

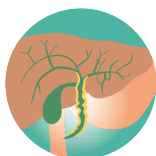
Die Leber hat verschiedene Funktionen im menschlichen Körper. Als grösstes und wichtigstes Stoffwechselorgan ist sie für die Verwertung von Nahrungsbestandteilen, den Abbau und die Ausscheidung von Stoffen sowie die Produktion lebenswichtiger Proteine zuständig.

Die Leber produziert auch Cholesterin, Säuren und Gallensalze, die in der Gallenblase gespeichert werden. Bei einigen Patienten mit CED kann sich die Leber entzünden oder beschädigt werden.

Bluttests können in der Regel das Vorliegen einer Lebererkrankung bestätigen. Ultraschall, CT- und MRI-Untersuchungen sowie endoskopische Untersuchungen der Gallenwege (ERCP) oder eine Leberbiopsie können zur Bestätigung der Diagnose erforderlich sein.

Häufigste, aber seltene Leberkomplikationen sind

- Primär sklerosierende Cholangitis (PSC)
- Fettleber
- Hepatitis
- Gallensteine



Primär sklerosierende Cholangitis (PSC)

Die primär sklerosierende Cholangitis (PSC) ist eine nichtinfektiöse chronische Entzündung der Gallengänge. Die Gallenwege transportieren die Galle von der Leber in den oberen Dünndarm. PSC tritt bei etwa 4% der Patienten mit Colitis ulcerosa auf und ist bei Morbus Crohn wesentlich seltener zu beobachten. Das Gewebe der Gallenwege kann sich infolge der Entzündung verhärten und verengen, was zu einem Gallenstau führt. Dies macht eine endoskopische Intervention zum Aufdehnen der Gallengänge sowie Einsetzen von Stents (ERCP) notwendig. Eine weitere Komplikation bei Patienten mit PSC ist ein erhöhtes Risiko für Gallengang- und Dickdarmkrebs. Daher ist die Durchführung von regelmässigen Untersuchungen notwendig.



Fettleber

Die Fettleberkrankheit (hepatische Steatose) ist die häufigste Leberkomplikation bei CED und in aller Regel reversibel. Bei der Fettleberkrankheit lagert sich Fett reversibel in den Fettzellen ab.

Dies kann auch bei anderen Erkrankungen wie Diabetes, Schwangerschaft und Fettleibigkeit vorkommen. Die Ablagerung von Fetten in der Leber kann auch auf die Verwendung von Steroiden zurückzuführen sein.



Hepatitis

Hepatitis ist ein Oberbegriff für Leberentzündungen. Es kann durch Medikamente wie Methotrexat, Azathioprin oder 6-Mercaptopurin (6MP) verursacht werden.

Eine Leberentzündung kann aber auch bei CED-Patienten in Form einer Autoimmunhepatitis auftreten. Sie wird mit den gleichen Medikamenten behandelt wie die zugrunde liegende Darmerkrankung.



Gallensteine

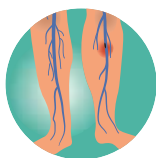
Gallensteine sind sehr häufig bei CED-Patienten, wobei sie eher bei Morbus Crohn auftreten. Wenn Gallensteine die Kanäle der Gallenblase blockieren, treten Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen auf. Die Entfernung der Gallenblase beseitigt dieses Problem.

NIERE



CED-Patienten haben ein erhöhtes Risiko, Nierensteine (Nephrolithiasis) zu bilden. Die Entstehung der Nierensteine wird durch den grossen Flüssigkeitsverlust über den Darm gefördert, weil hierdurch wichtige Elektrolyte wie Natrium, Kalium und Bicarbonat verloren gehen. Eine Beeinträchtigung der Nierenfunktion kann auch durch eine vermehrte Ablagerung von Immunkomplexen entlang der Nierengänge zustande kommen; es kommt zu einer erhöhten Ausscheidung von Eiweissen im Urin.

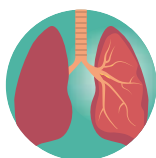
BLUTGERINNUNG



Die Entzündungsvorgänge einer CED haben einen ungünstigen Einfluss auf die Blutgerinnung und verstärken die Blutgerinnungsneigung, vor allem im aktiven Schub. Ungefähr 6% der Patienten haben ein erhöhtes Risiko, eine Thrombose auszubilden. Häufig bilden sich diese Blutpfropfen in den Beinvenen (tiefe Venenthrombose) und können von dort in die Lunge abströmen, wo sie eine gefährliche Lungenembolie hervorrufen.

Patienten, welche aufgrund eines aktiven Erkrankungsschubes hospitalisiert und bettlägerig sind, sind besonders gefährdet, eine Thrombose auszubilden. Eine Prophylaxe oder Behandlung mit blutverdünnenden Medikamenten kann hier sinnvoll sein.

ATEMWEGE



Mit grosser Wahrscheinlichkeit können die immunologischen Vorgänge bei CED auch eine Veränderung der Atemwege hervorrufen, wobei bis jetzt kein eindeutiger Zusammenhang mit der Erkrankungsaktivität oder Dauer der Erkrankung hergestellt werden konnte. Viele Patienten haben eine leicht eingeschränkte Lungenfunktion mit sehr seltenen und unterschiedlichen Auswirkungen:

- Entzündung oder Verengung der Bronchien
- Allergieähnliche Entzündung der Lungenbläschen (Alveolitis)
- Entzündung des Rippenfells (Pleuritis)

Die Beeinträchtigung der Atemwege ist allerdings sehr selten bei CED-Patienten.



CROHN COLITIS SCHWEIZ

Schweizerische Morbus Crohn/
Colitis ulcerosa Vereinigung

Crohn Colitis Schweiz

5000 Aarau

www.crohn-colitis.ch

Postkonto für Spenden: 50-394-6

0800 79 00 79

welcome@crohn-colitis.ch

Mit freundlicher Unterstützung von:



abbvie