

✉ U. Siedentopp

# Integrative Ernährungstherapie bei Darmerkrankungen

## Integrative nutrition in intestinal diseases

### Einleitung

Der Ernährungsmedizin kommt bei Erkrankungen des unteren Gastrointestinaltraktes eine zentrale Rolle zu. Sowohl akute als auch chronische Darmerkrankungen gehen mit Ernährungsstörungen einher, die je nach Dauer und Intensität einer adäquaten ernährungsmedizinischen Diagnostik und Therapie bedürfen. Bei nicht-infektiösen Erkrankungen wie Obstipation sowie Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen haben definierte Faktoren eine kausale Bedeutung. Aber auch Essgewohnheiten können wie bei der Divertikulose auf Entstehung und Verlauf Einfluss nehmen. Die Wechselwirkungen zwischen Nahrungsfaktoren und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind zwar nicht eindeutig belegt, aber spielen für die individuelle Ernährungsberatung der Patienten eine wesentliche Rolle. Neben der ernährungsmedizinischen Diagnostik werden ernährungswissenschaftliche Erkenntnisse zusammen mit Aspekten der chinesischen Diätetik als integrative Ernährungstherapie bei Darmerkrankungen (Obstipation, Divertikulose, CED, Reizdarmsyndrom) diskutiert.

### Ernährungsmedizinische Diagnostik

Chronische Obstipation ist mit einer Prävalenz von 3–18 % eine der häufigsten Beschwerden in der hausärztlichen Praxis, die mit einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität verbunden sein kann. Mit etwa 15 % Frauen und 5 % Männer ist das weibliche Geschlecht dreimal häufiger betroffen. Die Häufigkeit

nimmt mit dem Alter zu. Differenzialdiagnostisch gilt es abzuklären, ob es sich um ein Leitsymptom einer Grunderkrankung handelt, Medikamenten-induziert oder chronisch funktionell bedingt ist. Eine mangelnde Ballaststoff- und Flüssigkeitszufuhr, verminderte körperliche Aktivität und Übergewicht, Schädigung des enteralen Nervensystems durch stimulierende Laxanzien, gastrointestinale Hormone und Sexualhormone sowie die Darmlänge als alleinige Ursache sind wissenschaftlich nicht belegt [1, 2]. Neben der allgemeinen Anamnese, Inspektion und digital-rektaler Untersuchung objektiviert eine spezielle Stuhlanamnese Gewicht, Frequenz, Transitzeit und Konsistenz (Abb. 1) subjektive Wertungen der Patienten. Von funktioneller Obstipation spricht man beim Vorliegen von zwei oder mehr der Leitsymptome wie seltener bzw. harter Stuhl, heftiges Pressen beim Stuhlgang, Gefühl der inkompletten Entleerung innerhalb eines Jahres während mindestens zwölf Wochen bei > 25 % der Stuhlgänge. Ein Ernährungsprotokoll dient der Überprüfung des Essverhaltens sowie der Nahrungsmittelauswahl mit Flüssigkeitsbilanz und Ballaststoffqualitäten.

Bei der Kolondivertikulose handelt es sich um gutartige Veränderungen des Dickdarms. Die Prävalenz der sackförmigen Ausstülpungen der Kolonmuskulatur steigt mit dem Alter von 5 % (40. Lebensjahr) auf 85 % bei über 80-Jährigen. Eine ballaststoffarme Kost wirkt pathogenetisch begünstigend. Als Komplikationen kann es zu Divertikulitis und Divertikelblutungen kommen. Der Verlauf ist zumeist asymptomatisch, gelegentlich treten linksseitige Mittel- und Unterbauchschmerzen überwiegend postprandial und wechselnder Stuhlgang auf. Nach Defäkation bessern sich die Beschwerden. Neben Anamnese, klinischer Untersuchung und Entzündungsparametern zum Ausschluss einer Divertikulitis (Spontanschmerz, Tenesmen, Obstipation oder Diarrhö, Fieber und rektale Blutungen) kommen der Ernährungsanamnese und einem Ernährungstagebuch die entscheidenden ernährungsmedizinischen Diagnosekriterien zu.

Bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) Morbus Crohn und Colitis ulcerosa ist die Ätiologie bisher weitgehend ungeklärt. Aufgrund einer genetischen Prädisposition kommt es zu einer dysregulierten mukosalen Immunantwort auf Umweltfaktoren, die zu einer Imbalance zwischen entzündungshemmenden und entzündungsfördernden Botenstoffen führt. Zur Bedeutung von Nahrungsfaktoren bei der Entstehung von CED gibt es bislang keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse. Dennoch haben Betroffene häufig das starke Gefühl, ihre Ernährung spielte eine wesentliche Rolle. Verzehrprotokolle zeigen, dass CED-Patienten mehr Zucker und gehärtete Fette, aber weniger Obst und Gemüse, weniger Kalium, Magnesium, Vitamin C und Getreide als Kontrollpersonen aufnehmen. Auch werden Nahrungsmittelunverträglichkeiten bei CED gehäuft angegeben. Symptombezogene Ernährungstagebücher sind diagnostisch meistens sinnvoller als eine umfangreiche Laboranalytik. Klar belegbare Daten gibt es für Mangelernährung und spezielle Nährstoffdefizite bei CED vor allem bei schweren

Bristol-Stuhlformen-Skala		
Typ 1		Einzelne, feste Kügelchen (schwer auszuscheiden)
Typ 2		Wurstartig, klumpig
Typ 3		Wurstartig mit rissiger Oberfläche
Typ 4		Wurstartig mit glatter Oberfläche
Typ 5		Einzelne weiche, glattrandige Klümpchen, leicht auszuscheiden
Typ 6		Einzelne weiche Klümpchen mit unregelmäßigem Rand
Typ 7		Flüssig, ohne feste Bestandteile

Abb. 1: Bristol Stool Form Scale: Bei Typ 1 und 2 besteht eine Obstipation.

TABELLE 1 Ernährungsmmedizinische Diagnostik bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen [3–6]	
Morbus Crohn	Colitis ulcerosa
Anamnese, klinische Untersuchung, incl. extraintestinaler Symptome, BSG, BB, CRP, Albumin, Natrium, Kalium, Kalzium, Magnesium, Leberwerte, Vitamin B12, Zink, Ferritin/Transferrin, Vitamin D, Folsäure, Selen, Vitamin A, Vitamin E, Stuhl auf pathogene Keime, Calprotectin im Stuhl, Sonographie, Gastroskopie, Koloskopie mit PEs, Ausschluss einer (Fett-)Malabsorption, Ernährungsanamnese, BMI und Gewichtsverlauf, Körperzusammensetzung (BIA-Messung), Nutrition-Risk-Screening, Medikamenten-Nährstoff-Interaktionen	Anamnese, klinische Untersuchung incl. extraintestinaler Symptome, Labor (BSG, BB, CRP, Albumin, Natrium, Kalium, Leberwerte, CMV, Ferritin/Transferrin, Vitamin B12, Folsäure, Vitamin D), Stuhl auf pathogene Keime, Calprotectin im Stuhl, Koloskopie mit Biopsien, Ernährungsanamnese, BMI und Gewichtsverlauf, Körperzusammensetzung (BIA-Messung), Nutrition-Risk-Screening, Medikamenten-Nährstoff-Interaktionen



Abb. 2: Bei Morbus Crohn haben Nährstoffdiagnostik und -therapie eine hohe Bedeutung.

Verläufen von Morbus Crohn (Abb. 2). Aber auch bei Fisteln, Stenosen, toxischem Megacolon, Stoma und prä-/postoperativen Phasen kommt der Ernährungsmedizin eine zentrale Rolle zu [3]. Tabelle 1 zeigt eine zusammenfassende Gegenüberstellung zur ernährungsmedizinischen Diagnostik bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

Das Reizdarmsyndrom (RDS) gehört zu den funktionellen Darmerkrankungen mit deutlich eingeschränkter Lebensqualität. Die vermutete Prävalenz liegt bei 12 % in Deutschland. Es tritt bei

Frauen häufiger auf und kommt in allen Altersklassen vor. In der aktuellen, interdisziplinären S3-Leitlinie der Gesellschaften für Gastroenterologie (DGVS) und Neurogastroenterologie (DGNM) [7] werden Definition, Diagnosekriterien und Therapieempfehlungen für Erwachsene neu formuliert und eingeteilt. Für Kinder und Jugendliche gelten weiterhin die bisherigen Rom-III-Kriterien. Die RDS-Diagnose erfolgt symptombezogen durch Ausschluss relevanter Differenzialdiagnosen. Man unterscheidet Patienten mit Obstipationsprädominanz, Diarrhöprädominanz und wechselndem/gemischtem Stuhlverhalten. Potenzielle Biomarker wie Schleimhautpermeabilität, Darmmotilität oder Immunmediatoren finden noch keine Anwendung im klinischen Alltag [8, 9].

### Ernährungsmedizinische Aspekte und Empfehlungen

Zur Basistherapie bei chronischer Obstipation gehören körperliche Aktivität, Reduktion von Übergewicht, Stressvermeidung und ausgewogene Ernährung mit ausreichender Flüssigkeitszufuhr. Eindeutige Vorteile einer erhöhten Ballaststoffzufuhr gibt es trotz beschleunigter Transitzeit bisher nicht. Lösliche und unlösliche Ballaststoffe bewirken manchmal sogar vermehrten Meteorismus. Verwendung finden osmotisch wirksame Laxanzien wie Lactulose oder salinische Lösungen wie Glauber- und Bittersalz. Polyethylenglykol (Makrogol) ist gut verträglich, wirkt aber erst nach mehreren Tagen der Einnahme auf die Transitzeit. Der Einsatz stimulierender Laxanzien kann bei Essstörungen und als Mittel zur Gewichtsreduktion wegen Missbrauchs problematisch werden. Neben einer pflanzlich betonten Mischkost mit ausgeglichenem Trinkverhalten kommt den Ballaststoffen mit ihren Füll- und

Quelleffekten (s. Tabelle 2) insgesamt eine wichtige Bedeutung zu. Die tägliche Ballaststoffmenge sollte  $\geq 30$  g betragen und individuell langsam gesteigert werden. Mit zwei bis drei Portionen Gemüse und ein bis zwei Portionen Obst ergänzt mit Ölsaaten, Nüssen und verschiedenen fein gemahlten Vollkornvarianten (Brot, Knäcke) kann auch empfindlichen Bäuchen eine ausreichende Menge zugeführt werden. Quark, Joghurt und fermentierte Sauer Milchprodukte sowie probiotische Lebensmittel mit den Stämmen *L. casei* Shirota, *B. animalis* DN-173030 und *E. coli* Nissle 1917 fördern die gastrointestinale Transitzeit [10].

Bei der Kolondivertikulose gilt als ernährungstherapeutisches Ziel die Linderung der abdominalen Beschwerden, die Verhinderung von Komplikationen und die Stuhlregulation mit Erleichterung der Darmpassage. Präventiv liegt der Schwerpunkt

TABELLE 2 Ballaststoffqualitäten und Lebensmittelquellen	
Wasserunlösliche Ballaststoffe – Quelleffekt	Wasserlösliche Ballaststoffe – Fülleffekt
Weizen-, Haferkleie (mind. 150 ml Flüssigkeit pro EL Kleie)	Gemüse
Vollkornprodukte, fein gemahlen	Einige Obstsorten
Leinsamenschrot	Pektin
Blattgemüse	
Cellulose	
Lignine	
Hemicellulose	

TABELLE 3 Ernährungsmedizinische Empfehlungen beim RDS (Evidenzgrad B) [mod. nach 8, 9, 11, 12]	
Bei Nachweis einer Kohlenhydratmalabsorption (Laktose, Fruktose, Sorbit) probatorische Elimination für vier Wochen	
Bei sonstigen Nahrungsmittelallergien oder Unverträglichkeiten (Histamin) probatorische Eliminations- oder Rotationskost für zwei bis drei Monate	
Bei fehlendem Zöliakie-Nachweis und V. a. Glutensensitivitäts-Syndrom probatorische glutenreduzierte Kost für sechs bis acht Wochen	
Bei Eliminationsdiäten regelmäßige Verlaufskontrollen zur Vermeidung von Mangelernährung; Fortführen nur bei Therapieansprechen	
Bedarfsadaptierter Einsatz von Ballaststoffen mit Quelleffekt beim Obstipationstyp	
Einsatz von Probiotika bei unterschiedlichen RDS-Typen: <i>Bifidobacterium animalis</i> ssp. <i>lactis</i> DN-173010, <i>Bifidobacterium infantis</i> 35624, <i>Bifidobacterium bifidum</i> MIMBb75, <i>E. coli</i> Nissle 1917, <i>E. coli</i> -DSM 17252, <i>Lactobacillus casei</i> Shirota, <i>Lactobacillus plantarum</i> 299V, <i>Lactobacillus rhamnosus</i> GG, <i>Saccharomyces</i>	

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2616877>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2616877>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)