

Update der ESPEN Leitlinie:

Ernährung bei entzündlichen Darmkrankheiten

Die erste ESPEN Leitlinie zur klinischen Ernährung bei entzündlichen Darmkrankheiten wurde 2017 veröffentlicht (Prevent-News 05-2017). Sie wurde 2020 mit einer Leitlinie für die Praxis ergänzt und überarbeitet. Nun wurden alle Empfehlungen neu überprüft und aktualisiert.

Für die neue Leitlinie wurden 421 Studien ausgewertet. Wie üblich durchliefen alle darauf basierenden Empfehlungen das Konsensverfahren einer Expertengruppe aus Ernährungsfachleuten, Ärzten (inkl. Kinderärzten, Chirurgen) und Pflegepersonal. Die Empfehlungen sind jeweils mit Kommentaren zu den ausgewerteten Studien versehen. Neu aufgenommen wurden Empfehlungen zum Einsatz von Probiotika, Präbiotika und Antibiotika sowie zur fäkalen Mikrobiota-Transplantation (FMT). Wir stellen hier die Empfehlungen vor, die sich speziell auf die Ergänzung von Mikronährstoffen beziehen und stellen dazu einige der Kommentare kurz zusammengefasst vor.

Die entzündlichen Darmkrankheiten, vor allem Colitis ulcerosa und Morbus Crohn, sind weltweit verbreitet. Eine Mangelernährung kann bei beiden Krankheiten auftreten, sie ist aber beim Morbus Crohn ein größeres Problem, da sie alle Teile des Gastrointestinaltrakts betreffen kann. Im Gegensatz dazu ist die Colitis ulcerosa auf den Dickdarm beschränkt und wirkt sich nur wenig auf eine schlechte Absorption aus. Wie bei Erwachsenen ist auch bei pädiatrischen, chronisch entzündlichen Darmkrankheiten die Mangelernährung weit verbreitet, vor allem bei aktiver Erkrankung und ebenfalls bei Morbus Crohn stärker als bei Colitis ulcerosa. Bei beiden kann eine Mangelernährung das Ergebnis einer reduzierten oralen Aufnahme, eines erhöhten Nährstoffbedarfs, erhöhter gastrointestinaler Verluste an Nährstoffen und gelegentlich von Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Nährstoffen sein. Die Schwere der Mangelernährung hängt von der Aktivität, Dauer und dem Ausmaß der Erkrankung und besonders von entzündlichen Reaktionen ab, die den Stoffwechsel antreiben und magersüchtig machen. Patienten mit Morbus Crohn sind auch gefährdet, wenn ihre Krankheit zu ruhen scheint, während Patienten mit Colitis ulcerosa allgemein nur Probleme bei aktiver Krankheit entwickeln. Da Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten ein hohes Risiko für die Mangelernährung haben, müssen sie daraufhin untersucht, bewertet und behandelt werden. Dabei spielt die Ernährung eine wichtige Rolle. Dazu gehört die Prävention von Mängeln in der Ernährung und von Mikronährstoffen, die Verhinderung von Osteoporose sowie bei Kindern die Förderung des optimalen Wachstums und der optimalen Entwicklung.

Starkes Übergewicht wurde früher nicht mit den entzündlichen Darmkrankheiten verbunden. Dies ändert sich jetzt, da Adipositas den Verlauf der Krankheiten verschlechtern könnte. Neuere Veröffentlichungen legen nahe, dass Adipositas zum Zeitpunkt der Diagnose bei Patienten mit Morbus Crohn häufiger als bei Colitis ulcerosa anzutref-

fen ist. Dabei war ein stärkerer Adipositas-Grad mit einem erhöhten Risiko verbunden. Ein niedriger BMI bei der Diagnose war ebenfalls mit dem Risiko für Morbus Crohn versus Colitis ulcerosa assoziiert, was zu einer U-förmigen Beziehung zwischen dem BMI und Morbus Crohn-Risiko führte. Vor kurzem wurde festgestellt, dass Adipositas bei Morbus Crohn mit geringeren Krankheits-Remissionen und mit dem erhöhten Risiko für einen komplizierten Verlauf über einen Zeitraum von sechs Jahren Nachbeobachtung verbunden war.

Die Darm-Mikrobiota ist ein neues Thema bei den entzündlichen Darmkrankheiten und wurde in die Leitlinie aufgenommen. Obwohl ein enger Zusammenhang zwischen der Darm-Mikrobiota und ihren Stoffwechselprodukten einerseits und der Pathogenese der entzündlichen Darmkrankheiten andererseits besteht, lassen sich aus diesen Erkenntnissen bisher nicht ohne weiteres Empfehlungen für die klinische Praxis ableiten.

Prävention der entzündlichen Darmkrankheiten:

Empfehlung 1: Eine Ernährung, die reich an Obst und Gemüse, reich an Omega-3-Fettsäuren und arm an Omega-6-Fettsäuren ist, wird mit einem geringeren Risiko für die Entwicklung von chronisch entzündlichen Darmkrankheiten in Verbindung gebracht und daher empfohlen.

Empfehlung 2: Hochverarbeitete Lebensmittel und Nahrungs-Emulgatoren wie Carboxymethylcellulose könnten mit einem erhöhten Risiko für entzündliche Darmkrankheiten in Verbindung gebracht werden. Daher kann ein genereller Ausschluss solcher Lebensmittel empfohlen werden.

Empfehlung 3: Stillen sollte empfohlen werden, weil es die optimale Ernährung für Kinder ist und das Risiko für entzündliche Darmkrankheiten verringert.

Allgemeine Ernährungs-Aspekte bei entzündlichen Darmkrankheiten

Empfehlung 4: Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten haben ein Risiko für Mangelernährung. Sie sollten zum Zeitpunkt der Diagnose und danach regelmäßig daraufhin untersucht werden.

Empfehlung 5: Eine dokumentierte Mangelernährung sollte angemessen behandelt werden, da sie die Prognose, Komplikationsraten, Sterblichkeit und Lebensqualität verschlechtert.

Kommentar zu 4 und 5.: Defizite treten bei Morbus Crohn häufiger auf als bei Colitis ulcerosa.

Empfehlungen 6 bis 8: beziehen sich auf den Energiebedarf.

Empfehlung 9: Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten sollten regelmäßig auf Defizite an Mikronährstoffen untersucht werden, auch in der Remissionsphase. Spezifische Defizite sollten korrigiert werden.

Kommentar: Die Patienten sind anfällig für Mikronährstoff-Defizite aufgrund von Darmverlusten durch Durchfall, Malabsorption, Darmversagen und unzureichender Nahrungsaufnahme durch Anorexie, die mit der Krankheitsaktivität einhergeht. Daher sollten sie regelmäßig, mindestens einmal pro Jahr, auf Mängel an Mikronährstoffen untersucht werden, sowohl auf klinischer Ebene als auch durch Labormessungen, sofern dies angemessen und verfügbar ist. Bei der Interpretation der Blutwerte von Mikronährstoffen und Spurenelementen ist zu berücksichtigen, dass viele Serum-Werte oder Status-Marker positive oder negative Akut-Phasen-Reaktanten sind. Die Zuverlässigkeit der Messung von Mikronährstoffen im Plasma bei einer systemischen Entzündung bleibt fraglich.

Empfehlung 10: Die Ergänzung von Eisen sollte bei allen Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten empfohlen werden, wenn eine Eisenmangel-Anämie vorliegt. Das Ziel der Eisen-Ergänzung ist die Korrektur der Anämie und die Normalisierung der Eisenspeicher.

Empfehlung 11: Orales Eisen sollte als Erstbehandlung bei Patienten mit Eisenmangel oder leichter Anämie in Betracht gezogen werden, deren Krankheit klinisch inaktiv ist und die zuvor keine Unverträglichkeit gegenüber oralem Eisen gezeigt haben.

Empfehlung 12: zu Gaben von intravenösem Eisen

Kommentar zu 10 bis 12: Die Anämie gilt als die häufigste extraintestinale Manifestation von entzündlichen Darmkrankheiten, die den Verlauf bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn in der Regel verkompliziert. Alle Patienten sollten unabhängig von ihrem Alter auf niedrige Ferritinwerte, verringerte Transferrinsättigung und das Vorliegen einer Anämie untersucht werden.

Empfehlung 13: Alle Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten sollten im Rahmen eines multidisziplinären Ansatzes eine individuelle Beratung durch einen Ernährungsberater erhalten, um die Ernährungstherapie zu verbessern und Mangelernährung sowie ernährungsbedingte Störungen zu vermeiden.

Empfehlung 14: Als Teil eines multidisziplinären Teams für entzündliche Darmkrankheiten kommt dem Pflegepersonal eine Schlüsselrolle zu. Dies sollte auch Beiträge zum Ernährungs-Screening und Ernährungs-Management umfassen.

Ernährungsempfehlungen bei aktiver Krankheit

Empfehlung 15: Es gibt keine Diät für entzündliche Darmkrankheiten, die allgemein empfohlen werden kann, um die Remission bei Patienten mit aktiver Erkrankung zu fördern.

Empfehlung 16 bis 19 beziehen sich auf enterale, parenterale bzw. Elementar- und Ausschluss-Diäten.

Empfehlung 20: Bei Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten (Erwachsene und Kinder) mit aktiver Erkrankung, die mit Kortikosteroiden behandelt werden oder der Verdacht auf Hypovitaminose D besteht, sollte der Serum-25(OH)-Vitamin-D-Status überwacht werden. Bei Bedarf sollte eine Kalzium-/Vitamin-D-Ergänzung zur Prävention der niedrigen Knochenmineraldichte verordnet werden. Osteopenie und Osteoporose sollten nach den aktuellen Osteoporose-Richtlinien behandelt werden.

Kommentar: Osteoporose ist eine der häufigsten extraintestinalen Komplikationen dieser Patienten ... Wichtige Risikofaktoren für eine niedrige Knochenmineraldichte bei Erwachsenen mit entzündlichen Darmkrankheiten sind ein niedriger Serum-Vitamin-D-Spiegel, männliches Geschlecht, asiatische Ethnizität, Morbus Crohn, ein niedriger Body-Mass-Index, diätetische Einschränkungen und die Vermeidung von Milchprodukten, niedrige Kalzium- und Zinkzufuhr, aktive Erkrankung sowie die Verwendung von Kortikosteroiden. Kein Konsens wurde über die Rolle des Alters oder des Alters bei der Diagnose gefunden.

Empfehlung 21: zur Fettmalabsorption bei Patienten mit Hyperoxalurie

Medizinische Ernährungstherapie bei aktiven entzündlichen Darmkrankheiten

Empfehlung 22: Orale Nahrungsergänzungen sind der erste Schritt, wenn eine medizinische Ernährung bei entzündlichen Darmkrankheiten angezeigt ist, als Unterstützung zusätzlich zur normalen Ernährung.

Kommentar: Die Entscheidung über den optimalen Weg der medizinischen Ernährung kann komplex sein und mehrere Aspekte einbeziehen, darunter die Fähigkeit des Patienten zu essen, die Absorptionskapazität des Magen-Darm-Trakts, der Ernährungs- und Entzündungszustand des Patienten und die Therapieziele. Orale Nahrungsergänzungen sind der erste Schritt, sind aber allgemein eine geringfügige unterstützende Therapie, die zusätzlich zur normalen Ernährung eingesetzt wird.

Empfehlung 23 bis 38: beziehen sich auf unzureichende oder nicht mögliche Gaben von oralen Nahrungsergänzungen und die Anwendung enteraler und parenteraler Ernährungsformen sowie auf verschiedene krankheitsbedingte Komplikationen.

Operation und Ernährung bei entzündlichen Darmkrankheiten

Empfehlung 39: Der Ernährungszustand der Patienten sollte vor einer geplanten Operation beurteilt werden. Diätetische Maßnahmen, einschließlich Ernährungstherapie, sind bei Patienten mit Unterernährung und bei Patienten mit einem Ernährungsrisiko angezeigt.

Empfehlung 40 bis 42: zur Vorgehensweisen vor und bei Operationen.

Empfehlung 43: Patienten, die ihren Energie- und/oder Proteinbedarf nicht über die normale Nahrung decken, sollten ermutigt wer-

den, während des perioperativen Zeitraums orale Nahrungsergänzungen einzunehmen.

Kommentar: Eine unzureichende präoperative Nahrungsaufnahme ist eine Indikation für eine Ernährungsberatung oder orale Nahrungsergänzungen.

Empfehlung 44: Wird eine Mangelernährung diagnostiziert, sollte die Operation möglichst um 7–14 Tage verschoben werden. Diese Zeit sollte für eine intensive medizinische Ernährung (orale Nahrungsergänzungen, enteraler und/oder parenteraler Ernährung, falls angezeigt) genutzt werden.

Kommentar: Unterernährung hat einen negativen Einfluss auf den klinischen Verlauf, die Rate an postoperativen Komplikationen und die Sterblichkeit.

Empfehlung 45 bis 51: zum Einsatz von oralen Nahrungsergänzungen, enteraler oder parenteraler Ernährung, falls die jeweiligen Maßnahmen nicht ausreichen sowie zu frühzeitiger unterstützender Ernährung nach der Operation, um postoperative Komplikationen zu verringern.

Mikrobiota-Modulation: Probiotika bei entzündlichen Darmkrankheiten

Empfehlung 52: Probiotika sollten nicht zur Behandlung von Morbus Crohn empfohlen werden, weder zur Therapie der aktiven Erkrankung noch zur Vorbeugung eines Rückfalls in der Remissionsphase oder eines postoperativen Wiederauftretens der Erkrankung.

Kommentar: Die Ergebnisse zur Wirkung von Probiotika bei Morbus Crohn sind bisher nicht einheitlich.

Empfehlung 53: Bei Patienten mit Colitis ulcerosa können ausgewählte Probiotika oder Probiotika-haltige Präparate als Alternative zur Standardtherapie mit 5-Aminosalicylsäure (5-ASA) eingesetzt werden, wenn dies zur Therapie einer leichten oder mittelschweren aktiven Erkrankung nicht vertragen wird.

Kommentar: Bei Colitis ulcerosa wurden 20 kontrollierte Studien identifiziert, die den Einsatz von Probiotika untersuchten und zum Teil über klinische Ergebnisse berichteten.

Empfehlung 54: Bei Pouchitis können Multi-Stamm-Probiotika zur Prävention in Betracht gezogen werden.

Kommentar: Bei Pouchitis gibt es begrenzte Nachweise für die Wirkung von Probiotika zur Prävention. Doch die Daten sind bisher schwach, widersprüchlich und daher unzureichend, um eindeutige klinische Empfehlungen zu geben.

Präbiotika bei entzündlichen Darmkrankheiten

Daten über die Verwendung von Präbiotika bei Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten sind sehr begrenzt. Bei den meisten Präbiotika, die in Studien verwendet wurden, handelt es sich um Klassen von Oligosacchariden und Inulin.

Empfehlung 55: Eine präbiotische Therapie sollte nicht zur Therapie von Morbus Crohn empfohlen werden, weder bei aktiver Erkrankung noch zur Aufrechterhaltung der Remission.

Kommentar: Es gibt bisher keine Hinweise, dass Prä- oder Synbiotika den Verlauf von Morbus Crohn günstig beeinflussen könnten. Der Wert bisheriger Studien ist begrenzt, d. h. die Anzahl der Studiengruppen ist gering, und die Ergebnisse sind aufgrund kurzer Dauer und methodischer Unterschiede schwer zu vergleichen.

Empfehlung 56: Eine präbiotische Therapie kann bei Colitis ulcerosa nicht routinemäßig zur Behandlung empfohlen werden, weder bei aktiver Erkrankung noch zur Aufrechterhaltung der Remission.

Kommentar: Ein Großteil der neueren Literatur bezieht sich auf die Wirkungen spezifischer Mittel, die als Präbiotika ausgewählt wurden, und diese wurden hier nicht berücksichtigt. Es ist anerkannt, dass viele Formen von Ballaststoffen die Darm-Mikrobiota und möglicherweise die Aufrechterhaltung der Remission bei entzündlichen Darmkrankheiten beeinflussen. Die sich entwickelnde Literatur deutet darauf hin, dass präbiotische Ballaststoffe für die Aufrechterhaltung der Remission bei einigen Patienten mit Colitis ulcerosa nützlich sein könnten. Mehrere kleine kontrollierte Studien zeigten, dass die Zugabe von Ballaststoffen zur Ernährung bei diesen Patienten offensichtlich von Vorteil ist.

Empfehlung 57: Bei Pouchitis können keine Empfehlungen für den Einsatz einer präbiotischen Therapie gegeben werden.

Kommentar: Es konnten keine (randomisierten, kontrollierten) Studien entdeckt werden. Zwei narrative Reviews spekulieren über den Einsatz von Präbiotika bei Patienten mit Pouchitis und fassen die Gründe für die Durchführung weiterer klinischer Studien zusammen.

Antibiotika und Fäkale Mikrobiota-Transplantation bei entzündlichen Darmkrankheiten

Empfehlungen 58 bis 61: beziehen sich auf den Einsatz von Antibiotika bei entzündlichen Darmkrankheiten mit möglichen positiven und negativen Wirkungen. Auch hier reichten die Nachweise für eine allgemeine Konsens-Empfehlung nicht aus, allenfalls für die akute Pouchitis werden Empfehlungen gegeben.

Für die Fäkale Mikrobiota-Transplantation wird zur Zeit weder eine Empfehlung für noch gegen die Anwendung gegeben, da es nicht genügend Nachweise dazu gibt.

Diätetische und andere Empfehlungen spezifisch für die Remissions-Phase

Empfehlung 62: Die Patienten sollten den Grundsätzen einer gesunden Ernährung folgen und individuelle ernährungsbedingte Auslöser vermeiden. Bestehen bestimmte klinische Probleme während der Remissions-Phase weiter, sollte die Ernährung entsprechend angepasst werden.

Kommentar: Allgemein hat sich keine spezifische Diät als wirksam für die Aufrechterhaltung der Remission erwiesen. Keine der alternativen Diäten oder Semi-Exklusiv-Diäten scheint wirksam zu sein, um eine Remission zu erreichen. Einzelne Nahrungsmittelunverträglichkeiten sind jedoch bei Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten häufig anzutreffen. Laktose und Milchprodukte, Gewürze, Kräuter, Gebratenes, blähende und ballaststoffreiche Produkte werden oft schlecht vertragen.

Empfehlung 63: Eine Ergänzung von Omega-3-Fettsäuren soll nicht empfohlen werden, um die Aufrechterhaltung der Remission bei Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten zu unterstützen.

Kommentar: Systematische Reviews kommen zu dem Schluss, dass eine Nahrungsergänzung mit Omega-3-Fettsäuren für die Aufrechterhaltung der Remission bei Patienten mit Colitis ulcerosa unwirksam ist.

Empfehlung 64: Wenn mehr als 20 cm des distalen Ileums, ob in Kombination mit der Ileozökalklappe oder nicht, reseziert werden oder wenn ein Vitamin-B12-Mangel dokumentiert ist, sollte Patienten mit Morbus Crohn Vitamin B12 verabreicht werden.

Kommentar: Eine aktueller Review wertete die Literatur zu Prävalenz, Risikofaktoren, Bewertung und Therapie von Vitamin B12-Mangel bei entzündlichen Darmkrankheiten aus. ... Empfehlungen für die intramuskuläre Injektion und Dosierung (1000 mcg oder mehr) werden gegeben. Orale Gaben könnten ebenso effektiv sein, sind aber bei Morbus Crohn wenig untersucht. Sie könnten in den kommenden Jahren zum Standard werden.

Empfehlung 65: Bei einigen Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten, z. B. solche, die mit Sulfasalazin und Methotrexat behandelt werden, sollte prophylaktisch Vitamin B9/Folsäure ergänzt werden.

Kommentar: Es gibt mehrere Ursachen für einen Folatmangel bei entzündlichen Darmkrankheiten: geringe Zufuhr, Malabsorption, übermäßige Folat-Verwertung aufgrund von Schleimhautentzündungen und Medikamenten.

Empfehlung 66: Orale Nahrungsergänzungen oder enterale Ernährung kann bei Patienten mit Morbus Crohn in Remission empfohlen werden, wenn die Mangelernährung durch eine Ernährungsberatung nicht ausreichend behandelt werden kann.

Empfehlung 67: Weder die enterale noch die parenterale Ernährung können als primäre Therapie zur Aufrechterhaltung der Remission bei entzündlichen Darmkrankheiten empfohlen werden.

Empfehlung 68: bezieht sich auf die Empfehlung eines Ausdauertrainings der Patienten bzw. auf ein Krafttraining bei verminderter Muskelmasse und/oder -leistung.

Empfehlung 69: Bei Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten und Adipositas sollte eine Gewichtsreduktion nur in Phasen einer stabilen Remission und dann gemäß den aktuellen Adipositas-Leitlinien empfohlen werden.

Empfehlung 70: Bei Schwangeren mit entzündlichen Darmkrankheiten sollten der Eisen-Status und der Folat-Spiegel regelmäßig kontrolliert und bei Mangel Eisen und/oder Vitamin B9/Folsäure ergänzt werden.

Empfehlung 71: Bei Stillenden mit entzündlichen Darmkrankheiten sollte der Ernährungszustand regelmäßig überwacht und im Fall eines Mangels eine Ergänzung vorgenommen werden.

Kommentar zu 70 und 71: Die Folgen einer Anämie und von Neuralrohrdefekten zusammen mit den häufigen Mängeln bei Patientinnen mit entzündlichen Darmkrankheiten rechtfertigen ein zusätzliches, regelmäßiges Screening auf Eisen- bzw. Folatmangel in der Schwangerschaft sowie eine Ernährungs-Überwachung. Zum Stillen gibt nur wenige Informationen, allerdings auch keine Hinweise auf Schäden durch angemessene Ernährungsmaßnahmen der jungen Mütter.

Quelle

Stephan C. Bischoff et al., *ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease*. In: *Clinical Nutrition*, online 13.01.2023, doi: 10.1016/j.clnu.2022.12.004.

... und ein Hinweis von PreventNetwork:

Für empfindliche Personen bieten internationale Hersteller hypoallergene gut verträgliche umfassende Kombinationsprodukte zur Ergänzung des Mikronährstoffstatus, sowie Monoprodukte zur gezielten Gabe an (z.B. Vitamin D Liquid und Vitamin D1000, Ferrasorb mit Folsäure/B12/B6/Vit C und Eisen, DiCalcium Malate und Zinc Bisglycinate u.a. von Thorne Research).