

Nerven / Gehirn / Psyche

Prof. Dr. med. Winfried Häuser

Peripheres und zentrales Nervensystem (Rückenmark, Gehirn)

Häufigkeit bei CED

Erkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems können in Begleiterkrankungen (vergleichbar den Gelenk- oder Augenentzündungen) und Folgeerkrankungen (Komplikationen) der CED eingeteilt werden. Weiterhin gibt es entzündliche Erkrankungen des Nervensystems, die bei CED-Patienten häufiger als in der allgemeinen Bevölkerung sind, sogenannte assoziierte Erkrankungen. Insgesamt sind neurologische Begleiterkrankungen bei CED selten (< 1 Prozent).

Formen

Begleiterkrankung:

- Erkrankung peripherer und Hirnnerven (Seh- und Hörnerv, Melkersson-Rosenthal Syndrom [Schwellung Zunge und Lippe und Gesichtsnervlähmung])
- Muskelentzündungen

Folgeerkrankungen

- Schlaganfälle (Durchblutungsstörung Gehirn). Das Schlaganfallrisiko bei CED-Patienten ist etwa um das 1,2-fache erhöht.

- Thrombosen (Blutgerinnsel von Venen der Hirnhaut und des Gehirns).
- Eiteransammlungen in den Häuten des Rückenmarks auf Grund von Fisteln aus dem Darm.
- Erkrankungen peripherer Nerven durch CED-Medikamente (Metronidazol, Biologicals).
- Ob eine Entmarkung von Nervenfasern des Gehirns und Rückenmarks (idiopathische entzündliche demyelinisierende Erkrankung) durch Tumornekrosefaktorhemmer wie Adalimumab hervorgerufen werden kann, ist umstritten.

Assoziierte Erkrankungen

- Multiple Sklerose: Das Risiko, dass ein CED-Patient an einer multiplen Sklerose erkrankt und umgekehrt, ist um das ca. 1,5-fache erhöht.
- Bei bis zu 50 Prozent der CED-Patienten können im Kernspin im Gehirn kleine Läsionen in der weißen Substanz des Gehirns nachgewiesen werden, die keine Symptome verursachen.

Bedeutung

Erkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems treten meist bei einem schweren Krankheitsverlauf der CED auf.

Therapie

Die Behandlung erfolgt gemäß neurologischen Leitlinien.

Sind seelische Störungen Begleiterkrankungen von CED?

Seelische Störungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in der Bevölkerung: Das allgemeine Risiko, im Leben an einer Depression oder einer Angststörung zu erkranken, liegt bei 20 Prozent. Daher besteht für CED-Patienten – schon unabhängig von der CED – rechnerisch eine 20-prozentige Wahrscheinlichkeit, dass in ihrem Krankheitsverlauf der CED sich eine Angststörung oder depressive Störung entwickelt. Die Häufigkeit einiger seelischer Störungen ist jedoch bei CED-Patienten mit aktiver Erkrankung erhöht. Daher können einige seelische Störungen als Folgeerkrankungen von CED angesehen werden.

Depressive Störungen

Häufigkeit bei CED

Etwa 15 Prozent der CED-Patienten erfüllen die Kriterien einer depressiven Störung zum Zeitpunkt der Untersuchung. Depressive Störungen (Häufigkeit in den letzten 12 Monaten sowie in der gesamten Lebenszeit erfragt) sind bei CED-Patienten etwa doppelt so häufig wie bei gleichaltrigen Kontrollpersonen desselben Geschlechts. Depressive Störungen

sind häufiger bei CED –Patienten mit aktiver Erkrankung als bei Patienten in Remission. Die Häufigkeit depressiver Störungen von Patienten in Remission unterscheidet sich nicht von gleichaltrigen Kontrollpersonen der allgemeinen Bevölkerung. Allerdings wird nicht jeder CED-Patient mit einem akuten Krankheitsschub oder einem chronischen Krankheitsverlauf depressiv.

Symptome: Die Leitsymptome (die Symptome müssen mindestens über 14 Tage vorliegen) der Depression sind Niedergeschlagenheit, Verlust von Freude und Interesse und Antriebsminderung. Mögliche weitere Beschwerden sind Konzentrationsstörungen, mangelndes Selbstwertgefühl, Selbstzweifel und pessimistische Gedanken. Mögliche körperliche Symptome sind Verlust von sexuellem Interesse und Appetit, Müdigkeit, diffuse Schmerzen und Schlafstörungen.

Formen der Depression

Depressionen können nach ihrem Schweregrad (leicht, mittelschwer und schwer) und nach ihrem Verlauf unterschieden: Einmalige depressive Episode, wiederkehrende depressive Episoden und chronische Depression.

Bedeutung für CED

Bei körperlichen Symptomen wie Appetitverlust, Müdigkeit und diffusen Schmerzen, welche durch die CED-Aktivität nicht oder nicht ausreichend erklärt werden, sollte an eine depressive Störung gedacht werden. CED-Patienten mit depressiver Störung schätzen ihren Gesundheitszustand (Lebensqualität) schlechter ein als CED-Vergleichspersonen mit derselben Krankheitsaktivität. Möglicherweise sind depressive Störungen ein Risikofaktor für ein Rezidiv.

Therapie

Bei leichten Depressionen wird ein abwarten-des Beobachten, bei mittelschweren Depressionen eine Psychotherapie oder medikamentöse Therapie mit Antidepressiva und bei schweren Depressionen eine Kombination von Psychotherapie und Antidepressiva empfohlen. Antidepressiva können bei CED mit Depression sowohl die Depressivität als auch die Darmbeschwerden und die Krankheitsaktivität reduzieren.

Angststörungen

Häufigkeit bei CED

Etwa 20 Prozent der CED-Patienten erfüllen die Kriterien einer Angststörung zum Zeitpunkt der Untersuchung. Angststörungen sind bei CED-Patienten mit aktiver Erkrankung höher als in Remission. Die Häufigkeit von Angststörungen von CED-Patienten in Remission unterscheidet sich nicht von gleichaltrigen Kontrollpersonen.

Formen der Angststörung

- Panikstörung: Anfallsweise Angstzustände mit innerer Unruhe, Nervosität, beschleunigtem Herzschlag, Gefühl der Atemhemmung oder Kloß im Hals, Unsicherheitsgefühl, Zittern, Druck im Bauch, Übelkeit und Stuhldrang).
- Phobien: Bestimmte Situationen oder Objekte rufen starke Angst hervor (z.B. Spritzenangst) oder werden vermieden (z.B. Flugangst). Liegen mehrere angstbesetzte Situationen bzw. Vermeidungsverhalten in mehreren ungewohnten und für den Betroffenen (vermeintlich) unkontrollierbaren Situationen vor, spricht man von einer „Agoraphobie“.

- Generalisierte Angststörung: Ständige unangemessene Sorgen (z.B. um die eigene Gesundheit oder finanzielle Situation) mit der Unfähigkeit abzuschalten, Einschlafstörungen und körperlichen Symptomen (Muskelverspannung, Übelkeit).
- Hypochondrische Störung: Unangemessene Ängste, an einer schweren körperlichen Krankheit zu leiden.

Bedeutung für CED

CED-Patienten mit Angststörung schätzen ihren Gesundheitszustand (Lebensqualität) schlechter ein als CED-Vergleichspersonen mit derselben Krankheitsaktivität. Eine Panikstörung kann Symptome einer aktiven CED (Bauchschmerzen, Durchfälle) verstärken. Phobisches Verhalten zeigt sich im Vermeiden von Situationen, in denen keine Toilette unmittelbar verfügbar ist. Aus Angst vor unkontrollierbarem Stuhlabgang werden Aktivitäten (z.B. Sport, Stadtbummel) und Situationen (z.B. Kaufhäuser) vermieden. Auf medizinische Situationen bezogene Ängste (z.B. Platz- oder Spritzenangst) können die medizinische Behandlung erschweren.

Therapie

Angststörungen lassen sich erfolgreich mit kognitiver Verhaltenstherapie behandeln. Bei Panikstörungen kann zusätzlich eine Therapie mit Antidepressiva sinnvoll sein.

Esstörungen

Häufigkeit bei CED

Wahrscheinlich kommen klassische Essstörungen bei CED im Vergleich zu Gleichaltrigen nicht vermehrt vor.



Literatur

De Felice KM, Novotna M, Enders FT, Faubion WA, Tremaine WJ, Kantarci OH, Raffals LE. Idiopathic inflammatory demyelinating disease of the central nervous system in patients with inflammatory bowel disease: retrospective analysis of 9095 patients. *Aliment Pharmacol Ther* 2015;41:99–107.

Ferro JM. Neurologic Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2014;10:599–600.

Fiest KM, Bernstein CN, Walker JR, Graff LA, Hitchon CA, Peschken CA, Zarychanski R, Abou-Setta A, Patten SB, Sareen J, Bolton J, Singer A, Marrie RA; CIHR Team „Defining the burden and managing the effects of psychiatric comorbidity in chronic immunoinflammatory disease“. Systematic review of interventions for depression and anxiety in persons with inflammatory bowel disease. *BMC Res Notes* 2016;9(1):404.

Ilzarbe L, Fàbrega M, Quintero R, Bastidas A, Pintor L, García-Campayo J, Gomollón F, Ilzarbe D. Inflammatory Bowel Disease and Eating Disorders: A systematized review of comorbidity. *J Psychosom Res* 2017;102:47–53.

Kosmidou M, Katsanos AH, Katsanos KH, Kyritsis AP, Tsivgoulis G, Christodoulou D, Giannopoulos S. Multiple sclerosis and inflammatory bowel diseases: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol* 2017;264:254–259.

Macer BJ, Prady SL, Mikocka-Walus A. Antidepressants in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *Inflamm Bowel Dis* 2017;23:534–550.

Neuendorf R, Harding A, Stello N, Hanes D, Wahbeh H. Depression and anxiety in patients with Inflammatory Bowel Disease: A systematic review. *J Psychosom Res* 2016;87:70–80.

Tarricone I, Regazzi MG, Bonucci G, Rizzello F, Carini G, Muratori R, Poggioli G, Campieri M.

M; EspriMici Study Group. Prevalence and effectiveness of psychiatric treatments for patients with IBD: A systematic literature review. *J Psychosom Res* 2017;101:68–95.

Xiao Z, Pei Z, Yuan M, Li X, Chen S, Xu L. Risk of Stroke in Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2015;24:2774–80.

Symptome und Formen

- Magersucht (Anorexia nervosa): Untergewicht (BMI < 18,5); gestörtes Körperschema (das Untergewicht wird als schön, Normalgewicht als hässlich angesehen); Maßnahmen, um Untergewicht zu erreichen (Hungern, exzessives Sporttreiben, Einnahme von Medikamenten zur Gewichtsabnahme).
- Fress-Brechsucht (Bulimia nervosa): Fressanfälle mit anschließendem selbsthervorgerufenem Erbrechen .
- Fress-Sucht (Binge Eating-Störung): Übergewicht bei Fressanfällen ohne anschließendes selbsthervorgerufenes Erbrechen.
- Phobische Essstörungen: Auf Grund der Angst vor Zunahme von Durchfällen und Bauchschmerzen nach Nahrungszufuhr bei aktiver Erkrankung und/oder Stenosen im Dünndarm wird die Nahrungszufuhr reduziert, was zu Untergewicht führt. Im Gegensatz zur Magersucht (s.o.), leiden Patienten mit phobischem Essverhalten unter ihrem Untergewicht und wollen zunehmen. Phobisches Essverhalten bei CED ist unter den Angststörungen und nicht unter den Essstörungen einzuordnen. Es besteht die Gefahr, dass CED-Patienten wegen Untergewichts (mit oder ohne phobischem Essverhalten) als Essstörungen fehldiagnostiziert werden.

Bedeutung für CED

In Fallberichten wurden schwere Verläufe von Patienten mit CED und Magersucht beschrieben.



Prof. Dr. med. Winfried Häuser ist Ärztlicher Leiter des Schwerpunktes Psychosomatik und Oberarzt der Inneren Medizin I des Klinikums Saarbrücken

Therapie

Essstörungen lassen sich erfolgreich mit Psychotherapie, bei Magersucht in Kombination mit einer Ernährungstherapie, behandeln. Bei vielen Betroffenen ist eine mehrjährige Psychotherapie notwendig. ©