

## Neue ESPEN Leitlinie: Ernährung bei entzündlichen Darmkrankheiten

Seit rund 10 Jahren erarbeitet und veröffentlicht die „European Society for Clinical Nutrition and Metabolism“ (ESPEN) ausführliche Richtlinien zur Ernährung. Sie haben das Ziel, der Mangelernährung vorzubeugen bzw. sie im Kontext von Krankheiten zu behandeln. Neu erschienen ist eine Leitlinie zur Ernährung bei entzündlichen Darmkrankheiten.

Die ausführliche, systematische Literatursichtung zur Ernährung bei entzündlichen Darmkrankheiten führte die ESPEN-Gruppe mit Wissenschaftlern aus sieben europäischen Ländern und Israel durch. In Deutschland war die Universität Hohenheim mit ihrem Institut für Ernährungsmedizin daran beteiligt. Fehlte es bei einzelnen Themen an objektiven Daten in der Literatur oder waren deren Ergebnisse unzureichend, wurden Expertenmeinungen einbezogen. Erarbeitet wurden schließlich 64 Empfehlungen zur Ernährung bei entzündlichen Darmkrankheiten – sie richten sich auf die Vorbeugung, aktive Krankheitsphasen, Operationen und die Remission sowie verschiedene Altersgruppen. Zu den einzelnen Empfehlungen werden die wichtigsten Studien angeführt, deren Ergebnis kurz zusammengefasst ist. Wir stellen hier einige Punkte der Leitlinie vor, die sich auf Mikronährstoffe beziehen.

Die chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten nehmen weltweit zu, die möglichen Ernährungsfaktoren in der Ätiologie werden prä-sentiert. Vor allem die Mangelernährung ist bei diesen Krankheiten,

besonders beim Morbus Crohn, stark verbreitet. Sie kann das Ergebnis einer verringerten oralen Aufnahme sein, auch der erhöhte Bedarf an Nährstoffen spielt eine Rolle, es kann zum erhöhten gastro-intestinalen Verlust von Nährstoffen kommen, und gelegentlich sind auch Interaktionen zwischen Arzneien und Nährstoffen bekannt. Bei einigen Patienten wurde ein erhöhter Bedarf an Energie und Proteinen beobachtet. Eine routinemäßig verordnete spezielle Diät wird in der Leitlinie allgemein nicht empfohlen. Das gilt für Ausschlussdiäten und es gibt wenig fundierte Nachweise für die Unterstützung spezieller Formel-Diäten. Eine primäre Ernährungstherapie wird bei Colitis ulcerosa nicht unterstützt, findet jedoch mäßige Unterstützung beim Morbus Crohn, besonders bei Kindern, wegen unerwünschter Folgen von Steroidtherapien.

Die parenterale Ernährung sollte nur angewendet werden, wenn die enterale Ernährung fehlgeschlagen oder nicht möglich ist. Vorbereitungen zu Operationen entsprechen der ESPEN-Richtlinie für Operationen im Bauchraum.

### Empfehlung: Ernährung und erhöhte Risiken

- Allgemein wird eine Ernährung, reich an Obst, Gemüse und Omega-3-Fettsäuren empfohlen. Omega-6-Fettsäuren sollten nur gering aufgenommen werden. Diese Ernährung verringert das Risiko für die Entwicklung von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.
- Bei einem hohen Verzehr von Nahrungsballaststoffen und Obst ist das Risiko für Morbus Crohn geringer, das gilt jedoch nicht für Colitis ulcerosa. Die schützende Wirkung war statistisch signifikant bei Morbus Crohn-Patienten, die mehr als 22,1 g/d Ballaststoffe aufnahmen. Beobachtet wurde weiter, dass ein hoher Obstkonsum mit einem von 73 bis 80 % verringerten Risiko für Morbus Crohn verbunden war.
- Es gab keine stabile Verbindung zwischen Gesamt-Kohlenhydraten und dem Risiko für entzündliche Darmkrankheiten.
- In zwei großen prospektiven Kohorten war die Zinkaufnahme invers mit dem Risiko für Morbus Crohn verbunden, jedoch nicht für Colitis ulcerosa.

### Empfehlung: Defizite an Mikronährstoffen bestimmen

- Bei chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten sollten Defizite an Mikronährstoffen zur Zeit der Diagnose und danach regelmäßig untersucht werden.
- Spezifische Defizite sollten angemessen korrigiert werden, da die Mangelernährung die Prognose, die Rate von Komplikationen und die Lebensqualität beeinflusst.
- Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten sind anfällig für solche Defizite aufgrund von Diarrhoe, unzureichender Ernährung etc.
- Eine Studie bei Kindern zeigte: Bei der Interpretation von Blutwerten zu Mikronährstoffen und Spurenelementen ist es wichtig zu prüfen, dass viele Serumwerte und Marker positive oder negative Reaktionen auf akute Phasen sind. Die Serumwerte steigen oder fallen als Teil der entzündlichen Antwort. So steigen z.B. Ferritin und Kupfer, während Folat, Selen und Zink bei Entzündungen sinken.
- In einigen Studien fand man bei den Patienten Defizite mehrerer Mikronährstoffe, sie waren teilweise auch bei scheinbar gut ernährten Personen vorhanden.

- Routinekontrollen zur Defizienz an Mikronährstoffen werden z.B. jährlich vorgeschlagen. Die tägliche Ergänzung von Multivitaminen kann die meisten Defizite korrigieren, ist aber keine Garantie für angemessene Aufnahmen, vor allem auf lange Sicht. Vor allem die Versorgung mit Eisen, Zink und Vitamin D erfordert oft spezifische Maßnahmen.
- Zu den Folgen eines gestörten Mikronährstoffstatus gehören die Anämie, beeinträchtigt Wachstum und eine schlechte Knochengesundheit. Vitamin D und seine Rezeptoren können immunmodulierende Eigenschaften haben. Das unterstreicht den Bedarf an besonderer Aufmerksamkeit für den Status der Mikronährstoffe bei entzündlichen Darmkrankheiten.

#### Empfehlung: Eisen ergänzen

- Die Anämie gilt als die häufigste extraintestinale Manifestation der entzündlichen Darmkrankheiten, sie kompliziert den Verlauf bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. Die Prävalenzrate ist sehr unterschiedlich, sie reicht von 6 bis zu 74 %.
- Am häufigsten kommen die Eisen-Defizienz-Anämie, die Anämie bei chronischen Krankheiten sowie Mischformen vor.
- Patienten aller Altersgruppen sollten in Bezug auf die Anämie untersucht werden.
- Die Lebensqualität der Patienten verbessert sich mit der Korrektur der Anämie, wobei dieser Effekt von der klinischen Aktivität unabhängig ist.
- Die orale Eisenergänzung ist bei allen Patienten mit einer leichten Anämie zu beachten, deren Krankheit klinisch inaktiv ist und die nicht intolerant gegenüber oralem Eisen sind. Intravenöses Eisen sollte bei aktiven entzündlichen Darmkrankheiten geprüft werden, bei bekannter Intoleranz gegenüber oralem Eisen sowie bei Hämoglobin unter 100 g/L und bei Patienten, die Erythropoese-stimulierende Substanzen benötigen.
- Intravenöses Eisen ist effektiver, zeigt eine schnelle Wirkung und wird besser toleriert als orales Eisen. Es ist daher bei klinisch aktiven Patienten zu bevorzugen.
- Diagnostikkriterien für die Eisen-Defizienz hängen vom Grad der Entzündung ab. Beim Labor-Screening sollten das große Blutbild, Serum-Ferritin und CRP genutzt werden. Bei Patienten in Remission oder bei milder Form sollten die Messungen alle 6 bis 12 Monate durchgeführt werden; bei ambulanten Patienten mit aktiver Krankheit sollte dies mindestens alle drei Monate geschehen. Bei Patienten ohne klinische, endoskopische oder biochemische Nachweise der aktiven Krankheit ist Serum-Ferritin <30 µg/L ein geeignetes Kriterium für die Eisen-Defizienz-Anämie. Bei Entzündungen kann Serum-Ferritin bis zu 100 µg/L noch zur Eisen-Defizienz passen. Bei biochemischen oder klinischen Nachweisen der Entzündung, sind die Diagnosekriterien für die Anämie bei chronischen Krankheiten Serum-Ferritin >100 µg/L und Transferrin-Sättigung <20%. Liegt der Serum-Ferritin-Wert zwischen 30 and 100 µg/L, dann ist eine Kombination der Eisen-Defizienz und der Anämie bei chronischen Krankheiten wahrscheinlich.
- Die Entscheidung, bei Patienten ohne Anämie Eisen zu ergänzen, ist kontrovers. Sie hängt ab von der Patientengeschichte, Symptomen und individuellen Präferenzen. Es gibt zwar Nachweise für gute Erfolge bei der Korrektur der Eisen-Defizienz ohne Anämie, z.B. bei chronischer Müdigkeit und Herzinsuffizienz, bei entzündlichen Darmkrankheiten fehlt es bisher an überzeugenden Nachweisen.

#### Empfehlung: Vitamin D und Kalzium ergänzen

- Bei Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten im aktiven Stadium und bei denen, die mit Steroiden behandelt werden, sollten Serum-Kalzium und 25(OH)D geprüft werden. Die Ergänzung kann bei Bedarf einer geringen Knochen-Mineraldichte vorbeugen. Osteopenie und Osteoporose sollten nach den geltenden Empfehlungen behandelt werden.
- Vitamin D-Defizite sollten ausgeglichen werden, da ein geringes Plasma 25(OH)D mit einem erhöhten Risiko für Operationen und Krankenhausaufenthalten bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa verbunden ist. Die Normalisierung des 25(OH)D-Status kann zur Senkung von Operationen bei Morbus Crohn beitragen.
- Die Untersuchung der Vitamin D-Defizienz wird zur Sicherung einer angemessenen Zufuhr von Kalzium und Vitamin D empfohlen. Das gilt besonders bei Patienten, die mit Steroiden behandelt werden. Die Begrenzung des Gebrauchs von Kortikosteroiden hilft, einer geringen Knochenmineraldichte vorzubeugen.

#### Nur bedingte Empfehlung für Probiotika, keine für Omega-3-Fettsäuren

- Probiotika werden bei Morbus Crohn nicht empfohlen, die Gabe von Probiotika kann jedoch für die Aufrechterhaltung der Remission bei Colitis ulcerosa in Betracht gezogen werden. Hier führen die Forscher die Heterogenität der Studien an, die bisher keine andere Empfehlung nahelegen.
- Ähnliches gilt für die Gabe von Omega-3-Fettsäuren, für die es ebenfalls bisher bei chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten zu wenig Nachweise gibt.

### Empfehlung: Folsäure und Vitamin B12 ergänzen

- Es gibt mehrere Gründe für die Folat-Defizienz bei chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten: geringe Aufnahme, Mangelernährung, übermäßige Folat-Nutzung, abhängig von Mukosa-Entzündungen und Arzneimitteln. Eine Kombination dieser Faktoren kann für die Defizienz verantwortlich sein.
- In einer spanischen Studie fand man bei Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Vorkommen der Folat-Defizienz von 22,3 bzw. 4,3 %.
- Einige Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmkrankheiten, besonders wenn mit Sulfasalazin und Methotrexat behandelt wird, sollten mit Folsäure ergänzt werden. Bei Patienten mit aktiver Krankheit, die Sulfasalazin erhalten oder eine Makrozytose entwickeln, sollte immer die Folat-Defizienz (Konzentration im Serum und in den roten Blutzellen) untersucht werden. Orale Ergänzungen von Folat werden für Morbus Crohn-Patienten empfohlen, die Methotrexat erhalten: 5 mg einmal wöchentlich 24 bis 72 Stunden nach Methotrexat oder 1 mg täglich an 5 Tagen pro Woche.
- Wurden mehr als 20 cm des distalen Ileums entfernt, sollte bei Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten Vitamin B12 ergänzt werden. Es wird selektiv im distalen Ileum und verbunden mit dem Intrinsic Factor absorbiert.

Die ESPEN-Forscher machen generell auf die Schwierigkeit aufmerksam, aus der Analyse der Studien schlüssige Nachweise und für Klinik und Praxis nützliche Ergebnisse zu finden. Die besten Nachweise stammten aus methodisch soliden, randomisierten, kontrollierten Studien. Die Forscher verweisen darauf, dass bei Ernährungs-Interventions-Studien viele Probleme entstehen, da im Vergleich zu Arzneimittelstudien z.B. die Verblindung und Placebo-kontrollen schwieriger sind. Auch Veränderungen der Therapie können u.a. die Ernährung im Studienverlauf beeinflussen. Die Ergebnisse so mancher Studien waren daher ineffektiv, und entsprechend schwierig war es, klinisch relevante Empfehlungen zu geben. In der

Leitlinie fehlen Empfehlungen, die sich auf relativ wenige Nachweise beziehen oder keine größere Zustimmung fanden. Die Empfehlungen basieren auf einem hohen Konsens der beteiligten Experten, sie werden entweder von allen Beteiligten oder zumindest von einer sehr großen Mehrheit vertreten, wobei teilweise auch gute Praxiserfahrungen einbezogen wurden.

#### Quelle

*Alastair Forbes et al., ESPEN guideline: Clinical nutrition in inflammatory bowel disease. In. Clinical Nutrition Vol. 36, Nr. 2, 2017, S. 321-347, doi: 10.1016/j.clnu.2016.12.027.*

#### ... und ein Hinweis von PreventNetwork:

Für empfindliche Personen bieten internationale Hersteller hypoallergene Produkte mit gut bioverfügbarem Eisen, Vitamin D, aktiver Folsäure und ausgeglichene Kombinationen von Mikronährstoffen an (z.B. von Thorne Research).