



Akuter Schub eines Morbus Crohn

Bereich	Inhalt	
Rolle	Stationsarzt / Stationsärztin	
Situation	Vorstellung einer neu aufgenommenen Patientin im Rahmen der Chefarzt-Visite	
Patientin	Beate Roth, 21 Jahre	
Aufnahmediagnose (Verdacht)	Akuter Schub eines Morbus Crohn	
Aufnahmegrund	Allgemein Seit zwei Wochen zunehmende Schmerzen im rechten Unterbauch sowie wässriger Durchfall, Gelenkschmerzen, ausgeprägte Müdigkeit, Leistungsminderung, ungewollter Gewichtsverlust von ca. 3 kg	Seit zwei Wochen progrediente Schmerzen im rechten Unterbauch sowie wässrige Diarrhö, Arthralgien, ausgeprägte Fatigue, Leistungsknick und ungewollter Gewichtsverlust von ca. 3 kg.
Relevante Vorgeschichte	Bekannter Morbus Crohn mit Befall des terminalen Ileums seit 3 Jahren, immunsuppressive Dauertherapie mit Azathioprin, Appendektomie im 15. Lebensjahr, Raucherin, gelegentlicher Alkoholkonsum, keine bekannten Allergien	
Körperliche Untersuchung – Allgemeinzustand	Blutdruck 105/65 mmHg, Puls 101/min (tachykard), Temperatur 37,6 °C, SpO ₂ 98 % unter Raumluft, reduzierter Allgemeinzustand, untergewichtiger Ernährungszustand (171 cm, 50 kg; BMI ca. 17)	
Körperliche Untersuchung – Haut / Schleimhäute	Blasse, trockene Haut, trockene enorale Schleimhäute	
Körperliche Untersuchung – Abdomen	Weiches Abdomen mit Druckschmerz im rechten Unterbauch, regelrechte Darmgeräusche, reizlose Narben nach laparoskopischer Appendektomie	
Rektale Untersuchung	Sichtbare perianale Fistel, digitale Untersuchung schmerzbedingt nicht durchführbar	
Bewegungsapparat	Symmetrische Schwellung, Rötung und Überwärmung der Finger- und Zehengelenke sowie der Knie- und Sprunggelenke beidseits (extraintestinale Manifestation)	
Unauffällige Untersuchungen	Herz-, Lungen- und neurologischer Status unauffällig	
Laborbefunde	Hb 9,8 g/dL, Hämatokrit 30 %, Leukozyten 13.500/µL, CRP 28 mg/dL	

Interpretation Labor	Eisenmangelanämie bei chronischer Entzündung (Ferritin erhöht, Eisen und Transferrin erniedrigt), Vitamin-B12-, D- und K-Mangel, verlängerte Gerinnung (Quick ↓, INR ↑), Hypoalbuminämie als Zeichen intestinaler Malabsorption
Unauffällige Laborwerte	Blutzucker, Nierenfunktion, Elektrolyte, Urinstatus
Endoskopie	Ileokoloskopie mit Stufenbiopsien: diskontinuierlicher Befall des terminalen Ileums und einzelner Kolonsegmente
MR-Enterografie	Entzündliche Veränderungen im terminalen Ileum, kein Nachweis von Abszessen oder enteralen Fisteln
Bisherige Medikation	Azathioprin 100 mg 1-0-0, regelmäßig eingenommen
Zusammenfassende Beurteilung	Aktiver Schub eines bekannten Morbus Crohn mit extraintestinaler Gelenkbeteiligung und Zeichen der Malabsorption
Diagnostisches Vorgehen	Verlaufskontrollen von Entzündungsparametern, Ausschluss infektiöser Ursachen der Diarrhö, engmaschige klinische Überwachung
Therapeutisches Vorgehen	Initiale Volumentherapie mit isotoner Kochsalzlösung i.v., Einleitung einer systemischen Steroidtherapie zur Remissionsinduktion, Optimierung bzw. Eskalation der immunsuppressiven Therapie (ggf. Biologika), Substitution von Vitaminen und Spurenelementen, Ernährungsaufbau, interdisziplinäre Mitbetreuung (Gastroenterologie, ggf. Rheumatologie)

Begrüßung + Anamnese

Guten Tag, Herr Prof. Dr. Hofmann.

Ich möchte Ihnen Frau Roth, 21 Jahre alt, vorstellen, die sich (1) _____ dem Verdacht (2) _____ (3) _____ akuten Schub eines bekannten Morbus Crohn (4) _____ vorgestellt hat.

Die Patientin berichtete über seit etwa zwei Wochen (5) _____ Schmerzen (6) _____ rechten Unterbauch sowie wässrige Diarrhöen. Zusätzlich bestehen Arthralgien, ausgeprägte Fatigue, Leistungsminderung sowie ein ungewollter Gewichtsverlust (7) _____ etwa 3 kg.

(8) _____ Vorerkrankungen ist ein Morbus Crohn mit (9) _____ des terminalen Ileums (10) _____ drei Jahren bekannt. Die Patientin erhält eine (11) _____ Dauertherapie mit Azathioprin 100 mg täglich. Zudem sei im 15. (12) _____ eine Appendektomie durchgeführt worden.

Die Patientin rauche, konsumiere gelegentlich Alkohol und gab keine bekannten Allergien an.

Körperliche Untersuchung

(13) _____ Aufnahme zeigte (14) _____ die Patientin kreislaufstabil (15) _____ einem Blutdruck von 105/65 mmHg, jedoch tachykard mit (16) _____ Herzfrequenz von 101/min. Die Körpertemperatur (17) _____ 37,6 °C, die Sauerstoffsättigung (18) _____ bei 98 % unter Raumluft.

Die Patientin befand sich klinisch (19) _____ reduziertem Allgemein- und (20) _____ Ernährungszustand bei einem BMI von etwa 17. Zusätzlich (21) _____ blasse, trockene Hautverhältnisse sowie trockene Schleimhäute auf.

Das Abdomen war (22) _____, jedoch druckschmerzhaft im (23) _____ Unterbauch bei regelrechten Darmgeräuschen. (24) _____ Narben nach laparoskopischer Appendektomie waren reizlos.

Rektal zeigte sich (25) _____ sichtbare perianale Fistel; die digitale rektale Untersuchung war schmerzbedingt nicht durchführbar.

(26) _____ Bewegungsapparat fanden sich symmetrische Schwellungen, Rötungen und Überwärmungen der Finger-, Zehen-, Knie- und Sprunggelenke (27) _____ im (28) _____ extraintestinaler Manifestationen.

Der kardio-pulmonale sowie neurologische (29) _____ war unauffällig.

Weiteres Vorgehen

(30) _____ zeigten sich erhöhte Entzündungsparameter (31) _____ einer Leukozytose sowie einem CRP von 28 mg/dL. Zudem bestand eine normozytäre Anämie mit (32) _____ Hämoglobin und Hämatokrit.

Des Weiteren ergaben sich Hinweise auf (33) _____ Malabsorption (34) _____ Vitamin-B12-, Vitamin-D- und Vitamin-K-Mangel sowie einer Hypoalbuminämie. Die Gerinnung war verlängert mit erniedrigtem Quick-Wert und erhöhter INR.

In (35) _____ Ileokoloskopie zeigte sich ein (36) _____ Befall des terminalen Ileums sowie einzelner Kolonsegmente. Die MR-Enterografie ergab entzündliche Veränderungen im terminalen Ileum (37) _____ Nachweis (38) _____ Abszessen oder enteralen Fisteln.

Zusammenfassend handelt es sich am ehesten um einen aktiven Schub eines bekannten Morbus Crohn (39) _____ extraintestinaler Gelenkbeteiligung und Zeichen der intestinalen Malabsorption.

Therapeutisch (40) _____ bereits eine initiale intravenöse Volumentherapie (41) _____ isotoner Kochsalzlösung. Geplant sind die (42) _____ einer systemischen Steroidtherapie zur Remissionsinduktion, die Optimierung beziehungsweise Eskalation der immunsuppressiven Therapie gegebenenfalls (43) _____ Biologika, eine Vitamin- und Spurenelementsubstitution sowie ein Ernährungsaufbau.

Zusätzlich sind (44) _____ Verlaufskontrollen der Entzündungsparameter sowie der (45) _____ infektiöser Ursachen der Diarrhö vorgesehen. Die weitere Mitbetreuung erfolgt interdisziplinär gemeinsam (46) _____ der Gastroenterologie und gegebenenfalls der Rheumatologie.

Antowrten

1. mit	13. Bei	30. Laborchemisch
2. auf	14. sich	31. mit
3. einen	15. mit	32. erniedrigtem
4. stationär	16. einer	33. eine
5. progrediente	17. betrug	34. mit
6. im	18. lag	35. der
7. von	19. in	36. diskontinuierlicher
8. An	20. untergewichtigem	37. ohne
9. Befall	21. fielen	38. von
10. seit	22. weich	39. mit
11. immunsuppressive	23. rechten	40. erfolgte
12. Lebensjahr	24. Postoperative	41. mit
	25. eine	42. Einleitung
	26. Am	43. mittels
	27. beidseits	44. engmaschige
	28. Sinne	45. Ausschluss
	29. Untersuchungsbefund	46. mit
		47.



Fachleiter