

Morbus Crohn behandeln

Stufentherapie: Treppe rauf oder runter?

Welche Stufentherapie angemessen ist, kommt letztlich auf den Patienten an.

Seit Jahren debattieren Gastroenterologen darüber, ob die konventionelle, allmählich eskalierende Stufentherapie (Step-up) bei Morbus Crohn noch zeitgemäß ist. Prof. Dr. Jörg C. Hoffmann, Ludwigshafen, beantwortete diese Frage mit einem klaren „Ja“. Diese Strategie sei insgesamt sicherer und kostengünstiger als die initiale Maximaltherapie mit anschließender allmählicher Deeskalation (Top-down). Mit der Step-up-Strategie würden Übertherapien vermieden. Zudem hätten sich im Langzeitverlauf sofortige Kombinationsthera-

pien als klinisch keineswegs besser wirksam erwiesen als das konventionelle Vorgehen, argumentierte Hoffmann. Leichte Crohn-Schübe seien mit Budesonid (z.B. Budenofalk®), Mesalazin (z.B. Salofalk®) oder allgemeinen Maßnahmen wie Rauchverzicht beherrschbar.

Wer sollte bereits initial Kombitherapien erhalten?

Allerdings gibt es Ausnahmen, also Patienten, die bereits initial mit medikamentösen Kombinationen behandelt werden sollten. Dazu gehören sehr junge Patienten mit Morbus Crohn, Befall des oberen Gastrointestinaltrakts, langstreckiger Dünndarmbefall sowie ausgeprägte Fist-

elbildung oder sehr schwerer Rektumbefall. In solchen Fällen könnte die aus der Rheumatologie entlehnte „Hit hard and early“-Strategie greifen, um rasch maximal klinische Effekte zu erzielen, strukturelle Organschäden zu verhindern und damit langfristig einen günstigen Krankheitsverlauf zu induzieren. Bei konventionellem Vorgehen bestünde bei schwer kranken Hochrisikopatienten die Gefahr, dass man dem Geschehen ständig „hinterherläuft“, so Hoffmann.

Dr. Thomas Meißner, Erfurt

XXVI. Leipziger Gastroenterologisches Seminar,
11.-12. Januar 2019 in Leipzig
Veranstalter: Falk Foundation e.V.



Colitis ulcerosa

Mit „lebender Leitlinie“ stets auf neuestem Stand

Mit jährlichen Updates wollen die deutschen Gastroenterologen ihre Empfehlungen bei Colitis ulcerosa von nun an stets „up-to-date“ halten: „Living guidelines“ nennen sie das. Hier die wichtigsten Neuerungen aus 2018.

Wegen des hohen Kolorektalkarzinom-Risikos von Patienten mit Colitis ulcerosa (CU) hat sich die Überwachungsstrategie geändert. 3–5% der CU-Patienten erkranken innerhalb von 20 Jahren an einem Kolorektalkarzinom, nach 30 Jahren seien es bis zu 8%, sagte Prof. Dr. Torsten Kuchar-

zik, Lüneburg, einer der Erstautoren der aktualisierten S3-Leitlinie (Z Gastroenterol 2018; 56: 1087-1169). Daher soll, unabhängig von der Krankheitsaktivität, sechs bis acht Jahre nach Beginn der Symptomatik oder nach Diagnosestellung eine Kontrollkoloskopie mit Biopsien erfolgen. Dazu wird am besten die Chromoendoskopie eingesetzt, alternativ die hochauflösende Weißlicht-Endoskopie. Im weiteren Verlauf werden in der Leitlinie risikoadaptierte Kontrollintervalle anhand konkreter Kriterien angeraten – bei niedrigem Risiko alle vier Jahre, bei hohem Risiko jährlich.

Bei der medikamentösen Therapie gibt es ebenfalls Neuerungen. Allerdings ließen sich über 50% der Patienten auch langfristig gut mit Mesalazin (z.B. Salofalk®) führen, erklärte Kucharzik – nicht jeder Patient benötige Biologika. Die verschiedenen oralen und rektalen Mesalazin-Applikationsformen sollten je nach Kolonbefall kombiniert und gegebenenfalls zusammen mit topischen Steroiden angewendet werden.

Für Patienten mit Mesalazin-refraktärer und Steroid-abhängiger CU steht mit dem Integrin-Antagonisten Vedolizumab inzwischen ein Medikament mit neuem Wirkansatz zur Verfügung.

Dr. Thomas Meißner, Erfurt

XXVI. Leipziger Gastroenterologisches Seminar,
11.-12. Januar 2019 in Leipzig
Veranstalter: Falk Foundation e.V.



Besuchen Sie das nächste Falk Gastro-Forum „Interdisziplinäre Konzepte in der Viszeralmedizin“ am Samstag, den 2. März 2019 in Bremen;
Infos: www.falkfoundation.de/veranstaltungen