

Demnächst gibt es neue Leitlinien zu Morbus Crohn

Therapieziel ist anhaltende Remission der Erkrankung

Für die Therapie bei Morbus Crohn werden von der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) in Kürze neue Leitlinien veröffentlicht. Sie werden die 1997 publizierten ersetzen. Nach wie vor sind dabei Präparate mit dem Wirkstoff 5-Aminosalizylsäure (5-ASA) und Steroide unverzichtbare Basistherapeutika, wie Professor Eduard Stange vom Robert Bosch Krankenhaus in Stuttgart im Gespräch mit „Forschung und Praxis“ erläutert hat. Klarer umrissen als in den bisherigen gültigen Leitlinien ist die Anwendung immunsuppressiver Medikamente.

FuP: Welche medikamentöse Therapie wird in den neuen Leitlinien für Patienten im akuten Schub empfohlen, wenn dieser mild bis mäßig ausgeprägt ist?

Stange: Die neuen Leitlinien empfehlen: Bei leichtem bis mäßig schwerem Schub ist ein Therapieversuch mit 5-Aminosalizylsäure (5-ASA, Mesalazin) gerechtfertigt, und zwar in einer Dosierung von 3 bis 4 g pro Tag bei Erwachsenen und 50 bis 60 mg pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag bei Kindern. Bei vorwiegend ileozökalem Befall kann Budesonid eingesetzt werden in der Dosis von 9 mg pro Tag.

Alternativ oder bei Versagen der genannten Therapieformen oder bei Patienten mit proximalem Befall ist die Therapie mit Prednisolonäquivalent indiziert, bei Erwachsenen in einer Dosis von 30 bis 60 mg pro Tag. Bei Kindern werden für wenige Tage 0,5 bis 2 mg/kg Körpergewicht pro Tag eingesetzt. Es sollte möglichst rasch eine Remission erzielt werden. Bei Kindern sollte nach Erreichen der Remission das Kortikoid abgesetzt werden, damit es nicht zu einem Wachstumsstillstand kommt.

FuP: Für 5-ASA gibt es mittlerweile unterschiedliche galenische Zubereitungen, nach denen die Freisetzung des Wirk-

stoffs teilweise schon im Dünndarm, teilweise erst im Dickdarm beginnt. Lassen sich daraus Ansätze für eine Differentialtherapie ableiten?

Stange: Bisher liegen hierzu aus klinischen Studien keine Daten vor, die belegen würden, daß die unterschiedliche Freisetzung die Wirkung beeinflusst. Es gibt nur pharmakologische Studien zur Freisetzungskinetik. Deswegen ist es nicht bewiesen, daß eine Differentialtherapie sinnvoll wäre.

Bei einem Patienten mit proximalem Dünndarmbefall würde man wahrscheinlich Pentasa®, das bereits im Dünndarm freigesetzt wird, vorziehen. Aber bei allen anderen Crohn-Patienten sind die Präparate, die im distalen Dünndarm freigesetzt werden, mindestens ebenso wirksam.

FuP: Wann ist bei aktivem Morbus Crohn eine systemische Steroid-Therapie indiziert?

Stange: Die systemische Steroidtherapie wird beim schweren Schub ohne weitere Komplikationen, etwa eine Abszeßbildung, eingesetzt. Hier ist eine Dosis von 60 mg Prednisolonäquivalent pro Tag erforderlich. Bei Kindern gibt man 2 mg/kg Körpergewicht pro Tag.

Bei Patienten mit häufigeren Schüben, also mit mehr als zwei Schüben pro Jahr, kann zusätzlich Azathioprin oder



Prof. Eduard Stange: Azathioprin wird nur bei einem schweren Schub und insbesondere bei chronisch aktivem Verlauf empfohlen.



Aus dem Inhalt

Eduard Stange:
Demnächst gibt es neue Leitlinien zu Morbus Crohn **3**

Extraintestinale Manifestationen bei bis zu 40 Prozent der CED-Kranken **9**

Kernspintomographie bei CED – neue Methode zur Beurteilung der Krankheitsaktivität? **10**

Ballondilatation erspart vielen Patienten die Resektion von Strikturen **11**

Bei Patienten mit CED sind die Immunreaktionen im Darm gestört **12**

An neuen Therapiestrategien bei CED wird intensiv geforscht **13**

Reizdarm-Syndrom – doch kein eigenständiges Krankheitsbild? **16**

Caspase-Hemmer – neuer Therapieansatz bei Patienten mit Leberfibrose? **19**

Wolfgang Fischbach:
Begleiteffekte der Chemotherapie lassen sich meist gut einschränken **20**

Übelkeit und Erbrechen nach Chemotherapie sind gut beherrschbar **21**

Verdickte Darmwand weist auf neutropenische Enterokolitis hin **23**