

# Therapie bei Colitis ulcerosa – wann lokal, wann oral?

Remissionserhaltende Therapie für mindestens zwei Jahre

Zu den Behandlungszielen bei Patienten mit Colitis ulcerosa gehört, möglichst rasch eine Remission dieser chronischen Entzündung zu erreichen und einen erneuten Schub zu verhindern. Die remissionserhaltende Therapie sollte mindestens zwei Jahre dauern, der Nutzen dieser Therapie über längere Zeiträume hinaus ist nicht belegt. Bei der Entscheidung für eine Verlängerung sollte der bisherige Krankheitsverlauf berücksichtigt werden.

*Britta Siegmund und  
Martin Zeitz*

Die Colitis ulcerosa ist eine chronische Entzündung der Dickdarmschleimhaut, deren Ursache bislang ungeklärt ist. Das Rektum ist immer betroffen. Die Ausbreitung nach proximal ist variabel. Die Krankheit verläuft schubweise, das heißt Phasen der Remission werden unterbrochen von Krankheitsschüben.

Die Entscheidung, ob die Patienten eine lokale oder orale Therapie erhalten sollten, hängt von zwei wesentlichen Kriterien ab: Erstens von der Ausdehnung der Entzündung und zweitens vom Schweregrad des Schubs. Anhand dieser beiden Kriterien werden hier die medikamentösen Therapiegrundsätze bei Colitis ulcerosa in Anlehnung an die neuen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen dargestellt.

## Akuter Schub

### *Distale Colitis (Befall des Rektums und des Sigmas)*

Patienten mit einem Schub leichter bis mittlerer Aktivität – bis zu vier Stuhlgänge/Tag, geringe Blutbeimengungen ohne systemische Erscheinungen – sollten bevorzugt topisch mit Aminosalizylaten therapiert werden.

Je nach galenischer Zubereitung wird 5-ASA (etwa Salofalk®) in unterschiedlichen Darmbereichen freigesetzt. Bei Proktitis können Zäpfchen (1 g) angewandt werden, bei Proktosigmoiditis Klysmen und Schäume (2 g/Tag, Claversal® Rektalschaum). Besonders bei starken Entzündungen im Rektum besteht häufig eine Unfähigkeit der Retention der Klysmen, Schaumpräparate werden in diesen Situationen meist besser toleriert. Die Kombination mit einem oralen Aminosalizylat kann erwogen werden.

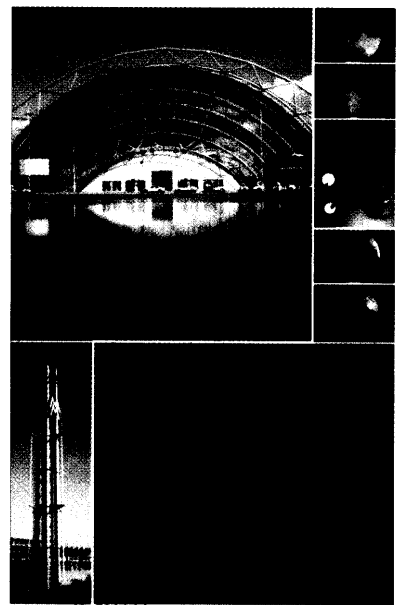
Bei Nichtansprechen auf Aminosalizylate sollten zusätzlich lokal Steroide, ebenfalls als Klysmen oder Schaum (Betnesol® Rektal-Instillation, Colifoam® Rektalschaum, Entocort® rektal, 2 mg pro Tag) verabreicht werden. Die Therapie sollte in der Regel mindestens vier Wochen dauern. Bei Versagen der topischen Therapie sollten die Steroide oral eingesetzt werden. Diese können abhängig vom Allgemeinzustand der Patienten auch intravenös gegeben werden.

### *Ausgedehnte Colitis (Befall über die linke Flexur hinaus)*

Zur Primärbehandlung von Patienten mit einem Schub leichter bis mittlerer Aktivität bei ausgedehnter Colitis werden orale Aminosalizylate eingesetzt. Die Dosis, um eine Re-



*Dr. Britta Siegmund und Prof. Martin Zeitz: Das kolorektale Karzinomrisiko ist bei Patienten mit Colitis ulcerosa im Vergleich zur Normalbevölkerung signifikant erhöht. Eine remissionserhaltende Therapie mit Aminosalizylaten scheint retrospektiven Studien zufolge das Karzinomrisiko zu reduzieren.*



## Aus dem Inhalt

**Britta Siegmund,  
Martin Zeitz:**  
Therapie bei Colitis ulcerosa  
– wann lokal, wann oral? **3**

**Eduard Stange:**  
Aktualisierte Leitlinien bei  
Colitis ulcerosa veröffentlicht **6**

**Ullrich Graeven, Niko Andre,  
Wolff Schmiegel:**  
Lebensverlängernde neue  
Strategien ergänzen  
Standard-Chemotherapie **10**

**Service** **22**

**Berichte von der  
59. Tagung der  
Deutschen Gesellschaft  
für Verdauungs- und  
Stoffwechselkrankheiten  
in Leipzig** **8, 14–22**

Doppel-Ballon-Enteroskopie  
bringt neue Einblicke  
in den Dünndarm **8**

H.-pylori-Eradikation verhindert  
Komplikationen **16**

Leitlinien zur Therapie bei  
Virushepatitiden überarbeitet **18**

Konsequente Alkoholkarenz  
ist entscheidend in der  
Therapie bei Pankreatitis **22**