

Case Report

11/2017

- | | | | |
|---|---|----|--|
| 2 | Impressum | 8 | Fall 2: 37-jähriger Patient mit schwerer Colitis ulcerosa und häufigen Schüben |
| 3 | Editorial | 9 | Fall 3: 28-jähriger Patient mit sekundärem Wirkverlust einer ersten Anti-TNF-Therapie |
| 4 | Real-World-Daten Adalimumab | 11 | Fazit und Literatur |
| 6 | Fall 1: 46-jähriger Patient mit Pancolitis und extraintestinaler Manifestation | | |

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind, wie der Name sagt, durch eine chronische Entzündung der Darmwand beziehungsweise der Darmschleimhaut gekennzeichnet. Typischerweise kommt es bei mehr als der Hälfte der Patienten zu intermittierend oder chronisch aktiven Verläufen, die i. d. R. langfristig zu strukturellen Veränderungen des Darmes (Narben, Strikturen, beim Crohn auch Fisteln, Abszesse etc.) und gelegentlich auch zu malignen Neoplasien führen können. Bei mehr als 40 % der Patienten verlaufen die Erkrankungen allerdings längerfristig ohne wesentliche entzündliche Aktivität und somit auch ohne die gefürchteten strukturellen Komplikationen. Negative Prädiktoren für den Verlauf sind die Erstdiagnose in jungem Alter, eine Pancolitis, eine schwere Erkrankung bei Erstmanifestation, und tiefe, fissurale Ulzerationen. Ziel der Therapie muss daher sein, Patienten mit vorhersehbar komplikativem Verlauf frühzeitig zu erkennen und möglichst rasch effektiv zu behandeln – um die Darmentzündung zu stoppen, langfristige strukturelle Veränderungen zu verhindern, die Lebensqualität zu verbessern und die Arbeitsfähigkeit zu erhalten.

Bei der Colitis ulcerosa werden akute Schübe grundsätzlich in Abhängigkeit von der Schwere und Lokalisation der Erkrankung behandelt. Zur Verfügung stehen Aminosalizylate, systemisch wirksame Glukokortikoide, TNF-Antikörper (Adalimumab, Golimumab, Infliximab), der Integrinantikörper Vedolizumab, Cyclosporin A oder Tacrolimus, sowie Mesalazin für die Remissionserhaltung (s. Therapiealgorithmen auf der TherapieCard). Die Dauer der remissionserhaltenden Therapie muss individuell festgelegt werden, sollte jedoch mind. 2 Jahre betragen. Aktuelle Therapieziele bei der Colitis ulcerosa sind unverändert die schnelle Remissionsinduktion im akuten Schub und die steroidfreie Remissionserhaltung mit der Perspektive einer möglichst normalen Lebensqualität. Durch den verstärkten frühen Einsatz immunsuppressiv wirkender Medikamente, einzeln oder in Kombination verwendet, kann eine schnellere und effektivere Entzündungskontrolle erreicht werden. Wichtig ist dabei den Therapieerfolg zu kontrollieren und durch ein konsequentes Monitoring (Klinik, serologische Entzündungsparameter, fäkales Calprotectin, Endoskopie) ein Sekundärversagen frühzeitig zu erkennen. Versagt die Therapie, sollte zunächst der Entzündungsschub erneut verifiziert werden. Die Bestimmung von Medikamentenspiegeln sowie der Nachweis von Antikörpern gegen Medikamente können dabei helfen, eine rationale, individuelle Änderung der Therapie einzuleiten. Die im Folgenden beschriebenen Fälle zeigen exemplarisch wann und mit welcher Aussicht auf Erfolg Biologika – mit Fokus auf Adalimumab – zum Einsatz kommen können.

Prof. Dr. med. Franz
Hartmann,
Frankfurt am Main

Prof. Dr. med.
Max Reinshagen,
Braunschweig