

**Aus dem Inhalt**

► **Schwerpunkt: Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen**

Nutzen einer Appendektomie bei Colitis ulcerosa.....Seite 4  
 TNF-Antikörper-Therapie bei CED und Gelenkersatz .....Seite 4  
 Wirksamkeit von Interventionen bei Colitis ulcerosa mit MES 1.....Seite 4  
 CED und Anti-TNF-alpha-Therapie während der Schwangerschaft.....Seite 5  
 Reiseempfehlungen an Patienten mit CED .....Seite 5  
 Infektionsrisiko für Ärzte und medizinische Mitarbeiter mit CED .....Seite 5  
 Adalimumab und Infliximab bei Morbus Crohn.....Seite 6  
 Rektumresektion bei entzündlichen Darmerkrankungen.....Seite 6  
 Mesenteriale Fettvermehrung bei Morbus Crohn.....Seite 6  
 Subkutaner und viszeraler Fettgehalt bei Morbus Crohn .....Seite 9  
 Verhältnis von viszeralem zu subkutanem Fettgewebe bei M. Crohn.....Seite 9  
 T-Zell-Zusammensetzung in hypertrophem Fettgewebe.....Seite 10  
 Risikofaktoren für CDI bei CED.....Seite 12  
 Immunmodulatoren und biologische Therapie bei Colitis ulcerosa .....Seite 12  
 Herpes-zoster-Inzidenz bei CED-Patienten.....Seite 13  
 Nutzung sozialer Netzwerke im Internet durch CED-Patienten.....Seite 13  
 Krankenhauseinweisung und erneute Hospitalisierung bei C. ulcerosa.....Seite 16  
 Finanzielle Interessenkonflikte bei Erstellung von CED-Leitlinien.....Seite 16  
 Überprüfung der Therapieadhärenz bei Patienten mit CED.....Seite 17  
 Second-Look-Endoskopie bei schwerer Colitis Ulcerosa.....Seite 18  
 Behandlung einer therapierefraktären Pouchitis.....Seite 18

► **Ösophagus & Magen**

CheckMate-032: Metastasiertes ösophagogastrisches Karzinom .....Seite 8  
 Neue Biomarker-definierte therapeutische Ansätze beim Ösophaguskarzinom.....Seite 8  
 Effekt einer nach Ösophaguskarzinom-Diagnose begonnenen Statintherapie.....Seite 8  
 Plattenepithel- und Adenokarzinome des Ösophagus.....Seite 10  
 Neoadjuvante Chemoradiotherapie versus Operation allein beim ESCC.....Seite 16

► **Leber & Gallengänge**

Zugang zu DAA-Therapie in den USA.....Seite 10  
 Orale Taurin-Supplementierung bei chronischer Lebererkrankung.....Seite 14  
 HCC-Risiko bei nicht alkoholischer Steatohepatitis ohne Zirrhose.....Seite 14  
 Einfluss von DAA-Therapien auf Lebertransplantationen.....Seite 14  
 Kardiovaskuläre Schäden bei Patienten mit HCV-assoziiierter Zirrhose.....Seite 18  
 Bakterielle und Pilzinfektionen bei Akut-auf-chronischem Leberversagen.....Seite 19

► **Verschiedenes**

Outcomes bei operierten Patienten mit soliden Tumoren in der ICU.....Seite 9  
 Bariatriche Eingriffe und mikrovaskuläre Erkrankungen bei Typ-2-Diabetes...Seite 12  
 Antibiotikatherapie wegen unkomplizierter akuter Appendizitis.....Seite 13  
 Selbstexpandierbare Metallstents zur Palliativtherapie bei Dysphagie.....Seite 17  
 Strikturen nach endoskopischer Submukosadissektion im Schweinerektum.....Seite 17  
 Wirkung von Ausschlussdiäten auf Symptome des Reizdarm-Syndroms.....Seite 19  
 GI-Blutungen und Thrombembolien nach therapeutischer Endoskopie.....Seite 19

► **Forschung, Hochschule & Verbände**.....Seite 20

► **Industrie**.....Seite 26

► **Termine**.....Seite 31

**Editorial**

*Liebe Leserinnen und Leser,*

*chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) gehören weder zu den besonders häufigen Erkrankungen, noch stehen sie für die meisten Gastroenterologen im Mittelpunkt ihrer täglichen Arbeit. Man kann sich also schon fragen, warum CED in der gastroenterologischen Wissenschaft, in der Fortbildung und ganz allgemein im Denken der Gastroenterologen eine so zentrale Rolle spielen. Sicherlich gibt es dafür zahlreiche Antworten. Die intellektuelle Herausforderung eines multifaktoriellen Krankheitsgeschehens mit einer ungeheuren Vielfalt der Ausprägung und des Verlaufes, die immerwährende Herausforderung in der Differenzialdiagnose und nicht zuletzt die erfolgreiche Arbeit der Pharmazeuten und Pharmakologen in der Entwicklung ständig neuer, immer effektiverer Medikamente sind einige der Gründe.*

*Verschiedene Arbeiten beschäftigen sich mit dem Mesenterium und dem pericolischen Fett, v. a. bei Morbus Crohn – Aspekte, die schon jetzt und möglicherweise in Bälde verstärkt zu Konsequenzen im operativen und konservativen Vorgehen führen. Die Erkenntnisse beginnen mit Grundlagen, die einen Zusammenhang zwischen dem mesenterialen Fett und der mukosalen T-Zell-Funktion beschreiben, wobei die Korrelation zwischen Krankheitsaktivität und pro- und anti-inflammatorischen T-Zell-Subpopulationen invers im Vergleich zwischen ilealem und kolonischem Fett waren (J Crohns Colitis 2018 Oct 1. [Epub ahead of print]). Eine andere Studie untersucht die Beziehung zwischen gestörtem Lymphabfluss und mesenterialer Fettvermehrung. Es kommt dann zu einer Aktivierung des NF-kB-Signalweges (Inflamm Bowel Dis 2018 Oct 5 [Epub ahead of print]). Bei dieserart veränderter Immunlage wundert es nicht, dass der subcutane und der viszerale Fettgehalt, gemessen mittels Computertomographie, eine Korrelation zu ungünstiger Prognose bei M. Crohn zeigen (J Crohns Colitis 2018 Sep 27. [Epub ahead of print]). Dies hat Konsequenzen für das operative Vorgehen. Die großzügige Resektion des (entzündeten) Mesorektems bei Rektumresektion führte zu besseren Ergebnissen als die wandnahe Resektion (J Crohns Colitis 2018 Sep 10. [Epub ahead of print]). Nicht so sehr ein hoher Body-Mass-Index, sondern die Masse des viszeralen Fetts ist mit einem schlechten Krankheitsverlauf verbunden. Dies betrifft die Häufigkeit*

*von Stenosen, die entzündliche Aktivität und die Lebensqualität (Inflamm Bowel Dis 2018 Sep 12. [Epub ahead of print]).*

*Wie aufgrund intensiver Studientätigkeit zu erwarten, gibt es wieder eine große Zahl von neuen Therapieerkenntnissen. Die den Behandler brennend interessierende Frage nach dem bestwirkenden Biologikum führte zu dem Ergebnis, dass es zwischen Adalimumab und Infliximab keine wesentlichen Unterschiede bei M. Crohn gibt. Dabei handelt es sich um einen sogenannten Propensity-Score-gematchten Vergleich, einer sehr trickreichen neueren statistischen Methode (J Crohns Colitis 2018 Oct 6. [Epub ahead of print]). Einen echten Kopf-an-Kopf-Vergleich will nach wie vor niemand bezahlen, weder die Industrie (verständlich), noch öffentliche Förderinstitutionen (nicht verständlich). Vielleicht braucht es überhaupt nicht so viele Medikamente. Eine neue Studie zu der lange schwelenden Frage des Wertes einer Appendektomie bei Colitis ulcerosa berichtet, dass diese kleine Operation etwa bei 1/3 der Patienten mit refraktärer Vorerkrankung zu einem gebesserten Zustand führte (J Crohns Colitis 2018 Oct 3. [Epub ahead of print]). Dies bestätigt die eigenen Erfahrungen (n=1!). Die Skepsis gegenüber Medikamenten wird durch die ersten Ergebnisse der populationsbezogenen EPIC-Studie bestärkt, die bei Patienten die in „aggressiver“ Form mit Immunsuppression behandelt wurden, keinen günstigeren 5-Jahres-Verlauf fand als bei den Kontrollen (J Crohns Colitis 2018 Oct 5. [Epub ahead of print]). Umgekehrt führt die von manchen Chirurgen sehr schön dargestellte Proctocolectomie mit ilealem Pouch bei Colitis ulcerosa nicht selten zu Pouchentzündungen – für Patienten und*

Fortsetzung auf Seite 3 ••••• ►