

Internistische Praxis
Facharztzentrum Regensburg

Gastroenterologie



Dr. Reinhard Kellner
Internist

Dr. Hans Worlicek
Internist, Gastroenterologe

Priv.-Doz. Dr. J. Benninger
Internist, Gastroenterologe

Dr. Michael Weidenhiller
Internist, Gastroenterologe

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa: Aktuelle Therapiestandards

Dr. Michael Weidenhiller
Gastroenterologie im Facharztzentrum, 93053 Regensburg
www.gastroenterologie-regensburg.de
Info@gifr.de

Was ist ein (Therapie-)Standard?

- Standardtherapie =
 - allgemein anerkannte und
 - für wirkungsvoll erachtete Behandlung
- Grundlagen:
 - (Erfahrung)
 - Wissenschaftliche Veröffentlichungen
 - Studien
 - Vergleichend = Medikament gegen Plazebo (Zucker)
 - Randomisiert = Zuteilung der Behandlung per Zufall
 - Doppelblind = weder Patient noch Arzt wissen, was gegeben wird
 - Vergleich von Studien
 - Cochrane-Register
 - Nationale (und internationale) Leitlinien
 - Hoffmann JC. Diagnose und Therapie der Colitis ulcerosa. Zeitschrift für Gastroenterologie 2004 Sep; 42(9): 979-83
 - Hoffmann JC. S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des M. Crohn“. Z Gastroenterol. 2008 Sep; 46(9): 1094-146

Welche Anwendungsmöglichkeiten für Medikamente gibt es?

1. Oral (Tabletten/Kapseln)
 - Mit systemischer Wirksamkeit (im ganzen Körper)
 - Mit topischer/örtlicher Wirksamkeit (nur am Darm)
2. Topisch (örtlich in den After)
 - Zäpfchen (Suppositorien)
 - Einläufe (Klysmata)
 - Schäume
3. Intravenös (Infusion in die Vene)
4. Subkutan (Spritze unter die Haut/in das Fettgewebe)

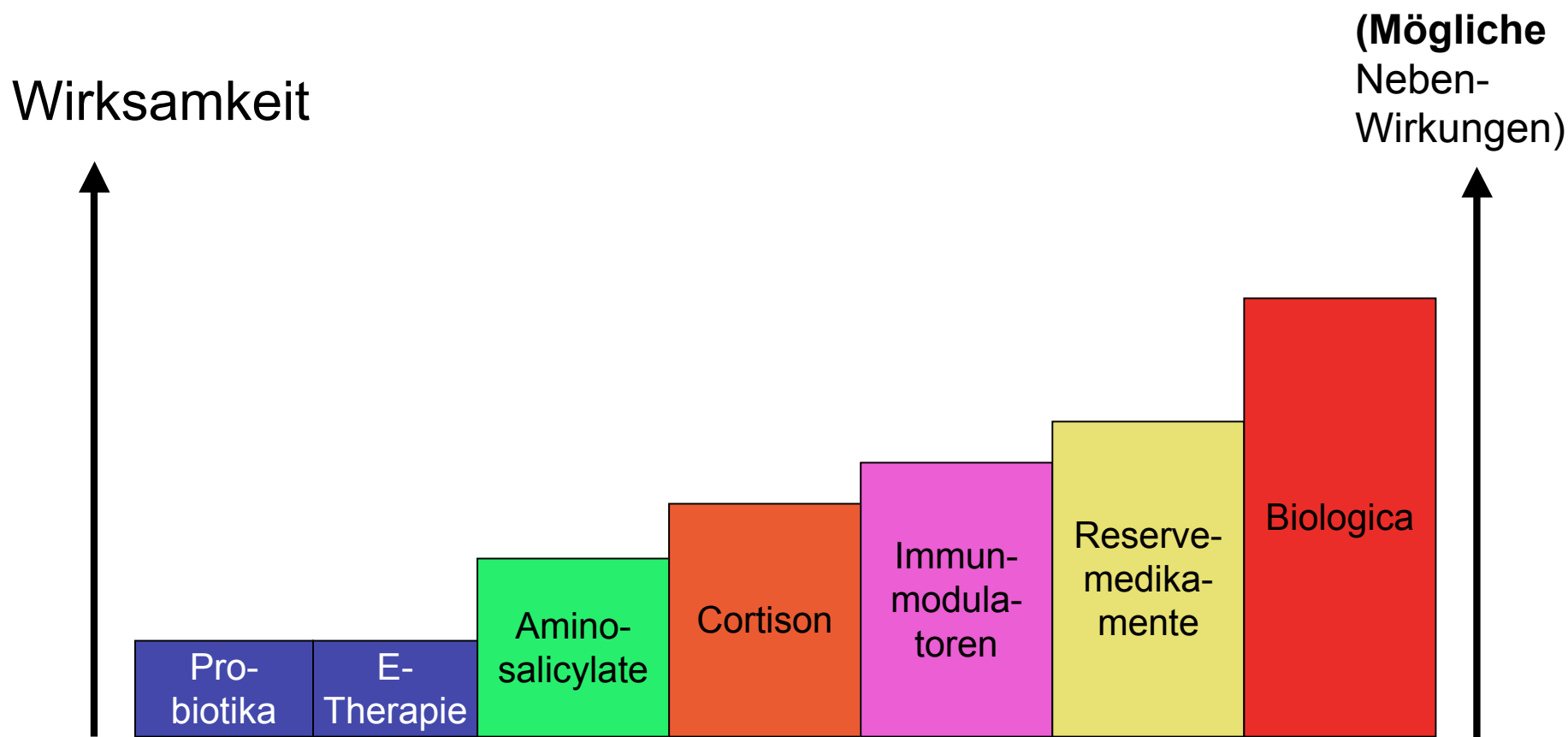
Welche Therapie-Möglichkeiten gibt es

- Aminosalicylate
 - Mesalazin (5-ASA), Olsalazin, Salazosulfapyridin (SASP)
- Cortison
 - Hydrocortison, Predniso(lo)n, Methylprednisolon, Beclomethason, andere
 - Budesonid
- Immunmodulatoren
 - Azathioprin/6-Mercaptopurin; Methotrexat
- Reservemedikamente (Infusion von Immunmodulatoren)
 - Ciclosporin A, Takrolimus
- Biologica (Antikörper gegen Tumor-Nekrose-Faktor-Alpha)
 - Infliximab (Infusion), Adalimumab (unter die Haut)
- Probiotika - Ernährungstherapie
 - E. coli Nissle 1917 - Aminosäurediät/TGF-beta

Welche möglichen Nebenwirkungen gibt es?

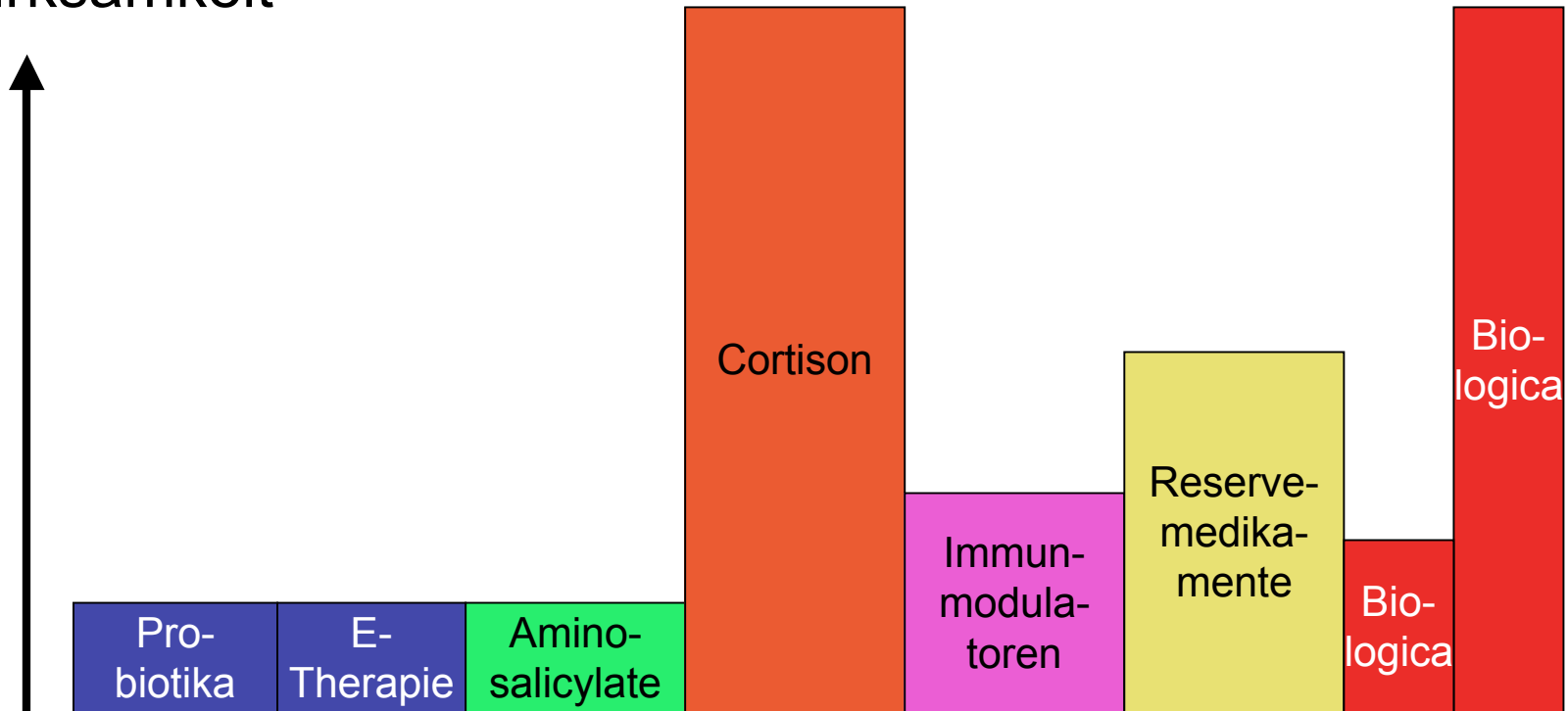
- Probiotika/Ernährungstherapie: Blähungen/Durchfall
- Aminosalicylate
 - Leber-Nierenwerterhöhungen; Allergien auf SASP
- Cortison
 - alle: Schlaf, Psyche, Blutdruck; Haut, Knochen, Regelkreis
 - Budesonid: nur in hoher Dosierung (mehr als 10 mg/d)
- Immunmodulatoren
 - Azathioprin/6-Mercaptopurin (AZA/6-MP): Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse, Blutbild
 - Methotrexat (MTX; s.c./i.m.): Leber, verboten in der Schwangerschaft
- Reservemedikamente: Niere
- Biologica: sehr selten Tuberkulose, Sepsis, (Lymphkrebs?)

Wie wirksam (und wie mögl. nebenwirkungsreich) sind die Medikamente?



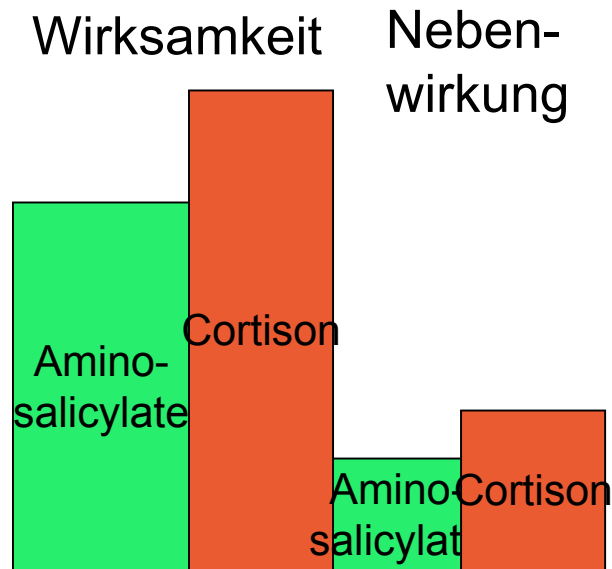
Wie häufig treten Nebenwirkungen auf?

Wirksamkeit

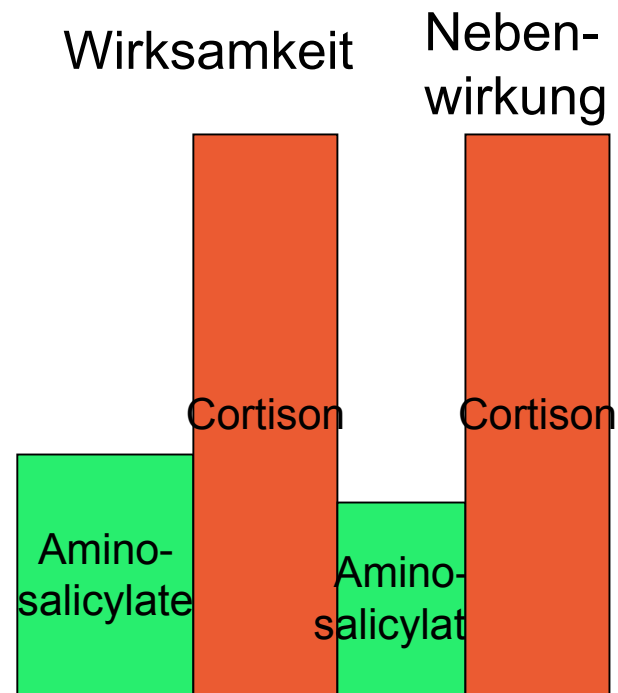


(Grober) Vergleich örtlicher - systemischer Medikamente?

örtlich

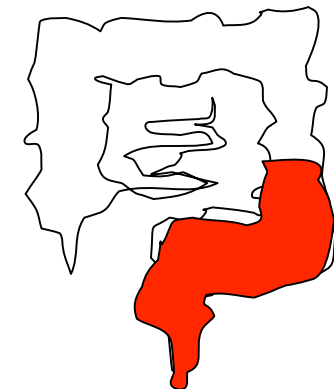
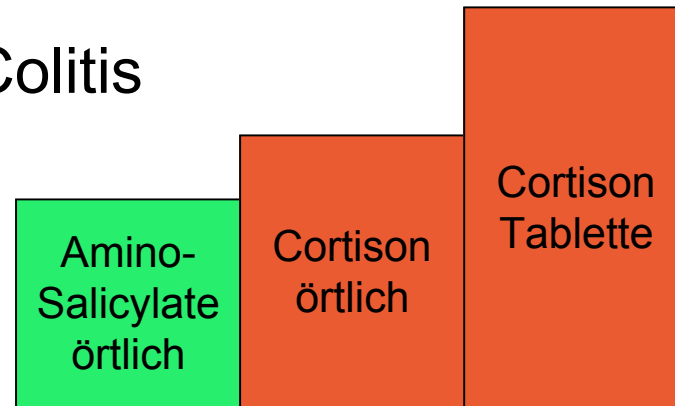


ganzer Körper

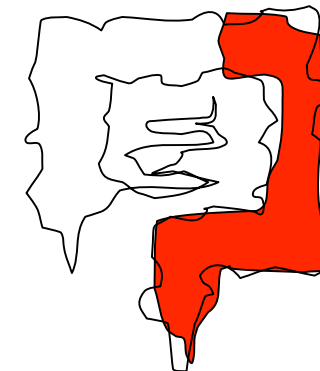
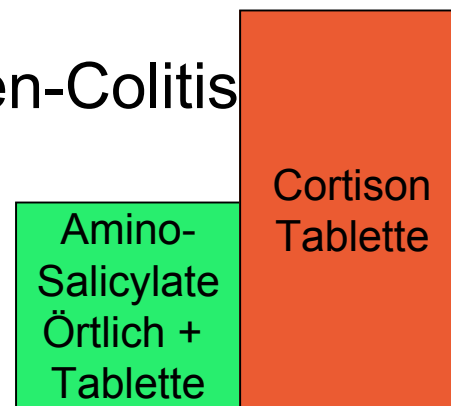


Colitis ulcerosa Schub 1

- Distale Colitis

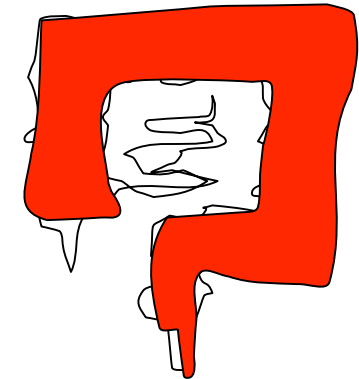
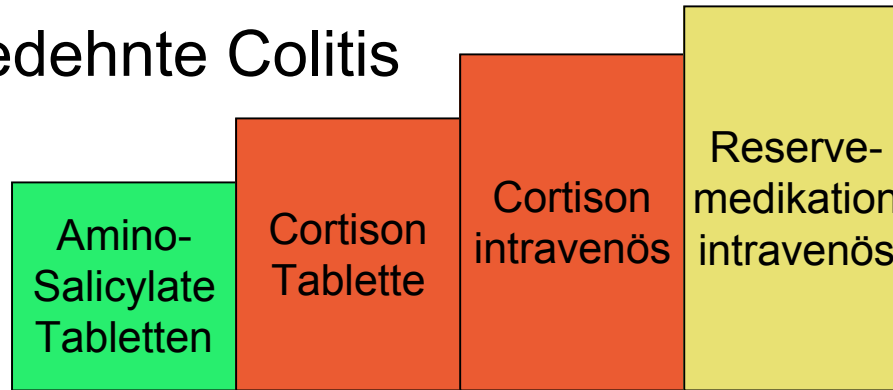


- Linksseiten-Colitis

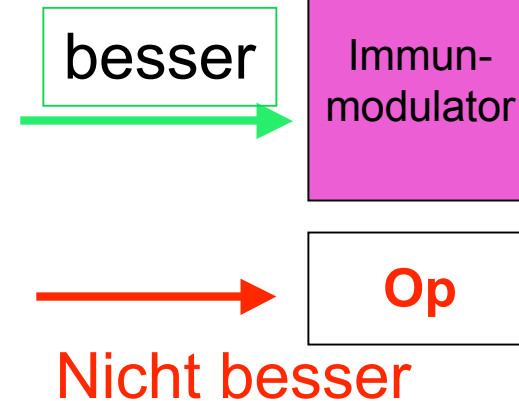
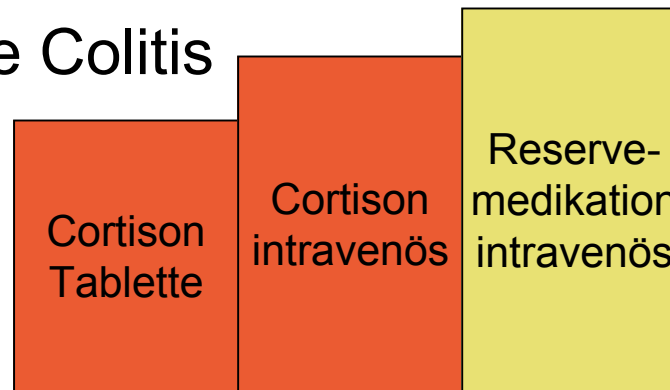


Colitis ulcerosa Schub 2

- Ausgedehnte Colitis



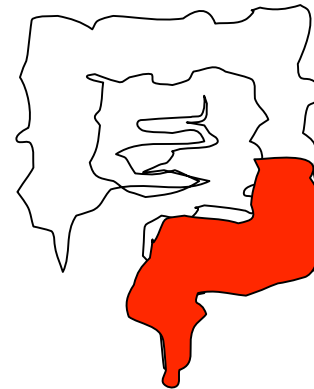
- Fulminante Colitis



Colitis ulcerosa chronisch-aktiv

- Definition: aktiv trotz Behandlung
- Distale Colitis

Cortison
örtlich



- Alle anderen Formen

Immun-
modulator

Reserve-
medikation
intravenös

OP

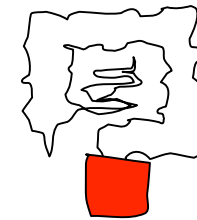


Colitis ulcerosa Remission

- Definition: ruhig, keine Symptome

- Proktitis

5-ASA-Zäpfchen



- Distale Colitis

5-ASA-Schaum-/
-Einlauf



- Alle anderen Formen

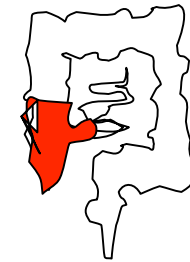
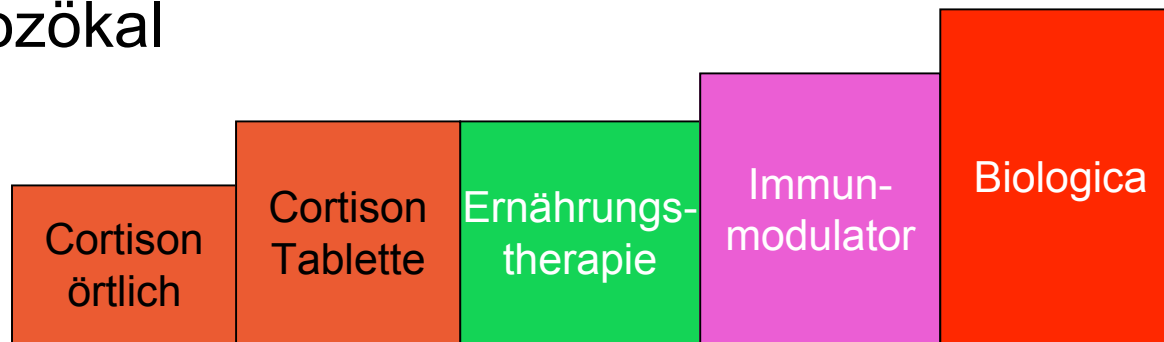
5-ASA-Tabletten

Probiotika??

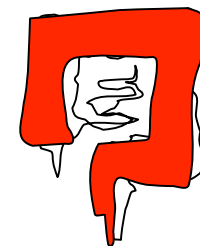
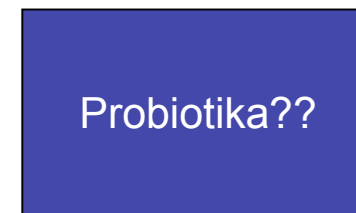
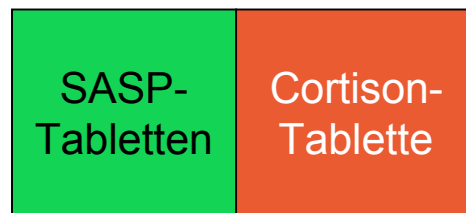


Morbus Crohn, Schub 1

- Ileozökal

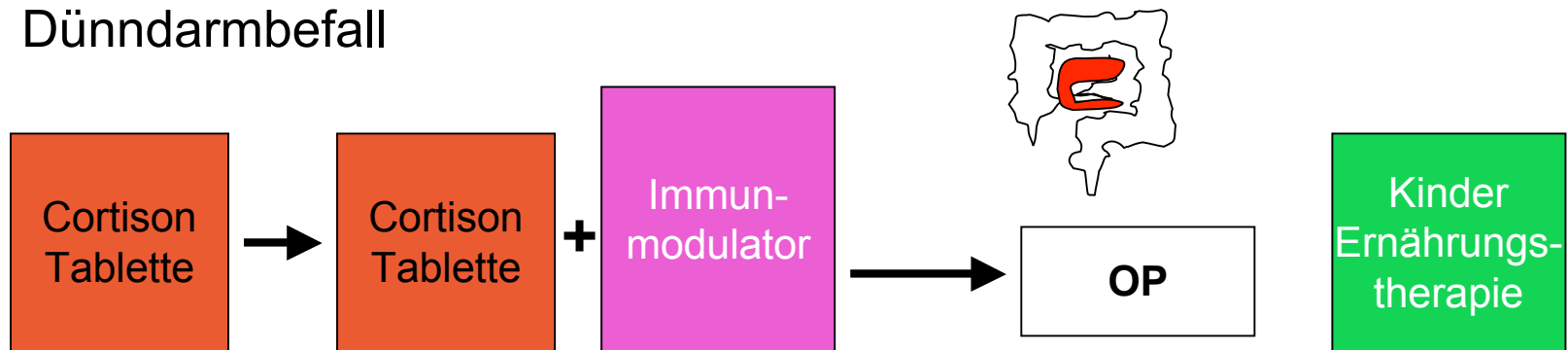


- Colitis Crohn

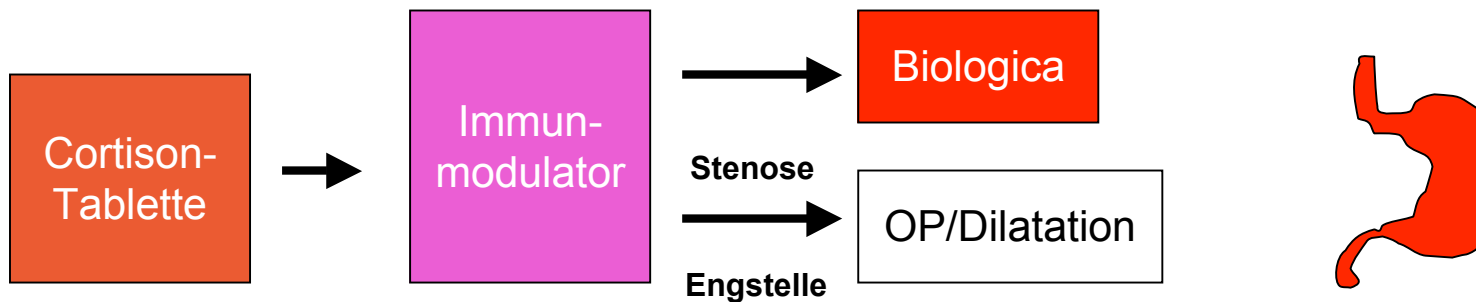


Morbus Crohn, Schub 2

- Dünndarmbefall



Speiseröhre und Magen: Behandlung nur bei Beschwerden

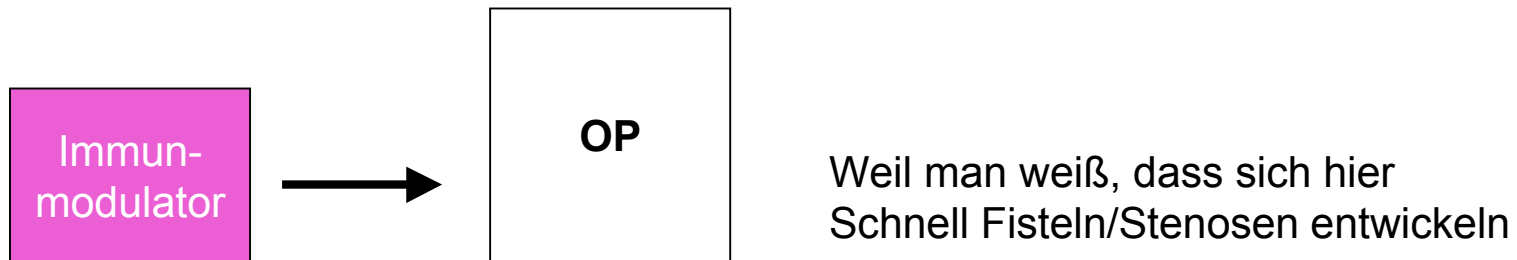


Morbus Crohn, Sonderfälle 1

- steroidrefraktär: keine Besserung trotz Cortison über 1 Monat

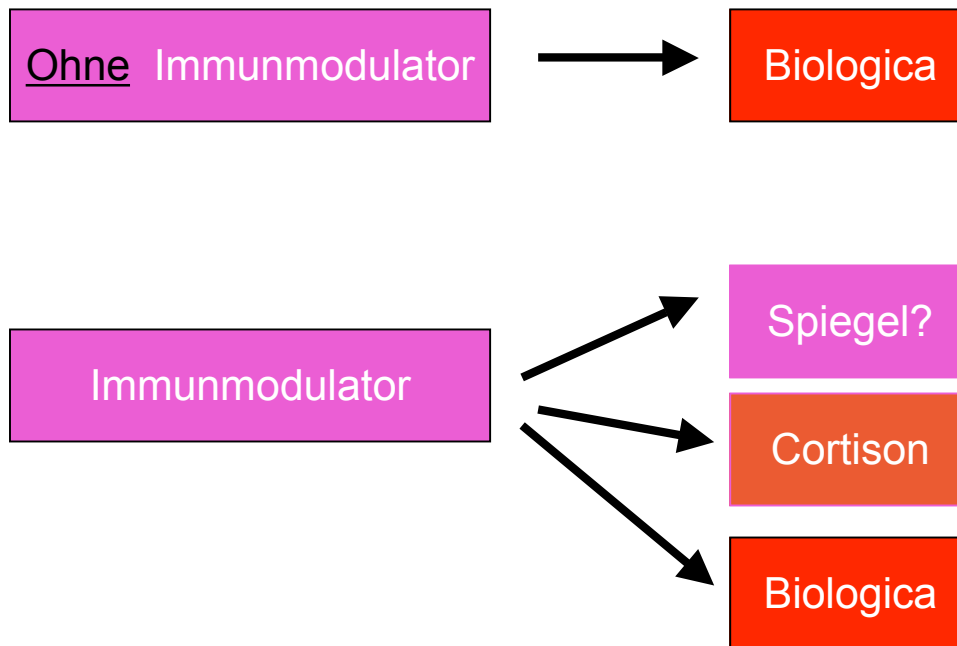


- Frührezidiv: früher Rückfall (innerh. 3 Monaten) in aktive Erkrankung



Morbus Crohn, Sonderfälle 2

- Rückfall nach steroidabhängigem Verlauf



Morbus Crohn, Remissionserhaltung

= Behandlung, um Ruhephase zu erhalten

Wann sinnvoll:

- Rückfall < 6 Monate seit letztem Schub
- Jung bei Krankheitsbeginn
- Dickdarm- oder Afterbefall
- Cortison beim 1. Schub nötig
- Häufige schwere Schübe

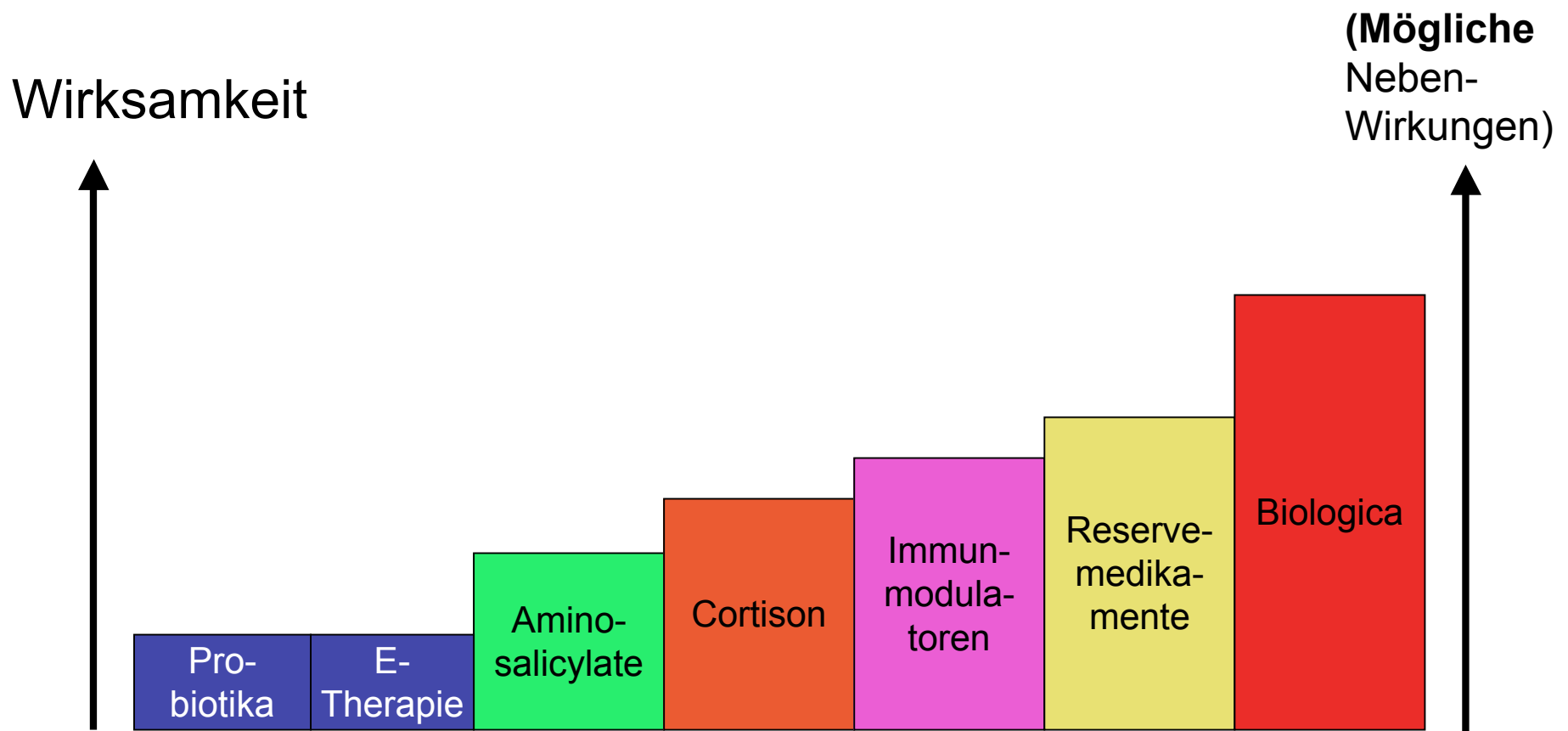
Möglichkeiten

Immunmodulator

OP

Biologica

Standardtherapie bei CED



Zusammenfassung
