Entscheidend für Remission

Mukosaheilung als wichtiges Ziel

Immer mehr Studiendaten bestätigen: Für eine gute Prognose nach Crohn-Schub ist die Abheilung der Mukosa wichtig.

In den vergangenen Jahren hat sich immer mehr herauskristallisiert, dass bei Morbus Crohn die komplette Mukosaheilung ein wichtiges Therapieziel ist. Sie ist für die Langzeitprognose wie auch als Prädiktor für die Remissionsfreiheit entscheidend.

In einer Nachbeobachtung der Patienten der Studie „Top-Down-versus-Step-up“ wurde der langfristige Effekt einer Mukosaheilung überprüft. Die 133 Patienten mit neu diagnostiziertem, nicht vorbehandeltem Morbus Crohn hatten dabei initial drei Infliximab-Infusionen plus Azathioprin als Erhaltungstherapie bekommen oder sie waren mit der üblichen Steroid-Stoßtherapie behandelt worden. Nach drei und vier Jahren waren 71% der Patienten mit gesicherter Abheilung der Mukosa in steroidfreier Remission, aber nur 27% der Studienteilnehmer ohne Mukosaheilung. Es stellte sich heraus, dass die komplette Abheilung der Mukosa der einzige Parameter war, der mit einer längerfristigen steroidfreien Remission verknüpft war.

Kombitherapie erhöht steroidfreie Remissionsrate

In der Studie SONIC lag eine Mukosaheilung nach 26 Wochen häufiger bei einer Monotherapie mit Infliximab (30%) oder einer Infliximab/Azathioprin-Kombi (44%) vor als bei Azathioprin-Monotherapie (16,5%). Die Kombitherapie schnitt auch signifikant

besser ab als die Infliximab-Monotherapie, und diese signifikant besser als die Azathioprin-Monotherapie, was die steroidfreien Remissionsraten nach 26 und nach 50 Wochen betraf.

Für einen frühen Einsatz von Anti-TNF α -Hemmern bei erwartetem komplizierten Krankheitsverlauf spricht nach Einschätzung von Prof. Dr. Volker Groß aus Amberg etwa die EXTEND-Studie. Hier hatten Crohn-Patienten eine Induktionstherapie mit Adalimumab bekommen, nach vier Wochen wurde randomisiert mit Adalimumab oder Placebo weiterbehandelt. Nach zwölf Wochen hatten 27% der durchgehend mit Adalimumab Behandelten eine Mukosaheilung, mit Placebo 13%. Außerdem war der Anteil der Patienten mit Mukosaheilung um so größer, je früher nach Diagnosestellung die Antikörpertherapie begonnen worden war (44% bei einer Erkrankungsdauer

von weniger als zwei Jahren, 21% bei einer Erkrankungsdauer von über fünf Jahren).

Frühe Anti-TNF α -Therapie ab zwei Prädiktoren

Nach bisherigen Daten seien perianale Läsionen und/oder eine ileokolische Lokalisation und/oder junges Alter bei Erstdiagnose zusammen mit der Notwendigkeit von Steroiden beim ersten Crohn-Schub mit einem hohen Risiko für einen komplizierten Verlauf innerhalb von fünf Jahren assoziiert, schreibt Groß. Es werde daher empfohlen, bei Vorhandensein von zwei oder mehr Prädiktoren früh eine Behandlung mit Thiopurinen oder eine Anti-TNF α -Therapie zu starten.

(Christina Ott und Marlinde Lehmann)

Gastroenterol 2010, 138:463;
Manual Gastro- Update 2011

Blutverlust durch Darm-Inferno Immer auf Eisen und Hb blicken!

Zwischen 60 und 80% der CED-Patienten haben einen Eisenmangel, bis zu einem Drittel eine Anämie. Ein Eisenmangel liegt bei einem Serum-Ferritin < 100 ng/ml (absoluter Eisenmangel) oder einem Serum-Ferritin < 300 ng/ml und TSAT < 20% (funktionaler Eisenmangel) vor. Zurückzuführen ist er etwa auf Blutverlust durch Ulzera im Darm, Malabsorption und Entzündungsprozesse.

Absolute Indikationen zur Eisen-Supplementierung sind ein Hb unter 10 g/dl oder eine ausgeprägte Krank-

heitsaktivität. Da eine orale Therapie unter anderem aufgrund der geringen Resorptionsrate wenig effektiv ist, wird eine i.v.-Eisensupplementierung empfohlen. Der Eisenbedarf bei CED kann dabei sehr hoch sein und liegt bei anämischen Patienten selten unter 1000 mg. In einer nicht-interventionellen Untersuchung etwa waren für jeden CED-Patienten im Mittel 1103 mg Eisencarboxymaltose (Ferinject®) zur Korrektur von Eisenmangel und Anämie nötig. (otc)

Inflamm Bowel Dis 2007, 13:1545