Richtige Kombi je nach Schweregrad

5-ASA als Schlüssel zur Remission bei Colitis ulcerosa

Mesalazin (5-ASA) ist die bevorzugte initiale Therapie, wenn es darum geht, bei Patienten mit leicht bis mäßig aktiver Colitis ulcerosa eine Remission zu erreichen.

Grundsätzlich wird bei Colitis ulcerosa aufgrund der Ausdehnung der Erkrankung zwischen Patienten mit Proktitis, Patienten mit linksseitiger oder distaler Colitis (bis zur linken Flexur) und Patienten mit ausgedehnter Colitis (über die linke Flexur hinaus) unterschieden. Um die Ausdehnung zu beurteilen, ist die Endoskopie die Methode der Wahl, der Schweregrad der Entzündung lässt sich anhand der Truelove-Kriterien einschätzen.

Eine geringgradige Colitis ist charakterisiert durch weniger als vier blutige Stühle pro Tag und keine systemischen Symptome. Eine schwere Colitis liegt vor bei mehr als sechs blutigen Stühlen am Tag und bei mindestens einem

der Kriterien Fieber, Tachykardie ($> 90/\text{min}$), Anämie ($\text{Hb} < 10,5 \text{ g/dl}$) oder $\text{BSG} > 30 \text{ mm/h}$. Mäßige Schübe liegen dazwischen.

Eckpfeiler der Therapie: 5-ASA und Steroide

Das Hauptziel bei Patienten mit Colitis ulcerosa ist das Erreichen einer Remission. 5-Aminosalizylsäure (etwa Asacol®, Claversal®, Mezavant®, Pentasa®, Salofalk®) und Kortikosteroide stellen hier die Eckpfeiler der Therapie dar.

Bei Proktitis sind 5-ASA-Suppositorien die bevorzugte initiale Therapie (Europäische ECCO-Empfehlungen: JCC 2008, 2:24. Die deutsche DGVS-Leitlinie aus dem Jahr 2004 wird derzeit überarbeitet). Schaum-Zubereitungen seien eine effektive Alternative. Die topische 5-ASA-Therapie mit oralem 5-ASA oder topischen Steroiden zu kombinieren, habe möglicherweise einen zusätz-

lichen Therapieeffekt, so die Empfehlung. Eine solche Kombination sollte erwogen werden, wenn topische 5-ASA allein nicht ausreicht. Budesonid (als Schaum: Budenofalk® Rektalschaum) ist dabei ähnlich effektiv wie systemisch wirksame Steroide, wird aber besser vertragen.

— Lässt sich mit einer 5-ASA-Therapie keine Remission erzielen oder liegt von vornherein ein schwerer Schub vor, sind systemisch wirksame Steroide indiziert. Weitere Optionen sind Calcineurin-Hemmer, TNF α -Hemmer oder Ciclosporin.

Neue Arzneien fördern Adhärenz

Ist ein Colitis-Patient in Remission, gilt es, das einmal Erreichte zu erhalten. Wirkstoff der Wahl zum Remissionserhalt ist Mesalazin (5-ASA). Um die Adhärenz zu fördern, wurden Arzneien entwickelt, die sich in Hinblick auf Galenik, Größe, Dosierung und Einnahmefrequenz unterscheiden. Eine Alternative zu Tabletten sind dabei zum Beispiel galenische Zubereitungen im Multi-Matrix-System oder als Mikropellets und Granulat.

Außerdem geht mittlerweile der Trend in der remissionserhaltenden Therapie bei Colitis ulcerosa zur einmal täglichen Anwendung der Arznei. Die Wirksamkeit der einmal täglichen Mesalazin-Gabe wurde für verschiedene Präparate nachgewiesen, so die Autoren des Gastro Updates (Handbuch Gastroenterologie 2011). (Christina Ott)

Therapie bei leichter bis mäßig aktiver CU