Patienten-Leitlinie Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Bessere Information – größeres Verständnis

Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen sollen Therapiestrategien besser verstehen und besser mitreden können, wenn Entscheidungen anstehen – das ist das Ziel der neuen Leitlinie der europäischen Colitis und Morbus Crohn-Gesellschaft (ECCO). Die von Ärzten der Arbeitsgruppen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn sowie Patientenvertretern und Pflegekräften entwickelte „ECCO-EFCCA-Patientenleitlinie chronisch-entzündliche Darmerkrankungen“ wurde beim 11. ECCO-Kongress im vergangenen März in Amsterdam präsentiert.

Auf eine verlässliche und objektive Informationsquelle zurückgreifen zu können, die alle Aspekte abdeckt, ist gerade im Internetzeitalter extrem wichtig. Denn im Internet stößt der Patient auf eine Fülle von teils fragwürdigen und falschen Informationen, deren Zuverlässigkeit er nicht werten kann. Um Patienten-relevante Aspekte zu chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) in die Leitlinie zu integrieren, wählten zunächst Patienten wichtige Statements der professionellen ECCO-Leitlinie aus. Diese wurden dann von Professionellen mit wissenschaftlichem Hintergrund, die aber selbst auch CED-Patienten waren, in eine laienverständliche Sprache übersetzt. Am abschließenden Review-Prozess nahmen Vertreter der wissenschaftlichen Arbeitsgruppen, Patienten und Pflegekräfte teil, wie der EFCCA-Vorsitzende Marco Greco, Mailand, ausführte.

Je 50 Statements in Patienten-verständlicher Sprache

Das Ergebnis sind je 50 Statements zu Colitis ulcerosa und zu Morbus Crohn. Der Fokus lag auf klinischen Symptomen, Diagnostik, Management der aktiven Erkrankung, Erhalt der Remission und Chirurgie. Auch das Thema Darmkrebs und häufige extraintestinale Manifestationen fanden ihren Platz in der Leitlinie. Am Ende sind in einem Glossar alle Fachbegriffe, die im Text unterstrichen sind, näher erläutert.

Die EFCCA (European Federation of Crohn's and ulcerative Colitis Associations) erwartet, dass das Dokument dazu beiträgt, dass Patienten und Be-

handler dieselbe Sprache sprechen und Patienten befähigt, gemeinsam mit dem Arzt diagnostische und therapeutische Aspekte offen und konstruktiv auf Augenhöhe zu besprechen, so Greco. Wie Prof. Axel Dignass, Frankfurt, ergänzte, soll dies letztlich dazu führen, dass Patienten sich stärker am Management ihrer Erkrankung beteiligen können, früher evidenzbasierte Therapien erhalten und dadurch ein besseres Outcome und eine bessere Lebensqualität erreichen.

Statements in Beispielen

1. Der Arzt sollte nach Zeichen für eine akute und/oder chronische Entzündung, nach Blutarmut, Wassermangel oder Zeichen für Mangelernährung suchen. Zu den Labortests gehören das CRP und ein großes Blutbild. Auch Entzündungsmarker wie das fäkale Calprotektin oder die Blutsenkung können verwendet werden ...
2. Ein schwerer aktiver Morbus Crohn am Ende des Dünndarms und Anfang des Dickdarms sollte zunächst mit systemischen Corticosteroiden behandelt werden. Eine Anti-TNF-alpha-Therapie kommt in Betracht für Patienten, die einen Rückfall erlitten haben. Patienten, die nicht auf Steroide und/oder TNF-alpha-Blocker ansprechen, können mit Vedolizumab behandelt werden ...
3. Die Symptome der Colitis ulcerosa hängen davon ab, wie ausgedehnt und wie stark die Entzündung im Dickdarm ist. Die häufigsten Symptome sind blutiger Durchfall, Blutungen aus dem Enddarm, Krämp-

fe und Stuhldrang. Viele Patienten müssen auch nachts Stuhl entleeren. Generelles Unwohlsein, Appetitverlust und Fieber sind die häufigsten Zeichen für eine schwere Colitis-Attacke ...

4. Am Anfang sollte eine ausgedehnte Colitis ulcerosa leichten bis mittleren Schweregrads mit Einnahme von mindestens 2,4 g 5-ASA pro Tag behandelt werden. Die einmal tägliche Einnahme dieser Dosis ist ebenso wirksam wie die Aufteilung auf mehrere Tagesdosen. Um die Chancen für eine Remission zu erhöhen, sollte auch ein topisches 5-ASA-Präparat eingesetzt werden. Systemische Corticosteroide sollten gegeben werden, wenn der Patient auf 5-ASA nicht anspricht ...
5. Orales 5-ASA sollte auch als langfristige Erhaltungstherapie gegeben werden, da es möglicherweise das Risiko vermindert, an Darmkrebs zu erkranken.
6. Das Risiko für chirurgische Komplikationen ist höher, wenn die Operation hinausgezögert wird. Im akuten Fall sollte eine Kolektomie erfolgen, wenn ein Patient nicht auf die Medikamente anspricht oder für länger als sechs Wochen 20 mg oder mehr Prednisolon genommen hat ...

Angelika Bischoff

Wien klin Mag 2016 · 19:141
DOI 10.1007/s00740-016-0110-9
Online publiziert: 3. Juni 2016
© Springer-Verlag Wien 2016

Quelle:
Pressekonferenz
„ECCO EFCCA Patient
Guidelines“,
11. ECCO-Kongress,
Amsterdam,
16. März 2016