Welche Arznei auswählen?

Aktuelle Empfehlungen für die Colitis ulcerosa

Lokalisation und Ausprägung der Entzündung bei Colitis ulcerosa sind nach wie vor die wesentlichen Kriterien bei der Wahl der Arznei. Zusätzlich Adhärenz-Aspekte zu berücksichtigen, kann den Therapieerfolg noch erhöhen.

Als Ergebnisse einer evidenzbasierten Konsensuskonferenz sind vor knapp einem Jahr aktualisierte Leitlinien zur Diagnostik und Therapie bei Colitis ulcerosa veröffentlicht worden¹. Wie bisher richtet sich die Therapie im Wesentlichen nach Ausbreitung und Schwere der Krankheit.

Im Einzelnen haben sich die Autoren der Leitlinie für die Therapie Erwachsener mit Proktitis auf folgende Empfehlungen geeinigt:

- Bei leichter bis mäßig aktiver Proktitis soll zunächst mit 5-Aminosalicylaten (min. 500 mg/d) als Suppositorium behandelt werden.
- Mesalazinschaum und Mesalazineinläufe sind eine äquivalente therapeutische Alternative.
- Versagt die Monotherapie, soll rektales Mesalazin mit topischen Steroiden oder oralen, 5-ASA-freisetzenden Präparaten kombiniert werden.
- Bringt all dies nicht den erwünschten Erfolg, sind als nächster Schritt systemische Steroide indiziert.

Perianalregion gut pflegen

Auch die Pflege der Perianalregion habe einen großen, oft unterschätzten Stellenwert in der Therapie bei Colitis ulcerosa, betonen die Leitlinien-Autoren. Neben einer Optimierung der hygienischen

Maßnahmen sollten auch pflegende und barrierebildende Externa Anwendung finden.

Die Empfehlungen für Patienten mit Linksseitenkolitis:

- Bei leichter bis mäßig schwerer linksseitiger Colitis ulcerosa soll initial mit rektalen 5-ASA in Form von Einläufen oder Schäumen (min. 1 g/d) kombiniert mit oralen 5-ASA-freisetzenden Präparaten (min. 3 g/d) behandelt werden.
- Eine Alternative – aber als weniger wirksam bewertet – ist die alleinige orale Therapie mit 5-ASA-freisetzenden Präparaten (min. 3 g/d).
- Rektale Einläufe oder Schäume mit 5-ASA (min. 1 g/d) sollen topischen Steroiden vorgezogen werden.
- Aufgrund besserer Therapieadhärenz und größerer Patientenzufriedenheit kann die einmalige orale Gabe retardiert formulierter 5-ASA-freisetzender Präparate gegenüber nicht retardierten vorgezogen werden.
- Eine systemische Steroidtherapie soll begonnen werden, wenn die Symptome nicht auf die genannten Therapieoptionen ansprechen. Ein deutliches Zeichen eines nicht ausreichenden Ansprechens auf die Therapie sei dabei das Persistieren blutiger Stühle. Aller spätestens nach 14 Tagen sollten weiterführende therapeutische Maßnahmen ergriffen werden.

Bei ausgedehntem Befall soll bei leichter bis mäßig schwerer Colitis ulcerosa zunächst mit einem oralen 5-ASA-freisetzenden Präparat (min. 3 g/d) kombiniert mit Mesalazineinläufen oder -schäumen behandelt werden. Bei ungenügendem Ansprechen sei ein Wechsel

> Schub: Folge einer zu komplizierten Therapie?

Ein signifikanter Teil der Colitis-ulcerosa-Schübe ist auf eine fehlende Therapieadhärenz zur 5-ASA-Therapie zurückzuführen. Dies gelte besonders dann, wenn große Mengen an Medikamenten zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingenommen werden müssen oder die Anwendung der Medikation als unangenehm wahrgenommen wird (rektale Anwendung), heißt es in der aktualisierten Leitlinie zu Colitis ulcerosa.

Die einmal tägliche Einnahme retardiert formulierter 5-ASA-freisetzender oraler Präparate und die Bevorzugung der oralen Route vor der rektalen Gabe könne in manchen Fällen eine sinnvolle Maßnahme darstellen, um die Therapieadhärenz zu erhöhen, so die Leitlinien-Autoren. Eine einmalige Gabe ausreichend hoch dosierter 5-ASA-Präparate sei einer in mehrere einzelne Dosen aufgeteilten Gabe in der Wirksamkeit nicht unterlegen.

Zur topischen 5-ASA-Therapie bei distaler Colitis, die über eine Proktitis hinausgeht, bevorzugen übrigens viele Patienten Schaum (Claversal® Rektalschaum 1g, Salofalk® 1g Rektalschaum), weil dieser nach ihrer Einschätzung einfacher einzunehmen und die Anwendung oft angenehmer sei als die von Klysmen. (mal)

auf eine systemische Steroidtherapie früher in Betracht zu ziehen als bei limitierter Krankheitsausdehnung, so die Autoren.

Eine schwere, aktive Colitis ulcerosa mit Zeichen einer systemischen Beteiligung ist eine Indikation für eine stationäre Therapie. Behandelt wird laut Leitlinie von 2011 intravenös mit Steroiden, bei Kontraindikationen oder Intoleranz von Steroiden alternativ mit Ciclosporin A, Infliximab oder Tacrolimus.

(Marlinde Lehmann)

¹ Z Gastroenterol 2011, 49: 1276-1341