Entzündung oder Reizdarm?

Sowohl ein Reizdarmsyndrom als auch eine entzündliche Darmerkrankung äußern sich mit unspezifischen gastrointestinalen Symptomen wie wiederkehrenden Bauchschmerzen oder Durchfällen. Ob eine Entzündung als Ursache dahinter steckt, lässt sich durch die Messung der Calprotectin-Konzentration im Stuhl herausfinden. Während Patienten mit Reizdarmsyndrom unauffällige Calprotectin-Werte aufweisen, ist dieser Wert bei CED-Patienten erhöht. Mit einem Schnelltest (PreventID® Cal-Screen®) gelingt die Differenzierung rasch. PreventID® CalDetect® 50/200 eignet sich auch zur Verlaufskontrolle bei CED. (jn)

Infos im Internet

www.dccv.de – die Seite der DCCV, der Deutschen Morbus Crohn/ Colitis ulcerosa-Vereinigung

www.ilco.de – die Seite der Deutschen ILCO, der Deutschen Vereinigung der Stomaträger

www.kompetenznetz-ced.de ist die Adresse des „Kompetenznetz Darmerkrankungen“. Hier werden auch einzelne Projekte des Kompetenznetzes vorgestellt.

Die aktuelle Leitlinie zu Diagnostik und Therapie der Colitis ulcerosa im Web: **www.awmf.org**

Daten und Fakten

163

Regionen des menschlichen Genoms sind mit dem Risiko für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen assoziiert. Das haben Wissenschaftler in einer großen Metaanalyse herausgefunden. Viele dieser Genregionen sind auch an anderen Autoimmunerkrankungen und an der Abwehr bakterieller Infektionen beteiligt. Die Wissenschaftler vermuten deshalb, dass ein überaktives Immunsystem ein möglicher Auslöser dieser Darmerkrankungen ist. (jn)

Nature 2012, 491(7422):119-124

Colitis-Patienten brauchen Ausdauer

Die Remission erhalten – so klappt es!

Langfristig kommt es bei Colitis ulcerosa darauf an, die Patienten bei der Stange zu halten.

Sind die Diarrhö, das sichtbare Blut im Stuhl und die intestinalen oder extraintestinalen Beschwerden verschwunden, hat der Patient also eine klinische Remission erreicht, dann lautet das Therapieziel, diesen Zustand dauerhaft aufrecht zu erhalten. Damit dies gelingt, sollten alle Patienten mit Colitis ulcerosa eine remissionserhaltende Therapie bekommen. 5-Aminosalizylate wie Mesalazin sind hier Mittel der Wahl. Sie können oral oder lokal zum Einsatz kommen. Gemäß Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten soll die Behandlung bei Proktitis und distaler Kolitis primär topisch erfolgen [1]. Bei Patienten mit Unverträglichkeit von 5-ASA kann die Behandlung auch mit dem apathogenen Stamm Escherichia coli Nissle 1917 (Mutaflor®) erfolgen. Systemische Kortikosteroide, Diät und Quellmittel sind dagegen nicht geeignet. Die Dauer der remissionserhaltenden Therapie mit 5-Aminosalizylaten sollte mindestens

zwei Jahre betragen. Daher ist das Thema Adhärenz beim Erhalt der Remission noch wichtiger als bei der Induktion einer Remission, weil die Motivation für eine konsequente Durchführung der Therapie bei vielen Patienten mit der Zeit nachlässt oder aber weil sie einfach vergessen, ihre Medikation anzuwenden.

Therapie bei Schub eskalieren

Die meisten Schübe, die während einer remissionserhaltenden Therapie auftreten, sind auf eine Unterbrechung der Therapie zurückzuführen. Beim Auftreten häufiger und schwerer Schübe während der remissionserhaltenden Therapie wird in den DGVS-Leitlinien empfohlen, die Therapie zu eskalieren. In diesen Fällen können die Kombination von rektaler und oraler 5-ASA-Therapie, die Dosissteigerung bei oraler 5-ASA-Therapie oder Medikamente wie Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder der TNF-alpha-Blocker Infliximab die Chancen auf eine langfristige Remission steigern. (jn)

[1] Z Gastroenterol 2011, 49: 1276-1341; Ärzte Zeitung, 19.07.2013

Registerstudie bestätigt Nutzen

Auch Kinder profitieren von 5-ASA

Den Nutzen von oralen 5-Aminosalizylaten bei Kindern und Jugendlichen bestätigt jetzt eine Registerstudie.

Bei jedem fünften Patienten mit Colitis ulcerosa treten die ersten Symptome bereits vor dem 20. Lebensjahr auf. Doch zur Behandlung dieser jungen Patienten gab es bisher nur wenige Studiendaten. Viele Ärzte haben mit 5-Aminosalizylaten gute Erfahrungen gemacht und wenden sie in dieser Altersgruppe häufig an. Eine Registerstudie aus den USA und Kanada bestätigt nun, dass dieses Vorgehen durchaus sinnvoll ist. 213

Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren mit neu diagnostizierter Colitis ulcerosa waren in die Studie eingeschlossen. Innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnosestellung erhielten sie eine Behandlung mit oralen 5-ASA-freisetzenden Präparaten, 115 Patienten bekamen zusätzlich Steroide. Nach einem Jahr hatten 40% der Patienten eine klinische Remission erreicht und benötigten keine Steroide mehr. Weitere 15% wiesen nach einem Jahr noch eine milde Entzündungsaktivität auf, bekamen aber keine Steroide. (jn)

J Pediatr Gastroenterol Nutr 2013, 56(1): 12-18