

Mikroskopische Kolitis

# Effektive Behandlungsoption verfügbar

Die mikroskopische Kolitis (MC) ist eine klinisch pathologische Einheit, die durch drei Elemente gekennzeichnet ist, erklärte Dr. Stefan Schubert, Berliner Schwerpunktpraxis für Gastroenterologie: die klinische Anamnese mit chronischen wässrigen (nicht blutigen) Durchfällen, das normale oder fast normale endoskopische Erscheinungsbild des Dickdarms und das eindeutige histologische Muster. Die histologische Untersuchung der MC zeige dabei vorwiegend zwei Subtypen:

- ▶ Lymphozytäre Kolitis (LC, erhöhte Anzahl intraepithelialer Lymphozyten, > 20 IEL je 100 Epithelzellen)
- ▶ Kollagene Kolitis (CC, verdicktes subepitheliales Gewebeband > 10 µm Dicke, direkt unter dem Oberflächenepithel)

Die Mechanismen, die der MC zugrunde liegen sind nicht bekannt, es werde aber eine multifaktorielle Genese vermutet. Wichtige Risikofaktoren für die MC sei-

en Medikamente (z. B. NSAR, PPI), Lebensweise (Rauchen) und Begleiterkrankung (z. B. Zöliakie, Schilddrüsendysfunktion, rheumatoide Arthritis). Schubert nannte klinische Kriterien zur Bestimmung der MC-Aktivität (►Tab. 1).

### Budesonid hat sich bewährt

Die nächtliche Diarrhö und die häufig auftretende Stuhlinkontinenz führen zu einer stark eingeschränkten Lebensqualität und einem hohen Leidensdruck der MC-Patienten. Dabei sei in rund 40 % der Fälle sogar eine Heilung möglich, betonte Schubert. Aufgrund der derzeit verfügbaren Evidenz empfehle die Europäische Studiengruppe „Mikroskopische Kolitis“ (EMCG) für Patienten mit aktiver MC primär eine kurzfristige Behandlung mit Budesonid (9 mg/Tag 6–8 Wochen), dem einzigen Medikament, das sich bei MC in randomisierten placebokontrollierten

T1 *Klinische Kriterien für die Bestimmung der MC-Aktivität*

	Stühle pro Tag*	und	Wässrige Stühle pro Tag*
Klinische Remission	< 3		< 1
Klinische Aktivität	≥ 3	oder	≥ 1

\*Mittel im Verlauf einer einwöchigen Symptomaufzeichnung

Studien bewährt hat. Das einzige in Deutschland zugelassene Präparat für die Behandlung der mikroskopischen Kolitis mit ihren beiden Subtypen (LC, CC) ist Entocort® (Budesonid). Zwar blieben 40 Jahre nach Erstbeschreibung viele Fragen offen – vor allem nach dem Langzeitverlauf und der Pathogenese – mit Budesonid haben wir aber für LC und CC eine sehr effektive und zugelassene Behandlungsoption, resümierte Schubert. *Thomas Riedel*

Workshop „Mythen in der mikroskopischen Kolitis“ anlässlich des Kongresses Viszeralmedizin 2018 am 15.9.2018 in München (Tillotts)

Mikrobiommodulation und Darmerkrankungen

# Vorteile durch Probiotikatherapie

Bei vielen gastrointestinalen Erkrankungen spielt die Besiedelung und Zusammensetzung der Darmflora eine wichtige Rolle. Daher gilt die gezielte Modulation des Darmmikrobioms mit spezifischen Bakterienstämmen mittlerweile als vielversprechender Therapieansatz beim Reizdarmsyndrom (RDS), der symptomatischen unkomplizierten Divertikelkrankheit (SUD), bei Clostridium difficile-Infektionen (CDI) sowie Colitis ulcerosa (CU) und Pouchitis. Ein intaktes Darmmikrobiom schützt gegen die Ansiedlung pathogener Keime und trägt zur Aufrechterhaltung der Darmbarriere und Funktionalität des Immunsystems bei.

### Symptomverbesserung bei SUD

In der aktuellen deutschen Leitlinie zur Divertikelkrankheit gibt es einen Paradigmenwechsel hinsichtlich Klassifikation, Antibiotikagabe und Indikation zur Operation, der den Einsatz von Probiotika in bestimmten Fällen einbezieht, erklärte Privatdozentin Dr. Birgit Terjung,

Bonn. Untersuchungen von Stuhlkulturen konnten bei SUD-Patienten im Vergleich zu Gesunden erniedrigte Mengen bestimmter Bakterien, wie Laktobazillen, nachweisen. Daher sei der Einsatz von Probiotika die logische Konsequenz, betonte die Gastroenterologin. In einer randomisierten, placebokontrollierten Studie wurde nach der Behandlung mit Lactobacillus casei DG® (Innovall® SUD) eine signifikante Symptomverbesserung in Bezug auf Abdominalschmerzen gezeigt [Tursi A et al. Aliment Pharmacol Ther. 2013;38 (7):741–51]. Ergänzende Studien zu L. casei DG® wiesen eine signifikante Verbesserung von SUD-Entzündungsparametern nach [Turco et al. UEGJ 2017; 5(5):715–24]. Der Einsatz wirksamer Probiotika gehöre daher zur SUD-Therapie.

### Prävention von CDI

Zur Vermeidung von CDI können Probiotika präventiv eingesetzt werden, erklärte Prof. Joachim Labenz, Siegen. Dabei komme es auf einen frühen Start an, am

besten mit Beginn der Antibiose und fünf Tage darüber hinaus. Die Wirksamkeit diese Präventionsmaßnahme belegt eine kanadische 10-Jahres-Studie, bei der Antibiose-Patienten zusätzlich ein Probiotikum mit den Stämmen Lactobacillus acidophilus CL1285®, Lactobacillus casei LB-C80R® und Lactobacillus rhamnosus CLR2® (Innovall® CDI) erhielten [Shen N et al. Gastroenterol. 2017;152:1889–1900]. Dadurch konnten CDI-Fälle um 73 %, schwere CDI-Fälle um 76 % und CDI-Rezidive um 39 % signifikant gesenkt werden. Die CDI-Fälle blieben konstant und relevant unter der CDI-Inzidenz in Vergleichskliniken, die kein Probiotikum eingesetzt hatten. Labenz Fazit zur CDI-Prävention: „Die Häufigkeit und klinische Relevanz zwingen dazu, alle Maßnahmen zur Prävention zu etablieren.“ Dazu gehöre neben der Risikominimierung, lokaler Surveillance und Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung auch der Einsatz von Probiotika bei Antibiotikatherapie, der wirksam und sicher sowie kosteneffizient sei. *Thomas Riedel*

Symposium „Mikrobiommodulation – hype or hope?“ anlässlich des Kongresses Viszeralmedizin 2018 am 14.9.2018 in München (Microbiotica)