

Was ist neu in der medikamentösen Therapie? Wir halten Sie auf dem Laufenden mit Berichten von Kongressen und Symposien der pharmazeutischen Industrie.

Morbus Crohn

Welche Biologika nach Versagen der Primärtherapie?



© Gastrology/Science Photo Library

Kapsel-Endoskopie-Aufnahme des Dünndarms eines Patienten mit Morbus Crohn.

— Patienten mit steroidabhängigem Morbus Crohn und Azathioprin-Unverträglichkeit bzw. -versagen sind klassische Kandidaten für ein Biologikum. Ob die Wahl auf einen TNF- α - oder Interleukin-12/23-Blocker oder einen $\alpha 4\beta 7$ -Integrin-Antagonisten fällt, sollte von individuellen Faktoren wie Alter, Infektionsrisiko und Komorbiditäten abhängig gemacht werden. Direkte Vergleichsstudien sind aktuell für diese klinische Situation nicht verfügbar.

Die möglichen Entscheidungswege wurden beispielhaft an folgendem Fall dargelegt: Bei einer 25-jährigen Patientin wurde im November 2017 ein Morbus Crohn mit Befall des terminalen Ileum und des Sigma diagnostiziert. Die Patientin zeigte einen steroidabhängigen Verlauf mit zunehmender Beschwer-

desymptomatik, trotz täglich 15 mg Prednisolon. Aktuell hatte sie abdominale Schmerzen und 3–5 breiige Stuhlgänge täglich.

Die Eppstein-Barr-Virus(EBV)-positive Patientin wurde zunächst mit Azathioprin behandelt, berichtete Prof. Sebastian Zeißig vom Universitätsklinikum Dresden, aber die Symptomatik besserte sich nicht. Die weitere Diagnostik ergab eine erhöhte Entzündungsaktivität (Calprotectin > 800 mg/kg, CRP 23 mg/dl, Darmwanddicke 8 mm), zudem entwickelte die Patientin bereits eine Gelenkbeteiligung.

Individuelle Faktoren helfen bei der Entscheidungsfindung

Sinnvoll sind in dieser Situation die Überprüfung der Therapieadhärenz auf Azathioprin und/oder der Beginn einer Biologikatherapie. Für Infliximab sprechen nach Angaben von Zeißig die lange Erfahrung mit dem Medikament und die gute Datenlage im Falle einer Schwangerschaft, zu bedenken seien aber sekundärer Wirkverlust und Notwendigkeit regelmäßiger Infusionen.

Eine Alternative ist das subkutan zu verabreichende Adalimumab. Bei der Therapie mit TNF- α -Blockern sind jedoch folgende Punkte zu beachten: erhöhtes Risiko für Tuberkulose und opportunistische Infektionen, leicht erhöhtes Malignomrisiko, Kontraindikationen bei multipler Sklerose und schwerer Herzinsuffizienz.

Wie sind die Alternativen zu TNF α -Blockern zu bewerten? Laut Real-world-Daten liegen die Ansprechraten auf

Vedolizumab bei rund 60% nach sechs Monaten (davon Remissionen \geq 25%). Noch etwas besser sind die Daten für Ustekinumab.

Der weitere klinische Verlauf machte die Entscheidung einfach: Aufgrund parallel auftretender psoriasiformer Hautveränderungen wurde der IL-12/23-Blocker Ustekinumab eingesetzt, mit dem es bei Psoriasis bereits viele Erfahrungen gibt.

—
Roland Fath

▪ Satellitensymposium „Morbus Crohn – Wie treffe ich meine Therapieentscheidung?“, 73. Jahrestagung der DGVS; München, September 2018 (Veranstalter: Janssen-Cilag)

Patienten über 50 vor Herpes zoster schützen

In Europa erkrankt etwa jeder Dritte im Laufe seines Lebens an Gürtelrose. In Deutschland sind es 400.000 pro Jahr, zwei Drittel der Betroffenen sind über 50 Jahre. Der Grund: Ab etwa 50 Jahren wird die T-Zell-vermittelte Abwehrkraft des Immunsystems merklich geringer. Häufigere Infektionen und schwerere Krankheitsverläufe sind daher mit zunehmendem Lebensalter typisch. Neben die Abwehr unterstützenden, allgemeinen Maßnahmen bietet die Impfung gegen Gürtelrose Schutz. Sie kann sowohl die Erkrankung selbst als auch die Komplikationen verhindern. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Impfung derzeit mit folgenden Worten: „Nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung kann die Impfung sinnvoll sein.“

—
Red.

▪ Nach Informationen von GSK