

Milder Morbus Crohn

Nichts tun oder mit Biologika behandeln?

— Ungefähr jeder dritte Patient mit Morbus Crohn hat einen milden bis moderaten Langzeitverlauf der chronischen Darmentzündung. Diese sei durch niedrige CRP-Werte gekennzeichnet, das Rektum ist nicht betroffen, und Kortikosteroide seien kaum notwendig, erklärte die Gastroenterologin Prof. Britta Siegmund, Charité, Berlin.

Diese Patienten, meist Nichtraucher höheren Alters mit vergleichsweise hohem Bildungsgrad, bräuchten im Allgemeinen keine Biologika. Die Leitlinien der europäischen Fachgesellschaft ECCO (European Crohn's and Colitis Organisation) empfiehlt für Patienten mit milder ileozökaler Entzündung orales Budesonid (z. B. Budenofalk®) als Mittel der ersten Wahl. Mit 9 mg Budesonid pro Tag könne meist eine Remission erzielt werden, und die Wahrscheinlichkeit unerwünschter Neben-

wirkungen sei gering, sagte Siegmund unter Verweis auf eine Metaanalyse der Cochrane Collaboration.

Mesalazin ist Budesonid nicht unterlegen

Sie wies außerdem auf eine Vergleichsstudie mit Budesonid 9 mg/d und Mesalazin 4,5 g/d hin. Die Therapien führten in einer randomisierten und multizentrischen Doppelblindstudie mit 300 Patienten mit mild bis moderat aktivem Morbus Crohn zu Remissionsraten von 69,5% in der Budesonid-Gruppe und 62,1% in der mit Mesalazin behandelten Gruppe. Numerisch scheint das Steroid also etwas besser zu wirken, statistisch ist Mesalazin mit verzögerter Wirkstofffreisetzung (z. B. Salofalk®) in seiner Effektivität nicht unterlegen [Tromm A et al. Gastroenterology. 2011;140:425–34].

Zwar gibt es keine endoskopischen Untersuchungen, die die Therapieempfehlungen bei mildem Morbus Crohn stützen würden, indirekt lassen sich aber Auswertungen nach ileozökaler Resektion heranziehen. Demnach kann bei sehr milden Verläufen sogar auf Medikamente verzichtet werden. Zum Monitoring lässt sich das Calprotectin aus Stuhlproben bestimmen – es zeigt mit hoher Sensitivität einen möglichen Entzündungsschub an.

Siegmund empfiehlt bei milder Ileitis und fehlenden Risikofaktoren die endoskopische Reevaluation nach einem Jahr, bei vorliegenden Risikofaktoren, etwa Rauchen, junges Alter und erhöhte Entzündungsmarker, eine immunsuppressive Therapie.

Dr. Thomas Meißner

▪ Symposium „Building Bridges in IBD“; Brüssel, September 2019 (Veranstalter: Falk)

Dualer Wirkmechanismus in einem Molekül

Verträgliche, rasch einsetzende Schmerzlinderung

— „Es ist wichtig, bei Patienten mit Rückenschmerzen das Angst-Vermeidungsverhalten zu durchbrechen, damit sie sich wieder bewegen können“, so Dr. Axel Ruetz, Koblenz-Montabaur. Gerade bei Rückenschmerzen sei es außerdem von Bedeutung, sowohl die nozizeptive als auch die neuropathische Komponente im Blick zu haben. Denn bei 90% der Rückenschmerzpatienten könne man eine neuropathische Komponente nicht ausschließen. Aufgrund des dualen Wirkmechanismus deckt Tapentadol retard (Palexia® retard) beide Schmerzarten ab.

Im Vergleich zu klassischen Opioiden ist Tapentadol retard verträglicher. Es kann zu einer geringeren Vigilanzstörung oder Obstipation führen, erläuterte Ruetz. Das Opioidanalgetikum könne

zudem unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen werden und besitze nur eine geringe Kumulationsgefahr.

Einfache Handhabung im Behandlungsalltag

Tapentadol auch als schnell freisetzende Formulierung geben zu können, ist für Dr. Jessica Münchmeyer, Nürnberg, ein weiterer Vorteil, z. B. um einem Belastungsschmerz bei Physiotherapie vorbeugen zu können. Bei Patienten, die starke opioidhaltige Analgetika nicht gewohnt sind, sei es hilfreich, Tapentadol retard langsam eindosieren, aber auch zügig hochtitrieren zu können. Gemäß



Chronische Rückenschmerzen können nozizeptische und neuropathische Komponenten aufweisen.

dem Dosierungsschema kann Tapentadol retard bei Bedarf von 2×50 mg/d innerhalb von 12 Tagen auf bis zu 2×250 mg/d hochtitriert werden.

Ingo Schröder

▪ Pressegespräch „Mit Palexia® retard auf der sicheren Seite?“, Hamburg, September 2019 (Veranstalter: Grünenthal)