

Crohn/ Colitis

fokus

SMCCV

SCHWEIZERISCHE MORBUS CROHN
UND COLITIS ULCEROSA VEREINIGUNG
CH-5000 AARAU
WWW.SMCCV.CH



SMCCV

**Chronisch entzündliche
Darmerkrankungen:
Therapie von CED
heute und morgen**

**Ein kleiner Ratgeber
für Betroffene.**

Inhaltsverzeichnis



Impressum

Zeitschrift für Mitglieder der SMCCV Schweiz.
Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung

Auflage: 4000 Exemplare

Herausgeber: SMCCV Schweiz.
Morbus Crohn/Colitis ulcerosa
Vereinigung, 5000 Aarau
Telefon/Fax: 041 670 04 87
E-Mail: welcome@smccv.ch
Postkonto: 50-394-6

Web: www.smccv.ch, www.asbcc.ch

Fachberatung:

Prof. Dr. med. Stephan Vavricka
Leiter der Abteilung für Gastroenterologie
und Hepatologie
Stadtspital Triemli
Birmensdorferstrasse 497
8063 Zürich

Projektleitung und Redaktion:

Centerview GmbH
Dr. Nadine Zahnd-Straumann
info@centerview.ch

Nachdruck und Wiedergabe, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des SMCCV-Vorstandes.

Verwendete Fotos in dieser Zeitschrift
müssen keinen direkten Bezug zum
Text aufweisen.

Korrektorat: Franziska Landolt,
www.1-2-fehlerfrei.ch

Gestaltung: agentur mehrwert, Baden,
www.agentur-mehrwert.ch

Stand: März 2016

IBDnet

In Zusammenarbeit mit dem IBDnet
www.ibdnet.ch

- 3 Vorwort
- 4 Was sind chronisch entzündliche
Darmerkrankungen?
- 8 Therapiemöglichkeiten bei CED
- 10 Aminosalicylate (5-ASA)
- 12 Corticosteroide (CS)
- 15 Immunsuppressiva
- 19 Biologika
- 26 Operationen bei CED
- 27 Und was ist mit der
Komplementärmedizin?

Vorwort



**Prof. Dr. med.
Stephan Vavricka**
Leiter der
Gastroenterologie
Stadspital Triemli,
Zürich
Präsident IBDnet

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

In der Schweiz leben heute ungefähr 16 000 Menschen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED). Viele von ihnen haben einen langen Leidensweg hinter sich, bis sie die richtige Diagnose erhalten haben. Durchschnittlich ein Viertel aller Morbus-Crohn-Patienten warten nach zwei Jahren Krankheitsdauer nach wie vor auf eine korrekte Diagnose.

Eine chronisch entzündliche Darmerkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa ist unheilbar und wird Sie ein Leben lang begleiten. Die Krankheitsverläufe von CED sind sehr unterschiedlich und schwierig vorhersehbar, sodass jeder Patient individuell betreut und beraten werden sollte. Ziel jeder Therapie sollte es sein, die Erkrankung möglichst gut zu kontrollieren, Komplikationen zu vermeiden und Ihnen einen beschwerdefreien Alltag zu ermöglichen.

In dieser Broschüre geben wir Ihnen einen Einblick in mögliche Therapien von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa – sie ersetzt auf keinen Fall den Arztbesuch. Welche Therapie heute für Sie am sinnvollsten ist, müssen Ihr behandelnder Arzt und Sie gemeinsam entscheiden. Dieser Entschied wir nicht nur durch die Ausprägung der Erkrankung bestimmt, sondern auch durch persönliche, familiäre und berufliche Gegebenheiten.

Es grüsst Sie freundlich

Prof. Dr. med. Stephan Vavricka

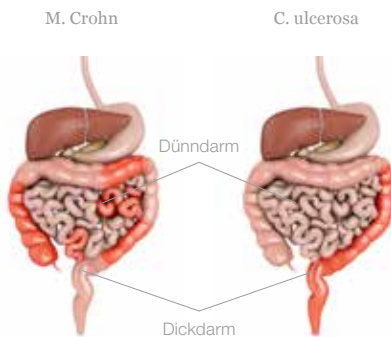
Leiter der Gastroenterologie Stadspital Triemli, Zürich
Präsident IBDnet

Was sind chronisch entzündliche Darmerkrankungen?

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa: chronisch und unheilbar

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa begleiten die Patienten lebenslanglich und sind unheilbar. Die Symptome manifestieren sich bei jedem Patienten anders, sind breit gefächert und reichen von leichten Bauchschmerzen bis hin zu kolikartigen Beschwerden und zahlreichen Durchfällen: Durchfall, Bauchschmerzen, Fieber, Blutungen aus dem Mastdarm, Abszesse oder Fisteln sind die häufigsten Symptome. Bei knapp einem Drittel der Patienten treten im Zusammenhang mit CED weitere Erkrankungen wie Gelenk-, Haut- oder Augenentzündungen auf. Betroffene CED-Patienten leiden oft an Müdigkeit, Schwäche und Leistungsminderung.

Wie unterscheiden sich Morbus Crohn und Colitis ulcerosa?



Morbus Crohn und Colitis ulcerosa treten an unterschiedlichen Stellen im Magen-Darm-Trakt auf.

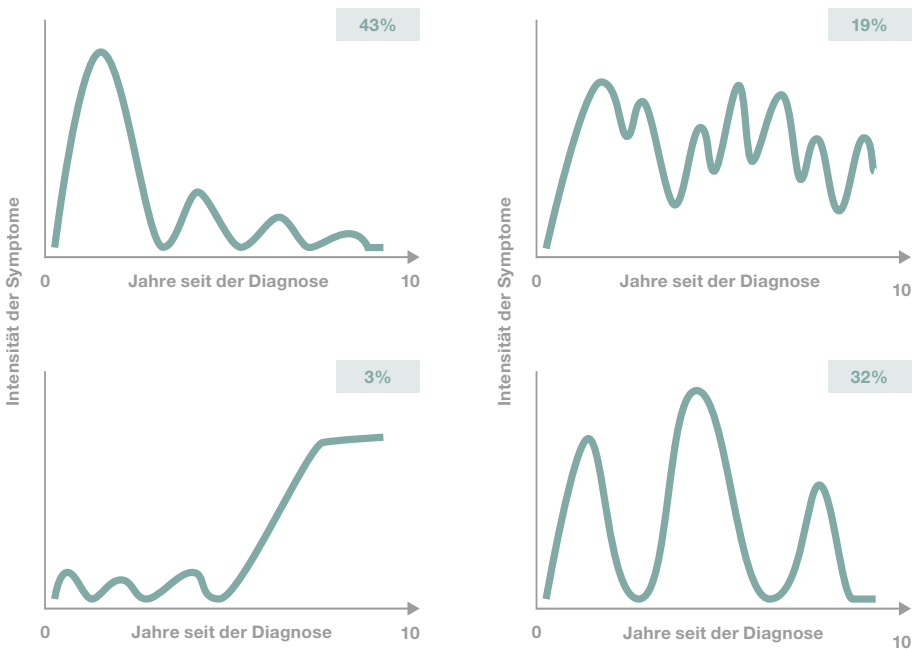
Während beim Morbus Crohn der gesamte Magen-Darm-Trakt an verschiedenen Stellen vom Mund bis hin zum After von den Entzündungen der Schleimhaut und Läsionen betroffen sein kann, ist die Colitis ulcerosa auf den Dickdarm beschränkt. Bei der Colitis ulcerosa ist die betroffene Schleimhaut flächig und auf der Oberfläche entzündet. Die Entzündungsherde beim Morbus Crohn können bis tief ins Darmgewebe reichen und Verbindungsgänge zu anderen Organen bilden. Diese Gänge nennt man Fisteln.

Diagnose CED: Was erwartet Sie als Patienten?

CED verläuft bei jedem Patienten anders und ist unvorhersehbar: Phasen mit geringer Krankheitsaktivität können von schweren Schüben abgelöst werden. Gewisse Patienten erleben nur selten Krankheitsschübe, andere haben häufig wiederkehrende Krankheitssymptome.

Der Verlauf Ihrer Erkrankung hängt auch davon ab, welche Teile des Magen-Darm-Traktes befallen sind und wie stark die Krankheit ausgeprägt ist. Deshalb muss jeder Patient individuell beraten und betreut werden, regelmäßige Arztbesuche und eine gut eingestellte Therapie sind notwendig, um die Erkrankung unter Kontrolle zu halten.

IBSEN-Studie: Patienten wählen aus 4 theoretischen, vordefinierten Krankheitsverläufen den Verlauf aus, welcher ihrem Verlauf am ehesten entspricht (n = 197). Solberg IC, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2007;5:1430-8 **fehlende Daten: 3%**



Knapp die Hälfte aller Morbus-Crohn-Patienten erlebt einen ersten Krankheitsschub, doch die Symptome klingen danach ab. Demgegenüber verläuft die Krankheit bei einem Drittel der Patienten chronisch mit kontinuierlichen Schüben.

Risikofaktoren und Komplikationen

Anhaltende Beschwerden von CED oder immer wiederkehrende Krankheits-schübe schädigen den Darm irreversibel. In der Folge können Komplikatio-nen auftreten: Gewisse Darmabschnitte funktionieren nicht mehr richtig und der Darm kann die Nährstoffe aus der Nahrung nicht mehr resorbieren. Nicht kontrollierte chronische Entzündung im Darm kann beim Morbus Crohn zu Verengungen, Fisteln und Abszessen führen. In diesen Fällen ist ein operativer Eingriff unumgänglich. Kinder mit CED leiden an Wachstumsstörungen.

Zu den für Colitis ulcerosa typischen Komplikationen gehören massive Blutun-gen, Darmkrebs und Toxisches Megakolon (Erweiterung des Dickdarms mit Gefahr eines Darmdurchbruchs und Bauchfellentzündung).

Das grösste Risiko für die Ausbildung von Komplikationen ist eine schlecht eingestellte CED-Therapie; individuelle Risikofaktoren wie z.B. Rauchen bei Morbus Crohn sollten Sie mit Ihrem Arzt besprechen.

Ein rascher Therapiestart kann Komplikationen verhindern

Um die Symptome unter Kontrolle zu halten und die Lebensqualität zu verbes-tern, benötigen die Patienten oft eine lebenslange Behandlung.

Ziel jeder Therapie sollte eine möglichst gute Linderung der Symptome sein, damit der Patient seinen Alltag gestalten und meistern kann. Eine gute Kon-trolle der Krankheitsbeschwerden ist sehr wichtig, denn die chronische Ent-zündung kann den Darm irreversibel schädigen; in der Folge können Komplika-tionen auftreten.

Die Therapiepyramide: Symptome schnell und langanhaltend lindern

Ziel einer Behandlung von CED ist in erster Linie die Linderung der Beschwerden und die Unterdrückung von Entzündungen im Magen-Darm-Trakt. Zurzeit gibt es zwar keine Heilung, aber es stehen wirksame Medikamente und Behandlungsoptionen zur Verfügung, welche die Symptome markant minimieren.

Das Therapieziel heute bei CED ist nicht nur eine Abheilung der Darmschleimhaut, sondern die vollständige Kontrolle der Erkrankung mit histologischer Remission ohne Corticosteroide. Der wichtigste erste Therapieschritt ist die schnelle Einleitung der Remission (Abnahme von Symptomen). Hierzu werden oft rasch wirksame und immunmodulierende Medikamente wie Corticosteroide eingesetzt. Im zweiten Therapieschritt gilt es, die Remission über einen möglichst langen Zeitraum zu erhalten und so die Krankheit langfristig zu kontrollieren. Aufgrund der Nebenwirkungen sind Corticosteroide hierfür nicht geeignet, es werden je nach Erkrankung und Schweregrad Aminosalicylate, Azathioprin oder Biologika eingesetzt. Die Erhaltungstherapie begleitet die Patienten ein Leben lang.



Therapiemöglichkeiten bei CED

Je nach Erkrankung, Schweregrad und Verlauf stehen verschiedene therapeutische Optionen zur Entzündungshemmung zur Verfügung. Welche Therapie für Sie am sinnvollsten ist, um die Symptome der Erkrankung zu lindern und Ihren Alltag so unbeschwert wie möglich zu gestalten, kann nur der behandelnde Arzt entscheiden.

In der Schweiz stehen verschiedene medikamentöse und chirurgische Therapien zur Verfügung.

Welche Medikamente gibt es zur Entzündungshemmung von CED?

Die bei CED am meisten verwendeten Medikamente sind:

- **Aminosalicylate (5-ASA-Präparate)**
- **Corticosteroide (Steroide)**
- **Immunsuppressiva (Azathioprin, 6-Mercaptopurine, Methotrexat, Tacrolimus)**
- **Biologische Therapien (anti-TNFs, anti- α 4 α 7)**

Begleitmedikation: Akute Symptome lindern und Infektionen vermeiden

Akute Beschwerden wie Durchfall, Verstopfung oder Schmerzen können mit den entsprechenden Medikamenten behandelt werden. Diese Medikamente wirken aber nicht entzündungshemmend, weshalb sie immer in Kombination mit einer entzündungshemmenden Therapie eingesetzt werden sollten.

Um eine bakterielle Infektion zu vermeiden, v.a. bei Morbus Crohn, können auch Antibiotika zum Einsatz gelangen.

In welcher Form werden Medikamente verabreicht?

Je nachdem, welche Teile des Magen-Darm-Traktes betroffen sind, sollte ein Medikament unterschiedlich verabreicht werden, um eine maximale Wirkung zu erreichen. Viele Medikamente werden oral eingenommen (über den Mund), es gibt aber auch Therapien, welche topisch (direkt auf der betroffenen Stelle) appliziert werden oder injiziert (Spritze oder Infusion) werden.

Orale Medikamente

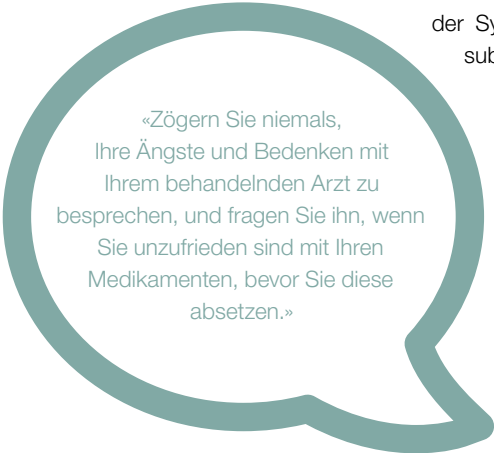
Tabletten, Kapseln oder Granulate können über den Mund eingenommen werden. Damit sich die Medikamente nicht schon im Magen auflösen, sind sie mit einer Schutzschicht überzogen. Es ist deshalb wichtig, diese Medikamente ganz zu schlucken und nicht zu zerkauen oder zu zerkleinern.

Topische Medikamente

Diese Medikamente werden direkt an der betroffenen Stelle appliziert. Hier gibt es Zäpfchen, Einläufe oder Enemas (ein flüssiger Schaum, welcher mithilfe eines Applikators vom Anus her angewendet werden kann).

Injektionen oder Infusionen

Gewisse Medikamente können nur subkutan (unter der Haut), intramuskulär (in den Muskel) oder intravenös (in die Vene) verabreicht werden. Diese Form der Verabreichung kann gewählt werden bei Patienten mit einem sehr schweren Krankheitsschub, um eine rasche Linderung der Symptome zu haben. Biologika werden alle subkutan oder intravenös verabreicht.



«Zögern Sie niemals, Ihre Ängste und Bedenken mit Ihrem behandelnden Arzt zu besprechen, und fragen Sie ihn, wenn Sie unzufrieden sind mit Ihren Medikamenten, bevor Sie diese absetzen.»

Aminosalicylate

Aminosalicylate sind auch als 5-ASA-Präparate bekannt. Sie unterdrücken Entzündungsreaktionen im Körper, sodass beschädigtes Darmgewebe wieder heilen kann. Nebst ihrer entzündungshemmenden Wirkung vermögen sie das Kolonkarzinom-Risiko bei CED-Patienten zu verringern.

Sie werden vor allem bei der Behandlung von milder und moderater Colitis ulcerosa oder zur Remissionserhaltung eingesetzt. Bei der Behandlung von Morbus Crohn scheinen die 5-ASA-Präparate weniger wirksam zu sein. Dort werden sie zur Therapie von milden Formen mit ilealem Befall und Kolonbefall verschrieben.

Es gibt verschiedene Arten von 5-ASA-Medikamenten

Sulfasalazin (Salazopyrin)

Salazopyrin wird vor allem bei der Akutbehandlung und Rezidivprophylaxe der Colitis ulcerosa angewendet. Bei Morbus Crohn mit Dickdarmbefall wird es ebenfalls eingesetzt.

Mesalazine (Asacol, Asazine, Mesazin, Pentasa, Salofalk)

Mesalazine werden in verschiedenen Darreichungsformen eingesetzt, welche ihre Wirkung in unterschiedlichen Teilen des Magen-Darm-Traktes entfalten. Sie gehören zur Standardtherapie der Colitis ulcerosa.

Welche Nebenwirkungen haben 5-ASA-Präparate?

Im Allgemeinen werden 5-ASA-Präparate gut vertragen, schwere Nebenwirkungen treten nur sehr selten auf. Sulfasalazine werden etwas weniger gut vertragen. Folgende Nebenwirkungen können auftreten:

- **Übelkeit, Erbrechen, wässriger Durchfall**
- **Kopfschmerzen, Verdauungsstörungen**
- **milde allergische Reaktionen mit Ausschlag, Juckreiz und Fieber**
- **sehr selten Probleme mit Nieren, Leber, Lunge und Bauchspeicheldrüse**

Sulfasalazine können vorübergehend die männliche Fertilität einschränken durch Reduktion der Spermienzahl. Die Anzahl Spermien erholt sich wieder nach Absetzen der Therapie.

Die Vitamin-B-Absorption kann während einer Sulfasalazin-Therapie ebenfalls gestört sein. Es ist deshalb wichtig, regelmässig das Blutbild zu überprüfen und ergänzend Folsäure einzunehmen.



Corticosteroide

«Kortison», «Prednison», «Steroide» oder «Glucocorticoide» sind verschiedene Bezeichnungen für dieselbe Gruppe von Medikamenten. Sie ähneln einem körpereigenen Hormon, das in den Nebennieren produziert wird und allergische und entzündliche Reaktionen hemmen kann. Corticosteroide sind hochwirksame Substanzen, welche innerhalb von wenigen Stunden ihre Wirkung entfalten können. Deshalb werden sie vor allem bei mittelschweren bis schweren akuten Schüben von CED eingesetzt. Sind Sie einmal beschwerdefrei, sollten die Corticosteroide nicht als Dauertherapie eingesetzt werden, da sie einige irreversible Nebenwirkungen aufweisen.

Nebenwirkungen

Viele Patienten, bei denen Corticosteroide zur Behandlung einer Darmentzündung eingesetzt werden, leiden an Nebenwirkungen der Therapie, vor allem bei einer Therapie mit konventionellen Steroiden. Fast jedem Betroffenen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind diese bekannt. Hierzu zählen:

- **Stoffwechseleffekte:** Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfette, Gewichtszunahme, «Vollmondgesicht», Elektrolytstörungen
- **Psyche:** Am Anfang der Therapie entsteht oft Euphorie und Schlaflosigkeit, bei längerer Therapie Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Leistungsschwäche und Depression
- **Haut:** starke Akne, erhöhte Verletzlichkeit der Haut, vermehrter Haarwuchs, Wundheilungsstörungen
- **Auge:** Grauer und Grüner Star
- **Kreislauf:** Bluthochdruck, Wassereinlagerungen
- **Magen:** Magenbeschwerden
- **Knochenstoffwechsel:** Knochenschwund («Osteoporose»)
- **Muskelschwund**
- **Hormonal:** Unterdrückung der Funktion der Nebennierenrinde, Wachstumsverzögerung bei Kindern

Wie werden Steroide abgesetzt?

Da Corticosteroide normalerweise auch in der menschlichen Nebenniere gebildet werden, hat die «Überschwemmung» des Körpers mit diesem Wirkstoff zur Folge, dass die Nebennieren ihre Arbeit rasch einstellen. Beim abrupten Absetzen von Corticosteroiden treten Entzugssymptome auf, da die Nebenniere ihre Produktion dieser lebenswichtigen Substanzen nicht so schnell wieder aufnehmen kann. Es kann zu Gewichtsabnahme, Übelkeit, Lethargie, Gelenkschmerzen und Fieber kommen. Steroide müssen deshalb immer ausgeschlichen werden: Die Dosis wird schrittweise reduziert.

Bei gewissen Patienten kann es vorkommen, dass sich bereits beim Ausschleichen der Steroide die ersten Krankheitsbeschwerden wieder bemerkbar machen. In solchen Fällen kann es nötig sein, die Symptome mit Immunsuppressiva unter Kontrolle zu bringen, bevor die Steroide ganz abgesetzt werden können.

Welche Steroide werden zur Therapie eingesetzt?

Normale «konventionelle» Steroide werden nach ihrer Einnahme als Tablette schnell und nahezu vollständig im Magen-Darm-Trakt aufgenommen. Das Medikament wirkt dadurch sehr schnell im ganzen Körper und vermag auch Beschwerden zu lindern, welche nicht den Darm betreffen, aber im Zusammenhang mit CED stehen. Das können Entzündungen der Augen, der Haut oder der Gelenke sein.

Da Steroide nebst der gewünschten Wirkung auch Nebenwirkungen hervorrufen können und beim Absetzen Vorsicht geboten ist, wurden weitere Steroide entwickelt, welche nur lokal im Darm wirksam sind, sogenannte «topische» Steroide.

Konventionelle Steroide

Konventionelle Steroide werden hauptsächlich bei akuten Krankheitsschüben von CED eingesetzt, eine längere Therapiedauer sollte vermieden werden. Patienten erleben bereits innerhalb der ersten Tage nach Therapiebeginn eine Verbesserung ihrer Beschwerden. Die hier am häufigsten eingesetzten Medikamente sind Prednison und Prednisolon.

Topische Steroide

Topische Steroide wirken hauptsächlich in der Darmschleimhaut und werden im Körper rasch abgebaut. Sie rufen deshalb auch weniger Nebenwirkungen hervor als konventionelle Steroide und können bei Bedarf über einen längeren Zeitraum von maximal 6 Monaten eingesetzt werden. Sie werden hauptsächlich bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn im Ileum und oberen Teil des Dickdarms eingesetzt. Hier wird hauptsächlich Budesonid eingesetzt, welches als Tablette (v.a. beim Morbus Crohn), als Einlauf oder Rektal-Schaum (v.a. bei der Colitis ulcerosa) verabreicht werden.

Vitamin D und Kalzium: Wichtige Begleiter der Steroid-Therapie

Während einer längeren Therapie mit Corticosteroiden ist es wichtig, regelmäßige Kontrollen der Blut- und Knochenwerte beim Arzt durchzuführen. Um dem Knochenschwund vorzubeugen, ist es sinnvoll, während der Corticosteroid-Therapie Vitamin D und Kalzium einzunehmen.



Immunsuppressiva

Immunsuppressiva sind Medikamente, welche die Aktivität unseres Abwehrsystems im Körper vermindern resp. unterdrücken. Sie spielen deshalb eine grosse Rolle bei der Therapie von Krankheiten, bei denen unser Immunsystem «verrückt» spielt, den sogenannte «Autoimmunerkrankungen» wie CED. Durch die Unterdrückung des Immunsystems (= Immunsuppression) mittels Immunsuppressiva kann die Produktion von Botenstoffen, welche für die Darmschleimhaut schädlich sind, reduziert werden: Die Krankheitsaktivität wird gemindert oder manchmal sogar ganz aufgehoben. Leider vermögen auch Immunsuppressiva die Erkrankung nicht zu heilen.

Die bei CED am meisten eingesetzten Immunsuppressiva sind:

- **Azathioprin/6-Mercaptopurin (AZA/6-MP): Imurek[®], Azarek[®] und Puri-Nethol[®]**
- **Methotrexat (MTX)**
- **Calcineurin-Antagonisten: Cyclosporin (Sandimmun[®]) und Tacrolimus (Prograf[®])**

Azathioprin und 6-Mercaptopurin (AZA/6-MP)

AZA und 6-MP sind bei der Langzeitbehandlung von CED die am meisten verwendeten Immunsuppressiva. Sie werden hauptsächlich zur Remissionserhaltung oder bei chronisch aktiven CED eingesetzt, welche innerhalb von 6 Monaten immer wieder auftreten.

Die beiden Substanzen AZA und 6-MP sind sich bezüglich Wirksamkeit sehr ähnlich, auch wenn keine direkten Vergleichsstudien existieren. Bezüglich Verträglichkeit bestehen aber individuelle Unterschiede.

Ein klinisch bemerkbarer Effekt wird erst verzögert festgestellt, nach etwa 2 bis 6 Monaten. Eine Behandlung gilt erst dann als ineffektiv, wenn nach 6 bis 7 Monaten Behandlung in ausreichender Dosierung kein wesentlicher Effekt erkannt werden kann. Dies zeigt sich oftmals darin, dass das Corticosteroid, welches gleichzeitig zur Behandlung des akuten Schubes eingesetzt wird, nicht vollständig abgesetzt werden kann. Eine Behandlung mit AZA oder 6-MP braucht also anfänglich viel Geduld und eine gute Aufklärung durch den behandelnden Arzt.

Nebenwirkungen

Überempfindlichkeitsreaktionen sind dosisunabhängig und können innerhalb der ersten Behandlungswochen auftreten. Dazu gehören:

- **Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis)**
- **Fieber**
- **Hautreaktionen**
- **Muskelschmerzen**
- **Übelkeit, Erbrechen, Durchfall**

Toxische Nebenwirkungen sind dosisabhängig und können Wochen bis Jahre nach Therapiebeginn sichtbar werden. Dazu gehören:

- **Verminderung der weissen Abwehrcellen (Leukopenie)**
- **Infektionen**
- **Leberschädigungen (Hepatitis)**

Überwachung bei AZA und 6-MP

Um Nebenwirkungen vorzubeugen oder frühzeitig zu erkennen, ist es wichtig, vor Therapiebeginn das Blutbild sowie Leber- und Bauchspeicheldrüsenwerte zu überprüfen. Während der Therapie sollten das Blutbild und die Leberwerte anfangs in kurzen Zeitabständen alle 2 Wochen, dann alle 3 Monate überprüft werden.

Methotrexat (MTX)

Die Verabreichung von MTX ist bei CED selten, wobei für Morbus Crohn mehr Studiendaten zur Verfügung stehen als bei der Colitis ulcerosa. MTX wird deshalb nur bei Patienten eingesetzt, welche nicht auf AZA/6-MP ansprechen oder diese Therapie nicht vertragen.

MTX wirkt entzündungshemmend, indem es in den Folsäure-Stoffwechsel eingreift. Es ist deshalb wichtig, während einer MTX-Therapie auch Folsäure einzunehmen. Die Wirkung von MTX tritt etwa nach 1 bis 3 Monaten nach Therapiebeginn ein. MTX kann als Tabletten oder mit einer subkutanen Injektion (s.c.) verabreicht werden. Es hat sich gezeigt, dass MTX bei der s.c. Applikation viel besser aufgenommen wird als bei der oralen Gabe über den Magen-Darm-Trakt.

Nebenwirkungen von MTX

Folgende Nebenwirkungen können bei der MTX-Therapie auftreten:

- Übelkeit
- Erhöhte Leberwerte
- Erkältungsähnliche Symptome
- Bauchschmerzen
- Gelenkschmerzen
- Kopfschmerzen
- Müdigkeit
- Hautausschläge
- Fötale Schädigung während Schwangerschaft

Überwachung bei MTX

Es ist deshalb auch vor und während der MTX-Therapie wichtig, die Blut-, Leber- und Nierenwerte regelmässig zu überprüfen. Die Einnahme von Folsäure (5mg pro Woche) kann Nebenwirkungen lindern. Ist eine Schwangerschaft geplant, sollte MTX mindestens 3 Monate vorher abgesetzt werden.

Cyclosporin A

Calcineurin-Antagonisten wie Cyclosporin A (Sandimmun®) und Tacrolimus (Prograf®) greifen in das Immunsystem ein, indem sie die Aktivierung bestimmter Immunzellen (sog. T-Lymphozyten) blockieren. Die Erfahrungen bei CED sind mit beiden Substanzen, insbesondere mit Tacrolimus, gering. Ihre Anwendung sollte Ärzten mit Erfahrung in deren Handhabung vorbehalten bleiben.

Cyclosporin A wird vor allem bei schwerer Colitis ulcerosa eingesetzt, welche auf keine andere Therapie anspricht. Eine erfolgreiche Cyclosporin-A-Therapie vermag manchmal den chirurgischen Eingriff und die Dickdarmentfernung zu verzögern oder zu vermeiden.

Cyclosporin A wird meistens im Spital als Infusion verabreicht, es kann aber auch als Kapsel oder Getränk über einen Zeitraum von 3 bis 6 Monaten eingenommen werden.

Nebenwirkungen

Cyclosporin A kann verschiedene Nebenwirkungen hervorrufen:

- **Übelkeit, Kopfschmerzen, Gefühlsstörungen in Händen und Füßen**
- **Vermehrter Haarwuchs im Gesichtsbereich**
- **Reduzierte Nierenfunktion**
- **Erhöhter Blutdruck**

Tacrolimus

Tacrolimus ist im Wirkmechanismus und den Nebenwirkungen mit Cyclosporin A vergleichbar. Es wird bei schwerem Morbus Crohn und Colitis ulcerosa eingesetzt, eine Hospitalisierung ist hier nicht zwingend nötig. Tacrolimus wird oral eingenommen.



Biologika

TNF-Blocker: Seit fast zwei Jahrzehnten im Einsatz

Bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa produziert unser Körper sehr grosse Mengen an Tumornekrosefaktor- α (TNF- α), einem natürlichen Entzündungsmediator im menschlichen Immunsystem. Dies kann zu einer chronischen Entzündung des Magen-Darm-Traktes führen. Hier können anti-TNF- α -Antikörper (TNF-Blocker) Abhilfe schaffen: Die anti-TNF- α -Antikörper (TNF-Blocker) gehören zur Medikamentenklasse der Biologika, binden direkt an TNF- α und neutralisieren dadurch die entzündliche Wirkung von TNF- α .

Die TNF-Blocker sind unseren körpereigenen Antikörpern nachempfunden und werden biotechnologisch hergestellt, meist in Zellkulturen.

Die TNF-Blocker stehen denjenigen Patienten zur Verfügung, welche mit herkömmlichen Therapien nicht beschwerdefrei sind. Die Wirksamkeit und Sicherheit von TNF-Blockern wurden in sehr aufwendigen klinischen Studien getestet. In der Schweiz stehen zurzeit Adalimumab, Certolizumab Pegol, Golimumab und Infliximab zur Behandlung von CED zur Verfügung.

$\alpha 4\beta 7$ -Integrin-Blocker: Weisse Blutzellen werden beim Einwandern gestört

Ebenfalls zu den Biologika gehört Vedolizumab, welches im Jahr 2015 in der Schweiz zugelassen wurde. Vedolizumab hat einen leicht anderen Wirkmechanismus als TNF-Blocker und wirkt darmselektiv: Es bindet an das $\alpha 4\beta 7$ -Integrin weisser Blutzellen und verhindert dadurch, dass diese ins Darmgewebe einwandern und dort eine Entzündungsreaktion fördern.

Wirkstoff	Medikament	Wirkmechanismus	Zugelassen für	Verabreichungsform
Adalimumab	Humira®	anti-TNF- α -Antikörper	<ul style="list-style-type: none"> – Morbus Crohn – Colitis ulcerosa – Rheumatoide Arthritis – Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis – Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) – Psoriasis 	subkutan
Certolizumab Pegol	Cimzia®	anti-TNF- α -Antikörper	<ul style="list-style-type: none"> – Morbus Crohn – Rheumatoide Arthritis – Psoriatische Arthritis 	subkutan
Golimumab	Simponi®	anti-TNF- α -Antikörper	<ul style="list-style-type: none"> – Colitis ulcerosa – Rheumatoide Arthritis – Psoriatische Arthritis – Ankylosierende Spodylitis (Morbus Bechterew) 	subkutan
Infliximab	Femicaide®	anti-TNF- α -Antikörper	<ul style="list-style-type: none"> – Morbus Crohn (Erwachsene, Kinder und Jugendliche) – Colitis ulcerosa (Erwachsene, Kinder und Jugendliche) – Rheumatoide Arthritis – Psoriatische Arthritis – Ankylosierende Spodylitis (Morbus Bechterew) – Psoriasis 	intravenös
Wedolizumab	Entyvio®	anti- α 4 β 7-Antikörper	<ul style="list-style-type: none"> – Morbus Crohn – Colitis ulcerosa 	intravenös

In der Schweiz zugelassene Biologika. Stand: Dezember 2015

Vor dem Therapiestart

Die Verabreichung von Biologika erfolgt ausschliesslich auf ärztliche Verschreibung und unter strenger Kontrolle durch den Arzt.

Bevor Sie mit einer anti-TNF- α - oder anti- α 4 β 7-Integrin-Therapie beginnen, ist eine gründliche Untersuchung durch den Arzt notwendig. Dabei werden eine medizinische Anamnese, Blut- und Stuhluntersuchungen durchgeführt. Insbesondere sollte eine aktive Tuberkulose ausgeschlossen werden.

Informieren Sie Ihren Arzt zudem über Ihren aktuellen Impfstatus und geplante Reisen; Lebendimpfstoffe sollten nach Therapiebeginn nicht mehr verabreicht werden. Als Frau im gebärfähigen Alter sollten Sie während einer anti-TNF- α - oder anti- α 4 β 7-Integrin-Therapie geeignete Verhütungsmittel verwenden. Besprechen Sie Ihren Kinderwunsch frühzeitig, am besten vor Therapiebeginn, mit dem behandelnden Arzt.

Während der Therapie: Sicherheitshinweise und Nebenwirkungen

Eine Therapie mit Biologika macht regelmässige Kontrollen beim Arzt notwendig. Diese finden ungefähr alle zwei Monate statt; hierbei werden die Therapiewirksamkeit und Ihr Wohlbefinden überprüft. Sollte ein chirurgischer oder zahnmedizinischer Eingriff geplant sein, sollten Sie dies ebenfalls mit Ihrem Arzt besprechen.

Nebenwirkungen treten nicht bei allen Patienten auf, aber es ist wichtig, dass Sie diese erkennen können und wissen, wie Sie im Fall von Nebenwirkungen vorgehen sollten.

Patienten unter Biologika-Therapie können schneller an einer Infektion leiden, sodass der Kontakt zu Personen mit Erkältungen, grippalen Infekten oder anderen ansteckenden Krankheiten nach Möglichkeit gemieden werden sollte. Zu den häufigsten Biologika-Nebenwirkungen gehören:

- **Probleme der Atemwege, etwa Nebenhöhleninfektionen und Halsentzündung**
- **Kopfschmerzen**
- **Hautausschlag**
- **Husten**
- **Bauchschmerzen**

Weitere häufige Nebenwirkungen sind Schwindel, Übelkeit, Verdauungsstörungen, Durchfall, Fieber, Hautrötung, Schwäche oder Müdigkeitsgefühl. Haben Sie das Gefühl, an einer Nebenwirkung zu leiden, sollten Sie Ihren Arzt kontaktieren und aufsuchen.

Adalimumab (Humira®)

Adalimumab ist ein humaner monoklonaler Antikörper, zugelassen für die Behandlung von verschiedenen Autoimmunerkrankungen, unter anderem auch für die Behandlung von mittelschwerem bis schwerem Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Patienten, welche auf herkömmliche Therapien wie Glucocorticoide und/oder 6-MP und AZA nicht genügend ansprechen oder diese nicht vertragen, kann Adalimumab verschrieben werden.

Wie wird Adalimumab verabreicht?

Adalimumab wird subkutan injiziert. Dies geschieht bei den ersten Anwendungen unter ärztlicher Aufsicht, kann dann aber selbstständig zu Hause durchgeführt werden.

Den Patienten stehen eine Fertigspritze oder ein Injektor zur Verfügung. Beide sind vorgefüllt mit 40 mg Adalimumab, sind für eine Anwendung vorgesehen und dürfen nicht wiederverwendet werden.

Adalimumab muss im Kühlschrank bei 2 bis 8 °C aufbewahrt werden. Wird Adalimumab einmal aus dem Kühlschrank genommen, kann es während bis zu 14 Tagen bei 25 °C aufbewahrt werden. Das Medikament muss innerhalb dieser 14 Tage verwendet werden, auch wenn es wieder in den Kühlschrank zurückgelegt wurde.

Sicherheitshinweise

Es kann vorkommen, dass Patienten Reaktionen an der Einstichstelle entwickeln. Das Absetzen des Medikamentes ist im Allgemeinen nicht erforderlich.

Certolizumab Pegol (Cimzia®)

Certolizumab Pegol kommt bei Patienten mit Morbus Crohn zur Anwendung, welche auf eine konventionelle Behandlung nicht ausreichend angesprochen haben.

Als TNF-Blocker hemmt Certolizumab Pegol die Aktivität des Proteins TNF- α (Tumornekrosefaktor), eines natürlichen Bestandteils des Immunsystems, und kann dadurch helfen, Symptome des Morbus Crohn zu lindern.

Wie wird Certolizumab Pegol verabreicht?

Certolizumab Pegol wird mittels einer Injektion unter die Haut verabreicht und steht in Form von gebrauchsfertigen Fertigspritzen zu 200 mg zur Verfügung, welche zur einmaligen Anwendung vorgesehen sind.

Certolizumab Pegol muss im Kühlschrank bei 2 bis 8 °C aufbewahrt werden.

Golimumab (Simponi®)

Golimumab ist ein humaner monoklonaler Antikörper, der für die Behandlung verschiedener autoimmuner Erkrankung zugelassen ist, darunter auch zur Behandlung der mässigen bis schweren aktiven Colitis ulcerosa bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie, einschliesslich Corticosteroiden und 6-Mercaptopurin (6-MP) oder Azathioprin (AZA) unzureichend angesprochen haben, diese nicht vertragen oder eine medizinische Kontraindikation gegenüber einer solchen Therapie haben.

Wie wird Golimumab verabreicht?

Golimumab wird in Form von Selbstinjektion unter die Haut verabreicht. Es stehen zwei Methoden zur Auswahl: der automatische vorgefüllte Autoinjektor oder die Fertigspritze, beide jeweils für die einmalige Anwendung gedacht.

Sicherheitshinweise

Es kann vorkommen, dass Patienten Reaktionen an der Einstichstelle entwickeln. Das Absetzen des Medikamentes ist im Allgemeinen nicht erforderlich.

Infliximab (Remicade®)

Infliximab wird zur Behandlung einer Reihe von Autoimmunerkrankungen angewendet. Bei diesen Erkrankungen greift das körpereigene Immunsystem gesundes Gewebe an, wodurch es zu Entzündungen und Schäden im Körper kommt. Dazu gehören auch Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.

Infliximab ist zugelassen für die Behandlung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen (6–17 Jahre) mit schwerem Morbus Crohn oder mittelschwerer bis schwerer Colitis ulcerosa, die nicht auf konventionelle Therapien angesprochen haben, diese nicht vertragen haben oder eine Kontraindikation aufweisen.

Wie wird Infliximab verabreicht?

Infliximab wird im Spital oder einer Arztpraxis mittels Infusion verabreicht. Die Infusionsdauer beträgt ungefähr 2 Stunden, danach wird der Patient über 1 bis 2 Stunden weiter beobachtet.

Sicherheitshinweise

Die meisten Infusionen verlaufen ohne Komplikationen. Bei einigen Menschen kann es während der Infusion von Infliximab zu Kurzatmigkeit, Nesselausschlag und Kopfschmerzen oder in selteneren Fällen zu einer allergischen Reaktion kommen. In diesem Fall wird die Infusionsgeschwindigkeit verlangsamt oder die Infusion gestoppt. Nach einer Infusion kann es zu einer allergischen Reaktion auf Infliximab kommen, vor allem, wenn die letzte Infusion mehr als 16 Wochen zurückliegt.

Vedolizumab (Entyvio®)

Vedolizumab ist ein humanisierter, monoklonaler Antikörper, der sich spezifisch gegen das Integrin $\alpha 4\beta 7$ richtet, und ist indiziert für die Behandlung von Erwachsenen mit mittel- bis hochgradig aktiver Colitis ulcerosa respektive mittel- bis hochgradig aktivem Morbus Crohn, die auf die Standardtherapie oder einen Antagonisten von Tumornekrosefaktor- α (TNF α) nicht ausreichend oder nicht mehr ansprechen oder Unverträglichkeit zeigten.

Bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn wandert eine Untergruppe bestimmter Entzündungszellen vermehrt ins Darmgewebe ein und verursacht mit anderen Komponenten des Immunsystems eine Entzündung, die längerfristig zu einer Schädigung des Darmgewebes führen kann. Um aus dem Blut ins Darmgewebe einwandern zu können, müssen diese Entzündungszellen an die Blutgefäßzellen im Darm «andocken». Dazu benötigen sie spezielle, als «Integrine» bezeichnete Andockhilfen. Vedolizumab bindet gezielt an solche Integrine auf den Entzündungszellen im Blut und besetzt diese. Dadurch werden diese Entzündungszellen am Einwandern in den Darm gehindert und in der Folge die Entzündungsaktivität im Darmgewebe vermindert.

Wie wird Vedolizumab verabreicht?

Vedolizumab wird bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa als Infusion unter ärztlicher Aufsicht über eine Armvene infundiert. Die Dauer der Infusion beträgt 30 Minuten. Nach den ersten beiden Infusionen muss der Patient noch 2 Stunden, nach allen weiteren Infusionen noch 1 Stunde beobachtet werden, um sicherzugehen, dass die Behandlung gut vertragen wurde.

Nach 14 Wochen Therapie sollte das Ansprechen auf Vedolizumab überprüft werden und die Therapie nicht fortgesetzt werden, falls die Krankheitsbeschwerden nicht genügend abgenommen haben.

Sicherheitshinweise

Infusionsreaktionen sind selten, können aber typischerweise innerhalb der ersten zwei Stunden nach der Infusion auftreten, hauptsächlich bei den ersten beiden Infusionen. Anzeichen für eine Infusionsreaktion können Übelkeit, Kopfschmerzen, Juckreiz, Schwindel, Müdigkeit, Fieber, Nesselsucht und Erbrechen sein. Vedolizumab moduliert die Abwehrfunktion des Darmes. Ärzte sollten das möglicherweise erhöhte Risiko für opportunistische Infektionen oder Infektionen, gegen die der Darm als schützende Barriere dient, kennen.



Operationen bei CED

Die Therapie von CED besteht in erster Linie in einer medikamentösen Behandlung. Allerdings ist bei vielen CED Patienten im Laufe ihrer Erkrankung eine Operation unumgänglich.

Morbus Crohn: Komplikationen operativ therapieren

Morbus Crohn ist eine progrediente Erkrankung, welche im Laufe der Jahre zu Komplikationen führen kann. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Krankheitsaktivität schlecht kontrolliert ist. Stenosen, therapierefraktäre Entzündungen, bestimmte Fistelformen, Abszesse und Notfallsituationen können oft nur operativ therapiert werden. Hierbei kommen je nach Komplikation verschiedene chirurgische Techniken zur Anwendung; der Entscheid einer operativen Therapie sollten Patient, Gastroenterologe und Chirurg gemeinsam fällen. Die Operation vermag leider den Morbus Crohn nicht zu heilen, aber ermöglicht oft über Jahre ein weitgehend beschwerdefreies Leben.

Colitis ulcerosa: wenn die Entzündung entgleist

Verschiedene Komplikationen machen bei Colitis ulcerosa eine Operation notwendig: wenn die Erkrankung nicht auf eine medikamentöse Behandlung und eine Ernährungsumstellung anspricht, ein Colitis-assoziiertes Karzinom, Krebsvorstufen, ein Toxisches Megakolon oder eine Darmperforation auftreten. Bei der operativen Therapie werden Teile des Dickdarms oder der gesamte Dickdarm entfernt (Kolektomie). Da die Colitis ulcerosa nur im Dickdarm vorkommt, vermag die Operation die Krankheit über einen längeren Zeitraum zu kontrollieren.

Und was ist mit der Komplementärmedizin?

Diese Broschüre zeigt die gängigen schulmedizinischen Methoden auf, welche heute zur Verfügung stehen und mit denen die meisten Patienten einen guten Weg in die Remission finden können – zusammen mit ihrem Gastroenterologen selbstverständlich. Doch auch die Komplementärmedizin hat ihre Daseinsberechtigung.

Manchmal kommen wir an den Punkt, an welchem wir einfach genug haben von all der – «Chemie» (wobei eigentlich alles Chemie ist, auch die komplementäre Medizin ist schlussendlich «Chemie»). Wir wünschen uns eine möglichst natürliche und ganzheitliche, sanfte Therapie, die frei von Nebenwirkungen ist. Dies ganz besonders dann, wenn wir schon lange – und vielleicht ohne Erfolg – einige schulmedizinische «Versuche» hinter uns haben. Leider liegen aber für die meisten komplementärmedizinischen Methoden keine klinischen Studien vor und – wie auch in der Schulmedizin – spricht jeder Betroffene anders darauf an.

Sie merken, wir sprechen hier nicht von Alternativmedizin, sondern von Komplementärmedizin (ergänzend). Das bedeutet, dass die Behandlungsmethoden als Ergänzung zu den konventionellen Standardtherapien verstanden werden sollen. Bitte setzen Sie also keinesfalls die verordnete Therapie einfach ab. Bitte sprechen Sie das immer mit Ihrem Arzt ab – auch dann, wenn Sie eine neue Therapie ausprobieren. Denn auch diese kann Nebenwirkungen oder Einfluss auf die Standardtherapie haben. Die Methode, die allen Betroffenen auf jeden Fall hilft, gibt es leider nicht – weder in der Schul- noch in der Komplementärmedizin.



Jetzt Mitglied werden

und die SMCCV dauerhaft unterstützen!

Anmeldeformular

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Morbus Crohn und trete der SMCCV bei (Jahresbeitrag Fr. 40.–). | <input type="checkbox"/> Ich möchte die SMCCV fördern (Jahresbeitrag Fr. 40.–) |
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Colitis ulcerosa und trete der SMCCV bei (Jahresbeitrag Fr. 40.–). | <input type="checkbox"/> Ich schone die Umwelt und erhalte alle Unterlagen nur per E-Mail. |

**Ausschneiden und einsenden an SMCCV, 5000 Aarau oder per Mail an welcme@smccv.ch
Die Anmeldung ist auch auf unserer Website möglich: www.smccv.ch**

Name/Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Beruf

Geburtsdatum

Telefon Privat

E-Mail

Ort/Datum

