

## Aktualisierte Empfehlungen bei Colitis ulcerosa

**Die Colitis-ulcerosa-Leitlinie ist erneut aktualisiert worden. Die Ergänzungen betreffen vor allem mittelschwere und schwere Verläufe sowie das Infektionsrisiko unter immunsuppressiver Therapie.**



Etwa 150.000 Menschen in Deutschland leiden unter Colitis ulcerosa. © Gastrolab / science photo library / Agentur Focus

Die vor wenigen Monaten aktualisierte Colitis-ulcerosa-Leitlinie wird von den beteiligten Fachgesellschaften als besonders wichtig erachtet. Hauptgrund: „Viele Patienten erhalten nach wie vor keine adäquate Therapie.“

Etwa 150.000 Menschen in Deutschland leiden unter Colitis ulcerosa (CU). Meist beginnt die Krankheit während der Schulzeit oder im jungen Erwachsenenalter und begleitet die Betroffenen dann für den Rest ihres Lebens (AWMF Registernummer: 021-009).

### 5-Aminosalizylate zum Remissionserhalt

Die Schubtherapie bei unkomplizierter CU ist einfach: Bei leichter bis mäßiger Proktitis wird einmal täglich ein Mesalazin-Suppositorium (mindestens 1g/d) eingeführt. Mesalazinschaum oder Mesalazineinläufe sind äquivalente Alternativen, bei Linksseitencolitis stehen sie an erster Stelle. Bei ausgedehntem Befall wird mit oralem Mesalazin in einer Dosis von mindestens 3 g/d in Kombination mit Einläufen oder Schäumen behandelt.

Zum Remissionserhalt kommen primär 5-Aminosalizylate infrage – bei guter Wirksamkeit für mindestens zwei Jahre. Je nach Befallsmuster wird der Applikationsweg gewählt. Die Kombination von oralen und rektalen 5-Aminosalizylaten in der Erhaltungstherapie hat sich als vorteilhaft erwiesen.

### Mittelschwere bis schwere Verläufe

Die jetzt im Vergleich zur Vorgängerversion der Leitlinie vorgenommenen Änderungen beziehen sich in erster Linie auf mittelschwere bis schwere Krankheitsverläufe, speziell auf Patienten, die im Colitisschub unzureichend auf systemische Steroide ansprechen, Kontraindikationen aufweisen oder bei denen Arzneimittelintoleranzen vorliegen.

Bei ihnen sind TNF-Antikörper, Ciclosporin A oder Tacrolimus angezeigt sowie das seit zwei Jahren in dieser Indikation zugelassene Tofacitinib. Der Januskinase-Inhibitor kann zudem auch zur Fortsetzung einer Therapie von Patienten, die auf Calcineurin-Inhibitoren angesprochen haben, eingesetzt werden, bei steroidabhängiger CU oder unzureichendem Ansprechen auf Thiopurine und TNF-Antikörper. Hintergrund sind die dazu veröffentlichten OCTAVE-1- und OCTAVE-2-Studien zur Wirksamkeit von Tofacitinib.

### Latente Tb ist auszuschließen

Die immunsuppressive Therapie führt zu partiellen Defiziten des angeborenen und erworbenen Immunsystems, was gehäuft zu typischen und opportunistischen Infektionen führen kann. Auch in diesem Leitlinienkapitel hat es Ergänzungen gegeben, speziell mit Bezug auf Clostridioides (früher: Clostridium)-difficile-Infektionen (CDI) und Tuberkulose (Tb).

Zunächst ist vor Beginn einer immunsuppressiven oder immunmodulierenden Therapie eine latente Tb auszuschließen. Bei Nachweis einer latenten Tb soll eine chemopräventive Behandlung nach Empfehlungen des Robert Koch-Instituts vorgenommen werden, die ständig aktualisiert werden.

### Clostridioides-difficile-Infektionen

Ausführlich geht die Leitlinie auf die CDI-Problematik ein. So soll bei einem schweren akuten Schub, atypischer Symptomatik und/oder therapierefraktärem Verlauf zunächst die mikrobiologische Diagnostik erfolgen, Clostridioides difficile eingeschlossen, bevor die immunsuppressive Therapie intensiviert wird. Denn diese Medikamente stellen ein Risiko für schwere CDI dar.