



#08 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen mit ao. Univ.-Prof. Dr. Clemens Dejaco

Folge 08 (ET: 07.02.2025)

Intro

Dieser Podcast wird ihnen von der österreichischen Ärzte und Apothekerbank gewidmet. Gründen, finanzieren, digitalisieren die Standesbank ist an ihrer Seite.

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa stellen für Betroffene eine große Herausforderung dar. Und ihre Häufigkeit nimmt stetig zu. Umso wichtiger ist eine fundierte pharmazeutische Beratung in der Apotheke. In dieser Episode von ÖAZ im Ohr widmen wir uns daher diesem wichtigen Thema Was müssen Apotheker:innen über diese Erkrankung wissen? Welche Therapieoptionen gibt es und wie können wir Betroffene bestmöglich unterstützen. Antworten auf diese und weitere Fragen gibt uns heute ao. Univ.-Prof. Dr. Clemens Dejaco vom AKH Wien im Gespräch mit meiner Kollegin Dr. Irene Senn. Freuen Sie sich auf spannende Einblicke und viele praxisrelevante Informationen für Ihren Apothekenalltag.

Mein Name ist Silvana Strieder. Herzlich Willkommen zu dieser neuen Folge ÖAZ im Ohr.

Begrüßung und Vorstellung von Prof. Dr. Clemens Dejaco

[00:01:20]

Irene Senn: Mein Name ist Irene Senn, ich bin leitende Redakteurin der österreichischen Apothekerzeitung. Heute widmen wir uns einem Krankheitsbild, das nicht nur medizinisch komplex ist, sondern auch viele Patient:innen über Jahre hinweg begleitet, nämlich den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, kurz CED.

Bei mir im Studio begrüße ich heute Herrn Professor Doktor Clemens Dejaco, einen der führenden Experten für chronisch entzündliche Darmerkrankungen in Österreich. Professor Dejaco ist seit vielen Jahren am AKH Wien tätig, wo er als Stationsführender Oberarzt und stellvertretender Leiter der Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie arbeitet. Darüber hinaus leitet er die Arbeitsgruppe chronisch entzündliche Darmerkrankungen der ÖGGH und die Spezialambulanz für Gastroenterologische Psychosomatik am AKH Wien.

Clemens Dejaco: Vielen Dank für die nette Einführung. Ich freue mich sehr, dass ich heute hier eingeladen bin. Ein herzliches Hallo an alle Zuhörer.

Steigende CED-Inzidenz: Ein modernes Gesundheitsproblem

[00:02:45]

Irene Senn: Die Zahl der Menschen, die an chronisch entzündlichen Darmerkrankungen leiden, steigt weltweit stetig an. Österreich ist hier keine Ausnahme. Was sind mögliche Ursachen für die steigenden Diagnoseraten?

Clemens Dejaco: Es ist leider Tatsache, dass das Auftreten von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa im Zunehmen ist. Dies hängt wahrscheinlich maßgeblich mit unserer Lebensweise und Ernährung zusammen. In Österreich haben wir schätzungsweise zwischen 50.000-60.000 Patienten mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa. Europaweit muss man davon ausgehen, dass etwa einer von 120 Menschen im Laufe des Lebens mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung konfrontiert wird.

Die steigenden Zahlen haben vermutlich mehrere Ursachen:

- Hoher hygienischer Standard (Umweltfaktoren)
- Ernährungsgewohnheiten mit ultraprozessierten Nahrungsmitteln
- Geringe Verwendung von Bio-Produkten
- Häufiger Antibiotikaeinsatz bereits in Kindheit und Jugend

Unterschiede zwischen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn

[00:04:13]

Irene Senn: Wenn wir von CED sprechen, sprechen wir im Wesentlichen von zwei Krankheitsbildern, nämlich von der Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. Können Sie uns hier einen kurzen Überblick geben?

Clemens Dejaco: Der große Unterschied zwischen den Erkrankungen ist:

1. Colitis ulcerosa:

- Beschränkt auf den Dickdarm (Kolon)

2. Morbus Crohn:

- Kann den gesamten Verdauungstrakt betreffen
- Von der Lippe/Mund bis zum Schließmuskel entzündliche Erkrankungen möglich

Beide Erkrankungen gehen sehr häufig mit Bauchschmerzen und Durchfall einher. Bei der Colitis ulcerosa sind es sehr oft blutige Durchfälle, die charakteristisch sind.

Wann an CED denken? Die wichtigsten Warnsignale

[00:05:16]

Irene Senn: Was sind die wichtigsten ersten Warnsignale, gerade auch für Apotheker:innen an der Tara, die an eine chronisch entzündliche Darmerkrankung denken lassen sollten?

Clemens Dejaco: Für Apotheker:innen sollte sich der Verdacht auf eine chronisch entzündliche Darmerkrankung ergeben bei:

- Jungen Patient:innen (typischerweise 16-36 Jahre)
- Durchfällen über einen Zeitraum von 3-4 Wochen oder länger
- Begleitenden Krämpfen
- Sichtbaren Blutbeimengungen

In diesen Fällen sollten die Patient:innen zur weiteren ärztlichen Abklärung geraten werden. In diesen Fällen wird eine Darmspiegelung erforderlich sein.

Diagnostisches Vorgehen bei CED-Verdacht

[00:06:23]

Irene Senn: Was sind die ersten diagnostischen Schritte, die von ärztlicher Seite eingeleitet werden?

Clemens Dejaco: Die wichtigsten diagnostischen Schritte sind:

1. Ausführliche Anamnese

- Beschwerdedauer
- Beginn der Symptome

2. Ausschluss infektiöser Ursachen

- Durchführung von Stuhlkulturen

3. Labordiagnostik

- Kein einzelner spezifischer Marker
- Wichtige Parameter:
 - Chronischer Eisenmangel
 - Blutarmut
 - Erhöhte Entzündungswerte
 - Calprotectin im Stuhl (zur Differenzierung zwischen entzündlicher Erkrankung und Unverträglichkeiten/Allergien)

Meilensteine der CED-Therapie: Von Kortison zu Biologika

[00:07:26]

Irene Senn: Im Hinblick auf die Therapien der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen hat sich in den letzten Jahrzehnten erhebliches getan. Ein Meilenstein war sicher die Zulassung von Infliximab, dem ersten Biologikum Anfang der 2000er Jahre. Inzwischen sind zahlreiche Biologika und auch Small Molecules zugelassen. Können Sie uns einen Überblick über die aktuellen Therapieoptionen geben?

Clemens Dejaco: Die therapeutischen Möglichkeiten haben sich in den letzten 15 Jahren deutlich erweitert. Zu Beginn meiner Laufbahn waren Patient:innen oft auf chronische Kortisontherapie oder Immunsuppressiva wie Thiopurine oder Methotrexat angewiesen - Medikamente mit zahlreichen Nebenwirkungen.

Die Entwicklung der Biologika:

1. TNF-alpha-Inhibitoren (z.B. Infliximab) – war das erste Biologikum
 - Anschließend wurden weitere TNF-alpha-Inhibitoren zugelassen
 - Verschiedene Applikationsformen:

- Intravenös
 - Subkutane Selbstapplikation
2. In weiterer Folge wurde der Integrin-Antagonisten Vedolizumab zugelassen
 - Verhindert Einwanderung von Entzündungszellen aus den Gefäßen in die Darmwand
 - Sehr darmspezifische Wirkung, da Zielrezeptoren nur im Bereich der Darmgefäße vorhanden sind.
 3. IL-23-Inhibitoren
 - Diese Präparate wurden ebenso wie die zuvor genannten Biologika bereits seit vielen Jahren in der Rheumatologie oder in der Dermatologie (z.B. Ustekinumab) eingesetzt und kommen nun auch bei Morbus Crohn bzw. Colitis ulcerosa zum Einsatz.
 4. Small Molecules
 - JAK-Inhibitoren (orale Therapie)
 - S1P-Modulatoren (orale Therapie)

Viele dieser Medikamente wurden zunächst in der Rheumatologie oder Dermatologie erprobt und dann für CED zugelassen. Typischerweise erfolgt die Zulassung zunächst für eine der beiden Erkrankungen (Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa) und wird später auf beide ausgeweitet.

Therapiestrategien: Step Up vs. Step Down

[00:10:56]

Irene Senn: In der Therapie der CED unterscheidet man zwischen der „Step-Up“ und der „Step-down“ Strategie. Können Sie uns das erläutern?

Clemens Dejaco: Das ist ein sehr wesentlicher Punkt und eine wichtige Entwicklung, die Sie ansprechen. Während wir zu Beginn der Einführung der Biologika eine Step-up Therapie angewandt haben, haben wir in den letzten Jahrzehnten gelernt, dass es einen wesentlichen Vorteil für die Patient:innen bringt, mit einer hocheffizienten und möglichst wirksamen Therapie gleich zu Beginn zu beginnen.

Wir müssen davon ausgehen, dass Morbus Crohn und Colitis ulcerosa potenziell darmzerstörende oder massiv einschränkende Erkrankungen sind. Durch den frühen Einsatz von Biologika haben wir sehr häufig die Möglichkeit, diesen natürlichen Krankheitsverlauf mit dem Auftreten von Komplikationen wie Engstellen, Fisteln und Abszessen zu stoppen oder einzubremsen. Dies erreichen wir, indem wir diese hochwirksamen Medikamente frühzeitig einsetzen.

Die früher eingesetzte **Step-up Strategie** bedeutete:

- Symptomorientierter Beginn mit der einfachsten und kostengünstigsten Substanz
- Schrittweise Steigerung der Therapieintensität je nach Beschwerdebild und Komplikationsraten

Die moderne **Step-down Strategie** dagegen setzt auf:

- Sofortigen Einsatz der wirksamsten verfügbaren Therapien
- Prävention von Komplikationen durch frühzeitige intensive Behandlung
- Vermeidung von irreversiblen Darmschäden durch zeitnahe Kontrolle der Entzündung

Individuelle Therapiewahl bei CED: Entscheidungskriterien

[00:12:24]

Irene Senn: Die Leitlinien zu Morbus Crohn und Colitis ulcerosa geben keine Priorisierung der Therapien vor. Wie treffen Sie die Therapieentscheidung für den einzelnen Patienten?

Clemens Dejaco: Die Vielfalt der therapeutischen Optionen, die wir zwischenzeitlich haben, ermöglicht uns eine möglichst individuelle Therapiegestaltung. Wir müssen davon ausgehen, dass alle neuen sogenannten „Advanced Therapies“, die zugelassen werden, mehr oder weniger gleich wirksam sind. Das heißt, wir haben Ansprechraten von circa 60-70% und Remissionsraten nach einem Jahr von ungefähr 25-30%. Wenn diese Werte nicht erreicht werden, dann werden die Substanzen in der Regel auch nicht zugelassen.

Was uns allerdings fehlt, ist ein einfacher Biomarker, der uns sagt, bei welchem Biologikum der/die Patient:in genau zu diesem Anteil gehört, der in Remission kommt. Remission bedeutet stabile Beschwerdefreiheit, normale Calprotectin-Werte und wenn möglich auch Schleimhautabheilung.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Vergütung dieser Therapeutika, die Erstattungsfähigkeit. Hier gibt es oft einen Unterschied zwischen den Medikamenten, die prinzipiell von der FDA oder auch von der EMA, der europäischen Zulassungsbehörde, zugelassen sind zur Behandlung, und welche Substanzen davon der Hauptverband in unserem Land erstattet. Also auch über dieses Regulationsforum wird uns de facto ein Behandlungsweg vorgezeigt, den wir wählen können.

Biologika im Vergleich: Nebenwirkungsprofile und spezielle Patientengruppen

[00:14:48]

Irene Senn: Sie haben erwähnt, dass es in Bezug auf die Wirksamkeit relativ wenig Unterschiede zwischen den verschiedenen Biologika gibt. Wie sieht es im Hinblick auf die Nebenwirkungen aus?

Clemens Dejaco: Hinsichtlich der Nebenwirkungen sind diese Substanzen sehr ähnlich. Wir wissen, dass gewisse Präparate ein höheres Infektrisiko, vielleicht eine höhere Infektanfälligkeit mit sich bringen. Es gibt Präparate, bei denen die Reaktivierung von Varizellen, also der Herpes zoster, etwas gehäuft auftritt. Und es gibt auch Präparate, wo man vorsichtiger sein muss hinsichtlich Lebensalter oder kardiovaskulärer Vorerkrankungen.

Ein wichtiger Punkt ist hier auch das Thema Kinderwunsch, da wir es doch sehr häufig mit jungen Patienten und Patientinnen zu tun haben, wo dieses Thema noch sehr relevant und im Vordergrund steht. Auch da gibt es Präparate, die sich für den Einsatz vor oder während einer Schwangerschaft gut eignen, und einige wenige, die wir in dieser Phase nicht verwenden dürfen.

Therapiedauer: Lebenslang oder absetzbar?

[00:16:09]

Irene Senn: Sprechen wir grundsätzlich von lebenslangen Therapien oder werden die Arzneimittel nach einer gewissen Zeit wieder abgesetzt?

Clemens Dejaco: Das ist ein sehr guter und wichtiger Punkt, den wir auch häufig von Patient:innen zu hören bekommen. Wir handhaben das so, dass wir Patienten, wenn sie in stabile Remission sind, das heißt, wenn sie über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr beschwerdefrei sind, wenn wir sowohl laborchemisch als auch im Stuhl-Calprotectin keinen Hinweis mehr auf Entzündung finden und auch endoskopisch die Schleimhaut weitgehend abgeheilt ist, dass wir diesen Patienten sehr wohl anbieten, einen Therapieauslassversuch zu unternehmen.

Es muss uns allerdings bewusst sein, dass diese Patient:innen über einen Zeitraum von 2 Jahren ein circa 50%iges Risiko haben, wieder einen Schub ihrer ursprünglichen Erkrankung zu erleiden. Das Tröstende daran ist, dass bei einem Großteil dieser Patienten dann die ursprüngliche Medikation wiederverwendet werden kann und in der Regel auch wieder ein Ansprechen zu erwarten ist.

Bedeutung von Compliance und Therapieadhärenz

[00:17:29]

Irene Senn: Wie steht es um die Compliance der Patient:innen? Welche Erfahrungen machen Sie da beziehungsweise wie können Apotheker:innen dabei unterstützen?

Clemens Dejaco: Was die Compliance betrifft, können wir bereits mit der Auswahl der Präparate auf unsere Patient:innen eingehen. Bei intravenös verabreichten Präparaten ist eine sehr gute Überwachung der Compliance gegeben, das die Patient:innen ja zum Arzt/zur Ärztin kommen müssen, um die Therapie zu erhalten.

Patient:innen mit hoher erwarteter Compliance können sich die Therapie autonom subkutan verabreichen oder auch orale Therapien wie JAK-Inhibitoren wählen. Hier ist der Aspekt der Adhärenz besonders wichtig, denn bei Präparaten mit einer sehr kurzen Halbwertszeit, wie zum Beispiel den JAK-Inhibitoren, reicht schon eine Pause von einigen Tagen aus, um einen Wirkverlust zu provozieren.

CED-Therapieziele: Von Symptombefreiheit zur Remission

[00:18:50]

Irene Senn: Wenn wir über den Erfolg einer CED-Therapie sprechen, was bedeutet das eigentlich konkret? Was sind die angestrebten Therapieziele?

Clemens Dejaco: Die Therapieziele bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind in den letzten Jahren anhand der STRIDE-Kriterien klar definiert worden. Besonders wichtig ist mir, mit den Patient:innen gemeinsam das Therapieziel zu definieren. Natürlich steht Beschwerdefreiheit und Symptombefreiheit im Vordergrund.

Im besten Fall erreicht man mit einer Therapie:

- Komplette endoskopische Remission (Abheilen der Schleimhaut)
- Im allerbesten Fall auch histologische Entzündungsfreiheit (in Gewebeproben)

- Regelmäßige Kontrollen sind erforderlich, um dieses Ziel zu erreichen:
 - Laborchemische Untersuchungen
 - Calprotectin-Bestimmungen
 - Endoskopische Untersuchungen

Wir nennen das ein "Shared Decision Making" - gemeinsam mit den Patient:innen durch Information, Aufklärung und Kommunikation das Therapieziel festzulegen.

CED und Krebsrisiko: Der Faktor Entzündung

[00:20:28]

Irene Senn: Patient:innen mit Colitis ulcerosa beziehungsweise Morbus Crohn haben auch ein höheres Risiko für ein kolorektales Karzinom. Kann auch die Senkung des Krebsrisikos als Therapieziel angesehen werden?

Clemens Dejaco: Es ist vielleicht nicht das direkte Ziel, den Krebs zu vermeiden, aber es ergibt sich indirekt aus der Tatsache, dass eine entzündungsfreie Schleimhaut mit keinem erhöhten Risiko verbunden ist. Es ist nicht die Diagnose der Colitis ulcerosa oder des Morbus Crohn mit Kolonbefall, die das erhöhte Risiko bedingt, sondern die chronische Entzündung, die hier als Trigger fungiert. Entsprechend ist es nicht eine einzelne Substanz oder Substanzgruppe, die dieses Karzinomrisiko reduziert, sondern jedes Präparat, das imstande ist, die Schleimhaut zum Abheilen zu bringen, hat eine chemoprophylaktische Wirkung.

Lokale Therapieoptionen

[00:21:40]

Irene Senn: Wir haben im Hinblick auf die Therapieoptionen direkt mit den Biologika gestartet. Vielleicht können Sie auch noch ein paar Worte zur lokalen Entzündungshemmung, also mit Mesalazin und Corticosteroiden sagen?

Clemens Dejaco: Bei der Therapie der Colitis ulcerosa kommen unterschiedliche Applikationsformen von Mesalazin zum Einsatz, die je nach Befallsmuster ausgewählt werden. Bei der Proktitis stellen Mesalazin-Zäpfchen die First-Line-Therapie dar, da sie die höchste Wirkstoffkonzentration direkt an der entzündeten Schleimhaut ermöglichen. Bei der linksseitigen Colitis sind Schaumpräparate oder Einläufe eine wichtige therapeutische Option, da diese Darreichungsformen eine optimale lokale Behandlung gewährleisten. Bei der Pancolitis können Mesalazin-Präparate im Rahmen der Ersttherapie auch oral als Tabletten oder Granula eingenommen werden. Als Zweitlinientherapie können bei allen Verlaufsformen auch kortikosteroidhaltige Präparate lokal in Form von Zäpfchen, Schaum oder Einläufen direkt am Entzündungsort appliziert werden. Die lokale Applikation ermöglicht dabei generell das Erreichen einer hohen Wirkstoffkonzentration direkt an der erkrankten Darmschleimhaut.

Irene Senn: Werden diese beiden Applikationsformen auch kombiniert oder ist es entweder oder?

Clemens Dejaco: Bei einer isolierten Proktitis kann man sicher primär versuchen, mit einer rein lokalen Therapie zu beginnen. Jede Form von linksseitiger Colitis oder Pancolitis profitiert aber von der kombinierten Einnahme sowohl oral als auch lokal. Ich möchte

festhalten, dass bei einem Beginn einer Colitis bei einer mäßig bis mittelgradig aktiven Form diese Art der Therapie nach wie vor den Goldstandard darstellt.

Irene Senn: Wie ist das therapeutische Vorgehen bei Initiierung einer Biologika-Therapie? Wird die bestehende Mesalazin-Behandlung weitergeführt oder abgesetzt?

Clemens Dejaco: Anfangs therapieren wir oft noch überlappend. Es gibt aber sehr robuste Studiendaten, die zeigen, dass wenn ein Biologikum zur Remission geführt hat, die zusätzliche Therapie mit 5-Aminosalicylaten keinen Vorteil bringt.

Schmerztherapie bei CED: Vorsicht bei NSAR

[00:24:49]

Irene Senn: CED-Patienten leiden auch sehr häufig unter Schmerzen. Das ist sicher auch ein wichtiges Anliegen, womit sie in die Apotheke kommen. Was ist in Bezug auf die Beratung zu OTC-Analgetika hier zu beachten?

Clemens Dejaco: Die Bauchschmerzen treten sehr häufig auf und sind zumeist mit der entzündlichen Aktivität verbunden. Eine rein symptomatische Therapie ist häufig erforderlich. Für uns Gastroenterologen ist wichtig darauf hinzuweisen, dass die häufig verschriebenen NSAR-Präparate bei CED-Patient:innen möglichst vermieden werden sollten. Bei dringlicher Indikation können NSAR selbstverständlich gegeben werden, dann aber so kurz wie möglich und in der geringsten möglichen Dosierung. Grund: NSAR-Präparate können unabhängig von einer CED die Schleimhaut des Verdauungstraktes irritieren oder entzünden. Bei CED-Patienten ist einer Schmerztherapie mit Paracetamol oder Metamizol-Präparaten eindeutig der Vorrang zu geben.

Diätformen bei CED: Individuelle Verträglichkeit ausschlaggebend

[00:26:27]

Irene Senn: Sie haben eingangs bereits erwähnt, dass die Ernährung einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen hat. Gibt es auch Erkenntnisse dazu, welchen Einfluss die Ernährung oder bestimmte Diätformen für den Verlauf der Erkrankung hat?

Clemens Dejaco: Wir werden von unseren Patient:innen sehr häufig gefragt, wie sie sich ernähren sollen. Leider können wir keine spezifische Morbus Crohn oder Colitis-Diät anbieten. Wir haben gelernt, dass besonders in der Kinderheilkunde die vorübergehende Sondenernährung und Elementardiäten sehr wohl das Abheilen der Entzündung im Darm unterstützen können. Dies stellt allerdings kein Konzept für eine mittel- bis langfristige Therapie dar. Ganz allgemein raten wir unseren Patient:innen zu:

- Einer *Exklusionsdiät* (Dinge weglassen, die man nicht verträgt)
- Einer möglichst biologischen, gesunden Ernährung, was im Grunde für uns alle gilt

Irene Senn: Das heißt, es muss schlussendlich jeder Patient für sich selbst herausfinden, was er oder sie verträgt und was nicht?

Clemens Dejaco: Das ist korrekt. Wir haben keine speziellen Diäten, die wir den Patient:innen mittel- oder langfristig empfehlen können. Natürlich können wir im akuten Schub Entlastungsdiäten anbieten, um den Entzündungsprozess nicht weiter anzuheizen.

Aber mittel- bis langfristig muss der/die Patient:in selbst darauf achten, was verträglich ist und was nicht.

Darmmikrobiom und CED

[00:28:26]

Irene Senn: Eine wichtige Rolle spielt auch das Darmmikrobiom bei der Modulation des Immunsystems und es wird zunehmend als Schlüsselfaktor bei der Pathogenese von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen angesehen. Welche spezifischen Veränderungen gibt es da im Mikrobiom von CED-Patient:innen bzw. macht es auch Sinn, das Mikrobiom gezielt zu beeinflussen?

Clemens Dejaco: Das Mikrobiom ist in den letzten Jahren in den Fokus der Forschung gerückt, nicht nur was die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen betrifft, sondern auch bei anderen gastroenterologischen Erkrankungen und weit darüber hinaus. Es ist aber nach wie vor sehr schwierig, dieses Mikrobiom zielgerichtet zu beeinflussen.

Fast alle Patient:innen, die mit einem gastroenterologischen Problem die Apotheke aufsuchen, werden bereits mit einem Probiotikum versorgt oder erhoffen sich durch dieses Probiotikum einen positiven Einfluss auf das Mikrobiom. Dafür gibt es de facto keine Evidenz, also keine gesicherten Daten.

Was wir bei M. Crohn und Colitis ulcerosa wissen:

- Es kommt zu Mikrobiom-Verschiebungen (Dysbiose)
- Diese ist höchstwahrscheinlich nicht spezifisch für diese Erkrankungen
- Ähnliche Veränderungen finden wir auch bei:
 - Colon irritabile (Reizdarmsyndrom)
 - Nach antibiotischer Therapie
 - Nach einer simplen Darmspiegelungs-Vorbereitung

Trotzdem kann sich das Mikrobiom in der Regel selbst wieder auf den ursprünglichen Zustand zurückbilden. Die Einnahme diverser propagierter Probiotika, Präbiotika und Symbiotika bringt hier sehr wenig bis keinen Vorteil mit sich.

Irene Senn: Gibt es auch Daten zur Stuhltransplantation?

Clemens Dejaco: Die Stuhltransplantation ist sicher der radikalste Einschnitt in das Mikrobiom - der Versuch, hier ein neues Mikrobiom von einem Spender zu etablieren. Hier ist aber nach wie vor Vorsicht geboten. Zur Stuhltransplantation bei CED:

- Es gibt einige Daten zur Behandlung der Colitis ulcerosa. Die Ergebnisse sind sehr widersprüchlich: manche Studien zeigen einen Therapienutzen, andere Studien konnten dies nicht bestätigen
- Bei Reizdarmpatient:innen ist die Stuhltransplantation nach wie vor nur im experimentellen Stadium
- Die derzeit einzig gesicherte Indikation ist die therapieresistente, wiederkehrende Infektion mit Clostridien

Nahrungsergänzungsmittel bei CED: Was ist wichtig?

[00:32:03]

Irene Senn: Abgesehen von Probiotika und Präbiotika - gibt es für andere Nahrungsergänzungsmittel, beispielsweise Vitamin B12, Folsäure etc., Evidenz oder Empfehlungen für diese Patient:innen?

Clemens Dejaco: Im Rahmen unserer Routinekontrollen achten wir besonders auf die Versorgung mit Folsäure, Vitamin B12 und Vitamin D. Bei Patient:innen, die hier einen Mangel aufweisen, empfehlen wir eine entsprechende Substitution. Betreffend der Verschreibung von Nahrungsmittelzusätzen oder -ergänzungen bin ich eher zurückhaltend. Ich denke aber, dass hier oft ein subjektiv positiver Effekt wahrgenommen werden kann. Frei nach dem Motto "Hilft es nichts, schadet es auch nichts" können diese Präparate durchaus von den Patient:innen eingenommen werden.

Psyche beeinflusst Verlauf, nicht Entstehung

[00:32:58]

Irene Senn: Herr Professor Dejaco, Sie sind wie eingangs bereits erwähnt, Leiter der Spezialambulanz für Gastroenterologische Psychosomatik. Welchen Einfluss haben Stress und psychische Belastungen als Auslöser für eine chronisch entzündliche Darmerkrankung?

Clemens Dejaco: Das ist ein ganz wesentlicher Punkt. Ich möchte hier festhalten: ***Sowohl Morbus Crohn als auch Colitis ulcerosa sind keine psychosomatischen Erkrankungen.*** In den alten Lehrbüchern der Gastroenterologie findet man noch die Colitis als psychosomatische Erkrankung angeführt, die gehäuft bei Patient:innen auftritt, die aggressionsgehemmt sind oder eine zwängliche individuelle Persönlichkeitsstruktur aufweisen. Diese Beobachtungen - und mehr war es auch damals nicht - haben sich in keinsten Weise verifizieren lassen. Wir wissen heute: Es gibt keinen spezifischen Persönlichkeitstypus, der diese Erkrankungen auslöst. Aber: Die Psyche und psychische Erkrankungen wie Stress, Angst, Depression beeinflussen den Verlauf dieser Erkrankungen wesentlich mit. Die Psychosomatik spielt also eine sehr wichtige Rolle im Verlauf der Erkrankung, in der Behandlung, also in der Art und Weise, wie der/die Patient:in mit dieser chronischen Erkrankung umgeht. Es hat aber nichts mit der Entstehung von Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa zu tun.

Stress als Auslöser für Krankheitsschübe

[00:34:57]

Irene Senn: Es ist also ganz klar, dass psychische Erkrankungen eine chronisch entzündliche Darmerkrankung nicht auslösen können. Wie sieht es in Bezug auf die Auslösung eines Schubs aus? Können hier Stress oder eine psychische Erkrankung eine Rolle spielen?

Clemens Dejaco: Ja, hier gibt es aussagekräftige Studien und Evidenz. Patient:innen, die unter einer chronischen Belastung stehen - also nicht ein einmaliges Stressereignis wie eine Maturaprüfung, sondern chronische Belastung - können sehr wohl einen Schub auslösen. Dies konnte bei der Colitis ulcerosa gezeigt werden: Patient:innen, die eigentlich beschwerdefrei waren, also in Remission, und unter einer chronischen Belastung standen, haben in einem Zeitraum von zwei Jahren signifikant häufiger Schübe entwickelt als Patient:innen ohne diese Belastung.

In einer eigenen Untersuchung konnten wir auch zeigen, dass bei Patient:innen mit Morbus Crohn und gleichzeitig bestehender Depression oder Angststörung das Wiederauftreten eines Schubs deutlich früher stattfindet als bei Patient:innen ohne diese Begleiterkrankung.

Ausblick auf zukünftige Therapien

[00:36:16]

Irene Senn: Sie haben zuvor erwähnt, dass mit den Therapien heute Remissionsraten von 25 bis 30% erreicht werden können. Das heißt, da ist durchaus noch Luft nach oben. Können Sie uns abschließend einen Ausblick geben, was sich gerade in der Pipeline tut und was in naher Zukunft zu erwarten ist?

Clemens Dejaco: Ich glaube, durch die stetige Entwicklung und die Möglichkeit mit neuen Therapien und Therapieansätzen unsere Patient:innen zu behandeln, werden auch diese Remissionsraten zunehmen. Wenn Sie hier 25 bis 30% anführen, dann bezieht sich das ja auf ein spezielles Präparat, auf eine Substanz. Wir können ja dann eine weitere Therapie mit einem anderen Ansatz verwenden und haben hier wieder die Möglichkeit auf ein Ansprechen in dieser Größenordnung.

Wir wissen nicht primär, welcher Antikörper, welche Therapie die Richtige für unsere Patient:innen ist. Aber wir können bei Versagen der einen Therapie glücklicherweise inzwischen eine Zweit-, Dritt- oder Viertlinientherapie anbieten. Wir haben sicher in Zukunft auch die Möglichkeit, anhand von Kombinationstherapien eine noch bessere Wirksamkeit und noch höhere Remissionsraten zu erreichen.

Personalisierte Medizin bei CED?

[00:37:49]

Irene Senn: Geht es auch in Richtung personalisierte Therapie im Sinne, dass man spezifische Biomarker vielleicht vorab bestimmen kann und dann schon vorab gezielt das passende Medikament für den jeweiligen Patienten auswählen kann?

Clemens Dejaco: Das wäre natürlich eine großartige Sache, aber das zeichnet sich derzeit noch nicht ab. Hier wird vor allem im Bereich des Mikrobioms geforscht. Aber es wird auch immer wieder versucht, anhand von genetischen Merkmalen Patientengruppen zu definieren, die eventuell auf die ein oder andere Therapie ein deutlich besseres Ansprechen aufzeigen.

Take-Home-Messages

[00:38:29]

Irene Senn: Können Sie abschließend noch Ihre wichtigsten Kernbotschaften für unsere Zuhörer:innen zusammenfassen? Also was sollte jeder Apotheker, jede Apothekerin über chronisch entzündliche Darmerkrankungen wissen?

Clemens Dejaco: Primär würde ich mir wünschen, dass Apotheker:innen bei jungen Patient:innen mit chronischen Durchfällen an die Möglichkeit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung denken. Hier sollten sie auf eine weitere medizinische Abklärung verweisen, anstatt einen probiotischen Therapieversuch blind zu wählen.

Ein großer Wunsch meinerseits wäre auch, dass wir gemeinsam versuchen, unsere Patient:innen primär in der schulmedizinischen Betreuung zu halten. Dass wir hier die

Notwendigkeit von Adherence und Compliance ansprechen und auch darauf hinweisen, dass wir doch eine Vielfalt von Behandlungsmöglichkeiten bei CED haben, damit wir verhindern, dass Patient:innen in den alternativmedizinischen Bereich abwandern.

Verabschiedung

[00:39:48]

Irene Senn: Lieber Professor Dejaco, ich bedanke mich sehr herzlich für das interessante Gespräch und den Einblick in die Welt der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Danke für Ihre Expertise und dass Sie sich heute die Zeit für unser Gespräch genommen haben.

Clemens Dejaco: Ja, danke vielmals und alles Gute.

Outro

[00:40:02]

Silvana Strieder: Vielen Dank, dass Sie bei dieser Episode von ÖAZ im Ohr dabei waren. Wir hoffen, dass Sie wertvolle Einblicke für die Beratung von Patient:innen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen gewinnen konnten.

Lassen Sie uns noch einen kurzen Blick auf die aktuelle Ausgabe der ÖAZ werfen. Dort finden Sie einen Nachbericht zum Impftag 2025 mit den wichtigsten Neuerungen.

Außerdem finden Sie in dieser ÖAZ auch eine ÖAZ Tara, diesmal mit dem Schwerpunktthema Allergien. Mit Fachbeiträgen zur Histaminintoleranz sowie zu allergischen Reaktionen auf Insektenstiche greifen wir wichtige Beratungsthemen auf. Wie gewohnt enthält die ÖAZ Tara auch ein Fallbeispiel, mit dem Sie Ihr Wissen testen können. Das dazugehörige Quiz finden Sie online auf unserer E-Learning-Plattform. Dort erwartet Sie übrigens auch eine große Auswahl an akkreditierten Literaturstudien – perfekt, um Ihre Fortbildungspunkte flexibel und zeitlich unabhängig zu sammeln.

Wir freuen uns, Sie auch bei der nächsten Folge von ÖAZ im Ohr wieder begrüßen zu dürfen. Bis dahin bleiben Sie neugierig, gut informiert und denken Sie daran: Ihr Wissen ist die beste Medizin.

Dieser Podcast richtet sich an Fachkreise und dient der Vermittlung von allgemeinem Wissen über pharmazeutische und medizinische Themen. Es werden keine konkreten Therapieempfehlungen oder individuelle Ratschläge für Laien gegeben. Die Inhalte ersetzen keinesfalls den Besuch bei einem Arzt, einer Ärztin oder einer Apothekerin, einem Apotheker.