

Therapie der CED mit Mesalazin und Budesonid



**Andreas Tromm
Klinik für Innere Medizin
Evangelisches Krankenhaus Hattingen
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Duisburg Essen**

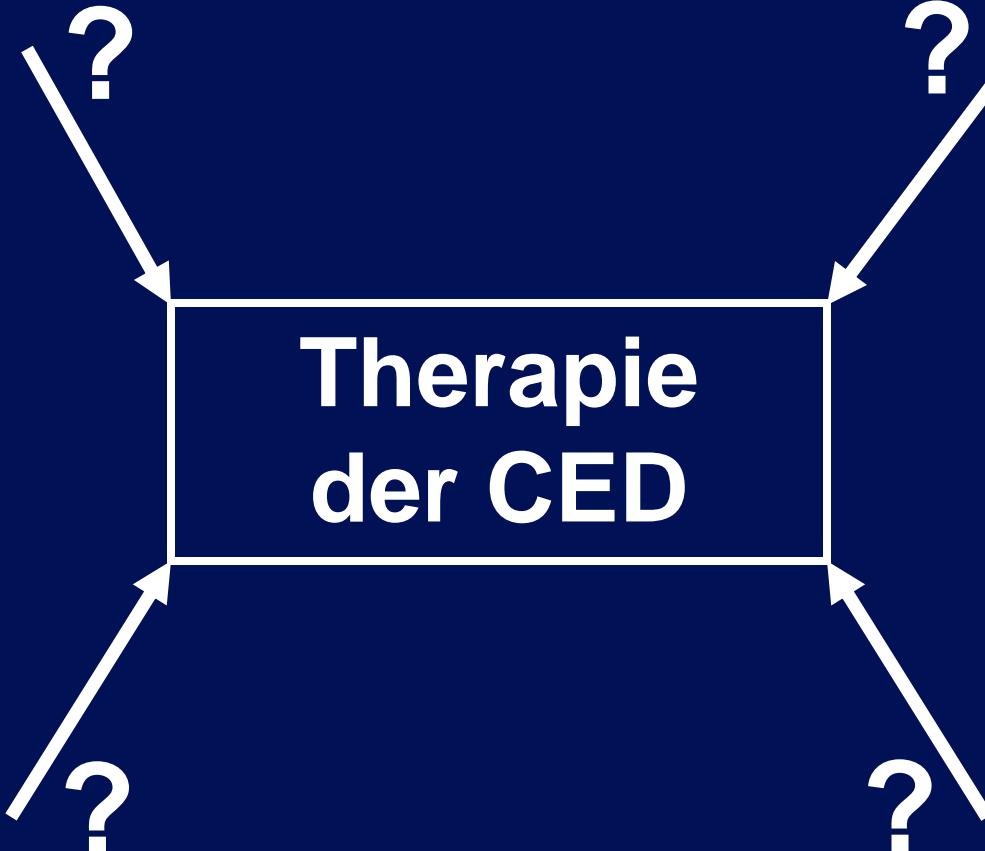
Colitis ulcerosa
Morbus Crohn

Rezidiv
Remission
chronisch aktiv

Therapie der CED

Lokalisation,
Ausdehnung

extraintestinale
Manifestationen



Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen 2011

SALICYLATE

AZATHIOPRIN

STEROIDE

Welches Substanz wann ?

Mesalazin



C. ulcerosa:
Akuttherapie und Prophylaxe

Steroide



M. Crohn, (C. ulcerosa):
Akuttherapie

Azathioprin



M. Crohn, C. ulcerosa:
chronisch-aktiver Verlauf



Leitlinien der DGVS

DIE DGVS

SEKTION ENDOSKOPIE

ARBEITSGEMEINSCHAFTEN

KOMMISSIONEN

LEITLINIEN DER DGVS

Sedierung

Pankreaskarzinom

Gallensteinleiden

KOLOREKTALES KARZINOM

VIRUSHEPATITIS B/D

COLITIS ULCEROSA

MORBUS CROHN

REFLUX

REIZDARMSYNDROM

VIRUSHEPATITIS C

BIOPTISCHE DIAGNOSTIK DER CHRONISCHEN
HEPATITIS

Sie befinden sich: STARTSEITE > LEITLINIEN DER DGVS >

Leitlinien der DGVS

Diese Leitlinien richten sich an Ärzte und Naturwissenschaftler. Patienten konsultieren bitte einen Arzt ihres Vertrauens, der beurteilen wird, inwieweit diese Leitlinien für die individuelle Krankengeschichte heranziehbar sind.

Für das Herunterladen der Leitlinien benötigen Sie den Acrobat-Reader - Sie bekommen ihn unter <http://www.adobe.de/>).

Bitte beachten Sie auch die "Richtlinien und Empfehlungen" der Sektion Endoskopie.

KOLOREKTALES KARZINOM

Erstellt: 2004 & 2008

Gültig bis 31.12.2012

[Mehr Informationen >](#)

SEDIERUNG IN DER ENDOSKOPIE

Erstellt: 2008

Gültig bis: 31.12.2012

[Mehr Informationen >](#)

PANKREASKARZINOM

Erstellt: 2007

Gültig bis 31.12.2010

MORBUS CROHN

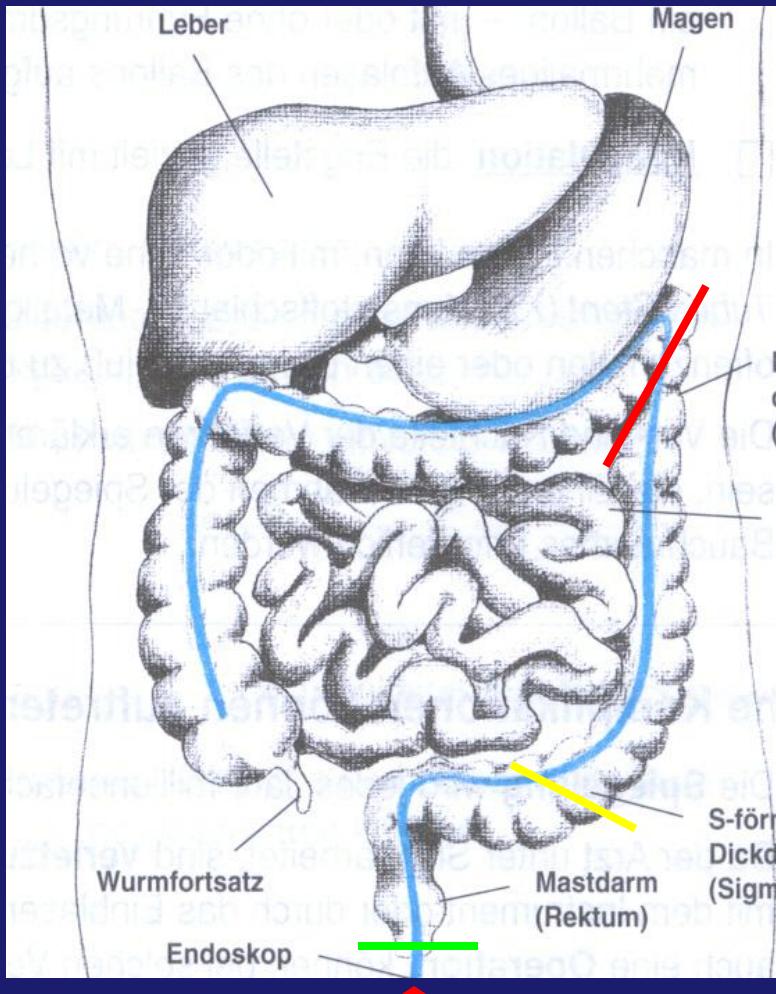
Erstellt: 2008

Gültig bis 31.12.2013

=> www.dgvs.de

Therapie der distalen C. ulcerosa

Applikationsformen



- **Klysma**
5-ASA
Budesonid, Betamethason
- **Foam**
Hydrocortison
5-ASA
(Budesonid)
- **Suppositorien**
5-ASA
Steroide

Therapie der distalen C. ulcerosa - akuter Schub (leichte-mittlere Aktivität) -

DGVS-Leitlinien 2004:

- Aminosalicylate topisch

Proktitis	=> Suppositorien (A)
Proktosigmoiditis	=> Klysmen, Schaum (A)

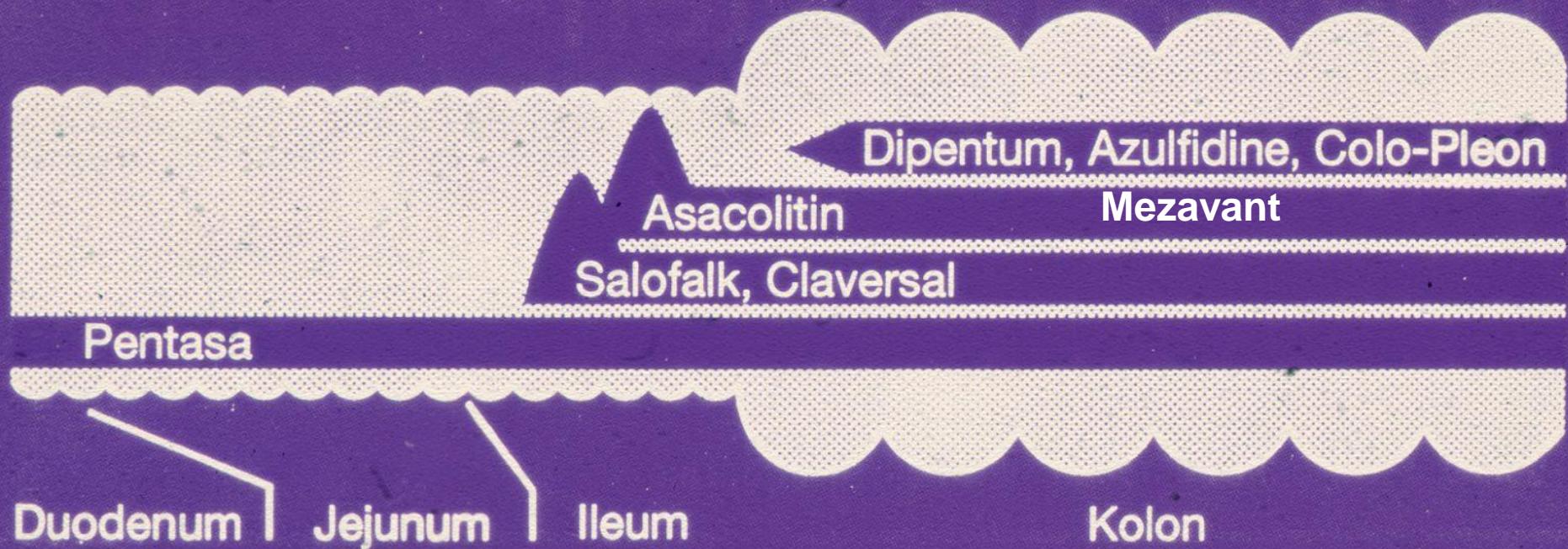
- 4 g/d ist nicht wirksamer als 1g/d (A)

Therapie der distalen C. ulcerosa - akuter Schub (schwere Aktivität) -

DGVS-Leitlinien 2004:

- **orale systemische Steroide + lokal Mesalazin (B)**

Salicylate: Galenik vs. Freisetzung



Dosis-Wirkungsbeziehung 5-ASA - *C. ulcerosa* -

n=386
mild-moderate CU

2,4 g
n=139

4,8 g
n=129

59 %

Remission

72 %

p=0,036

Therapie der ausgedehnten C. ulcerosa - akuter Schub (schwere Aktivität) -

DGVS-Leitlinien 2004:

- primär mit systemischen Steroiden (A)
- bei Nicht-Ansprechen: intravenöse Gabe (C)

Optimierungen in der 5-ASA-Therapie

- Dosissteigerung Akutherapie:

1,5 g ... 3,0 g ... 4,5 g ... ? g

- Verbesserung der Galenik:

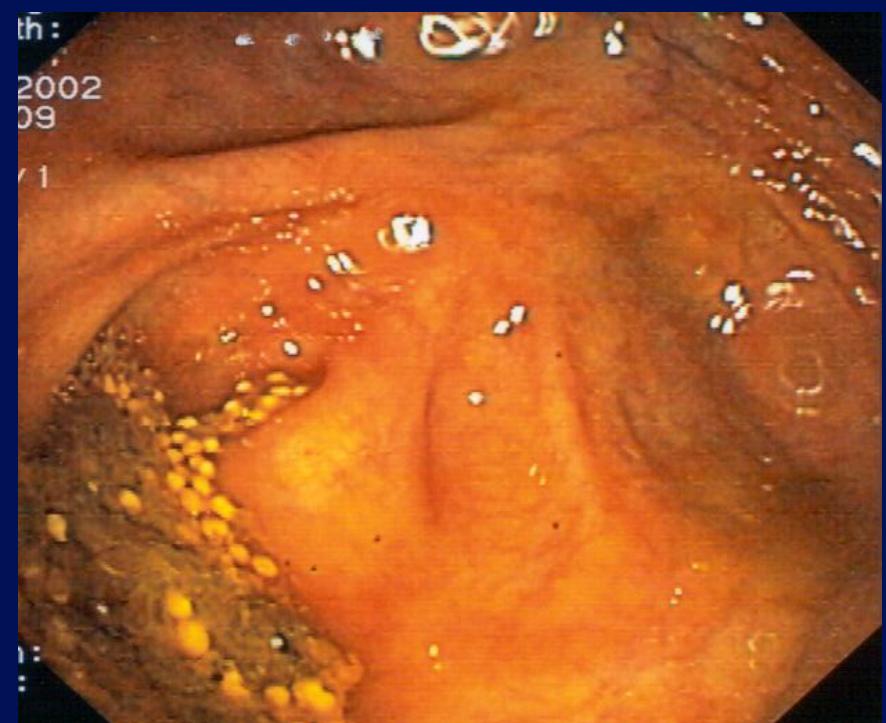
Sachets, Granula, MMX

- Einmalgabe
- (Karzinomprävention)

topische Therapie



Magen



Coecum

endoskopischer Aspekt der Microgranula

Therapie der ausgedehnten C. ulcerosa - akuter Schub (leichte-mittlere Aktivität) -

DGVS-Leitlinien 2004:

- Aminosalicylate oral
3,0 - 4,8 g/d (A)

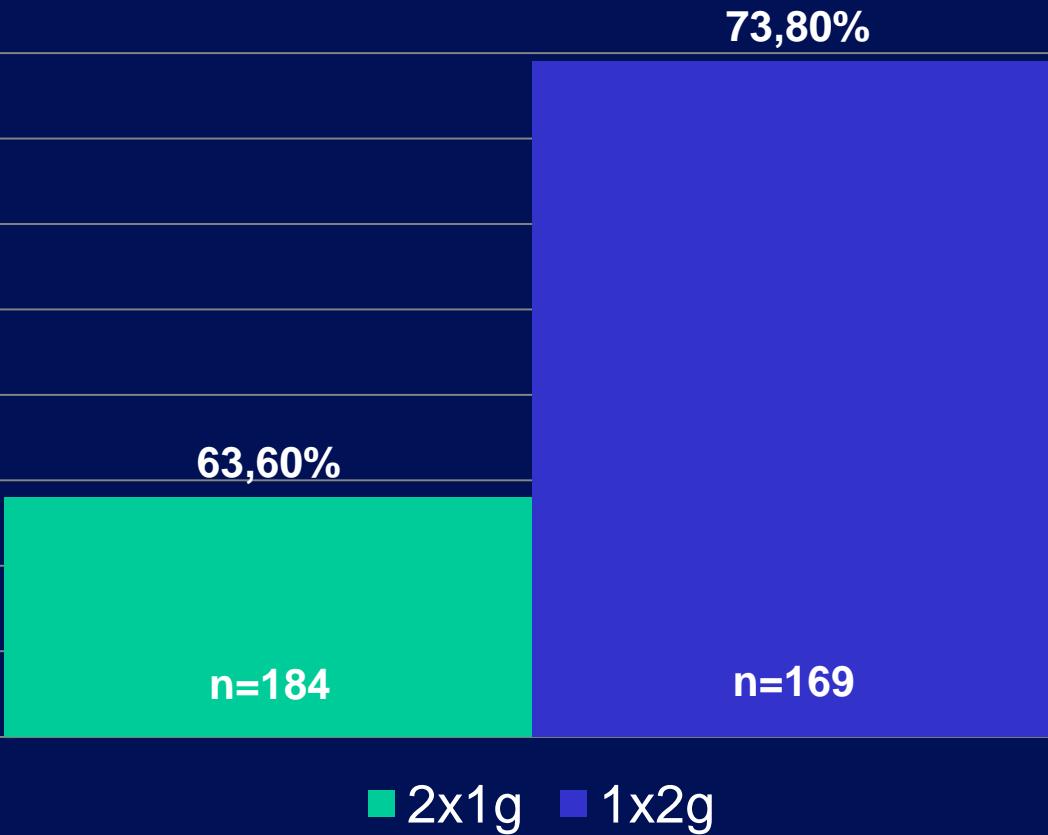
Therapie der C. ulcerosa: *Remission*

DGVS-Leitlinien 2004

- Empfehlung zur remissionserhaltenden Therapie (A)
- Ausnahme: Remission > 2 Jahre
- Mittel der 1. Wahl: **Aminosalicylate oral/rektal (A)**
- oral: 2g SASP/d, 1,5 g 5-ASA/d, Olsalazin 1,0 g/d (A)
- remissionserhaltenden Therapie mit E. coli Nissle 1917 (2 x 100 mg)

Remissionserhalt bei C. ulcerosa:

1 x 2g = 2 x 1g ?



schwerer akuter Schub des M. Crohn

oral systemische Steroide

(initial: 60 mg oder 1mg/kg Pred.-äq)

NNT = 2-3

Remission

60-93 %

keine Remission

7-40 %



Nebenwirkungen von Steroiden

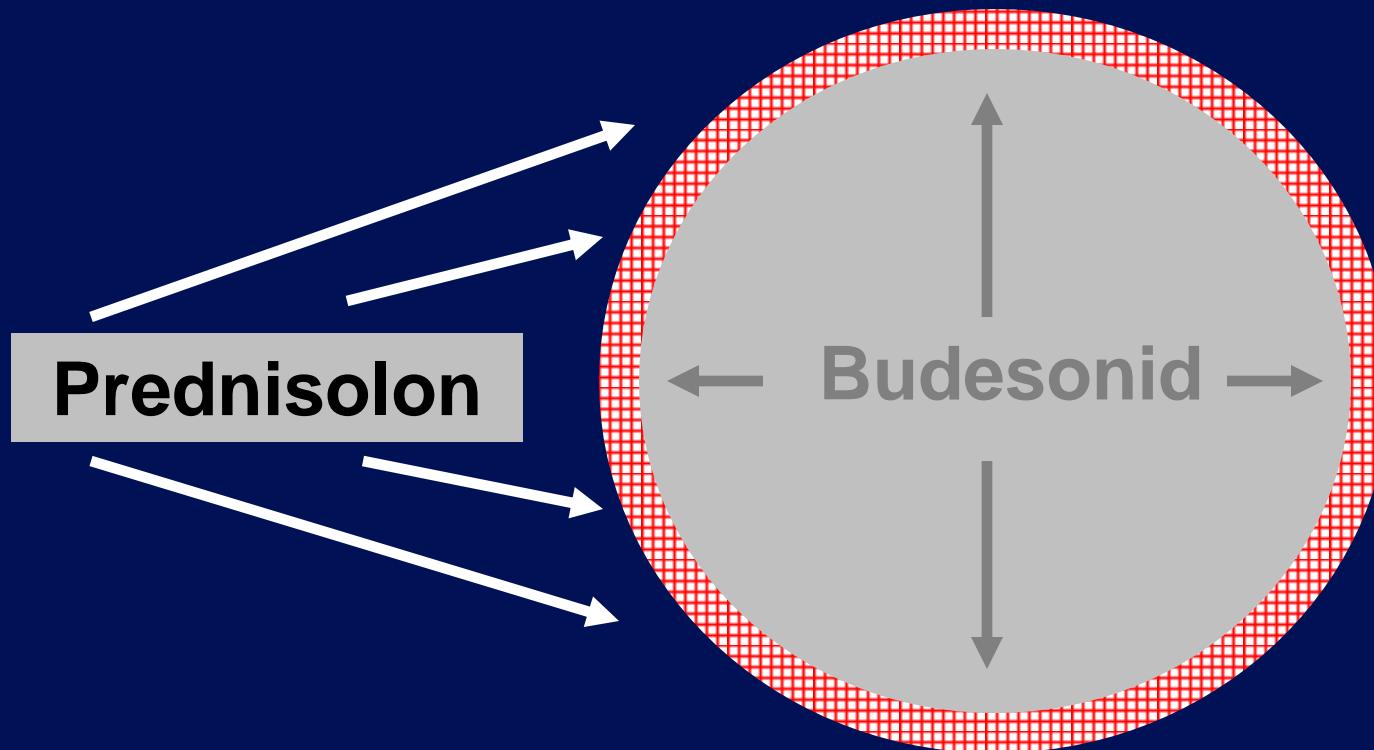
- Langzeitbehandlung -

- Osteoporose
- Katarakt
- Hypertonie
- Infektionen
- Diabetes
- Myalgien
- Osteonekrose



Sandborn et al. 2000

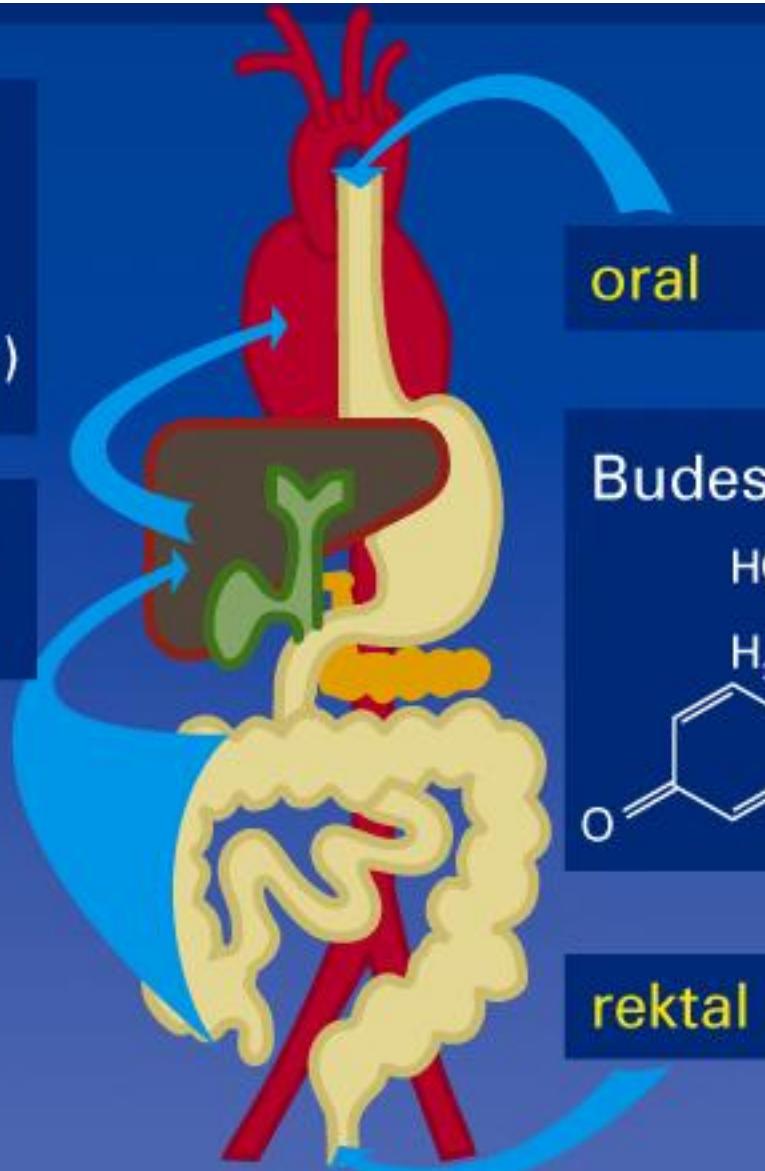
systemische vs. topische Therapie der CED



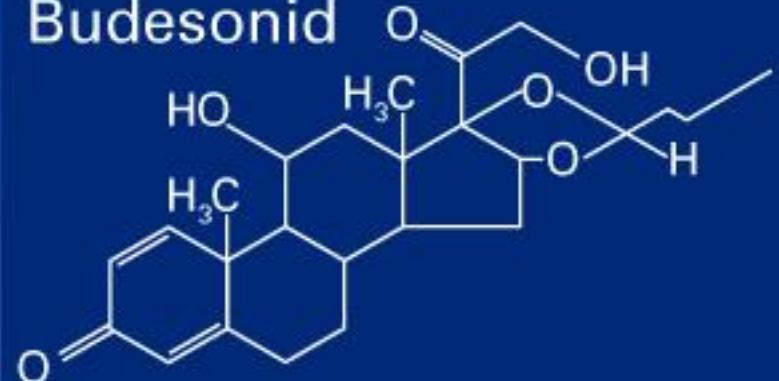
Budesonid

10 % systemisch
nachweisbar
(davon 88 %
proteingebunden)

90 % First pass
Metabolismus



Budesonid



rektal

Budesonid bei M. Crohn

- Übersicht -

- aktiver M. Crohn:

Effektivität: BUD > 5-ASA; BUD \leq P/MP

Nebenwirkungen BUD << P/MP

Wechsel zu BUD nach Induktion ist effektiv

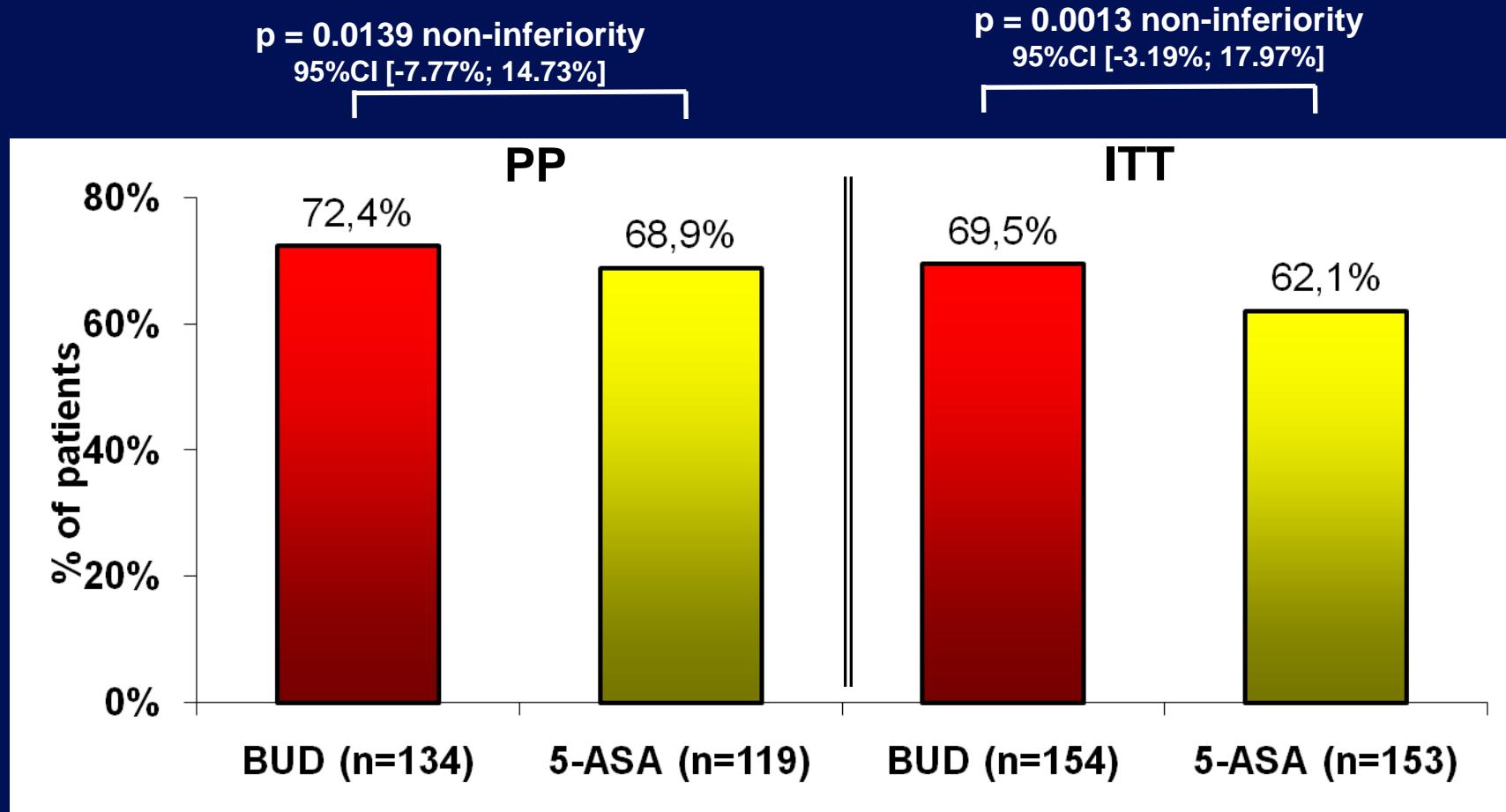
- Erhaltungstherapie

Effektivität: BUD (3, 6 mg) = Placebo

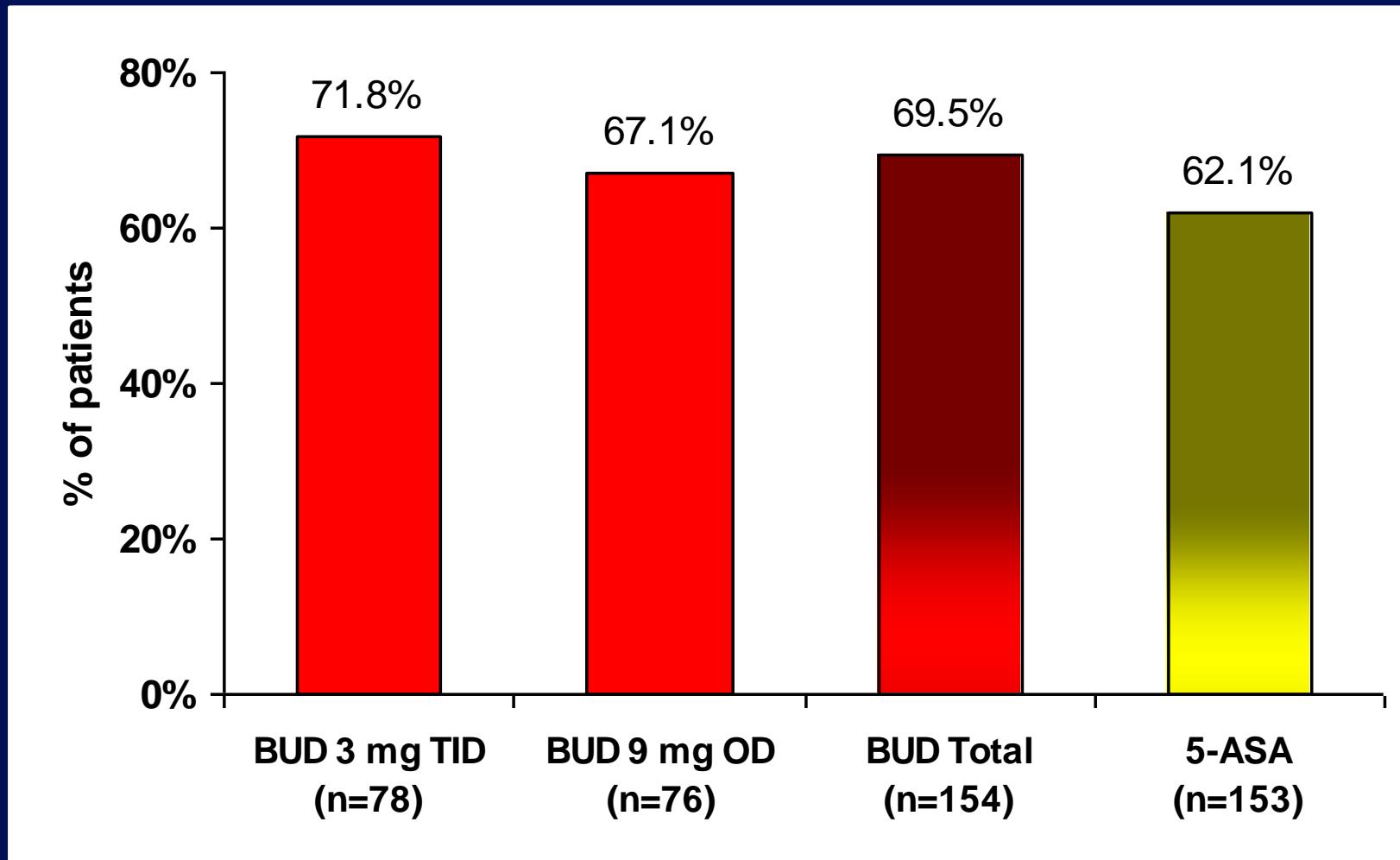
- postoperative Prophylaxe

Effektivität BUD (6 mg) = Placebo

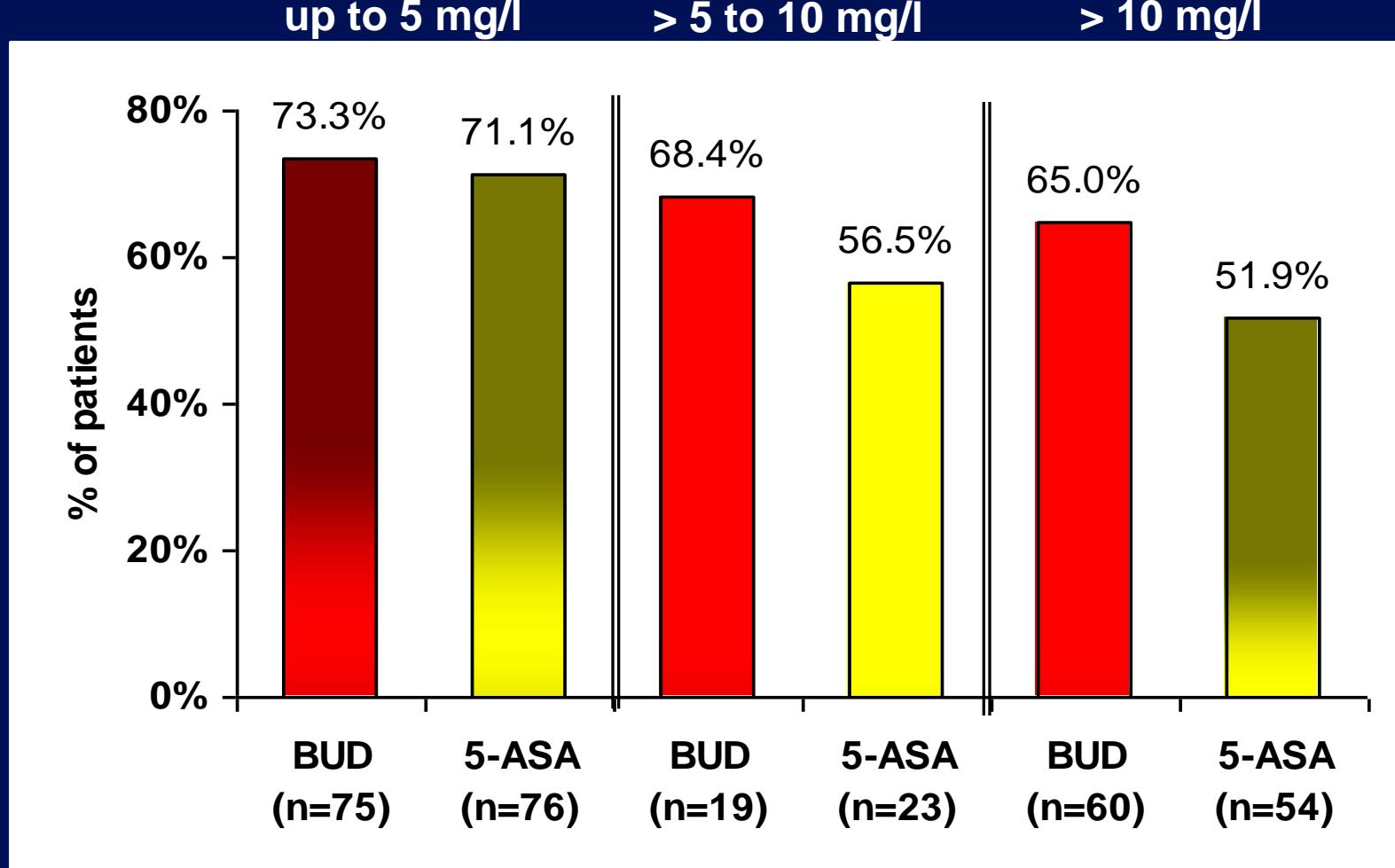
BUC-52/CDA: Oral budesonide vs. oral mesalazine in active CD
Clinical Remission (CDAI \leq 150)



BUC-52/CDA: Oral budesonide vs. oral mesalazine in active CD
Clinical Remission, CDAI ≤ 150 (ITT)

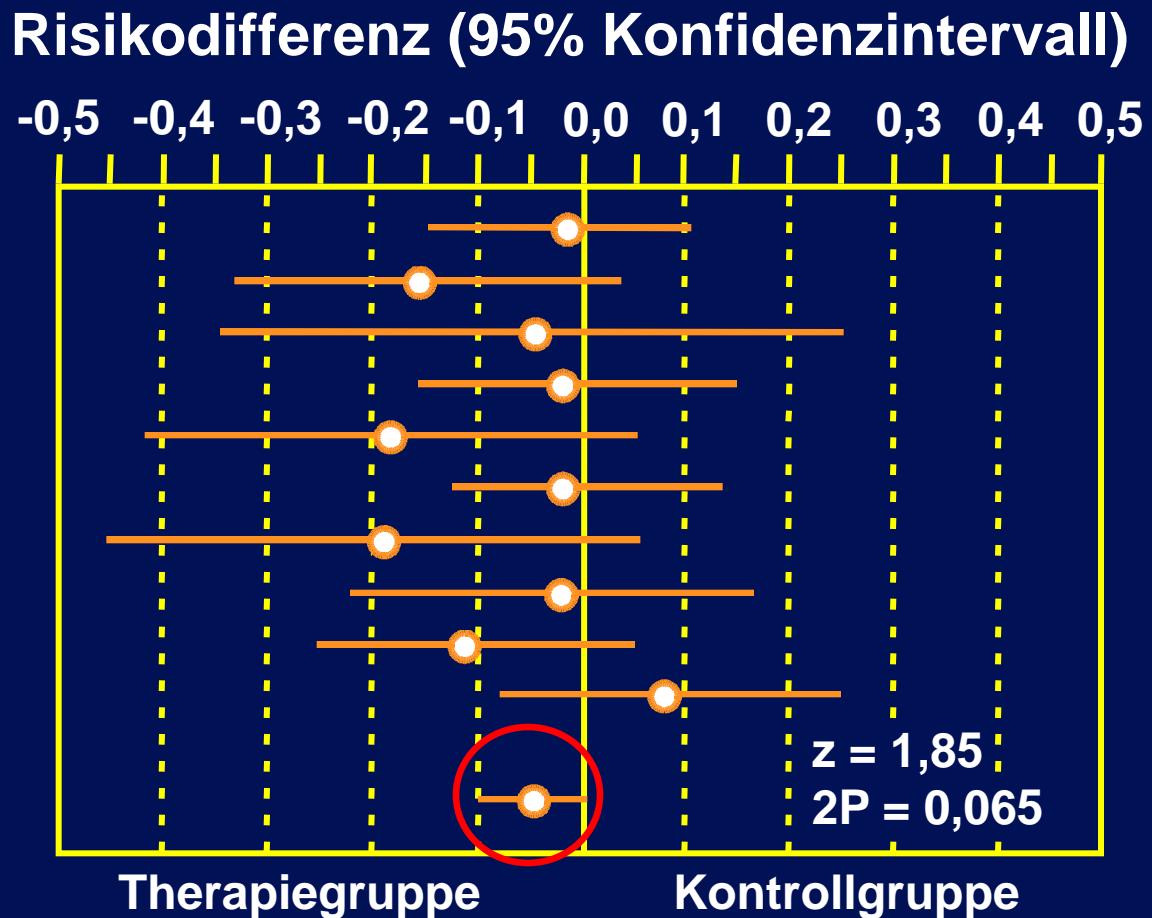


BUC-52/CDA: Oral budesonide vs. oral mesalazine in active CD
Clinical Remission by CRP at Baseline (ITT)



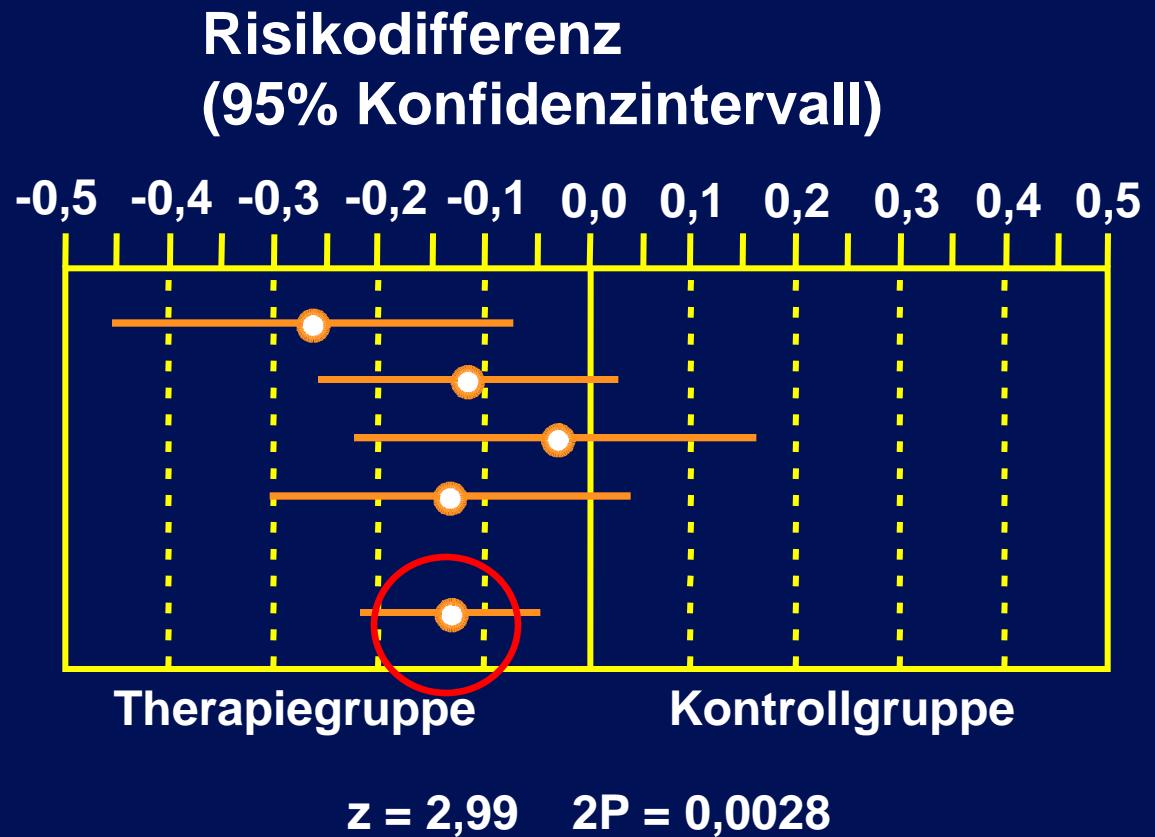
Mesalazin zum Remissionserhalt nach medikamentöser Therapie bei M. Crohn

Studie	Jahr	Patientenzahl
Thomson	1990	248
Prantera	1992	125
Brignola	1992	44
Gendre	1993	161
Bresci	1994	66
Thomson	1995	286
Arber	1995	59
Modigliani	1996	85
Sutherland	1997	180
De Franchis	1997	117
zusammengefasste odds ratio		1371



Mesalazin zum Remissionserhalt nach chirurgischer Therapie bei M. Crohn

Studie	Jahr	Patientenzahl
Caprilli	1994	95
McLeod	1995	163
Brignola	1995	87
Sutherland	1997	66
zusammengefasste odds ratio		411

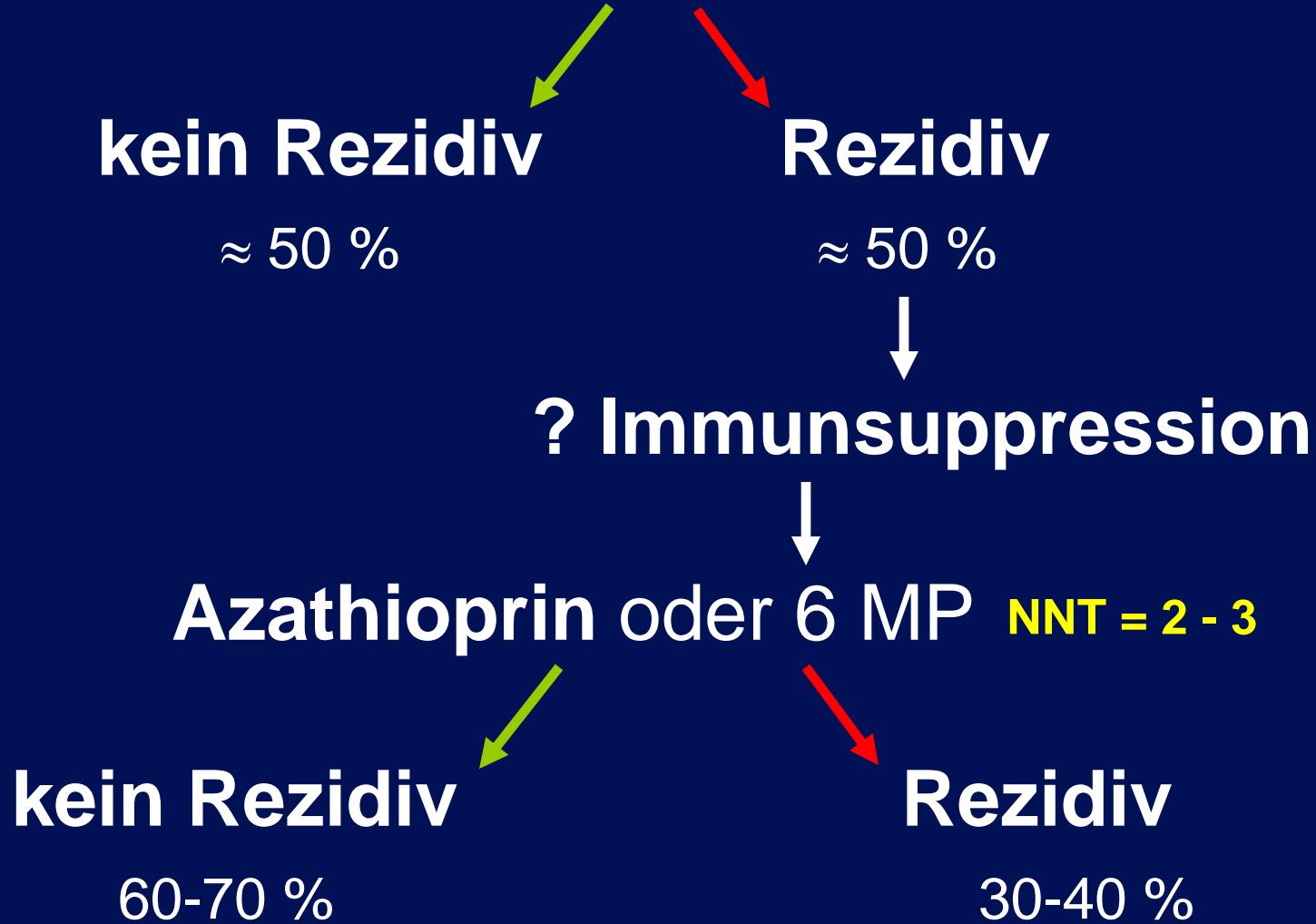


Remission nach akutem Schub des M. Crohn

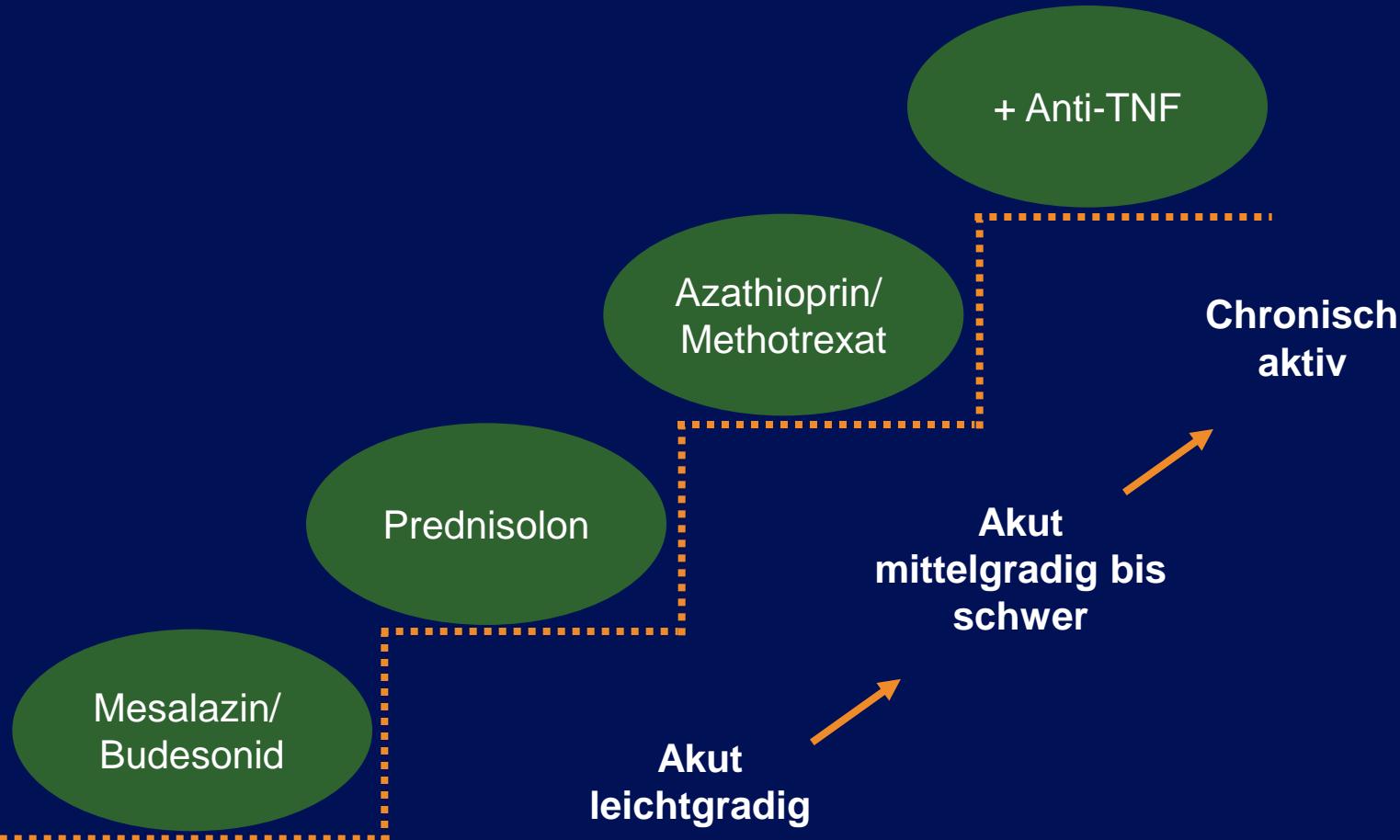
*systemische Steroide ausschleichen,
Mesalazin beenden* 5-ASA postop: NNT =18

Remission nach akutem Schub des M. Crohn systemische Steroide ausschleichen,

Mesalazin beenden 5-ASA postop: NNT = 18



Eskalation als Therapiekonzept: Morbus Crohn



Crohn-Syndrom

unterschiedliche klinische Verlaufsformen



genetische Merkmale



individuelle Therapie