



Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

«Die Adhärenz hängt schon etwas von der Verabreichungsform ab»

Mit der Zunahme von ähnlich wirksamen Therapieoptionen für die Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen rücken unterschiedlichen Verabreichungsformen verstärkt in den Fokus des Interesses. Interview mit Prof. Dr. Stephan Vavricka vom Zentrum für Gastroenterologie und Hepatologie in Zürich.



(Foto: zVg)

Zur Person

Stephan Vavricka

Prof. Dr. Stephan Vavricka ist Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Gastroenterologie FMH, Spez. Hepatologie. Er ist seit 2017 im Zentrum für Gastroenterologie und Hepatologie in Zürich tätig. Zuvor war er von 2010 bis 2017 Leiter der Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Stadtspital Triemli Zürich.

Herr Prof. Dr. Vavricka, welche Therapieprinzipien stehen Ihnen derzeit zur Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zur Verfügung?

Prof. Dr. Stephan Vavricka: In den vergangenen zwei Jahrzehnten hat sich die Therapie von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen stark gewandelt. Früher hatten wir vor allem Kortikosteroide und klassische Immunsuppressiva wie Azathioprin, 6-Mercaptopurin oder Methotrexat. Heute haben wir eine breite Palette von hochwirksamen individualisierten Therapien. Dazu gehören initial die klassischen Biologika wie TNF-Antikörper. Später kamen Anti-Integrin-Antikörper, Interleukin-Inhibitoren mit IL-12/23-Antikörpern wie Ustekinumab hinzu und jetzt die selektiven IL-23(p19)-Antikörper. Zudem haben wir die Small Molecules mit den JAK-Inhibitoren und - vor allem bei Colitis ulcerosa – die S1P-Rezeptormodulatoren.

Wie hat sich die Therapie der IBD im Vergleich zu früher verändert?

Während man in der Vergangenheit die Therapien eher Step-up eskaliert hat, wird heute früher und individueller behandelt. Das bedeutet, Patienten mit Risikofaktoren, mit milden oder mit schweren Verlaufsformen werden unterschiedlich behandelt. Bei Letzteren ist man eher bereit, hochwirksame Therapien mit einem höheren Risiko einzusetzen, während bei milderen Formen etwas weniger wirksame Therapien mit deutlich günstigerem Nebenwirkungsrisiko gewählt werden.

Wie kommen Sie und Ihre Patienten zu einer gemeinsamen Entscheidung?

Ich stelle jedem Patienten alle verfügbaren Therapieoptionen vor, und wir gehen zusam-

men Nutzen und Risiken der jeweiligen Medikamente durch. Dann versuchen wir in einem Shared-Decision-Making-Prozess zu evaluieren, was am besten in die individuelle Situation der Betroffenen passt. Für mich steht an erster Stelle die medizinische Wirksamkeit und Sicherheit. Da aber die Wirksamkeit bei all diesen Präparaten ähnlich ist, spielen andere Dinge eine wichtige Rolle, nämlich Alter, Beruf, Reisetätigkeit, Komorbiditäten, extra-intestinale Manifestationen oder bisherige Therapieerfahrungen. Kommen dann mehrere therapeutische Optionen mit ähnlicher Wirkung in Frage, diskutieren wir die individuellen Präferenzen, beispielsweise hinsichtlich der Verabreichungsformen. Tatsächlich entscheiden wir uns dann häufig für die etwas moderneren Therapien.

Welche Bedeutung spielt bei diesen Abwägungen die Lebensqualität?

Die Lebensqualität ist ein zentrales Therapieziel. Viele Patienten sind ja beruflich oder sozial stark eingebunden. Die Therapie sollte deshalb nicht nur wirksam sein, sondern einen möglichst normalen Alltag gewähren. Wenn eine Erkrankung nicht ausreichend kontrolliert werden kann, leiden häufig auch der Alltag, die berufliche Leistungsfähigkeit und die psychosoziale Situation der Betroffenen.

Auch die Verabreichungsformen rücken stärker in den Fokus

Wir haben unterschiedliche intravenöse, subkutane und orale Therapien. Intravenöse Therapien ermöglichen eine engmaschige Betreuung und einen regelmässigen Kontakt mit dem Behandlungsteam. Dabei ist sichergestellt, dass die Therapie vollständig und zum vorgesehenen Zeitpunkt verabreicht wurde. Für die Patienten ist damit jedoch ein

gewisser zeitlicher Aufwand verbunden, denn sie müssen regelmässig in die Infusionszentren kommen. Deshalb bevorzugen bestimmte Patienten subkutane Injektionen, weil sie mehr Flexibilität mit sich bringen. Das kann zuhause geschehen oder auch auf Reisen. Viele Patienten schätzen diese Unabhängigkeit sehr. Andere empfinden die Selbstinjektion als belastend und wollen regelmässig ihren Arzt oder ihre Study-Nurses sehen. Das kann bei komplexen Krankheitsverläufen einen positiven Effekt haben.

Die oralen Therapien werden von vielen Patienten als besonders komfortabel wahrgenommen. Allerdings müssen sie täglich eingenommen werden, was eine besonders hohe Adhärenz voraussetzt.

Apropos Adhärenz, wie wirken sich die unterschiedlichen Verabreichungsformen auf die Therapietreue und Adhärenz aus?

Die Adhärenz hängt schon etwas von der Verabreichungsform ab. Aber sie hat auch mit der individuellen Lebenssituation und der Akzeptanz der Therapie zu tun. Bei Patienten, die bei der Wahl der Therapie mitentscheiden, ist eine hohe Adhärenz viel wahrscheinlicher. Infusionstherapien weisen eine hohe Adhärenz auf, weil die Patienten in der Klinik oder in der Praxis ihr Medikament erhalten und wir dann mitbekommen, falls sie nicht vor Ort sind. Bei den subkutanen und den oralen Therapien spielt die Eigenverantwortung eine grössere Rolle. Es gibt Studien, die zeigen, dass Patienten besonders dann therapietreu bleiben, wenn die gewählte Therapie den persönlichen Bedürfnissen entspricht.

Wie steht es mit den Versorgungsmöglichkeiten?

Die Versorgungsstruktur hat schon einen grossen Einfluss auf die Behandlungsform. Nicht alle Patienten leben in unmittelbarer Nähe eines Infusionszentrums. In ländlichen Regionen respektive bei langen Anfahrtswegen bieten subkutane oder orale Therapien wahrscheinlich eher einen Vorteil. Manche subkutane Therapien muss man nicht unbedingt selbst spritzen, sondern ein On-Body-Injector oder OBI kann das übernehmen.

Was ist das?

Dabei handelt es sich um einen kleinen On-Body-Injector, der nach Aktivierung automatisch die Injektion durchführt. Für viele Patienten ist dies besonders komfortabel, da sie sich nicht aktiv selbst stechen müssen. Es gibt Patienten, die das Selbst-Steichen als sehr unangenehm empfinden. Das fällt mit dem OBI weg. Wahrscheinlich werden dadurch auch die Kosten im Gesundheitswesen entlastet, da weniger Infusionsplätze in Anspruch genommen werden müssen.

Wie sehen Sie die neuen subkutanen Therapien ohne i.v.-Induktionstherapie?

Das hat schon Vorteile. Gerade bei den neuen selektiven IL-23(p19)-Antikörpern kann bereits die Induktion subkutan verabreicht werden. Das kommt solchen Patienten zugute, die überhaupt nicht in die Infusionstherapie kommen wollen. Sie wollen keine längere Anreise auf sich nehmen und dann noch drei bis vier Stunden für die ersten In-

fusionen aufbringen. Ich gehe davon aus, dass orale und subkutane Therapien aufgrund des zunehmenden Wunschs nach Flexibilität und Unabhängigkeit künftig weiter an Bedeutung gewinnen werden. □

Das Interview führte Klaus Duffner.

