

Interview mit Prof. Stephan Vavricka zur UEG-Week

«Wir haben mehr Alternativen, wenn die gewählte Therapie nicht gut anschlägt»

An den Jahreskongress der United European Gastroenterology (UEG-Week) in Wien strömten über 10 000 Gastroenterologinnen und Gastroenterologen. Sie nahmen nach den Pandemie Jahren die Gelegenheit wahr, wieder Fachkollegen zu sehen und die Sessions wieder live vor Ort zu verfolgen anstatt zu Hause am Bildschirm. Prof. Stephan Vavricka berichtet im Interview, was er am Kongress wichtig fand.



Foto: vh
Prof. Stephan Vavricka

Was war wichtig an dieser UEG-Week?

Prof. Stephan Vavricka: Die künstliche Intelligenz war ein wichtiges Thema. Sie wird vermutlich die gesamte Medizin komplett verändern. Dieser Prozess hat schon angefangen. Meine tägliche Praxis wurde damit hinsichtlich der Detektion von Polypen schon wesentlich vereinfacht. Nun gibt es Studien, die zeigen, dass künstliche Intelligenz auch bei der Diagnose von entzündlichen Darmerkrankungen einsetzbar wird. Sie wird beispielweise helfen,

Dysplasien zu finden oder eine Graduierung einer Entzündung vorzunehmen.

Bei den Therapien von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wird die Palette in naher Zukunft um weitere Biologika erweitert. Doch ist es auch mit den neuen Substanzen so, dass sich die Ansprechraten auf dem Niveau der schon verfügbaren Biologika bewegen. Sie sind in dieser Hinsicht also nicht besser. Wir haben aber mehr Alternativen, wenn die gewählte Therapie nicht gut anschlägt. Mit der Erweiterung der Medikamentenpalette wird die Therapie aber auch komplizierter, da wir zum Beispiel noch nicht wissen, in welcher Reihenfolge wir welche Medikamente einsetzen sollen.

Wie soll bei all diesen Therapiemöglichkeiten die Medikation gewählt werden, mit der man die Behandlung beginnt?

Vavricka: Es ist sehr wichtig, dass man die verschiedenen Optionen mit dem Patienten bespricht, damit er sich entscheiden kann, was er will. Dabei spielen verschiedene Aspekte eine Rolle. Beispielsweise die Bereitschaft, alle 8 Wochen für eine Infusion zu kommen oder sich das Medikament alle 2 Wochen selbst zu injizieren. Oder: Ist dem Patienten ein schnelles Ansprechen wichtig zu einem Preis von möglicherweise mehr Nebenwirkungen, oder möchte er solche Nebenwirkungen nicht in Kauf nehmen und hat dafür eine langsamere Therapieantwort? Gelenkbeteiligungen und das Alter spielen bei der Therapieentscheidung ebenfalls eine Rolle.

Wurde vor der Coronapandemie die Therapie meist mit einem TNF-Hemmer begonnen, haben sich die Prioritäten während der Pandemie verschoben. Plötzlich wurden Substanzen wichtig, die ein möglichst tiefes Infektionsrisiko bergen, wie beispielsweise der Anti-Integrin-Antikörper Vedolizumab (Entyvio®). Die Wahl der Therapie ist somit das Ergebnis aus einer Abwägung von Vor- und Nachteilen, von Ängsten, Risikobereitschaft und persönlichen Präferenzen des Patienten.

Bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa gleichermassen?

Vavricka: Bei beiden Erkrankungsentitäten wurde die starre Therapiereihenfolge aufgeweicht, denn es stehen dafür Anti-Integrin-Antikörper, IL-12/23-Antikörper und die verschiedenen TNF-Hemmer zur Verfügung.

Bei Colitis ulcerosa gibt es zusätzlich noch den JAK-Hemmer Tofacitinib, ein exzellentes Medikament, das aber leider unangenehme Nebenwirkungen hat. Eine davon betrifft thromboembolische Ereignisse. Bei Patienten mit erhöhtem thromboembolischem Risiko, wie zum Beispiel bei jungen Frauen, die mit der Pille verhüten, würde ich von einer Therapie mit Tofacitinib absehen. Eine weitere Nebenwirkung ist die mögliche Induktion einer Gürtelrose, der nun glücklicherweise mit dem Totimpfstoff Shingrix® vorgebeugt werden kann.

Wichtige Sessions des Kongresses widmeten sich dem Thema Helicobacter (H.) pylori. Dabei wurde postuliert, dass der Erreger bei allen, ob symptomatisch oder nicht, eradiziert werden sollte. Wie sehen Sie das?

Vavricka: Ich bin in einer Zeit gross geworden, als man sich einig war, dass nur ein toter Helicobacter ein guter Helicobacter ist. Bei einem asymptomatischen Patienten würde ich jedoch nicht nach diesem Erreger suchen. Auch wenn eine Infektion das Magenkrebsrisiko erhöht, bin ich dagegen, die ganze Bevölkerung darauf zu screenen und bei jedem eine Magenspiegelung durchzuführen. Wenn ich diesen Erreger aber aufgrund von Symptomen, beispielsweise bei dyspeptischen Beschwerden, zu suchen beginne und ich fündig werde, ist es für mich naheliegend, dass die Symptome davon herühren und mit einer Eradikation besser werden könnten.

Wie steht es mit den Resistenzen?

Vavricka: Das ist ein riesiges Problem. *H. pylori* wird sozusagen mit einer Breitbandantibiotikatherapie behandelt, bestehend aus zwei verschiedenen Antibiotika. Ich sehe zunehmende Resistenzen gegen Clarithromycin, gegen Metronidazol und sogar schon gegen Amoxicillin. Ich setze meine Hoffnung auf die Entwicklung einer Impfung, an der verschiedene Forschungsgruppen mit Hochdruck arbeiten. Bis dahin verwende ich ein nicht ganz klassisches Regime mit Amoxicillin und Metronidazol, weil ich relativ viele Patienten mit Clarithromycin-Resistenzen habe. Bei Nichtansprechen der ersten Antibiotikatherapie veranlasse ich eine Suche nach Resistenzen, was eine Magenspiegelung bedingt, und therapiere dann in der zweiten Runde resistenzangepasst.

Die Suche kann auf zwei Arten erfolgen: einerseits mit einem Gentest aus dem Biopsiematerial auf Clarithromycin, für das es ein spezielles Resistenzgen gibt. Andererseits kann durch eine Bakterienkultur die minimale Hemmkonzentration von verschiedenen Antibiotika bestimmt werden. Die Anzucht des Erregers in einer Kultur benötigt aber etwa 4 Wochen. Bei Patienten aus südlichen Regionen wie zum Beispiel aus Spanien und aus den Balkanländern, wo sehr häufig Antibiotika eingesetzt werden, kann man davon ausgehen, dass eine Clarithromycinresistenz besteht. ▲

Das Interview führte Valérie Herzog.