

# Die wichtigsten Änderungen der aktualisierten S3-Leitlinie Morbus Crohn der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) im Überblick

## Autoren

Andreas Stallmach<sup>1</sup>, Andreas Sturm<sup>2</sup>

## Institute

- 1 Klinik für Innere Medizin IV (Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie), Universitätsklinikum Jena, Deutschland
- 2 Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie, DRK Kliniken Berlin Westend, Berlin, Deutschland

## Bibliografie

Z Gastroenterol 2022; 60: 295–296

DOI 10.1055/a-1713-4177

ISSN 0044-2771

© 2022. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

## Korrespondenzadresse

Andreas Stallmach

Klinik für Innere Medizin IV (Gastroenterologie,

Hepatologie und Infektiologie)

Universitätsklinikum Jena, Am Klinikum 1, 07743 Jena,

Deutschland

Tel.: +49/36 41/9 32 44 01

Fax: +49/36 41/9 32 42 22

Andreas.stallmach@med.uni-jena.de

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zur Therapie der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen haben eine lange Tradition; so wurde die erste Konsensuskonferenz-basierte Leitlinie zur Therapie des Morbus Crohn bereits 1997 publiziert [1]. Seit dieser Zeit haben sich das medizinische Wissen und die methodischen Ansprüche an S3-Leitlinien signifikant erweitert (siehe dazu auch: <https://www.dgvs.de/wissen/leitlinien/metho dik/>; letzter Aufruf: 09.08.2021). Konnten früher Empfehlungen durch Eminenz und nicht qualitätsgesicherte Literatursuchen begründet werden, basieren heutzutage insbesondere Schlüsselempfehlungen auf systematischen Literaturanalysen mit Bewertung der identifizierten Studien bezüglich ihrer Qualität und Anwendbarkeit.

Die letzte Veröffentlichung der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn erfolgte 2014, sodass eine Überprüfung und Aktualisierung nun dringend geboten war. Es wurden insgesamt 162 Empfehlungen aus 7 verschiedenen Bereichen erstellt oder erneut beurteilt; diese sind nun entsprechend der aktuellen Evidenzlage auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand. Die Chirurgie ist integraler Bestandteil der Behandlung von Patient\*innen mit Morbus Crohn und keine ultima ratio. Es wurden daher die operativen Therapieoptionen entsprechend dem klinischen Alltag gleichberechtigt mit den internistischen Behandlungsstrategien aufgeführt und nicht mehr durch eine artifizielle Trennung in separate Kapitel aus dem gemeinsamen Kontext gerissen. Auch wenn gerade dieser Punkt im Vorfeld kontrovers diskutiert wurde,

stellt er aus der Sicht der Steuergruppe keine Abwertung der Chirurgie da, sondern betont die Interdisziplinarität der Leitlinie.

Nachfolgend sind die wichtigsten Neuerungen der aktuellen Leitlinie dargestellt:

## Zunehmender Stellenwert der Sonografie

Die Sonografie hat sich als bildgebendes Verfahren in der Erstdiagnostik und in der Verlaufsbewertung bei Patient\*innen mit Morbus Crohn fest etabliert. Der Darmultraschall ist in Arztpraxen und Kliniken flächendeckend verfügbar, für den/die Patienten/in nicht belastend und ohne spezielle Vorbereitung durchführbar. Verschiedene Studien belegen die Gleichwertigkeit des Ultraschalls zu klassischen radiologischen Verfahren wie CT oder MRT [2, 3]. So werden z. B. Ultraschalluntersuchungen zur Beurteilung des Dünndarms als Alternative zur MR-Enterografie (Empfehlung 1.8) und zur Evaluation des Therapieansprechens (Empfehlung 1.13/2.3) empfohlen.

## Treat to target – Steuerung der Therapie über das klinische Befinden hinaus

Die Diskussion um die Notwendigkeit einer Therapie, die sich nicht nur an subjektiven Symptomen des Patienten (Zahl der Stuhlentleerungen, Schmerzen, Fatigue, etc.), sondern die auch objektive Krankheitsmarker wie z. B. Entzündungsmarker (CRP,

fäkales Calprotectin) oder Befunde aus der Bildgebung (Sonografie, Endoskopie, Histologie) einbezieht, wird zurzeit kontrovers geführt. Ohne Zweifel ist es erstrebenswert, wenn es neben den Beschwerden auch zu einer Normalisierung der biochemischen Entzündungsmarker und Abheilung endoskopischer Veränderungen kommt. Bleibt diese Normalisierung jedoch aus, stellt sich die Frage, ob die Therapie bei einem/r beschwerdefreien Patienten/in intensiviert werden sollte oder muss. Prospektive Studien haben bislang **nicht** den langfristigen Vorteil der Therapiesteuerung durch „objektive Krankheitsmarker“ gezeigt. Konsequenterweise wird daher in der Leitlinie empfohlen, dass es noch keine ausreichende Evidenz gibt, dass beim alleinigen endoskopischen Nachweis von entzündlichen Veränderungen eine Therapieintensivierung mit dem Ziel einer Mukosaheilung durchgeführt werden soll (siehe Schlüsselempfehlung 2.2). Somit ist eine endoskopische Kontrolle nach Therapiebeginn oder -wechsel nur sinnvoll, wenn sich aus den Befunden eine therapeutische Konsequenz ergibt. Insbesondere diese Empfehlung soll im Sinne der Patient\*innen die sogenannten „Kontrollkoloskopien“ reduzieren.

## Therapeutisches Drug Monitoring

Beim Therapieversagen einer Biologikatherapie, insbesondere der TNF- $\alpha$ -Antikörpertherapie, kann sowohl die Bestimmung von Talspiegeln als auch der Nachweis von Antikörpern gegen die Medikamente (ADA) im Sinne eines Therapeutischen Drug Monitoring (TDM) genutzt werden. Soll dieses TDM proaktiv erfolgen, um ggf. ein Therapieversagen frühzeitig zu erkennen oder reaktiv sein und was sind die Konsequenzen aus einem erniedrigten Wirkspiegel oder einem Antikörpernachweis? Basierend auf der aktuellen Datenlage empfiehlt diese Leitlinie, dass bei Patient\*innen mit sekundärem Wirkverlust einer TNF- $\alpha$ -Antikörpertherapie ein reaktives TDM erfolgen soll mit einer entsprechenden Dosisanpassung oder Therapiewechsel. Trotz des offensichtlichen Zusammenhangs von Wirkspiegeln und Wirksamkeit fehlen aber derzeit noch überzeugende kontrollierte Daten, die den proaktiven Einsatz eines TDM belegen. Eine Therapieintensivierung auf der Basis eines proaktiven TDM sollte bei Erwachsenen bei fehlender klinischer Symptomatik deshalb nicht durchgeführt werden (siehe dazu Schlüsselempfehlung 1.16).

Evidenzbasierte Empfehlungen liefern Informationen für die an der Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn beteiligten Berufsgruppen. Die Gültigkeitsdauer der Leitlinie wird insgesamt zunächst mit 5 Jahren angegeben. Um relevante Neuerungen in der Diagnostik und Therapie abzubilden, ist eine jährliche Überprüfung der relevanten Literatur durch die Leitlinien-Steuergruppe und Formulierung konsentierter Empfehlungen im Sinne einer „living guideline“ geplant.

## Interessenkonflikt

Die Interessenkonflikte der Autoren sind im Leitlinienreport angegeben.

## Literatur

- [1] Stange EF, Schreiber S, Raedler A et al. Therapy of Crohn diseases-results of a Consensus Conference of the German Society of Digestive and Metabolic Diseases]. *Z Gastroenterol* 1997; 35: 541–554
- [2] Wilkens R, Novak KL, Maaser C et al. Relevance of monitoring transmural disease activity in patients with Crohn's disease: current status and future perspectives. *Therap Adv Gastroenterol* 2021; 14: 17562848211006672. doi:10.1177/17562848211006672
- [3] Allocca M, Furfaro F, Fiorino G et al. Point-of-Care Ultrasound in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis* 2021; 15: 143–151. doi:10.1093/ecco-jcc/jjaa151

<b>Versionsnummer:</b>	<b>5.0</b>
<b>Erstveröffentlichung:</b>	<b>11/1996</b>
<b>Überarbeitung von:</b>	<b>08/2021</b>
<b>Nächste Überprüfung geplant:</b>	<b>07/2026</b>

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

**Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online**