

# STEROIDE FÜR DIE AKUT- BEHANDLUNG VON CED



**CROHN COLITIS  
SCHWEIZ**

Schweizerische Morbus Crohn/  
Colitis ulcerosa Vereinigung

**fokus**

Ein kleiner Ratgeber für Betroffene



## IMPRESSUM

Broschüre der Crohn Colitis Schweiz,  
Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung  
**Auflage:** 6000 Exemplare

**Herausgeber:**  
Crohn Colitis Schweiz  
Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung  
5000 Aarau  
Telefon/Fax: 0800 79 00 79  
welcome@crohn-colitis.ch  
Postkonto: 50-394-6

**Projektleitung und Redaktion:**  
Centerview GmbH  
Dr. Nadine Zahnd-Straumann  
info@centerview.ch

**Medizinische Fachberatung:**  
Prof. Dr. med. Stephan Vavricka  
Zentrum für Gastroenterologie und Hepatologie  
Vulkanplatz 8, 8048 Zürich-Altstetten

**Nachdruck und Wiedergabe,  
auch auszugsweise, nur mit Genehmigung  
des Crohn-Colitis-Schweiz-Vorstandes.**  
Verwendete Fotos in dieser Zeitschrift müssen  
keinen direkten Bezug zum Text aufweisen.

**Gesamtherstellung:**  
Gutenberg Druck AG, Lachen  
www.gutenberg-druck.ch

**Korrektorat:**  
Franziska Landolt, www.1-2-fehlerfrei.ch

**Stand:** 1. Auflage, März 2019

## IBDnet

In Zusammenarbeit mit dem IBDnet  
www.ibdnet.ch

## INHALTSVERZEICHNIS

- 3 Vorwort
- 4 Was sind chronisch entzündliche Darmerkrankungen?
- 7 Was sind Kortikosteroide?
- 9 Konventionelle Steroide
- 10 Topische Steroide
- 12 Nebenwirkungen
- 13 Absetzen von Steroiden
- 14 Vitamin D und Kalzium
- 15 Jetzt Mitglied werden

# VORWORT



**Prof. Dr. med.  
Stephan Vavricka**

Zentrum für  
Gastroenterologie  
und Hepatologie,  
Zürich-Altstetten;  
Präsident IBDnet

## **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient**

In der Schweiz leben heute ungefähr 16 000 Menschen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED).

Eine chronisch entzündliche Darmerkrankung wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa ist unheilbar und wird Sie ein Leben lang begleiten. Die Krankheitsverläufe von CED sind sehr unterschiedlich und schwierig vorhersehbar, oft gekennzeichnet durch immer wiederkehrende Krankheitsschübe und Perioden, in denen sich die Krankheit wenig bemerkbar macht. Vor allem die unkalkulierbaren, plötzlich auftretenden Krankheitschübe machen einen kombinierten Therapieansatz notwendig, um die Beschwerden möglichst rasch in den Griff zu bekommen.

Kortikosteroide bilden einen wichtigen Bestandteil der CED-Therapie, vor allem in der Akutbehandlung. Diese Broschüre hat zum Ziel, Fragen rund um die Steroidtherapie auszuleuchten – sie ersetzt auf keinen Fall den Arztbesuch. Welche Therapie heute für Sie am sinnvollsten ist, müssen Ihr behandelnder Arzt und Sie gemeinsam entscheiden. Dieser Entscheid wird nicht nur durch die Ausprägung der Erkrankung bestimmt, sondern auch durch persönliche, familiäre und berufliche Gegebenheiten.

Es grüsst Sie freundlich

**Prof. Dr. med. Stephan Vavricka**

Zentrum für Gastroenterologie und Hepatologie, Zürich-Altstetten  
Präsident IBDnet

# WAS SIND CHRONISCH ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNGEN?

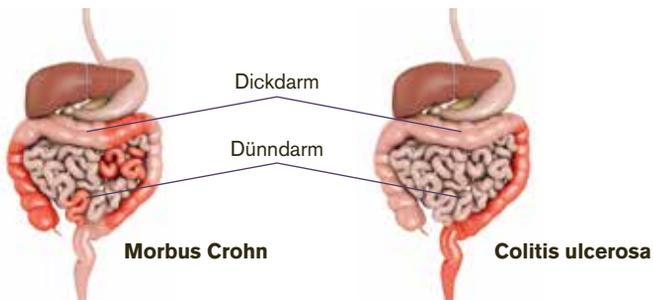
## **Morbus Crohn und Colitis ulcerosa: chronisch und unheilbar**

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa begleiten die Patienten lebenslänglich und sind unheilbar. Die Symptome manifestieren sich bei jedem Patienten anders, sind breit gefächert und reichen von leichten Bauchschmerzen bis hin zu kolikartigen Beschwerden und zahlreichen Durchfällen: Durchfall, Bauchschmerzen, Fieber, Blutungen aus dem Mastdarm, Abszesse oder Fisteln sind die häufigsten Symptome. Bei knapp einem Drittel der Patienten treten im Zusammenhang mit CED weitere Erkrankungen wie Gelenk-, Haut- oder Augenentzündungen auf. Betroffene CED-Patienten leiden oft an Müdigkeit, Schwäche und Leistungsminderung.

## **Wie unterscheiden sich Morbus Crohn und Colitis ulcerosa?**

Während beim Morbus Crohn der gesamte Magen-Darm-Trakt an verschiedenen Stellen vom Mund bis hin zum After von den Entzündungen der Schleimhaut und Läsionen betroffen sein kann, ist die Colitis ulcerosa auf den Dickdarm beschränkt. Bei der Colitis ulcerosa ist die betroffene Schleimhaut flächig und auf der Oberfläche entzündet. Die Entzündungsherde beim Morbus Crohn können bis tief ins Darmgewebe reichen und Verbindungsgänge zu anderen Organen bilden. Diese Gänge nennt man Fisteln.

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa treten an unterschiedlichen Stellen im Magen-Darm-Trakt auf.

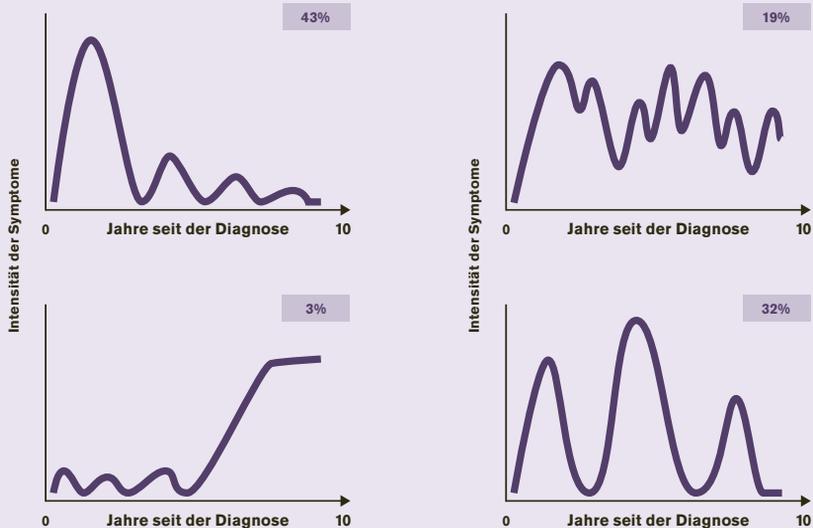


## Diagnose CED: Was erwartet Sie als Patienten?

CED verläuft bei jedem Patienten anders und ist unvorhersehbar: Phasen mit geringer Krankheitsaktivität können von schweren Schüben abgelöst werden. Gewisse Patienten erleben nur selten Krankheitschübe, andere haben häufig wiederkehrende Krankheitssymptome. Der Verlauf Ihrer Erkrankung hängt auch davon ab, welche Teile des Magen-Darm-Traktes befallen sind und wie stark die Krankheit ausgeprägt ist. Deshalb muss jeder Patient individuell beraten und betreut werden, regelmässige Arztbesuche und eine gut eingestellte Therapie sind notwendig, um die Erkrankung unter Kontrolle zu halten.

**IBSEN-Studie: Patienten wählen aus vier theoretischen, vordefinierten Krankheitsverläufen den Verlauf aus, welcher ihrem Verlauf am ehesten entspricht (n = 197).**

Solberg IC, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2007;5:1430-8 fehlende Daten: 3%



Knapp die Hälfte aller Morbus-Crohn-Patienten erleben einen ersten Krankheitsschub, doch die Symptome klingen danach ab. Demgegenüber verläuft die Krankheit bei einem Drittel der Patienten chronisch mit kontinuierlichen Schüben.

## Risikofaktoren und Komplikationen

Anhaltende Beschwerden von CED oder immer wiederkehrende Krankheitsschübe schädigen den Darm irreversibel. In der Folge können Komplikationen auftreten: Gewisse Darmabschnitte funktionieren nicht mehr richtig und der Darm kann die Nährstoffe aus der Nahrung nicht

mehr resorbieren. Nicht kontrollierte chronische Entzündungen im Darm können beim Morbus Crohn zu Verengungen, Fisteln und Abszessen führen. In diesen Fällen ist ein operativer Eingriff unumgänglich. Kinder mit CED leiden an Wachstumsstörungen.

Zu den für Colitis ulcerosa typischen Komplikationen gehören massive Blutungen, Darmkrebs und toxisches Megakolon (Erweiterung des Dickdarms mit Gefahr eines Darmdurchbruchs und Bauchfellentzündung).

Das grösste Risiko für die Ausbildung von Komplikationen ist eine schlecht eingestellte CED-Therapie; individuelle Risikofaktoren wie z.B. Rauchen bei Morbus Crohn sollten Sie mit Ihrem Arzt besprechen.

### **Ein rascher Therapiestart kann Komplikationen verhindern**

Um die Symptome unter Kontrolle zu halten und die Lebensqualität zu verbessern, benötigen die Patienten oft eine lebenslange Behandlung. Ziel jeder Therapie sollte eine möglichst gute Linderung der Symptome sein, damit der Patient seinen Alltag gestalten und meistern kann. Eine gute Kontrolle der Krankheitsbeschwerden ist sehr wichtig, denn die chronische Entzündung kann den Darm irreversibel schädigen; in der Folge können Komplikationen auftreten.

### **Die Therapiepyramide:**

#### **Symptome schnell und lang anhaltend lindern**

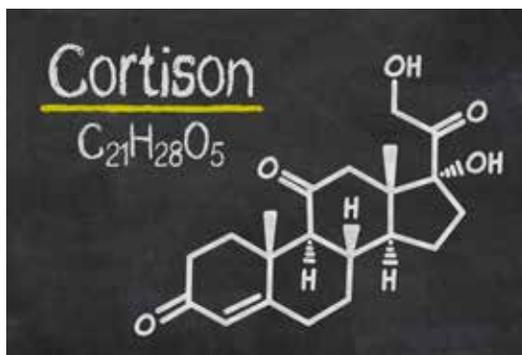
Ziele einer Behandlung von CED sind in erster Linie die Linderung der Beschwerden und die Unterdrückung von Entzündungen im Magen-Darm-Trakt. Zurzeit gibt es zwar keine Heilung, aber es stehen wirksame Medikamente und Behandlungsoptionen zur Verfügung, welche die Symptome markant minimieren.

Das Therapieziel heute bei CED ist nicht nur eine Abheilung der Darmschleimhaut, sondern die vollständige Kontrolle der Erkrankung mit histologischer Remission ohne Kortikosteroide. Der wichtigste erste Therapieschritt ist die schnelle Einleitung der Remission (Abnahme von Symptomen). Hierzu werden oft rasch wirksame und immunmodulierende Medikamente wie Kortikosteroide eingesetzt. Im zweiten Therapieschritt gilt es, die Remission über einen möglichst langen Zeitraum zu erhalten und so die Krankheit langfristig zu kontrollieren. Aufgrund der Nebenwirkungen sind Kortikosteroide hierfür nicht geeignet, es werden je nach Erkrankung und Schweregrad Aminosalicylate, Azathioprin oder Biologika eingesetzt. Die Erhaltungstherapie begleitet die Patienten ein Leben lang.

# WAS SIND KORTIKOSTEROIDE?

«Kortison», «Prednison», «Steroide» oder «Glukokortikoide» sind verschiedene Bezeichnungen für dieselbe Gruppe von Medikamenten. Sie ähneln einem körpereigenen Hormon, das allergische und entzündliche Reaktionen hemmen kann. Kortikosteroide sind hochwirksame medikamentöse Substanzen, welche innerhalb von wenigen Stunden ihre Wirkung entfalten können. Deshalb werden sie vor allem bei mittelschweren bis schweren akuten Schüben von CED eingesetzt, wobei bereits nach 1–4 Wochen Therapiedauer eine Symptombesserung zu beobachten ist. Sobald Patienten unter Therapie beschwerdefrei sind, sollten die Kortikosteroide abgesetzt werden. Eine Dauertherapie kann nämlich einige irreversible Nebenwirkungen aufweisen.

Die körpereigene Form der Steroide sind Kortison, Kortisol und Kortikosteron. Sie werden in unserer Nebennierenrinde gebildet und haben eine Reihe wichtiger Funktionen, z. B. in der Regulation des Blutdrucks und dem Abbau von Kohlenhydraten und Proteinen. Zudem helfen sie dem Körper, sich bei körperlichen Belastungen anzupassen. Werden Steroide in medikamentöser Form dem Körper zugeführt, dienen sie u. a. der Reduktion der Entzündung bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.



### **Wie effektiv sind Steroide in der Behandlung von CED?**

Klinische Studien haben gezeigt, dass Steroide als Akuttherapie eines aktiven Krankheitsschubes sehr effektiv sind, sowohl bei Morbus Crohn als auch bei Colitis ulcerosa. Steroide scheinen aber wenig wirksam in der Erhaltung der Remission. Sobald eine Krankheitsremission erreicht ist, sollten die Steroide aufgrund ihrer limitierten Wirksamkeit und ihrer Nebenwirkungen im Rahmen der Erhaltungstherapie abgesetzt werden.

### **Welche Steroide werden zur Therapie eingesetzt und wie?**

Normale «konventionelle» Steroide werden nach ihrer Einnahme als Tablette schnell und nahezu vollständig im Magen-Darm-Trakt aufgenommen. Das Medikament kann auch als Infusion verabreicht werden. Konventionelle Steroide wirken sehr schnell systemisch im ganzen Körper und vermag auch Beschwerden zu lindern, welche nicht den Darm betreffen, aber im Zusammenhang mit CED stehen. Das können Entzündungen der Augen, der Haut oder der Gelenke sein.

Da Steroide nebst der gewünschten Wirkung auch Nebenwirkungen hervorrufen können und beim Absetzen Vorsicht geboten ist, wurden weitere Steroide entwickelt, welche nur lokal im Darm wirksam sind, sogenannte lokal wirksame «topische» Steroide. Topische Steroide werden als Tabletten, Granulat oder Kapseln eingenommen oder in Form eines Rektalschaumes oder Einlaufes verabreicht.

### **Wie lange?**

Im Allgemeinen sollte eine Steroidtherapie nie länger als drei Monate gegeben werden, da sonst mit langfristigen schweren Nebenwirkungen zu rechnen ist. Topische Steroide können bei Bedarf über einen längeren Zeitraum von maximal sechs Monaten eingesetzt werden.

### **Steroidrefraktärität und Steroidabhängigkeit**

Wenn sich bei der Behandlung eines Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa trotz Steroidtherapie die Symptome nicht mehr beherrschen lassen oder nicht vollständig beseitigt werden, spricht man von einer Steroidrefraktärität.

Treten hingegen Symptome beim Ausschleichen der Steroide frühzeitig wieder auf, besteht eine Steroidabhängigkeit. In diesem Fall muss eine alternative Therapie, beispielsweise mit Immunsuppressiva, eingeleitet werden.

# KONVENTIONELLE STEROIDE

Konventionelle Steroide werden hauptsächlich bei akuten Krankheits-schüben von CED eingesetzt, eine längere Therapiedauer von mehr als drei Monaten sollte vermieden werden. Patienten erleben meist bereits innerhalb der ersten Tage nach Therapiebeginn eine Verbesserung ihrer Beschwerden. Die am häufigsten eingesetzten Medikamente sind Pred-nison und Prednisolon.

## **Wie werden konventionelle Steroide verabreicht?**

Eine fixe Dosierung für Kortikosteroide bei entzündlichen Darmerkran- kungen existiert nicht. Im Allgemeinen werden bei einem schweren aku- ten Schub entweder 40–60 mg pro Tag verabreicht oder es wird 1 mg/ kg Körpergewicht oral gegeben. Dabei muss jedoch bedacht werden, wie häufig der Patient Durchfälle hat. Wenn die Durchfallfrequenz sehr hoch ist, ist die Resorption oraler Steroide deutlich erniedrigt und eine intravenöse Gabe anzustreben. Die intravenöse Verabreichung bleibt schwersten Verlaufsformen von CED vorbehalten und erfordert die Hospitalisierung des Patienten.

Bei der oralen Einnahme klingen die Symptome normalerweise inner- halb von einer bis vier Wochen ab, während eine Verbesserung der Beschwerden bei der intravenösen Gabe innerhalb von zehn Tagen einsetzt.

## **Konventionelle Steroide und ihre Nebenwirkungen**

Konventionelle Steroide entfalten ihre Wirkung systemisch im ganzen Körper. Deshalb leiden Patienten, welche über einen längeren Zeitraum mit konventionellen Steroiden behandelt werden, vermehrt an Neben- wirkungen (siehe Kapitel «Nebenwirkungen»).

# TOPISCHE STEROIDE

Topische Steroide wirken hauptsächlich in der Darmschleimhaut des Dickdarms und werden im Körper rasch abgebaut. Dies kommt dadurch zustande, dass topische Steroide nach der Aufnahme im Darmtrakt und der nachfolgenden Passage durch die Leber von dieser – noch bevor es in den übrigen Körper gelangt – zu einem grossen Teil gleich wieder abgebaut werden. Sie rufen deshalb auch deutlich weniger Nebenwirkungen hervor als konventionelle Steroide und können bei Bedarf über einen längeren Zeitraum von maximal sechs Monaten eingesetzt werden.

## **Welche topischen Steroide existieren und wie werden sie verabreicht?**

Topische Steroide werden hauptsächlich bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn im Ileum und oberen Teil des Dickdarms eingesetzt. Hier wird meist Budesonid in einer Dosierung von 6 bis 9 mg täglich eingesetzt,



welches als Tabletten, Kapseln oder Granulat (Budenofalk®/-Uno und Entocort® bei Morbus Crohn, Cortiment® MMX® bei Colitis ulcerosa), als Rektalschaum (Budenofalk®) oder als Einlauf (Entocort®) verabreicht wird. Die rektale Anwendung zeigt eine sehr gute Wirkung bei Colitis-ulcerosa-Patienten, bei denen nur gerade das Rektosigmoid (letzte 40 bis 60 cm des Dickdarms) mit leichtem bis mittelschwerem Ausmass befallen ist.

Herkömmliche Budesonid-Kapseln und -Granulat wirken bei Morbus Crohn lokal begrenzt hauptsächlich am Übergang von Dünn- zu Dickdarm; ungefähr 41–55% der Morbus-Crohn-Patienten leiden an diesem ileozökalen Befall.

Bei der Budesonid-MMX®-Darreichungsform erfolgt die Freisetzung des Wirkstoffes über einen grossen Abschnitt des Dickdarms hinweg, weshalb diese Darreichungsform bei Colitis ulcerosa zum Einsatz kommen kann, nicht aber bei Morbus Crohn.

Topisches Steroid	Zugelassen für	Verabreichungsformen	
		Oral	Rektal
<b>Budenofalk®/-Uno</b>	Morbus Crohn Kollagene Colitis	x	
<b>Budenofalk® Rektalschaum</b>	Colitis ulcerosa		x
<b>Cortiment® MMX®</b>	Colitis ulcerosa	x	
<b>Entocort®</b>	Morbus Crohn	x	x

Stand der Information: Februar 2019.

# NEBENWIRKUNGEN

Viele Patienten, bei denen Kortikosteroide zur Behandlung einer Darm-entzündung eingesetzt werden, leiden an Nebenwirkungen der Therapie, vor allem bei einer Therapie mit konventionellen Steroiden. Fast jedem Betroffenen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind diese bekannt.

## Hierzu zählen:

- **Kreislauf:** Bluthochdruck, Wassereinlagerungen (Ödeme) und damit Gewichtszunahme
- **Stoffwechseleffekte:** Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfette, Gewichtszunahme, «Vollmondgesicht», «Büffelnacken», Elektrolytstörungen, Schwächung der Immunabwehr
- **Psyche:** am Anfang der Therapie entstehen oft Euphorie und Schlaflosigkeit, bei längerer Therapie Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Leistungsschwäche und Depression, Psychosen (Unruhe, Aggressivität), Stimmungsschwankungen
- **Haut:** starke Akne, erhöhte Verletzlichkeit der Haut (Brüchigkeit, Einblutung), vermehrter Haarwuchs, Wundheilungsstörungen
- **Auge:** grauer und grüner Star
- **Magen:** Magenbeschwerden, v. a. bei gleichzeitiger Einnahme von Schmerzmitteln: Auftreten von Geschwüren (Ulkus)
- **Knochenstoffwechsel:** Knochenschwund («Osteoporose»)
- **Muskelschwund**
- **Hormonal:** Unterdrückung der Nebennierenrinde, Wachstumsverzögerung bei Kindern

# ABSETZEN VON STEROIDEN

Werden Steroide länger als einige Tage eingenommen, ist es sehr wichtig, das Medikament nicht abrupt abzusetzen, sondern die Dosis unter medizinischer Anleitung schrittweise zu reduzieren. Bereits nach wenigen Tagen der Steroideinnahme wird die körpereigene Kortisolproduktion durch die Nebennierenrinde eingestellt. Werden die Medikamente schlagartig abgesetzt, kann es zu einer schweren körperlichen Beeinträchtigung kommen, der sogenannten Nebennierenrindeninsuffizienz (vor allem bei konventionellen Steroiden), wobei die Kontrolle des Blutdrucks sowie Blutzuckerspiegels nicht mehr gewährleistet sind. Es kann zu Symptomen wie Adynamie, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, tiefem Blutdruck mit Schwindel beim Aufstehen, Bauchschmerzen, Bewusstseinsstrübung bis hin zum vollständigen Darniederliegen des Kreislaufes mit Koma oder Tod kommen.

## **Schrittweise Dosisreduktion**

Kortikosteroide dürfen bei einer längeren Anwendung nur unter langsamer Dosisreduktion abgesetzt werden. Je nach vorangegangener Therapiedauer, Höhe der Dosis und Schweregrad der Erkrankung findet die Reduktion der Dosis in Schritten von 10 mg bis 2,5 mg statt.

## **Steroide abgesetzt – welche Therapie passt, um die Krankheitsremission zu erhalten?**

Konnte der akute Krankheitsschub mithilfe der Kortikosteroide unter Kontrolle gebracht werden, gilt es, die Remission über einen möglichst langen Zeitraum zu erhalten und damit dem Patienten eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen.

Für die Remissionserhaltung bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa stehen verschiedene Therapieoptionen zur Verfügung. Sie reichen von den Aminosalicylaten über Immunsuppressiva bis hin zu den Biologica, Biosimilars und neueren Wirkmechanismen, den sogenannten small molecules. Detaillierte Informationen hierzu finden sich in der fokus-Broschüre «Chronisch entzündliche Darmerkrankung: Therapie von CED heute und morgen».

# VITAMIN D UND KALZIUM

Kortikosteroide interagieren einerseits mit dem körpereigenen Elektrolythaushalt, andererseits stören sie den Vitamin-D-Stoffwechsel. Dies kann, vor allem bei längerer systemischer Kortikosteroidtherapie, zu Knochenschwund, der sogenannten Osteoporose, führen. Die Folge davon ist eine reduzierte Knochendichte und somit eine erhöhte Gefahr von Knochenbrüchen.

Diese Krankheit kann prophylaktisch durch die regelmäßige Einnahme von Kalzium und Vitamin D3 angegangen werden. Während einer längeren Therapie mit Kortikosteroiden ist es zudem wichtig, regelmäßige Kontrollen der Blut- und Knochenwerte beim Arzt durchzuführen.



# JETZT MITGLIED WERDEN

und Crohn Colitis Schweiz dauerhaft unterstützen!

Die Anmeldung ist auch auf unserer Website möglich: [www.crohn-colitis.ch](http://www.crohn-colitis.ch)



## Anmeldeformular

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Morbus Crohn und trete der Crohn Colitis Schweiz bei (Jahresbeitrag Fr. 60.–)     | <input type="checkbox"/> Ich möchte Crohn Colitis Schweiz fördern (Jahresbeitrag Fr. 60.–) |
| <input type="checkbox"/> Ich leide an Colitis ulcerosa und trete der Crohn Colitis Schweiz bei (Jahresbeitrag Fr. 60.–) | <input type="checkbox"/> Ich schone die Umwelt und erhalte alle Unterlagen nur per E-Mail  |

**Ausschneiden und einsenden an Crohn Colitis Schweiz, 5000 Aarau  
oder per E-Mail an [welcome@crohn-colitis.ch](mailto:welcome@crohn-colitis.ch)**

Name, Vorname

.....

Adresse

.....

PLZ, Ort

.....

Beruf

.....

Geburtsdatum

.....

Telefon Privat

.....

E-Mail

.....

Ort, Datum

.....





## CROHN COLITIS SCHWEIZ

Schweizerische Morbus Crohn/  
Colitis ulcerosa Vereinigung

Crohn Colitis Schweiz

5000 Aarau

[www.crohn-colitis.ch](http://www.crohn-colitis.ch)

Postkonto für Spenden: 50-394-6

0800 79 00 79

[welcome@crohn-colitis.ch](mailto:welcome@crohn-colitis.ch)

Mit freundlicher Unterstützung von:

