

Beschwerden nicht nur Gluten-abhängig

Zöliakie-Kranke entwickeln vermehrt Reizdarmsyndrom



© guukaa / stock.adobe.com

Menschen mit endoskopisch gesicherter Zöliakie-Diagnose tragen ein deutlich erhöhtes Risiko, später auch noch die Diagnose Reizdarmsyndrom zu erhalten.

Ähnlich wie durch Infektionen oder entzündliche Darmerkrankungen kann ein Reizdarmsyndrom (RDS) wohl auch durch eine Zöliakie getriggert werden: Darauf deutet zumindest eine Studie mit mehr als 27.000 Zöliakiekranken aus Schweden hin. Die Betroffenen hatte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein mehr als verdreifachtes Risiko für eine spätere RDS-Diagnose.

Für die Studie wurden 27.262 Personen ab dem Zeitpunkt einer Histologie-basierten Zöliakiediagnose sowie 132.922

nach Alter und Geschlecht passende Kontrollen aus der Allgemeinbevölkerung durchschnittlich elf Jahre lang nachbeobachtet.

Risikosteigerung auf das 3,1-Fache

Um einen Überwachungsbias zu vermeiden, wurden nur RDS-Diagnosen mit einem Mindestabstand von einem Jahr zur Zöliakiediagnose berücksichtigt. Eine solche Diagnose bekamen in der Zöliakiegruppe 2,7%, in der Kontrollgruppe waren es nur 0,9%. Damit entfiel auf 60 Zöliakiepatienten im Laufe von zehn Jahren eine zusätzliche RDS-Diagnose. Unter Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren (Bildungsniveau, Herkunftsland, Charlson-Comorbidity-Index, frühere stationäre Behandlungen) entsprach dies

einer Risikosteigerung auf das 3,1-Fache, mit ähnlichen Werten für RDS vom Diarrhö- und vom Nicht-Diarrhö-Typ (adjustierte Hazard Ratio, aHR 3,0 und 3,2). Ein erhöhtes RDS-Risiko bei Zöliakie fand sich unabhängig von Alter, Geschlecht und Kalenderjahr. Das relative Risiko, neu ein RDS zu entwickeln, ging zwar mit dem zeitlichen Abstand zur Zöliakiediagnose zurück, es war aber auch zehn Jahre danach noch doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (aHR 2,0). Nach 15 Jahren hatten 3,2% der Zöliakiepatienten und 1,1% der Kontrollen ein RDS diagnostiziert bekommen.

Dr. Beate Schumacher

Mårild K et al. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2024; <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2024.01.048>

Upadacitinib und Mirikizumab

Colitis ulcerosa: Konsultationsfassung der Leitlinie veröffentlicht

Das seit 2018 jährliche Update der S3-Leitlinie Colitis ulcerosa steht als Konsultationsfassung zur Verfügung. Eingearbeitet worden sind in erster Linie die Daten zu zwei neuen Wirkstoffen.

Die Informationen zu den neuen Wirkstoffen Upadacitinib und Mirikizumab für Patientinnen und Patienten mit Colitis ulcerosa waren zum Zeitpunkt der Verabschiedung der bislang noch gültigen Leitlinienfassung im Mai 2022 noch nicht verfügbar. Nun steht die Konsultationsfassung der aktualisierten Colitis-ulcerosa-Leitlinie auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zur Verfügung.

Upadacitinib (Rinvoq®) ist ein Januskinase(JAK)-Inhibitor, der im Sommer 2022 die EU-weite Zulassung zur Behandlung von Erwachsenen mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa erhalten hatte. Das Medikament kann bei Patienten angewendet werden, die auf eine konventionelle Therapie oder auf ein Biologikum unzureichend ansprechen, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen.

JAK-Inhibitoren sollen nach wie vor nur angewendet werden, wenn keine geeigneten Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen.

Zentrale Rolle bei Entzündungen

Mirikizumab (Omvo®) ist einer der ersten Interleukin(IL)-23p19-Inhibitoren, seit Sommer 2023 zugelassen in der EU

zur Behandlung bei mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa, wenn Patienten auf konventionelle oder biologische Therapien unzureichend oder nicht mehr ansprechen oder Unverträglichkeiten aufweisen.

Die DGVS hat Anfang November eine Stellungnahme zur Nutzenbewertung der Substanz beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) abgegeben. Darin wird auf die zentrale pathophysiologische Rolle von IL-23 im Entzündungsgeschehen hingewiesen sowie auf den potenziellen Vorteil der spezifischen Bindung an die p19-Untereinheit. Daraus könnte sich ein im Vergleich zu Ustekinumab (IL-12/23-Inhibitor) besseres Sicherheitsprofil ergeben.

Dr. Thomas Meißner

www.aerztezeitung.de

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.