Zu früh gefreut?

Symptomfrei ≠ Entzündungsfrei

Mukosaheilung erreichen & Risiken minimieren![1,2]

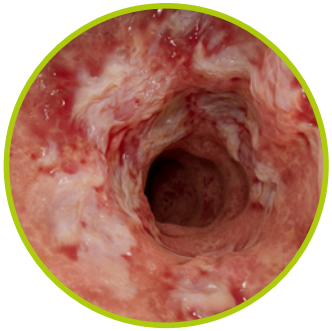


abbvie

Symptomfrei ≠ Entzündungsfrei

Wie bei einer Avocado: **Aussen scheinbar makellos, innen jedoch oft eine böse Überraschung.** Ähnlich kann es bei Ihren IBD-Patienten sein: Verbesserte Symptome oder sogar eine klinische Remission bedeuten nicht zwingend, dass die Entzündung der Mukosa abgeklungen ist.[3] Entscheidend ist daher, **Entzündungen frühzeitig zu bekämpfen** und eine **Mukosaheilung[a] anzustreben.**

Symptomfrei mit anhaltender Mukosaentzündung





Entzündungsfrei mit Mukosaheilung



Beispielhafte Endoskopie-Bilder bei UC (links: ES = 3; rechts ES = 0)
generiert von AbbVie mithilfe von künstlicher Intelligenz

IBD-PODCAST-Studie[4]

CD

88% (n=216)
der asymptomatischen CD-Patienten hatten eine aktive Entzündung[4]

UC

94% (n=97)
der asymptomatischen UC-Patienten hatten eine aktive Entzündung[4]

Mit Mukosaheilung[a] bessere Langzeit-Outcomes erreichen[1,2,5-7]

CD

Meta-Analyse mit 673 Patienten aus 12 Studien:[5,b]
Mukosaheilung assoziiert mit langfristiger klinischer Remission

Langfristige klinische Remission
(≥ 50 Wochen) erreicht von:[5]



69 %
der Patienten **mit Mukosaheilung**



43 %
der Patienten **ohne Mukosaheilung**

bei der 1. Untersuchung (≤ 6 Monate nach Behandlungsstart)

Mit Mukosaheilung:

Bis zu **-84 %** geringeres Risiko für **Hospitalisierungen**[1,c]

Bis zu **-89 %** geringeres Risiko für **Operationen**[6,d]

UC

– 50 %
geringeres Risiko für einen **klinischen Rückfall**[7,e]

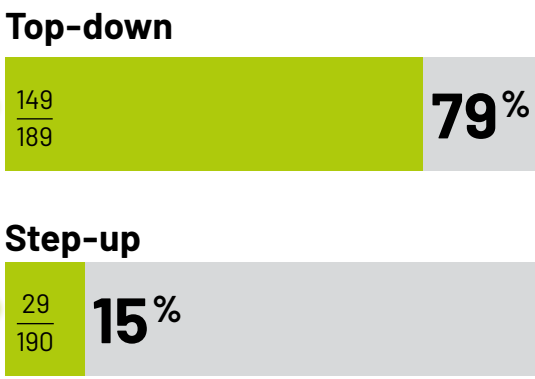
– 72 %
geringeres Risiko für **Hospitalisierungen**[2,f]

–88 %
geringeres Risiko für **Kolektomie**[2,f]

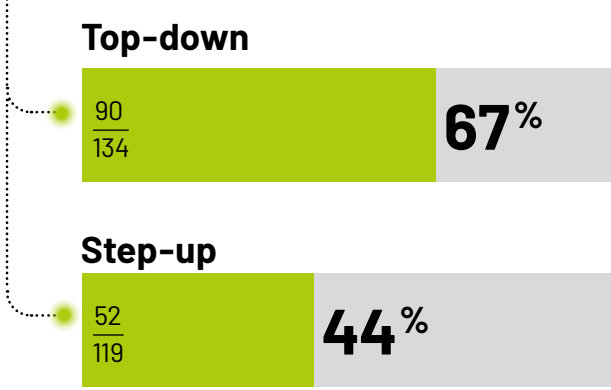
PROFILE-Studie: Top-down-Behandlungsansatz als Standard of Care für neudiagnostizierte CD-Patienten[13,g]

CD

Anhaltende steroidfreie und operationsfreie Remission
in Woche 48 (primärer Endpunkt)



Endoskopische Remission (SES-CD = 0)
in Woche 48 (sekundärer Endpunkt)



Weitere Benefits vom Top-down- im Vergleich zum Step-up-Ansatz:[13]

Verbesserte Lebensqualität (Verbesserung des IBDQ um 8,54 Punkte)
Reduzierter Steroidgebrauch (0,87 weniger Steroid-Kuren pro Patient/Jahr)
Weniger Schübe mit erforderlicher Therapieeskalation (1,29 weniger Schübe pro Patient/Jahr)

Sicherheitsdaten[13]

Die Studie war nicht darauf ausgelegt, einen Unterschied bei den Sicherheitsendpunkten zu zeigen.

Unerwünschte Ereignisse: 168 (Top-down) vs. 315 (Step-up)
Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse: 15 (Top-down) vs. 42 (Step-up)
Komplikationen mit erforderlicher abdominaler Operation: 1 (Top-down) vs. 10 (Step-up)
Schwere Infektionen: 3 (Top-down) vs. 8 (Step-up)

Die Krankheitskontrolle bei IBD zu optimieren erfordert einen ganzheitlichen Ansatz[8]

CD & UC

Erwägen Sie eine Änderung der Therapie, wenn diese Ziele nicht erreicht wurden[9]

Biomarker[9]
Fäkales Calprotectin (FC) und C-reaktives Protein (CRP) haben sich nicht normalisiert.

Endoskopische Ziele[9]
Die endoskopischen Behandlungsziele sind nicht erreicht.

Lebensqualität und Behinderung[9]
Die Lebensqualität hat sich nicht normalisiert – anhaltende Symptome/Schübe.

Kortikosteroide[10,11]
Der Patient ist auf Kortikosteroide angewiesen oder es besteht ein übermässiger Gebrauch von Kortikosteroiden.

Bildgebung des Darms[9,12]
Nichtinvasive Methoden, wie z. B. IUS, zeigen keine Verbesserung, die möglicherweise auf eine Mukosaheilung hinweist.

Mukosaheilung[a] als Therapieziel anstreben

Zentrale Rolle in Leitlinien aus Deutschland – richtungsweisend für Therapieerfolg[14,15]

Colitis ulcerosa[14]

Aktualisierte Leitlinie
November 2025

«Mukosaheilung ist mit einem **günstigen Krankheitsverlauf** assoziiert **und sollte als Therapieziel angestrebt werden.**

Zur Beurteilung des Therapieansprechens sollte eine **endoskopische Kontrolle 6–12 Monate nach Therapiebeginn erfolgen.»**

Morbus Crohn[15]

«Ziel der Therapie sind […] eine steroidfreie Remission, eine normale Lebensqualität und eine Reduktion von Morbus-Crohn-bedingten Komplikationen, wie zum Beispiel Hospitalisierungen und Operationen.

In diesem Zusammenhang spielt auch die **Mukosaheilung eine wichtige Rolle,** da in verschiedenen Studien gezeigt werden konnte, dass eine Heilung der Mukosa mit **geringeren Raten von Hospitalisierung und Operationen einhergeht.»**

Fussnoten: a Zur Bewertung der Mukosa können in Studien zu IBD-Therapien verschiedene endoskopische Endpunkte herangezogen werden, darunter: endoskopische(s) Ansprechen, Verbesserung, Remission, ulkusfreie Endoskopie und Histologie. **b** Studiendesign: Die Auswirkungen der nach einer medikamentösen Therapie bei CD erreichten Mukosaheilung wurden in einer Metaanalyse von 673 Patienten aus 12 Studien bewertet. Diese umfassten 8 nicht randomisierte, prospektive, beobachtende Kohortenstudien, 3 Post-hoc-Analysen randomisierter klinischer Studien und 1 randomisierte klinische Studie. Definitionen Mukosaheilung: 8 Studien definierten Mukosaheilung als einen SES-CD von 0 oder als das vollständige Fehlen von Ulzerationen; die übrigen Studien definierten Mukosaheilung als einen SES-CD von 0–2 ohne Ulzerationen, Lewis-Score < 135, SES-CD 0–3, oder einen ES von 0 oder 1 auf einer Skala bis zu 2. **c** Retrospektive Analyse mit 84 Biologika-behandelten CD-Patient·innen. Fehlen einer Mukosaheilung (CDEIS > 0 und < 4) mit einem höheren Risiko für CD-bedingte Hospitalisierungen assoziiert vs. mit Mukosaheilung (CDEIS = 0): HR = 6,4 (95%-KI = 1,3–32,6); p = 0,024. **d** Retrospektive Analyse mit 76 CD-Patienten. Vorliegen einer hohen Krankheitsaktivität (modifizierter SES-CD ≥ 4) mit einem höheren Risiko für Operationen assoziiert vs. Vorliegen einer niedrigen Krankheitsaktivität (modifizierter SES-CD < 4): HR = 9,38 (95%-KI = 1,20–73,5); p = 0,033. **e** Metaanalyse von 17 Studien mit 2608 UC-Patienten. Medianes 12-Monats-Risiko eines klinischen Rückfalls, wenn keine Mukosaheilung erreicht wurde (ES = 1): 29 % vs. geschätzter jährlicher klinischer Rückfall, wenn eine Mukosaheilung erreicht wurde (ES = 0): 14% (auf Grundlage des medianen 12-Monats-Risikos eines klinischen Rückfalls). **f** Bei UC mit Mukosaheilung: 72% geringeres Risiko für Hospitalisierungen und 88 % geringeres Risiko für Kolektomie (Analyse mit 157 UC-Patienten beim 5-Jahres-Follow-up aus einer 25-jährigen, prospektiven, spitalbasierten Inzeptionskohortenstudie. Fehlen einer Mukosaheilung [modifizierter Baron-Index 1–3] vs. Erreichen einer Mukosaheilung [modifizierter Baron-Index = 0]: HR für Hospitalisierung = 3,634 [95%-KI = 1,556–8,485]; p = 0,0029; HR für Kolektomie = 8,397 [95%-KI = 1,278–55,186]; p = 0,0268). **g** PROFILE (PRedicting Outcomes For Crohn's disease using a moLecular biomarker) war eine multizentrische, offene, biomarker-stratifizierte, randomisierte kontrollierte Studie bei Erwachsenen mit neu diagnostiziertem aktiven Morbus Crohn. Die Patienten wurden randomisiert einer Top-down-Strategie (frühe kombinierte Immunsuppression mit Infliximab und Immunmodulator; n = 189) oder einer beschleunigten Step-up-Strategie (konventionell; n = 190) zugeteilt. Der primäre Endpunkt war eine anhaltende steroidfreie und operationsfreie Remission bis Woche 48. Patienten in der PROFILE-Studie waren naiv gegenüber Immunmodulatoren und biologischer Therapie.

Abkürzungen: CD: Morbus Crohn (Crohn's Disease) | **CDEIS:** Crohn's disease index of severity | **CRP:** C-reaktives Protein | **ES:** Endoscopic Subscore | **FC:** Fäkales Calprotectin | **HR:** Hazard Ratio | **IBD:** chronisch entzündliche Darmerkrankung (Inflammatory Bowel Disease) | **IBDQ**: Inflammatory Bowel Disease Questionnaire | **IUS:** Darmsonographie (Intestinal Ultrasound) | **KI:** Konfidenzintervall | **SES-CD:** Simple Endoscopic Score for CD | **UC**: Colitis ulcerosa (ulcerative colitis).

Referenzen: 1. Yzet C et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020; 18; 2256–2261. **2.** Ardizzone S et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2011; 9; 483–489. **3.** Khanna R et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2022; 20; 727–736. **4.** Dignass A et al. United European Gastroenterol J. 2025; 13; 1984–1998. **5.** Shah SC et al. Aliment Pharmacol Ther. 2016; 43; 317–333. **6.** Morise K et al. World J Gastroenterol. 2015; 21; 9974–9981. **7.** Yoon H et al. Gastroenterology. 2020; 159; 1262–1275. **8.** Gonczi L et al. World J Gastroenterol. 2019; 25; 6172–6189. **9.** Turner D et al. Gastroenterology. 2021; 160; 1570–1583. **10.** Gordon H et al. J Crohns Colitis. 2024; 18; 1531–1555. **11.** Raine T et al. J Crohns Colitis. 2022; 16; 2–17. **12.** Kucharzik T et al. J Crohns Colitis. 2025; 19. **13.** Noor NM et al. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2024; 9; 415–427. **14.** Blumenstein et al. Aktualisierte S3-Leitlinie Colitis ulcerosa (Version 7.0), November 2025. DGVS. **15.** Sturm A et al. Z Gastroenterol. 2024; 62; 1229–1318.
Die Referenzen können durch Fachpersonen bei **medinfo.ch@abbvie.com** angefordert werden.

Für personenbezogene Daten, die von AbbVie erhoben werden, um Kontakte mit medizinischem Fachpersonal zu pflegen, gilt die AbbVie-Datenschutzerklärung in dem Land, in dem die betreffende medizinische Fachperson ansässig ist. Die globalen Datenschutzerklärungen von AbbVie sind unter https://privacy.abbvie/privacy-policies.html einsehbar. Sie alle enthalten zusätzliche Informationen zu den Datenschutzmassnahmen von AbbVie für medizinisches Fachpersonal, zum jeweiligen AbbVie-Datenverantwortlichen und auch dazu, wie die medizinischen Fachpersonen ihre Datenschutzrechte ausüben können.

abbvie **AbbVie AG** | Alte Steinhauserstrasse 14 | 6330 Cham

CH-IMMG-260009 DE 04/2026