Ungelöste Probleme und Therapieziele bei CED 2026



AGAPLESION
MARKUS KRANKENHAUS

GOETHE
UNIVERSITÄT
FRANKFURT AM MAIN



Axel Dignass

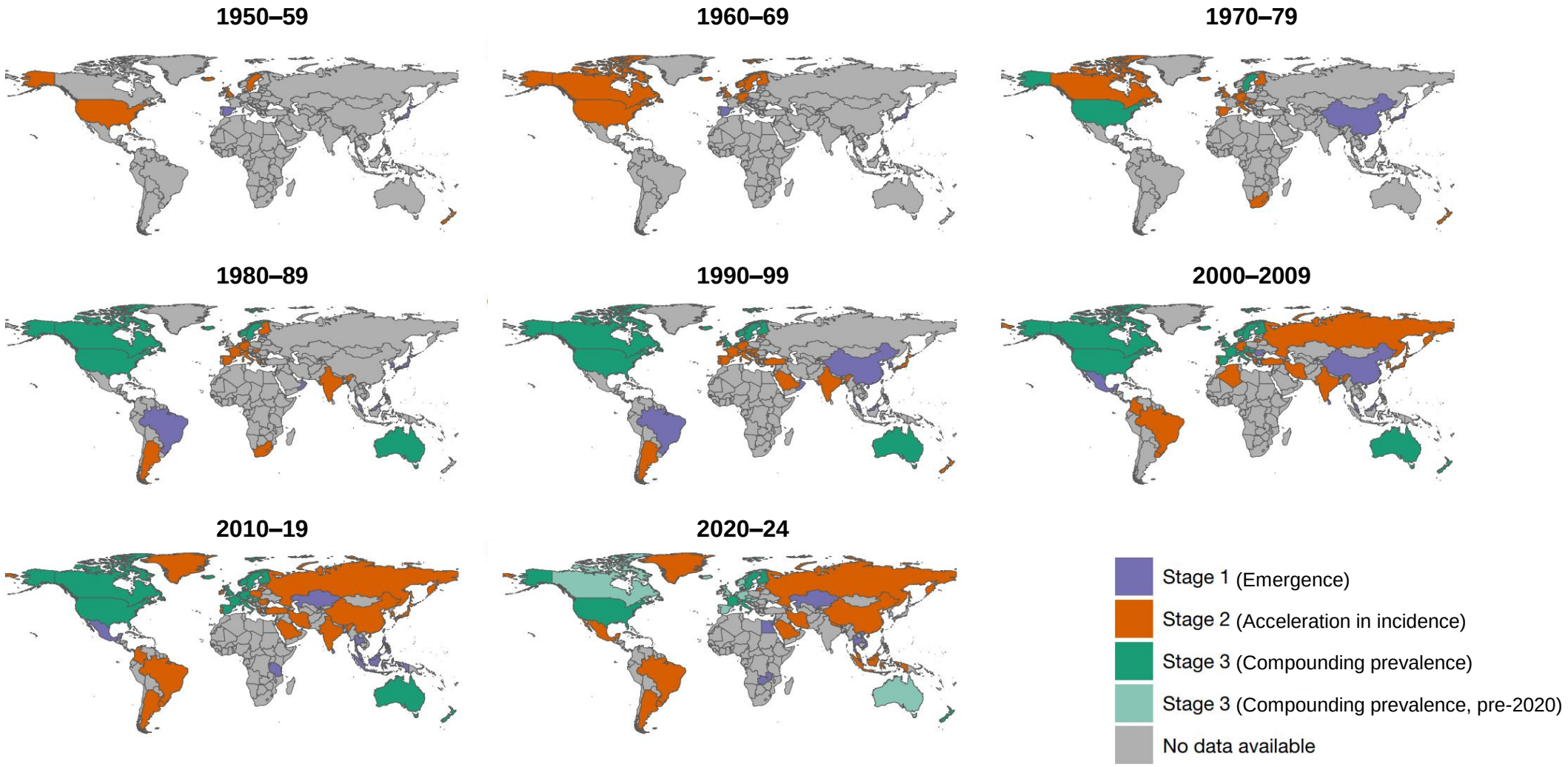
Medizinische Klinik I

Gastroenterologie, Onkologie; Pneumologie und Infektiologie

Agaplesion Markus Krankenhaus
Frankfurt / Main

CED – eine zukünftige globale Volkskrankheit?

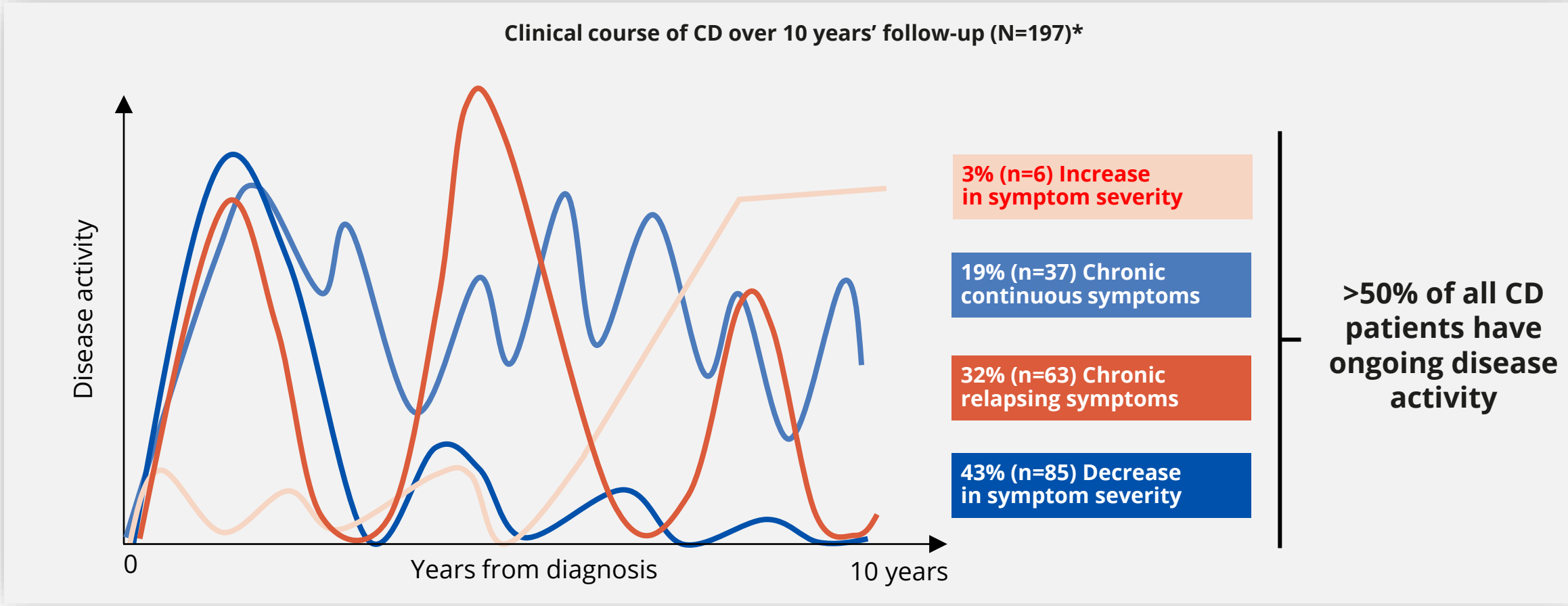
Global maps depicting epidemiological stages of IBD evolution from 1950 to 2024



Stage 1 (Emergence): low incidence and prevalence. **Stage 2 (Acceleration in incidence):** rapidly rising incidence year-on-year, while the prevalence remains low.
Stage 3 (Compounding prevalence): slowing, stabilization, or decrease in the incidence, with the prevalence continuing to accumulate due to decades of rising incidence outpacing mortality. **Stage 4 (Prevalence equilibrium)** prevalence plateaus due to mortality approximating incidence as the IBD population advances in age. Because regions cannot regress in stage, regions without data in 2020–2024 but with a previous stage 3 classification are shaded in a lighter green than regions in stage 3 that do have data during this period.

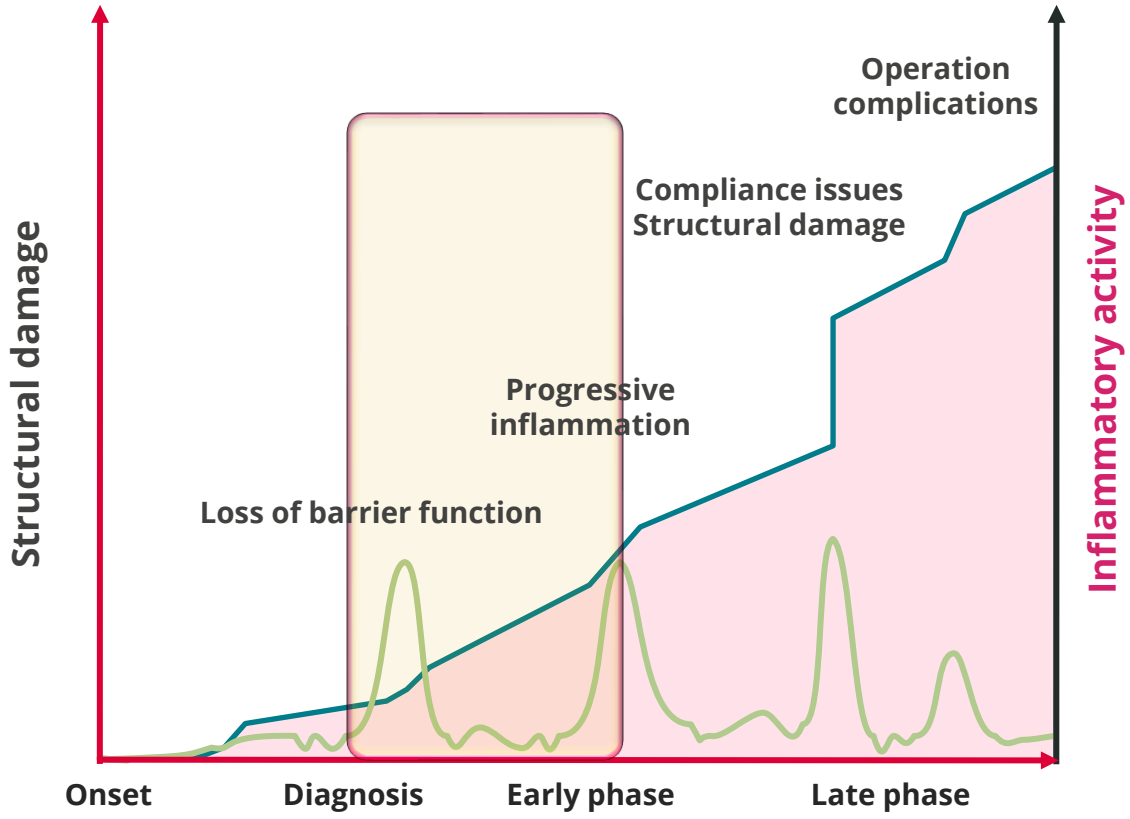
Hracs L, et al. Nature 2025;642:458-66.

Morbus Crohn – variabler Verlauf ohne Prädiktion



Adapted from: Solberg IC, et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007;5:1430–38.

Frühzeitige Diagnose und Therapiebeginn können Komplikationen und Strukturschäden reduzieren



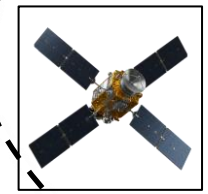
T2T, treat-to-target.
Adapted from: 1. Pariente B, et al. Inflamm Bowel Dis. 2011;17:1415–22; 2.

Fortschritte in der CED-Therapie in den letzten 30 Jahren

Prä-Biologika Zeit

Corticosteroids and immunomodulators

- Incomplete disease control
- Adverse events



Advent of infliximab[3]

Beginn der Biologika Zeit

Anti-TNF, vedolizumab, and ustekinumab led to a step forward in terms of both efficacy and safety for IBD

Etablierung Stringenter Endpunkte

Move from symptom-based treatment to objective, measurable targets, and treat-to-target strategies

Small Molecules

- S1PR modulators
- JAK inhibitors: provided a targeted orally administered option in IBD, but safety concerns arose leading to an EMA safety announcement

Neue Monitoring Strategien

- fCal and CRP as inflammation markers
- Intestinal ultrasound allowing a tight control strategy

Di Rienzo A, et al. Pharmaceutics. 2024;16:1185.; Feuerstein JD, et al. Gastroenterology. 2021:160;2496-508.;Queiroz NSF, Regueiro M. Curr Opin Gastroenterol. 2020;36:257-64;Turner D, et al. Gastroenterology. 2021;160:1570-83; Le Berre C, et al. Gastroenterology. 2022;162:1424-38, Honap S, et al. Frontline Gastroenterol. 2024;15:59-69, Choden T, et al. Gastroenterol Hepatol (N Y). 2022;18:265-71; Colombel JF, et al. Lancet. 2017;390:2779-89; de Voogd F, et al. J Crohns Colitis. 2022;16:1598-608; de Voogd F, et al. Gastroenterology. 2022;163:1569-81.

Medikamentöse Standardtherapie der CED

Probiotika
E. coli Nissle
VSL

Aminosalizylate
Mesalazin
Sulfasalazin
Olsalazin

Steroide
Prednisolon
Methylprednison
Budesonid
Hydrocortison
Beclomethason
u.a.

Supportiva
Loperamid
Ballaststoffe
Cholestyramin
Spasmolytika
Analgetika
Vitamine

Biologika
Infliximab
Adalimumab
Golimumab
Vedolizumab
Ustekinumab
Risankizumab
Guselkumab
Mirikizumab

Small Molecules
Tofacitinib
Filgotinib
Upadacitinib
Ozanimod
Etrasimod

Immunmodulatoren
Azathioprin/6-MP
MTX
Tacrolimus/Cyclosporin

Ernährung
parenteral
enteral

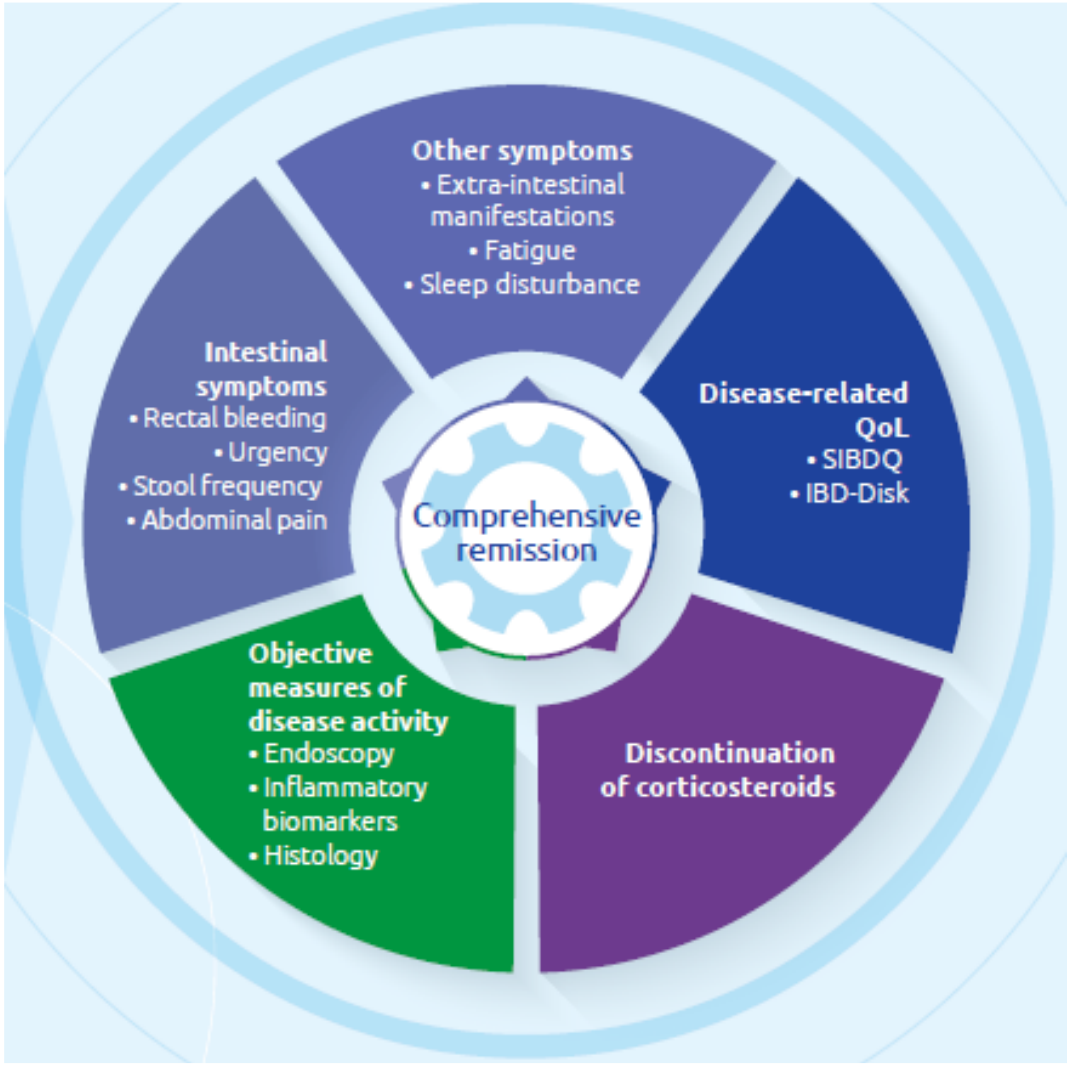
Antibiotika
Ciprofloxacin
Metronidazol

Chirurgie bei CED
z. B. bei narbigen Stenosen, Dysplasien/ Neoplasien, refraktäre Verläufe, Abszesse, lokalisierter Befall bei MC, Therapienebenwirkungen

Gordon H et al. Journal of Crohn's and Colitis 2024,; Torres J et al. J Crohns Colitis. 2022
Sturm A et al. Z Gastroenterol 2024; Blumenstein I et al. Z Gastroenterol 2026

Entwicklung der Therapieziele bei CED: Umfassende Krankheitskontrolle

- Berücksichtigung von Endpunkten
  - Mit Relevanz für Patient:inen
  - Mit Relevanz für Ärzt:innen
  - Mit Relevanz für Regulatoren und Kostenträger
  - Objektive und subjektive Aspekte



Schreiber S, Danese S, Dignass A et al., JCC 2023

Anteil von CED-Patienten mit unzureichender Krankheitskontrolle

IBD-PODCAST Studie im Real-World Setting

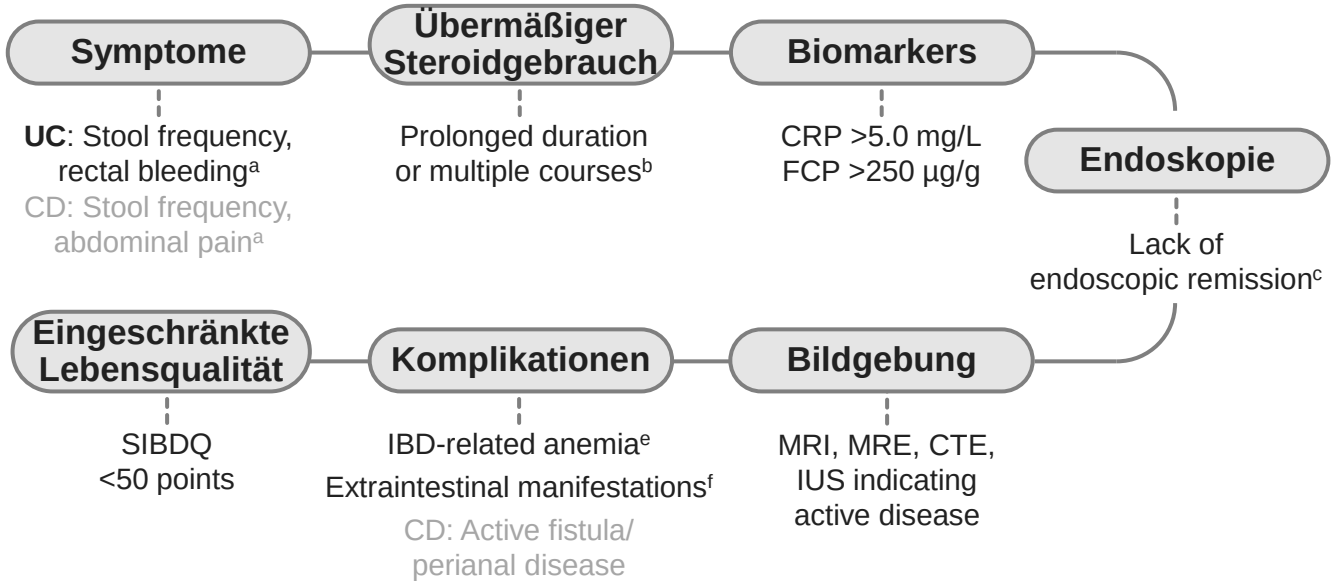
Basierend auf den STRIDE-II-Kriterien wurde eine unzureichende Krankheitskontrolle berichtet bei:

44%
Patienten mit **CU**
(477/1077)

52%
Patienten mit MC
(578/1108)

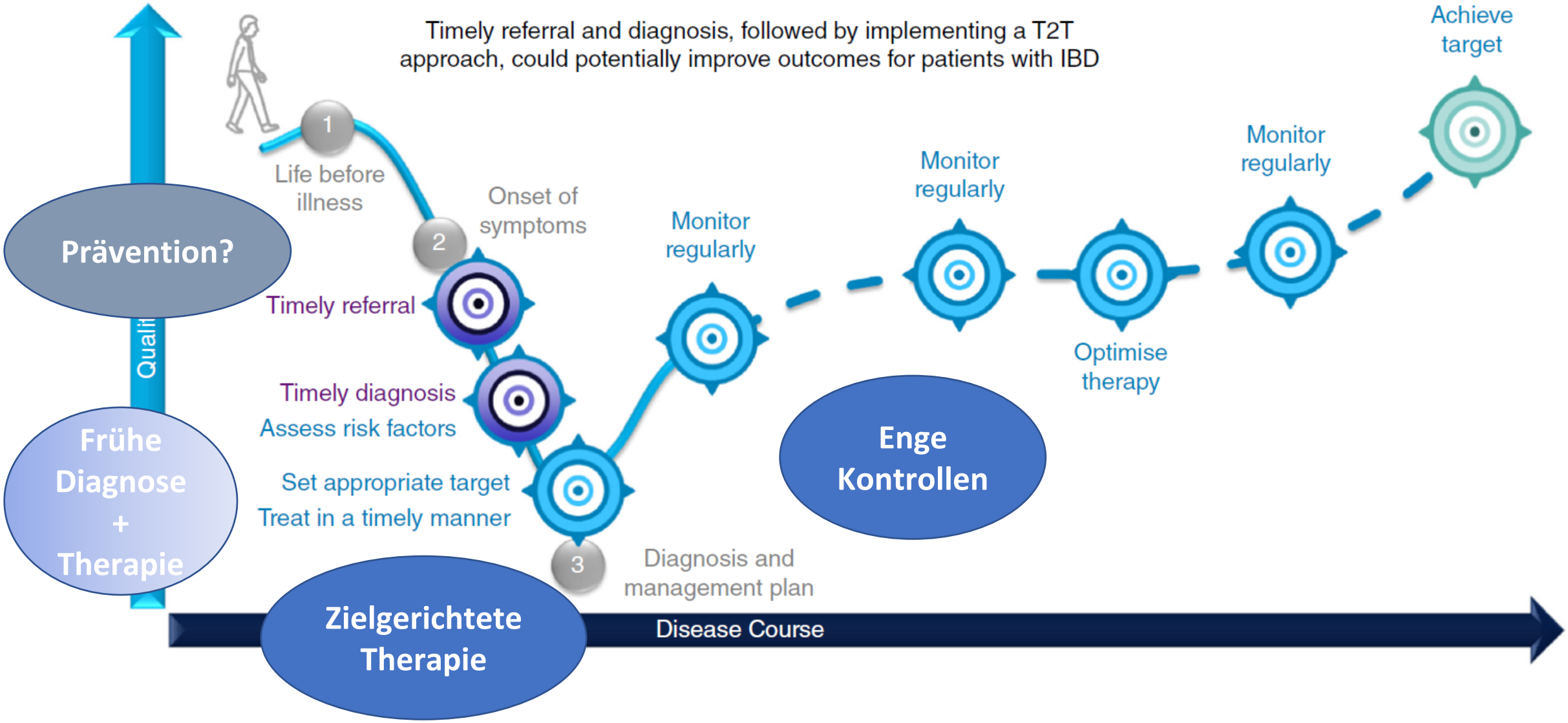
Eine retrospective Querschnittstudie, die in 10 Ländern durchgeführt wurde

Unzureichende Krankheitskontrolle in der IBD-PODCAST wurde definiert als:



[a]Short-term: <50% reduction; intermediate-term, UC: Mayo stool frequency or rectal bleeding subscore >0, CD: stool frequency >3 or Harvey Bradshaw Index abdominal pain subscore >1, or Harvey Bradshaw Index >4. [b]>6 weeks' prednisolone (≥10 mg/day or equivalent), or >1 course with current therapy in the previous 12 months. [c]UC: Mayo endoscopic score >0, CD: detection of ulcers and/or inflammatory stenosis, fistula, or strictures. [d]Hemoglobin <11 g/dL in females, <12 g/dL in males within 2 weeks of index. [e]Clinically-significant extraintestinal manifestations needing specific therapy, or one that has an independent negative impact on patient's wellbeing/QoL. See speaker notes for abbreviations.
D'Amico F, et al. United European Gastroenterol J. 2024;12(6):705-716

Wie können wir eine umfassende Krankheitskontrolle erreichen?



Dignass A et al. APT 2023