KOMPENDIUM 2021

Gastroenterologie

September 2021
Seite 24

Sonderdruck

Intravenöse/ subkutane Sequenztherapie – Hohe Akzeptanz von Infliximab zur subkutanen Injektion

Copyright & Ownership
© 2021. Thieme.
All rights reserved.
Die Zeitschrift *Kompendium Gastroenterologie* ist Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart,
Germany
ISSN 1860-6342

Thieme

Intravenöse/subkutane Sequenztherapie

Hohe Akzeptanz von Infliximab zur subkutanen Injektion

Seit einem Jahr steht zur Behandlung von Menschen mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (CED) neben der intravenösen auch eine subkutane Darreichungsform für Infliximab (Remsima®) zur Verfügung. Diese kann nach einer intravenösen Induktionstherapie als Erhaltungstherapie eingesetzt werden. Zu den bisherigen Erfahrungen und dem Stellenwert der subkutanen Formulierung gibt Prof. Stefan Schreiber, Kiel, Auskunft.

▶ **Prof. Stefan Schreiber, Direktor der Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel**

Wie hat sich die subkutane Therapie mit Infliximab bei CED bisher bewährt?

Die generelle Akzeptanz von subkutanem Infliximab in der intravenösen (i. v.)/subkutanen (s. c.) Sequenztherapie ist sehr hoch. Sowohl bei rheumatologischen als auch gastroenterologischen Patienten an unserem Entzündungszentrum wird subkutanes Infliximab als eine sehr nützliche und wirksame Ergänzung unserer bisherigen Therapieoptionen geschätzt. Die subkutane Anwendung hat sich besonders in Zeiten der Pandemie bewährt, da Klinikaufenthalte durch die einfachen Selbstinjektionen zu Hause reduziert werden konnten.

Verändert die subkutane Formulierung die Wahrnehmung von Infliximab als Therapieoption?

Ich glaube, der Einsatz von Infliximab wird dadurch erheblich versatiler: Als Ärzte glauben wir oft, dass eine i. v. Gabe gerade zu Beginn akuter Krankheitszustände mit einer höheren Wirksamkeit einhergeht als z. B. eine orale Therapie. Mit der subkutanen Infliximabbehandlung haben wir jetzt eine Ergänzung der i. v. Induktion durch eine s. c. Erhaltungstherapie. Sieht man sich die Pharmakokinetik an, macht diese Abfolge Sinn: Mit der intravenösen Infliximabtherapie erzielen wir schnell sehr hohe Maximalspiegel von mehreren 100 µg/ml. Damit erreichen wir vermutlich eine sehr gute Gewebesättigung in der Akutphase der Krankheit. Bei der s. c. Erhaltungstherapie liegen die Serumkonzentrationen konstant zwischen 20–40 µg/ml und fallen nicht auf die niedrigen Talspiegel der i. v. Therapie, die einer der wesentlichen Gründe für die Immunisierung sein dürften.

Welchen Stellenwert wird Infliximab s. c. künftig haben?

Infliximab hat nach wie vor einen hohen Stellenwert in der Therapie der CED, der durch die neue Darreichungsform weiter gestärkt wird. Die „kleine Erfindung" einer subkutanen Infliximabformulierung hat eine große Wirkung, da die Substanzklasse der TNF (Tumor-Nekrosefaktor)-Inhibitoren durch die Möglichkeit der i. v./s. c. Sequenztherapie enorm bereichert wird. Da geht es zum einen um die Nutzbarkeit – also das Konzept, dass ein Patient in einem spezialisierten Zentrum unter hohem Aufwand eine intravenöse Therapie erhält und dann in der Erhaltungstherapie ressourcensparend subkutan weiter behandelt werden kann. Es geht aber auch um einen potenziellen immunologischen Vorteil: In der Studie [1] sieht es so aus, als ob die intravenöse Gabe zu Beginn eine Toleranz gegenüber dem Wirkstoff erzeugen könnte und die Bildung neutralisierender Antikörper gegen Infliximab deutlich geringer ausfällt, wenn man mit einem hohen Serumspiegel startet und dann subkutan einen konstant hohen Talspiegel aufrecht erhält. Das ist in der Studie noch nicht erschöpfend nachgewiesen. Unsere Arbeitsgruppe forscht daher aktiv an der Theorie dieser High-Zone-Tolerance. Wir sind aktuell dabei, uns auch mit der Frage der infliximabspezifischen B- und T-Zellen zu beschäftigen.

Welche Patienten profitieren besonders von Infliximab s. c.?

Die Anwendung von Infliximab s. c. kann bei allen Patienten – unabhängig vom Schweregrad – erfolgen. Ganz klar profitieren am meisten diejenigen Patienten, die momentan ihre Biologikatherapie zu spät im Verlauf ihrer Erkrankung erhalten. Denn wir haben in Deutschland das generelle Problem, dass wir bei einer CED viel zu lange mit dem Beginn einer Biologikatherapie warten. Mit den nicht kontrollierten Entzündungen fügen wir den Patienten irreparable Schäden zu. An diesen, auch von Ärzten aufgebauten Hürden, müssen wir arbeiten. Hürden betreffen aber auch unsere Patienten – denn wer möchte schon eine lebenslange Infusionstherapie erhalten? Mit der i. v./s. c. Sequenztherapie ergeben sich neue Freiheitsgrade, die es ermöglichen können, Patienten früher für eine Biologikatherapie zu gewinnen.

Das Interview führte Dr. Friederike Lehmann.

Literatur

[1] Schreiber S et al. Gastroenterology 2021 160: 2340–2353. doi:10.1053/j.gastro.2021.02.068

Publikationshinweis

Dieser Beitrag entstand mit freundlicher Unterstützung von Celltrion Healthcare Deutschland GmbH, Bad Homburg.

Die Autorin ist Medical Team Lead, Celltrion Healthcare Deutschland GmbH.