

Rektale Therapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen



Anschriften der Verfasser

Pascal Frei

Gemeinschaftspraxis Gastroenterologie Bethanien,
Zürich, Schweiz

Gerhard Rogler

Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie,
UniversitätsSpital, Zürich, Schweiz

Korrespondenzadresse:

Gerhard Rogler

Direktor der Klinik für Gastroenterologie
und Hepatologie

UniversitätsSpital Zürich

Rämistr. 100

8091 Zürich

Schweiz

gerhard.rogler@usz.ch

Herausgeber

DR. FALK PHARMA GmbH



Leinenweberstr. 5
79108 Freiburg
Germany

Fax: 07 61/15 14-321

E-Mail: zentrale@drfalkpharma.de

www.drfalkpharma.de

Rektale Therapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Pascal Frei
Gerhard Rogler





Inhalt

Einleitung	4
Die Colitis ulcerosa	4
Der Grundbaustein der Behandlung der Colitis ulcerosa: Mesalazin	6
Tablette oder Einlauf?	7
Die Behandlung der Proctitis ulcerosa	9
Die Behandlung der linksseitigen Colitis ulcerosa	10
Wie wendet man einen Rektalschaum oder einen Einlauf an?	12
Wie lange sollte man eine rektale Therapie im Darm behalten?	12
Was, wenn die rektale Therapie nicht ausreichend wirkt?	14
Die Therapie der ausgedehnten Colitis ulcerosa, „Pancolitis“	14
Rektale Therapie zur Schubvorbeugung („Remissionserhaltung“)	16
Die rektale Therapie kann zur Schleimhautheilung beitragen	17
Wie lange sollte man eine rektale Therapie durchführen?	18
Allgemeine Tipps zur Anwendung von Zäpfchen, Einlauf und Schaum	20
Anwendung von Zäpfchen	21
Anwendung von Einläufen (Klysmen)	22
Anwendung von Schäumen	22
Fragen zur Anwendung von Einläufen	24
Patiententagebuch	26

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen wurde eine chronisch entzündliche Darm-erkrankung diagnostiziert, eine sogenannte Colitis ulcerosa. Die Colitis ulcerosa befällt nur den Dickdarm (Colon). Dieser beginnt mit dem Blinddarm im rechten Unterbauch, zieht rechts nach oben, macht unterhalb der Leber einen „Knick“ und zieht quer nach links, macht unterhalb der Milz links wieder einen „Knick“ und zieht dann nach unten zum Enddarm (siehe Abb. 1). Er liegt wie ein umgekehrtes U in der Bauchhöhle. Oft spricht man auch vom sogenannten Kolonrahmen.

Die Colitis ulcerosa

Bei der Colitis ulcerosa ist die Oberfläche der Darmwand, die Schleimhaut oder „Mucosa“, entzündet. Das löst blutige Durchfälle und Bauchkrämpfe aus. Die Entzündung ist bei der Colitis ulcerosa immer am stärksten im Enddarm vorzufinden und kann sich unterschiedlich weit im Dickdarm, kontinuierlich vom After beginnend, ausbreiten (siehe Abb. 2). Wenn nur der Enddarm entzündet ist, sprechen Ärzte von einer Proctitis ulcerosa oder kurz von einer Proctitis (siehe Abb. 2a). Wenn nur der linksseitige Anteil des Dickdarms entzündet ist, spricht man von einer linksseitigen Colitis ulcerosa (siehe Abb. 2b). Wenn der ganze Dickdarm bis zur rechten Seite und bis zum Blinddarm betroffen ist, spricht man von einer Pancolitis ulcerosa („Pan“ bedeutet „das Ganze“, Abb. 1).

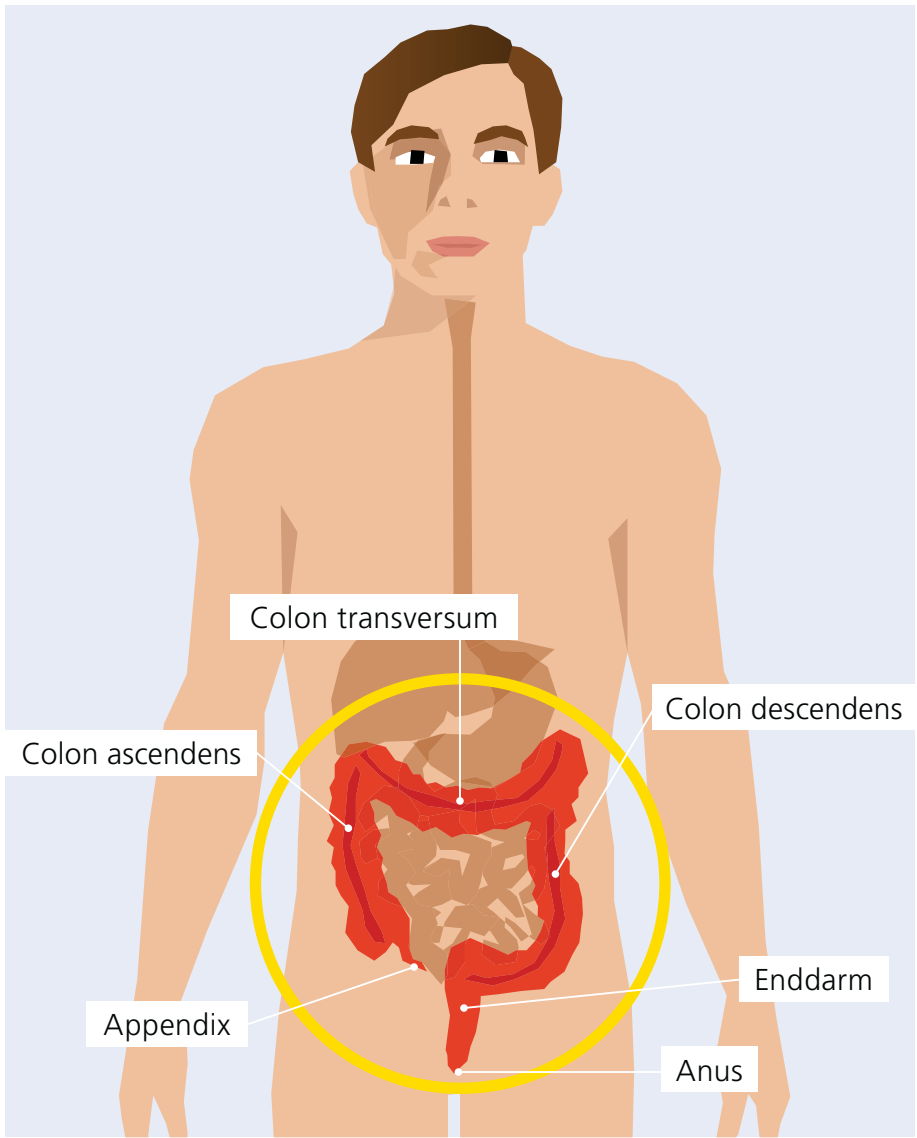


Abb. 1: Pancolitis ist eine Entzündung des gesamten Dickdarms

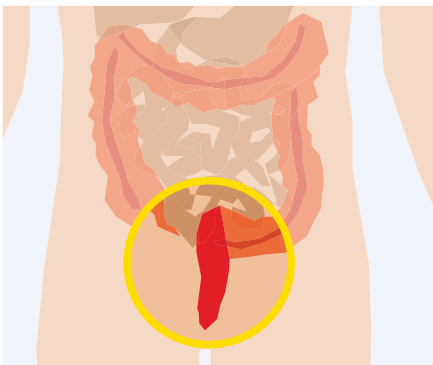


Abb. 2a: Proctitis ulcerosa

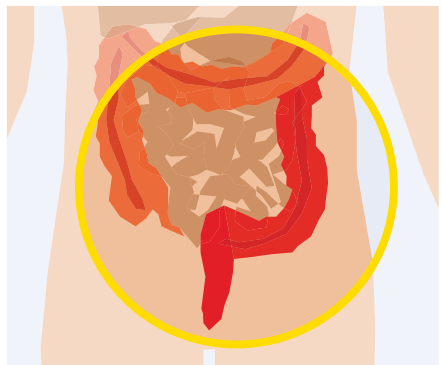


Abb. 2b: linksseitige Colitis ulcerosa

Der Grundbaustein der Behandlung der Colitis ulcerosa: Mesalazin

Grundbaustein der Behandlung von Patienten mit Colitis ulcerosa ist die Therapie mit der sogenannten 5-Aminosalicylsäure (5-ASA), auch „Mesalazin“ genannt. Mesalazin ist eine seit Langem etablierte, entzündungshemmende Substanz, die von der Mehrzahl der Colitis-Patienten, auch bei Daueranwendung, gut vertragen wird. Präparate, die Mesalazin enthalten, entfalten ihre Wirkung immer nur im direkten Kontakt (lokal) mit der entzündeten Schleimhaut, egal ob sie als Tablette oder Granulat geschluckt (orale Therapie) oder als Zäpfchen (Suppositorien), Einlauf (Klysma) oder Schaumpräparat rektal (über den After eingeführt) verabreicht werden.

Wird Mesalazin in die Schleimhaut aufgenommen, entfaltet es dort seine entzündungshemmende Wirkung und wird anschließend noch in der Schleimhaut direkt abgebaut. Orale Präparate (also Tabletten oder Granulate) müssen daher so aufgebaut sein, dass das Mesalazin erst freigesetzt wird, wenn das Medikament den Dickdarm erreicht. Man spricht von Galenik. Bei Präparaten, die rektal in den Enddarm eingeführt werden, braucht es eine solche Zubereitung nicht. Das Medikament erreicht direkt den Ort, an dem es wirken soll.

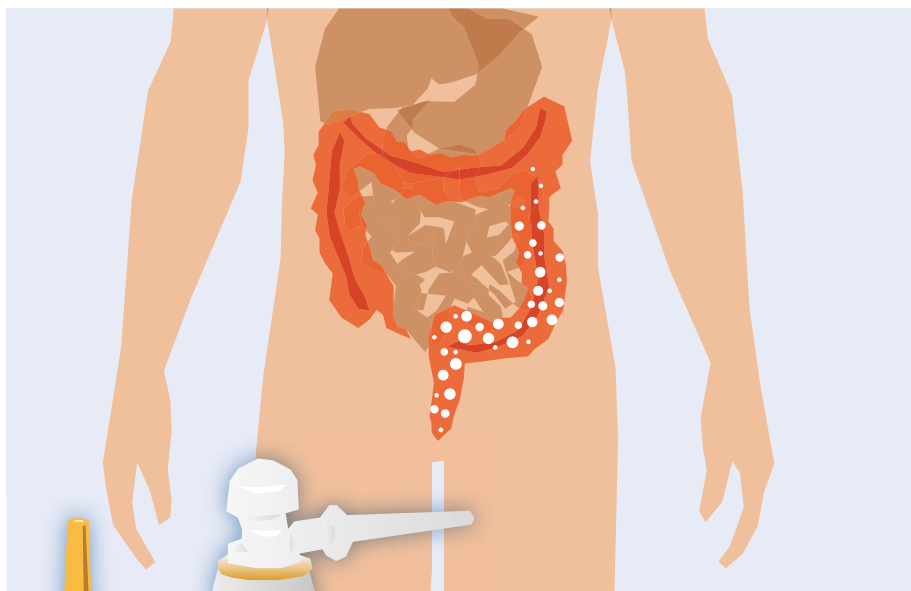
Daher ist auch klar, dass man durch eine rektale Behandlungsweise, bei der Mesalazin direkt an die entzündete Schleimhaut kommt, einen besonders guten Therapieeffekt erzielen kann.

Bei mangelnder Wirkung einer rektalen Mesalazin-Therapie können auch Kortison-/Kortikosteroid-/Steroidhaltige (alle drei Begriffe bedeuten hier das gleiche) rektale Therapien eingesetzt werden. Dabei werden lokal wirkende Kortison-Präparate deutlich besser vertragen als Kortison-Präparate, die im gesamten Körper wirken. Zu den lokal wirkenden Kortison-Präparaten gehören die Wirkstoffe Budesonid und Hydrocortison.

Tablette oder Einlauf?

Bei den meisten Colitis-Patienten werden Präparate mit Mesalazin oral verabreicht. Dabei weiß man aus klinischen Studien mit Patienten, dass insbesondere bei der Proctitis ulcerosa und der linksseitigen Colitis ulcerosa rektale Mesalazin-Präparate als Zäpfchen, Schaum oder Einlauf wirksamer sind als die orale Einnahme von Mesalazin. Dies gilt sowohl für die Behandlung der aktiven Colitis („Schub“) als auch für die Therapie zum Schutz vor einem erneuten Schub. Man spricht hier von Remissionsinduktion („gesund und beschwerdefrei werden“) und der Remissionserhaltung, Rückfallprophylaxe oder Schubvorbeugung („gesund oder beschwerdefrei bleiben“). **Zahlreiche Untersuchungen in großen Patientengruppen zeigen, dass rektale Therapien leider zu selten verschrieben und angewandt werden.**

Wirkorte rektaler Mesalazin- und rektaler, lokal wirkender Kortison-Präparate im Colon



Rektale Präparate werden als Zäpfchen, Einlauf oder Schaum verabreicht und wirken lokal an der Darmschleimhaut.

Dieser Ratgeber soll Betroffene über die Bedeutung und den Nutzen der rektalen Therapie bei Colitis ulcerosa informieren, praktische Tipps zur Anwendung geben und Missverständnisse aufklären. Nur bei schweren Colitis-Verläufen hat eine rektale Therapie keinen Stellenwert, da sie zum einen bei häufigen Darmentleerungen und zu starkem Stuhldrang nicht ausreichend wirksam wäre und zum anderen Schmerzen und Bauchkrämpfe bereiten kann. Ob sich rektale Therapien beim Morbus Crohn lohnen, ist unklar.



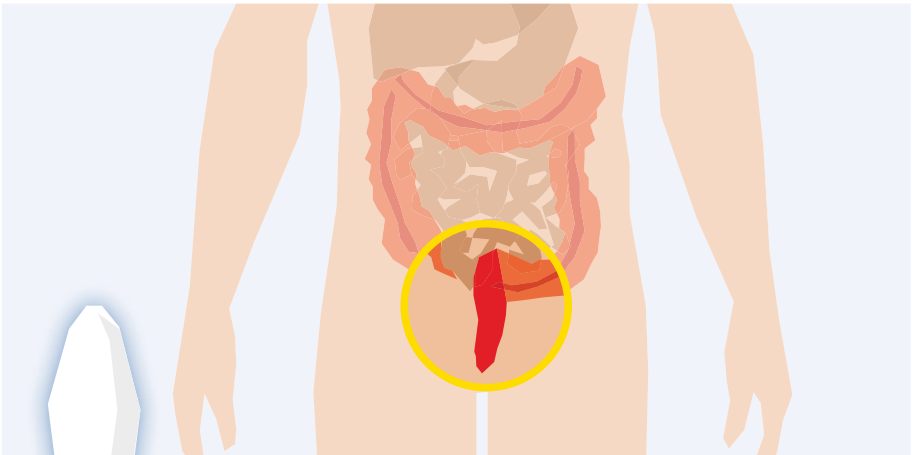
Die Behandlung der Proctitis ulcerosa

Eine Proctitis ulcerosa, also eine Entzündung, die auf den Enddarm beschränkt ist, sollte primär immer mit Mesalazin-Zäpfchen behandelt werden. Bei der Verabreichung von Zäpfchen wird die Schleimhaut des Enddarms besser durch die Wirksubstanz benetzt als durch Einläufe oder Schaumpräparate. Zudem werden Zäpfchen im Allgemeinen besser toleriert und die Anwendung ist einfacher.

Grundsätzlich sind aber alle drei rektalen Mesalazin-Präparate (Zäpfchen, Schäume oder Einläufe) bei der Proctitis in etwa gleich wirksam. Die am besten bei einer Proctitis anwendbare Therapie ist ein Zäpfchen mit 1 g Mesalazin einmal täglich. Dies führt bei über 2/3 der Betroffenen innerhalb von 5–7 Tagen zur Beschwerdefreiheit. Eine Dosis von mehr als 1 g täglich als Zäpfchen hat vermutlich keinen zusätzlichen Effekt und scheint daher nicht sinnvoll zu sein.

Ein 1-g-Mesalazin-Zäpfchen täglich ist vergleichbar gut wirksam wie 3 Zäpfchen täglich à 500 mg.

Bei der Proctitis ulcerosa sind rektale Mesalazin-Präparate wirksamer als eine rektale Kortisontherapie. Eine rektale Verabreichung von lokal wirkendem Kortison wie Budesonid- oder Hydrocortison-Präparaten wird als Therapie der zweiten Wahl bei Patienten mit Proctitis ulcerosa eingesetzt, die eine rektale Mesalazin-Therapie nicht vertragen oder auf diese nicht (ausreichend) ansprechen. Eine echte Unverträglichkeit gegen rektale Mesalazin-Präparate ist allerdings sehr selten.



Bei der Proctitis bieten Zäpfchen eine ideale Möglichkeit, das Mesalazin am Wirkort zu applizieren.

Wenn trotz ausreichender rektaler Therapie mit Zäpfchen, Schäumen oder Einläufen weiterhin Beschwerden bestehen, kann man auch ein rektales Kortison-Präparat und ein rektales Mesalazin-Präparat kombinieren (üblicherweise das Kortison-Präparat am Morgen und das Mesalazin-Präparat am Abend).

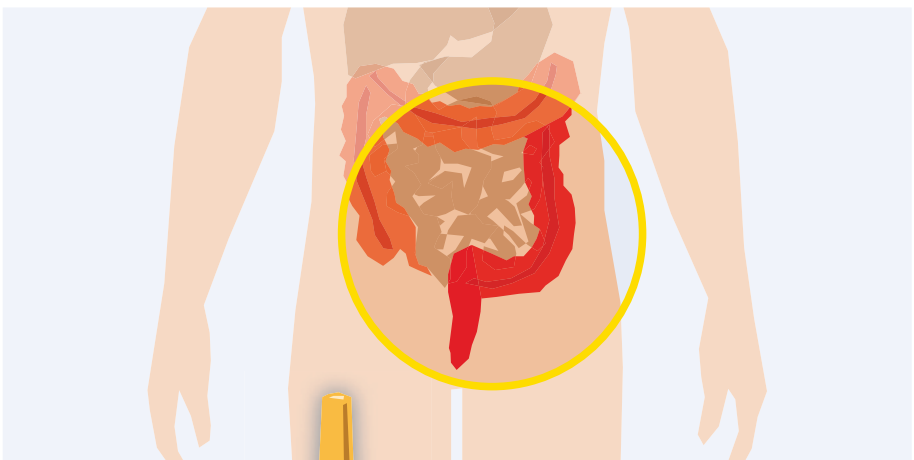
Die Behandlung der linksseitigen Colitis ulcerosa

Wie die Proctitis ulcerosa sollte die linksseitige Colitis ulcerosa zunächst rektal behandelt werden. Hierfür stehen Schaumpräparate oder Einläufe zur Verfügung (die Ausbreitung von Zäpfchen reicht nicht aus, um Entzündungen im linksseitigen Dickdarm zu erreichen, die weiter als 15 cm vom Rektum entfernt sind). Die Dosis sollte mindestens 1 g Mesalazin/Tag betragen. Einläufe stehen in Dosierungen von 1, 2 und 4 g Mesalazin zur Verfügung, Schaumpräparate in einer Dosierung von 1 g Mesalazin pro Applikation. Alternativ können Kortison-Präparate mit 2 mg Budesonid, 100 mg Hydrocortison oder, als im gesamten Körper wirkendes Kortison, 5 mg Betamethason zur Anwendung kommen.

Bei der Auswahl der Dosis sollte auch die über den Enddarm eingeführte „Flüssigkeitsmenge“ (das Applikationsvolumen) berücksichtigt werden.

Größere Mengen (bei Klysmen mit Volumina über 50–60 ml) erzeugen ein stärkeres Stuhldrang-Gefühl, sodass Einläufe häufig nach kurzer Zeit auf der Toilette wieder abgesetzt werden müssen.

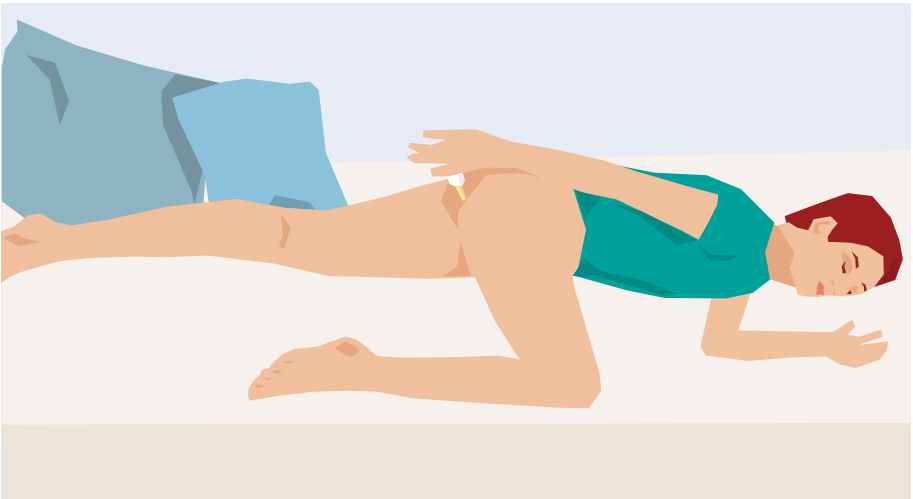
Das Applikationsvolumen bei rektalen Therapien liegt zwischen 20 ml bei Schaumpräparaten und bis zu 100 ml bei Einläufen. Je schwerer die Entzündung ist und je angegriffener die Schleimhaut, desto mehr Missempfinden und Stuhldrang kann ein höheres Volumen auslösen. Daher sollte bei der rektalen Therapie immer auch das Volumen der verabreichten Substanz bedacht werden. Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt über die Vor- und Nachteile, um das für Sie passende Präparat zu finden.



Die Behandlung der linksseitigen Colitis ulcerosa sollte mit Mesalazin-haltigen oder alternativ mit Kortison-haltigen Einläufen oder Schäumen erfolgen.

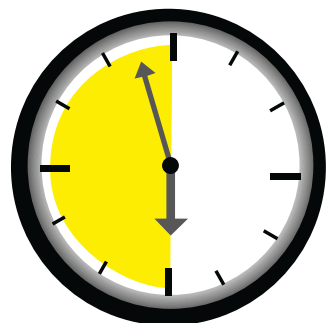
Wie wendet man einen Rektalschaum oder einen Einlauf an?

Auch die Art und Weise der Anwendung spielt für eine erfolgreiche Therapie eine Rolle. Die rektale Applikation, das Einführen des Einlaufs oder Schaumes, sollte in Linksseitenlage erfolgen.* Entspannt und unmittelbar nach der rektalen Anwendung sollte man weiterhin eine **Linksseiten- oder Bauchlage** über 20–30 Minuten einnehmen. Sie können die Zeit nutzen, indem Sie z. B. lesen, Musik hören, fernsehen oder über die modernen Social Networks Ihre Kontakte pflegen.



Wie lange sollte man eine rektale Therapie im Darm halten?

Häufig ist die Anwendung rektaler Therapien einfacher am Abend durchzuführen. Hier lassen sich die 30 Minuten Zeit oft besser einplanen, die für das Halten und Einwirken sinnvoll sind. Grundsätzlich ist es jedoch nicht notwendig, das Schaumpräparat oder den Einlauf über Nacht im Darm zu behalten. Rektale Therapien müssen den Darm nicht stundenlang ausfüllen, sondern effizient benetzen. Setzen Sie also

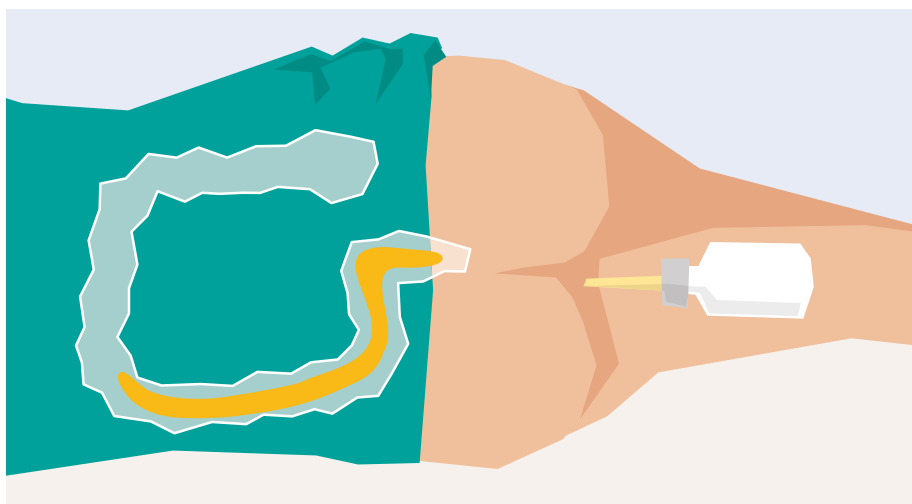


die restliche Flüssigkeit nach frühestens 30 Minuten oder vor dem Schlafengehen ruhig auf der Toilette wieder ab. Das kann auch den Vorteil haben, dass Sie keine Angst haben müssen, das Medikament oder Stuhl im Schlaf zu verlieren und so besser zu einem ruhigen und erholsamen Schlaf finden können.

Falls Sie Mühe haben, die rektale Therapie 30 Minuten zu halten, sprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt über eine ergänzende Medikation.

Wichtig: Falls Sie sich unmittelbar nach der rektalen Anwendung hinsetzen oder aufstehen, wird das Präparat sich im Enddarm ansammeln und so einen stärkeren Stuhldrang hervorrufen (auf Grund ihrer Konsistenz haben Schaumpräparate hier möglicherweise einen Vorteil gegenüber Einläufen). Es kann dann natürlich auch nicht wirken, da es sich nicht mehr über den entzündeten Bereich verteilt.

In Linksseiten- oder Bauchlage kann hingegen das Präparat nach oben „auslaufen“ und gut den linksseitigen Dickdarm benetzen. Studien belegen, bei Einhaltung dieser Vorgehensweise, eine sehr gute Verteilung der rektalen Therapie im Dickdarm innerhalb von 30 Minuten.



In Linksseitenlage wird die Darmschleimhaut ideal benetzt.

* Weitere Informationen zur Anwendung finden Sie ab Seite 22.

Was, wenn die rektale Therapie nicht ausreichend wirkt?

Wenn durch die rektale Mesalazintherapie keine ausreichende Beschwerdeverbesserung erreicht wird, sollte die rektale Therapie bei der linksseitigen Colitis ulcerosa analog zur Proctitis ulcerosa mit einer oralen Mesalazintherapie kombiniert werden. Alternativ kann auch eine Kombination mit einer rektalen, lokal wirkenden Kortisontherapie z.B. mit Budesonid- oder Hydrocortison-Präparaten sinnvoll sein. Zur Verfügung stehen Ihnen hier Kortisonschäume oder -einläufe.

Die Kombination von oraler und rektaler Mesalazin-Therapie erhöht die Chance auf Erreichen einer Beschwerdefreiheit (Remission).

In einer Studie (Safdi et al., 1997, Am J Gastroenterol) erreichte die kombinierte orale und rektale Mesalazin-Therapie eine deutliche (und schnellere) Symptombesserung bei 88 % der Patienten mit einer milden bis moderaten Colitis ulcerosa, die alleinige rektale Gabe von 4 g nur bei 54 % der Betroffenen. Die alleinige orale Gabe von 2,4 g war deutlich weniger effektiv.

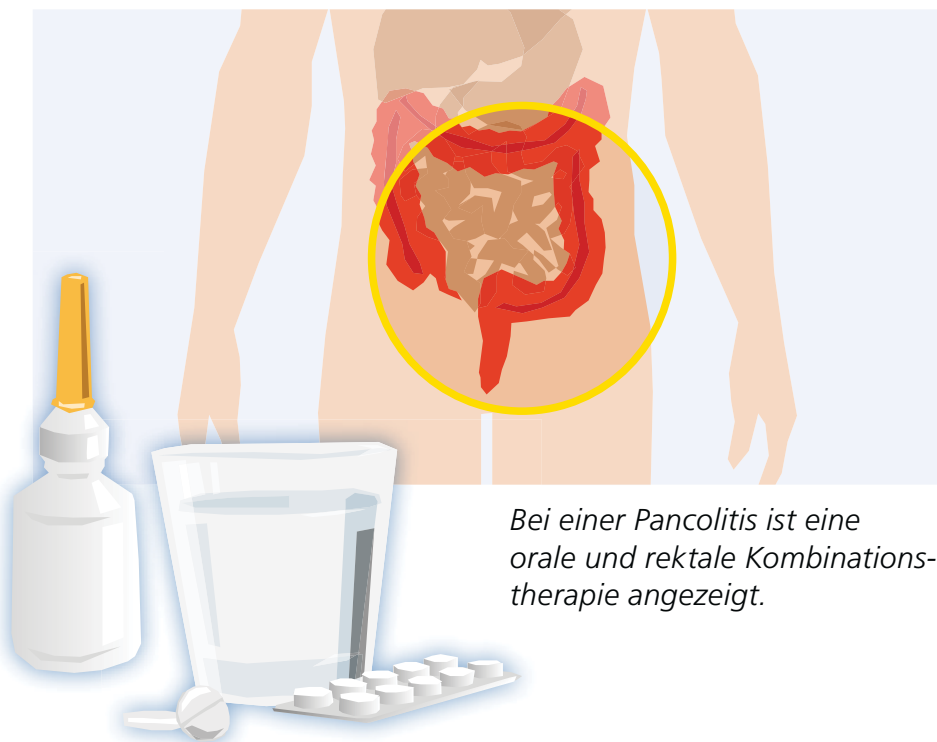
Bei ungenügender Wirkung sollte rektales Mesalazin mit oralem Mesalazin ergänzt, nicht ersetzt werden.

Die Therapie der ausgedehnten Colitis ulcerosa, „Pancolitis“

Bei Vorliegen einer ausgedehnteren Colitis mit Entzündungen im querlaufenden und rechtsseitigen Dickdarm oder einer Pancolitis besteht die Behandlungsstrategie zuerst in der Kombination von oralem und rektalem Mesalazin. Die alleinige rektale Behandlung kann nämlich den rechtsseitigen Dickdarm nicht erreichen,

da dieser zu weit vom Enddarm entfernt ist. So weit verteilt sich weder ein Einlauf noch ein Schaum. Insbesondere für die Entzündung im Enddarm ist die rektale Therapie dennoch günstig und wirkt sich auf die Hauptsymptome, Blutung und Stuhldrang, aus. Allerdings muss einschränkend bemerkt werden, dass Betroffene mit ausgeprägter Durchfallsymptomatik eine rektale Therapie schlecht tolerieren.

Wenn bei der „Pancolitis“ die Kombination von oralem und rektalem Mesalazin oder die Kombination mit rektalen, lokal wirkenden Kortison-Präparaten nicht ausreichend ist, sollten orale Kortison-Präparate eingesetzt werden. Bei mehr als zehn Durchfällen pro Tag werden allerdings Tabletten und Kapseln nicht mehr optimal aufgelöst. Bei schweren Verlaufsformen einer Colitis ulcerosa wird auch eine rektale Therapie wenig Erfolg haben. Es stehen dann Medikamente zur Verfügung, die als Injektion verabreicht werden können. Eine rektale Therapie kann jedoch begonnen werden, sobald sich die Symptome bessern, die Zahl der Durchfälle abnimmt und eine rektale Therapie als Schaum oder Klysma für mehr als 20–30 Minuten toleriert wird, ohne sie wieder entleeren zu müssen.



Bei einer Pancolitis ist eine orale und rektale Kombinationstherapie angezeigt.

Eine rektale Therapie ist auch bei ausgedehnter Colitis ulcerosa oder Pancolitis sinnvoll, die Entscheidung sollte aber von der individuellen Symptomatik abhängig gemacht werden.

Rektale Therapie zur Schubvorbeugung („Remissionserhaltung“)

Für die Proctitis ulcerosa und linksseitige Colitis ist zur Schubvorbeugung rektales Mesalazin effektiv und vermutlich sogar effektiver als orales Mesalazin. Bei den meisten Patienten muss zur Schubvorbeugung die rektale Therapie nicht täglich angewandt werden.

Eine Anwendung jeden dritten Tag scheint häufig zu genügen. Dabei ist es wohl nicht wesentlich, ob die rektale Therapie z. B. die ersten sieben bis zehn Tage des Monats angewandt wird, die ersten paar Wochentage oder einfach irgendwann 2–3× pro Woche. Meist reicht 1 g rektales Mesalazin pro Behandlungstag zur Schubvorbeugung aus.

Da ein erneuter Krankheitsschub stets vom Enddarm her aufflammt, lässt sich die Schubvorbeugung ideal mit Mesalazin-Zäpfchen durchführen, die den Wirkstoff genau in dieser Darmregion freisetzen.

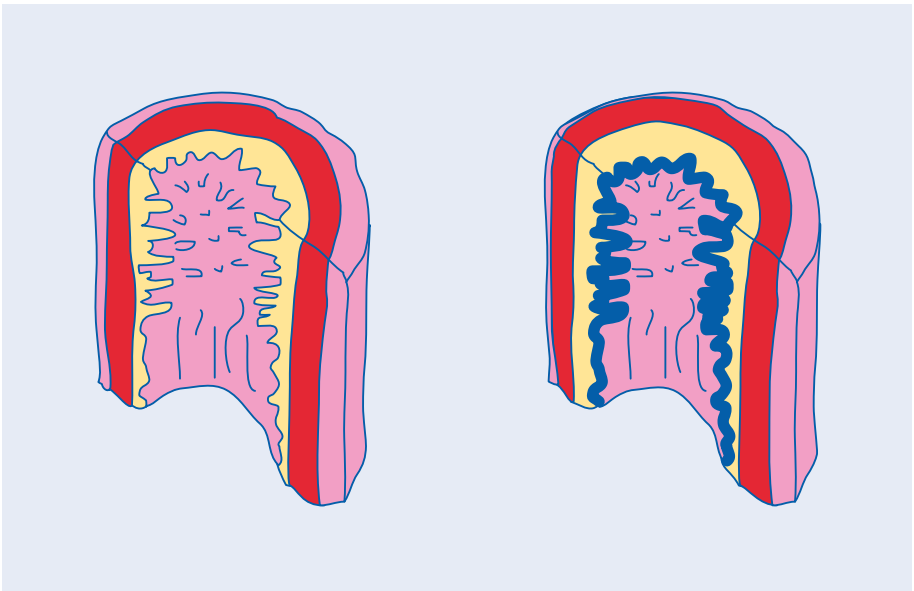
Bei Patienten, die ein erhöhtes Risiko für das Wiederauftreten von Krankheitsschüben haben, scheint zur Remissionserhaltung die Kombination aus oraler und rektaler Therapie einer jeweiligen Monotherapie überlegen zu sein.

Eine Therapie mit Kortison-Präparaten hat zur Erhaltung der Beschwerdefreiheit keinen Stellenwert und sollte vermieden werden.

Die rektale Therapie kann zur Schleimhautheilung beitragen

Die Schleimhautheilung („mucosal healing“) gilt als wichtiges Therapieziel bei der Colitis ulcerosa. Sie geht nicht nur mit weniger Schüben einher, sondern reduziert auch das Risiko für Dickdarmkrebs (kolorektale Karzinome). Eine Schleimhautheilung kann bei etwa 50 % der Betroffenen durch eine rektale Mesalazintherapie erreicht werden, ohne Unterschiede zwischen Schaum- und Einlaufpräparaten. Neuere Daten belegen dies auch für die rektale Therapie mit Budesonid-Schaumpräparaten.

Mit einer effizienten rektalen Therapie haben Sie sowohl einen raschen Nutzen (weniger Beschwerden) als auch einen langfristigen Vorteil (geringeres Krebsrisiko).



Gesunde Mucosa


Mucosa mit Colitis















Wie lange sollte man eine rektale Therapie durchführen?

Im Prinzip sollte die rektale Therapie genauso lange durchgeführt werden wie eine Therapie mit Tabletten oder Granulat. Viele Betroffene gewöhnen sich sehr gut an eine rektale Therapie. Was am Anfang noch irritierend und vielleicht etwas unangenehm ist, wird schnell zur Routine. **Mit der rektalen Therapie ist es im Gegensatz zur Tabletientherapie ja sogar möglich, zur Schubvorbeugung drei Wochen im Monat gar keine Therapie anzuwenden.** Das überzeugt viele Betroffene mit Colitis ulcerosa, die eine solche Therapie einmal begonnen haben.

Der zu Beginn am häufigsten genannte Hinderungsgrund, die rektale Therapie anzuwenden, ist der durch diese Therapieform induzierte Stuhldrang. Dieser kann mit Präparaten mit kleinem Volumen aber minimiert werden.

Im Gegensatz zur weitverbreiteten Meinung ist die Akzeptanz der rektalen Therapie gut.



	Woche 1	Woche 2	Woche 3	Woche 4	Woche 5	Woche 6	Woche 7
Oral							
Rektal							

Patiententagebuch

Um festzuhalten, wie die Therapie bei Ihnen anschlägt, können Sie auf den letzten Seiten dieser Broschüre wie in einem Tagebuch für sich und Ihre Ärztin/Ihren Arzt die wichtigsten Informationen zum Verlauf Ihrer Beschwerden und Ihrer Behandlung notieren.

	Datum	Durchfälle pro Tag	Blutbeimengungen		Medikamente gegen Durchfall	
			Ja	Nein	Ja	Nein
Woche 1						

Die Vorlage für das Patiententagebuch finden Sie auf Seite 26.

Häufig fällt es Betroffenen schwer, sich mit jemandem über die Anwendung einer rektalen Therapie auszutauschen. Bitte sprechen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt an. Sie sind Spezialisten und werden gern Ihre Fragen beantworten. Nehmen Sie einen vertrauten Angehörigen mit zum Gespräch – das kann gerade am Anfang einer Therapie hilfreich sein.

Allgemeine Tipps zur Anwendung von Zäpfchen, Einlauf und Schaum

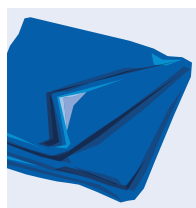
1. Die besten Ergebnisse werden erzielt, wenn der Darm vor Anwendung des Arzneimittels entleert wird. Versuchen Sie daher, möglichst zuvor auf die Toilette zu gehen.



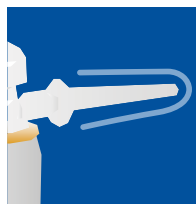
2. Wärmen Sie die Flasche bei Einläufen oder die Dose bei Schäumen vor der Anwendung mit der Hand an. Je nach Präparat müssen Sie den Inhalt ggf. zunächst kräftig schütteln. Achten Sie auf die Angaben der Packungsbeilagen.



3. Vor der Anwendung ein Handtuch unterlegen.



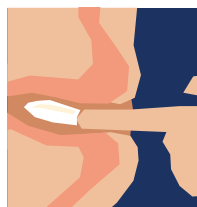
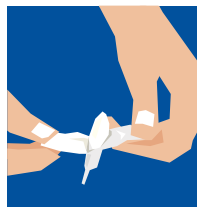
4. Üblicherweise ist der Applikator einer Einlaufflasche oder Schaumdose mit einem Gleitmittel versehen, um das Einführen in den After zu erleichtern. Sie können die Spitze aber noch zusätzlich mit Salbe oder Creme bestreichen.



*Bei der Anwendung von rektalen Präparaten sollten Bauchmuskulatur und Beckenboden nicht angespannt sein. In einer liegenden Position lässt sich dieser Zustand am besten erreichen. Daher ist die Anwendung von Einläufen, Schäumen und Zäpfchen liegend und in Linksseitenlage zu empfehlen. Bei Einläufen und Schäumen wird in dieser Position die Darmschleimhaut ideal benetzt. **Wichtig ist bei Anwendung von Einläufen und Schäumen, das Präparat für 20–30 Minuten in Linksseiten- oder Bauchlage zu halten.** Obwohl für Schaumpräparate in der Packungsbeilage die Gabe im Stehen beschrieben wird, hat sich in der Praxis auch bei diesen Präparaten die Gabe im Liegen bewährt.*

Anwendung von Zäpfchen (Suppositorien)

1. Nehmen Sie das Zäpfchen erst direkt vor der Anwendung aus der Verpackung.
2. Nehmen Sie eine entspannte Seitenlage ein.
3. Führen Sie das Zäpfchen mit der spitzen Seite voran tief in den After ein.
4. Wenn das Zäpfchen zurückrutscht, führen Sie es noch einmal ein. Es ist wichtig, dass es tief in den After gelangt. Sie können zur Anwendung auch einen Gummihandschuh anziehen.



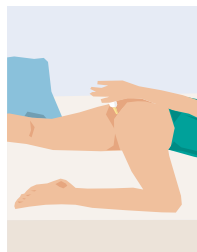
Wichtig: Neben der korrekten Anwendungstechnik sind bei Zäpfchen auch die Handhabung und die richtige Lagerung entscheidend.

Handhabung: Lösen Sie Zäpfchen immer vorsichtig aus der Verpackung (nicht drücken). Ggf. Verpackung mit der Schere öffnen.

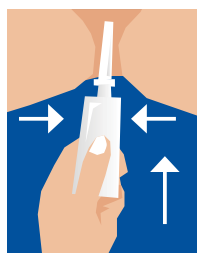
Lagerung: Zäpfchen nicht über 25 Grad Celsius lagern, denn Zäpfchen auf Fettbasis können sich bereits bei Temperaturen über 25 Grad Celsius erweichen und ggf. verformen. Ein geschmolzenes Zäpfchen darf nicht mehr angewandt werden.

Anwendung von Einläufen (Klysmen)

1. Legen Sie sich, nach dem Schütteln des Klysmas (ca. 30 Sekunden), auf die linke Seite, strecken Sie Ihr linkes Bein aus und winkeln Sie das rechte Bein an, um das Gleichgewicht zu halten.



2. Führen Sie den Applikator tief in den After ein. Neigen Sie die Flasche leicht nach unten und drücken Sie die Flasche dann langsam und gleichmäßig zusammen. Wenn die Flasche leer ist, ziehen Sie den Applikator langsam heraus.

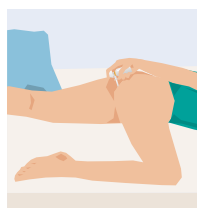


3. Unmittelbar nach der Anwendung für 20–30 Minuten Linksseiten- oder Bauchlage einnehmen.



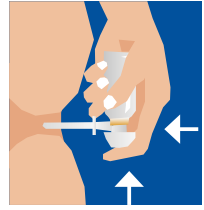
Anwendung von Schäumen

1. Schütteln Sie die Sprühdose kräftig etwa 20 Sekunden lang, um den Inhalt zu vermischen.
2. Zeigefinger auf die Spitze des Pumpkopfes legen und die Dose auf den Kopf drehen. Legen Sie sich auf die linke Seite, strecken Sie Ihr linkes Bein aus und winkeln Sie das rechte Bein an, um das Gleichgewicht zu halten.
3. Führen Sie den Applikator tief in den After ein. Bitte beachten: Die Sprühdose kann nur dann einwandfrei funktionieren, wenn der

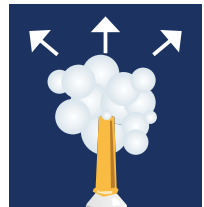
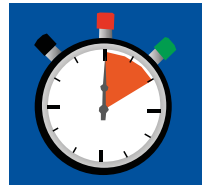


Pumpkopf möglichst senkrecht nach unten weist. Pumpkopf ganz eindrücken und dann **sehr langsam wieder loslassen. Der Schaum gelangt nun in den Darm.**

Wichtig: Der Schaum entweicht beim Loslassen des Pumpkopfes!



4. Warten Sie 10–15 Sekunden, bevor Sie den Applikator aus dem After herausziehen, damit der Schaum vollständig aus dem Applikator entweichen kann. Der Schaum dehnt sich noch etwas aus und würde anderenfalls ungenutzt aus dem Applikator entweichen und danebenlaufen.



5. Unmittelbar nach der Anwendung für 20–30 Minuten Linksseiten- oder Bauchlage beibehalten.



Bitte haben Sie Geduld, wenn beim ersten Mal nicht alles klappt, z. B. wenn etwas danebengeht oder gleich wieder aus dem Darm herauskommt.

! Bitte setzen Sie die Behandlung nicht eigenmächtig ab, wenn die Symptome sich bessern oder verschwinden. Führen Sie die rektale Therapie so lange fort, wie Ihre Ärztin/ Ihr Arzt es Ihnen empfohlen hat.

Fragen zur Anwendung von Einläufen



Ist etwas unwillkürlicher Stuhlabgang normal?

Nach der Anwendung eines Einlaufs kann es gelegentlich zu etwas Stuhlschmierern und nur sehr selten zu Stuhlinkontinenz kommen. Es empfiehlt sich, den Einlauf am Abend zu verabreichen (siehe auch Empfehlung auf Seite 15). Nach der Einwirkzeit von 30 Minuten können Sie auf die Toilette gehen.

Muss ich weiterhin Einläufe anwenden, wenn sich meine Symptome bessern?

Es wird allgemein empfohlen, die rektale Behandlung bis zur Stabilisierung des entzündungsfreien Zustandes fortzuführen. Besprechen Sie die weiteren Therapiepläne mit Ihrem behandelnden Arzt.

Sind Schmerzen während der Anwendung normal?

Das Einführen des Applikators sollte Ihnen keine Schmerzen bereiten. Wenn es sich unangenehm anfühlt, können Sie vor der Anwendung zusätzlich Gleitmittel auf den Applikator auftragen. Während der Anwendung sollten Sie so entspannt wie möglich sein.

Sind Blutungen während der Anwendung normal?

Beim Einführen sollte es zu keiner Blutung kommen. Wenn Einrisse (Fissuren) im Bereich des Schließmuskels entstehen, stimmt die Technik der Anwendung nicht (siehe Seite 23).

Ich finde es schwierig, den Inhalt des Einlaufs lange im Darm zu behalten, ehe ich auf die Toilette muss.

Bei den ersten Anwendungen ist es normal, dass Sie sehr schnell das Gefühl haben, auf die Toilette zu müssen. Auch wenn dies der Fall ist, sollten Sie die Behandlung fortsetzen, denn Sie profitieren auch von einer nur kurzen Wirkdauer. Nach etwa einer Woche wird es Ihnen leichter fallen, den Inhalt des Einlaufs im Darm zu behalten.

Kann mir auch ein Angehöriger den Einlauf verabreichen?

Manche Patienten finden es schwierig, den Einlauf selbst anzuwenden. Wenn Sie einen Angehörigen haben, der bereit ist, Ihnen zu helfen, ist dennoch die Vorgehensweise wie in dieser Broschüre beschrieben beizubehalten.

Patiententagebuch

	Datum	Durchfälle pro Tag	Blutbeimengungen		Medikamente gegen Durchfall	
			Ja	Nein	Ja	Nein
Woche 1						
Woche 2						

Patiententagebuch

	Datum	Durchfälle pro Tag	Blut- beimengungen		Medikamente gegen Durchfall	
			Ja	Nein	Ja	Nein
Woche 3						
Woche 4						



DR. FALK PHARMA GmbH



Leinenweberstr. 5
79108 Freiburg
Germany