

Transition

In der Zeit vom 21.09.-24.09.2016 fand in diesem Jahr die DGVS, dieses Mal in Hamburg bei herrlichem Spätsommerwetter statt. Wir als Vorstand, aber auch als interessiertes Assistenzpersonal hatten wieder die Qual der Wahl um aus dem unendlich großen Sortiment toller, kompetenter und interessanter Vorträge uns auf dem neusten Stand der Dinge zu bringen und unser Wissen zu festigen.

Einen Vortrag, der mich sehr interessiert hat, möchte ich Ihnen nun einmal komprimiert zusammentragen und Sie informieren. Hierbei handelt es sich um dem Vortrag zum Thema "Transition" von Herrn Prof. Dr. med. Jan Dräbitz. Herr Dräbitz ist pädiatrischer Gastroenterologe und stellvertretender Direktor an der Uniklinik Rostock.

Die Inzidenz nimmt laut den gesammelten Zahlen von 1950 - 2005 enorm zu. Bei Morbus Crohn liegt die Erstdiagnose einer Neuerkrankung bei 1-6 Personen von 100.000 Einwohnern, bei der Colitis ulcerosa bei 1-15/100.000 Einwohner. Pro Jahr erkranken etwa 800 pädiatrische Patienten neu. Dabei spricht man von Patienten, die noch nicht das 18. Lebensjahr erreicht haben. Bei beiden Erkrankungsformen wird diese im Alter von 13-17 Jahren am ehesten erkannt. Dabei sind 69% der an Morbus Crohn erkrankten Kinder und Jugendliche älter als 10 Jahre, bei den Patienten mit CU sind 31% älter als 10 Jahre. Bei der Erstdiagnose haben zirka 12% eine Wachstumsstörung, und davon haben sich bei 12% der Betroffenen schon extraintestinale Manifestationen gebildet.

Die Symptomatik ist ähnlich wie bei der Erkrankung bei Erwachsenen: Diarrhoen, Bauchschmerzen, Blut im Stuhl, Anämie, Gewichtsreduktion, Leistungsnachlass und Müdigkeit sind typisch. Bei der Diagnostik der CED bei Kindern und Jugendlichen kommen folgende Untersuchungen zum Tragen:

1. Anamnese Untersuchung: Intestinale Symptome, Extraintestinale Veränderungen, Auslandsreisen, Impfstatus, Medikamente, Ernährung, Familienanamnese, Krankheitsaktivität.
2. Labor: Calprotectin, Stuhlkulturen, okkultes Blut im Stuhl, CRP, BSG, Blutbild, Albumin, Leberfunktion, Nierenfunktion, Immundiagnostik, Allergiediagnostik.
3. Apparativ: Sonografie, Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, Ileokoloskopie, Histopathologie, MR-Enterographie, Kapselendoskopie, MRCP

Aus den o. g. Untersuchungen errechnet der pädiatrische Gastroenterologe die Krankheitsaktivität mittels dem PCDAI-Score. Dieser beinhaltet die Bauchschmerzen, Stuhlgang, Allgemeinzustand, Wachstum, Abdomen, Perianalbereich, die extraintestinalen Manifestationen, Hämatokrit, BSG und Albumin. Dies fasst er dann in der Paris-Klassifikation zusammen, die für die Prognose und somit für die weiteren Therapien relevant ist, die aus den Faktoren Wachstum, ÖGD, Pubertät, Immundiagnostik und Allergiediagnostik bestehen.

Um eine Remissionsinduktion bei einem Kind bzw. Jugendlichen zu erreichen, setzt der pädiatrische Gastroenterologe seine Therapie nach folgenden Stufen zusammen: exklusive enterale Ernährungstherapie, Kortikosteroide und dann die Biologika-Therapie. Zur Remissionserhaltung werden Immunmodulatoren, Biologika und in Ausnahmefällen die Chirurgie eingesetzt.

Zur enteralen Ernährung werden Trink/Sondennahrung eingesetzt, die keinerlei Nebenwirkungen haben.

Ihnen wird beim Einsatz bei Kindern und Jugendlichen eine ähnliche Wirkung wie die Therapie mit Kortikoiden zugesprochen. Dabei gibt es keine Standarddosen, sondern sie werden individuell für jeden Patienten errechnet. Dies geschieht oft mit einem Diätberater. Die Adhärenz der Familie ist erheblich wichtig, da dem Patienten keine andere Kost zugeführt wird. Die Evaluationsphase läuft über zwei Wochen, dann wird die Dauer von 6-8 Wochen bestimmt, bevor die Reduktion erneut zwischen zwei bis drei Wochen dauert.

Hat die Erkrankung einen schwereren Verlauf direkt zu Anfang, d. h., ist der CRP erhöht, sind tiefe Ulcerationen bekannt, leidet der Patient unter Gelenk- bzw./und Hauterkrankungen, besteht eine Osteoporose o. ä., wird eine frühe Therapie mit TNF-alpha-Blockern eingesetzt.

Zwischen dem Pädiater und dem Internisten bzw. Erwachsenen gastroenterologen gibt es Unterschiede in der Betreuung. Der Pädiater agiert eher familienfokussiert, er achtet auf Wachstum und Entwicklung und verfolgt einen multidisziplinären Ansatz. Die Ärzte sind meistens Spezialisten und behandeln in Zentren. Sie begleiten den Patienten durch die Pubertät und Schulzeit, die eine geringe Autonomie haben. Die eingesetzten Medikamente werden oft „off-label“ eingesetzt. Der Internist hingegen behandelt patientenzentriert, oft in kleineren Praxen bzw. MVZs. Er begleitet den Patienten u. a. durch Beruf und Schwangerschaft, die sich selbstständig managen können. Teilweise wird ein Patient von mehreren Ärzten betreut.

Die Transition, bitte nicht gleichsetzen mit Transfer, gestaltet sich oft als langwierig und schwierig, da die psychische Entwicklung, das Erreichen eines Schul- bzw. Ausbildungsabschlusses und die geringe Autonomie relevante Faktoren spielen. Durch die teilweise lange Betreuung durch den Kindergastroenterologen haben die Betroffenen oft eine enge Bindung zu ihrem Arzt. Die Transition zum Gastroenterologen soll aber nicht als Bruch gesehen bzw. gestaltet werden und nicht an einem festen Termin geknüpft sein. Daher sollte ein geplanter, zielgerichteter und begleitender Übergang angestrebt werden. Dabei sollte allen Beteiligten bewusst sein, dass es sich dabei um einen Prozess und keinen plötzlicher Wechsel handelt, welcher frühzeitig beginnen sollte. Hier handelt es sich um eine Teamarbeit, zu dem der Patient, seine Familie, der Pädiater und der Gastroenterologe gehören. Zum Gelingen sollte der Teenager eigenverantwortlicher werden und die Eltern an Entscheidungsbedeutung nachlassen. Ebenfalls sollte er über seine Krankheit informiert sein oder wissen, woher er Informationen bekommt. Für viele Faktoren spricht die gezielte Transition. Zum Beispiel ist die erzielte Remissionsrate mit 69% der Patienten viel höher als mit 39% bei einer nicht stattgefundenen Transition. Ebenfalls sind die Zahlen beim Einsatz der Chirurgie, Termintreue, Krankenseinweisung und Medikamentenadhärenz wesentlich besser, als wenn es nicht zu einer gezielten Übergabe gekommen ist.

Wer einen jugendlichen Patienten zu einem Erwachsenen gastroenterologen schicken möchte, kann sich beim Berliner Transitionsprogramm, kurz BTP, melden. Dieser Verein betreut jährlich ca. 50 Patienten erfolgreich durch die multidisziplinäre Zusammenarbeit mit einem Sozialarbeiter, verschiedenen Fachgesellschaften, Selbsthilfegruppen, Psychologen und Diätberatern.

Werena Siemund-Stais

Bei Fragen und Anregungen: wsiemund-stais@fa-ced.de

