



Zusammenfassungen der Vorträge

5. Innovationsgipfel
der Medizinischen Hochschule Hannover

23. April 2007

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Cholangioskopie – Direkte Visualisierung der Gallenwege und ihr Einsatz in der klinischen Praxis	3
2. Wege aus der Kostenfalle: Allergien vermeiden durch Toleranz	4
3. Das interdisziplinäre Adipositas-Zentrum der MHH: Vorstellung der konservativen Behandlung	6
4. Gallengangsatresie: eine seltene Erkrankung fällt durch die Maschen eines Versorgungsnetzes	8
5. Eine neue psychotherapeutische Therapieform bei komplexen Traumafolge-Erkrankungen	9
6. Wie effektiv ist eine Cochlear-Implant-Versorgung bei Kindern – Effektivitätsuntersuchungen und Langzeitbeobachtungen über 20 Jahre	11
7. Wege zu optimalem Herzrhythmus und Herzkraft	13
8. Stammzelltransplantation: Vorhersage von Komplikationen mittels neuer Technologien	15

Cholangioskopie – Direkte Visualisierung der Gallenwege und ihr Einsatz in der klinischen Praxis

Herr Dr. med. Jochen Wedemeyer

Abteilung Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie

T: 0511 532 3302/2406 oder Wedemeyer.Jochen@mh-hannover.de

Die Ende der 60er erstmals vorgestellte endoskopische retrograde Cholangiographie (ERCP) hat sich von einer diagnostischen zu einer zunehmend interventionellen Methode entwickelt. Gallengangssteine können so nicht nur dargestellt sondern im selben Untersuchungsgang entfernt werden, Tumore können mit Stents wirkungsvoll überbrückt werden. Die ERCP stellt auch den Goldstandard in der Überwachung von Patienten mit Primär sklerosierender Cholangitis (PSC) dar, einer chronischen entzündlichen Erkrankung der Gallenwege, die ein hohes Risiko haben in jungen Jahren Karzinome der Gallenwege zu entwickeln. Die Diagnostik dieser Karzinome kann bei diesen Patienten mitunter sehr schwierig sein, da eine Differenzierung zwischen narbigen oder entzündlichen und bösartigen (karzinomatösen) Engstellungen der Gallenwege mit den etablierten Methoden schwierig bzw. unmöglich ist. Die Lebertransplantation ist die einzige wirksame Therapie, die für diese Patienten zur Verfügung steht.

PSC Patienten stellten in der Vergangenheit das größte Kollektiv an Patienten dar, die in Hannover lebertransplantiert wurden. Im Dezember 2006 wurde ein neues Allokationsverfahren für Spenderorgane etabliert, das PSC Patienten signifikant benachteiligt. Eine frühzeitige Erkennung von Tumorfrühstufen ist daher dringend notwendig. Eine wertvolle Ergänzung zur ERCP stellt die Cholangioskopie dar. Hierbei handelt es sich um ein sehr dünnes Endoskop, das durch ein größeres Endoskop direkt in die Gallengänge eingeführt werden kann und so eine direkte Visualisierung des Gallenwegsepithels ermöglicht. Durch das Endoskop ist sogar die gezielte Entnahme von Gewebeproben mit einer speziellen winzigen Biopsiezange möglich.

Wir erhoffen uns eine wesentlich bessere Überwachung und Entwicklung von Methoden zur Erkennung von Tumorfrühformen, um so die Beobachtung und Therapie dieser Patienten zu optimieren.

Ihre Notizen:

Wege aus der Kostenfalle: Allergien vermeiden durch Toleranz

Prof. Dr. med. Gesine Hansen
Zentrum Kinderheilkunde und Jugendmedizin der MHH
Pädiatrische Pneumologie und Neonatologie
T: 0511-532 9138 oder Hansen.Gesine@mh-hannover.de

Die Inzidenz allergischer Erkrankungen hat sich in den westlichen Nationen innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte verdoppelt. Das allergische Asthma bronchiale stellt dort die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter dar. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) übersteigen weltweit die insgesamt durch Asthma verursachten Kosten bei Weitem die durch Tuberkulose und HIV gemeinsam bedingten Ausgaben. Asthma ist eine komplexe chronische Erkrankung, die durch eine pulmonale Entzündung und eine reversible Obstruktion der Atemwege charakterisiert ist. Gerade im Kindesalter ist Asthma in

ca. 90 % der Fälle auch allergisch bedingt und damit das Ergebnis einer inadäquaten Immunantwort auf an sich harmlose Antigene wie Allergene bei genetisch prädisponierten Individuen. Die Verbesserung der Therapieerfolge beim allergischen Asthma bronchiale in den letzten 10 Jahren sind im Wesentlichen auf den frühzeitigeren und großzügigeren Einsatz von inhalativen Kortikosteroiden zurückzuführen, nicht aber auf innovative Therapie-Ansätze. Die zu Zeit zur Verfügung stehenden Medikamente sind vorwiegend symptomatisch. Sie greifen erst am Ende einer langen Kaskade von immunologischen Mechanismen an und haben keine Chance auf einen lang anhaltenden Therapieerfolg oder sogar eine Heilung. Diese Ziele können nur durch kausale Therapieansätze erreicht werden, die die dem Asthma bronchiale zugrunde liegenden Pathomechanismen berücksichtigen. Ziel unserer Forschung ist es, kausale Strategien zur Therapie des allergischen Asthma bronchiale zu identifizieren und für den klinischen Einsatz zu etablieren. Dabei versuchen wir, der Natur zu folgen und die Mechanismen zur Induktion von Toleranz gegenüber potentiellen Allergenen zu verstehen und sie für die Prävention und Therapie allergischer Erkrankungen zu nutzen. Die in dem Beitrag vorgestellten Ansätze sind ein Schritt auf dem Weg, der epidemischen Zunahme allergischen Erkrankungen und der damit verbundenen Kostenexplosion in den westlichen Industrienationen zu begegnen und diese aufzuhalten.

Ihre Notizen:

Das interdisziplinäre Adipositas-Zentrum der MHH: Vorstellung der konservativen Behandlung

Dr. med. Andrea Schneider

Abteilung Gastroenterologie/Hepatologie und Endokrinologie

T: 0511 532-9083/6619 oder Andrea.S.Schneider@gmx.de

Die Adipositas stellt aufgrund ihrer epidemischen Verbreitung einer der zentralen Herausforderungen für unser Gesundheitssystem dar. Ca. 70% der Männer und 50% der Frauen in Deutschland sind übergewichtig oder adipös mit steigender Prävalenz. Die Adipositas ist der entscheidende Auslöser und Promotor für eine Vielzahl von teuren chronischen Erkrankungen wie Typ II-Diabetes, degenerative Herz-Kreislaufkrankungen, bestimmte Karzinome und degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates. Hierfür werden in Deutschland mindestens 70 Billionen € pro Jahr vom Gesundheitssystem verbraucht. Es erscheint daher umso unverständlicher, dass Behörden und Sozialversicherungen in Deutschland im Gegensatz zur WHO, der amerikanischen FDA und anderen europäischen Ländern die Adipositas nicht als Krankheit anerkennen.

Es gibt derzeit nur sehr wenig seriöse Therapieangebote. Unser Ziel ist das Angebot einer evidenzbasierten, risikoadaptierten Adipositastherapie, die auf einem interdisziplinären Konzept mit realistischen Therapiezielen basiert. Zielgruppe sind Patienten mit einem BMI > 30 und oder Vorliegen einer adipositasbedingten Gesundheitsstörung.

Das Therapiekonzept stützt sich auf einen Stufenplan, dessen zentraler Ansprechpartner und Koordinator die Stoffwechselambulanz ist. Die Adipositas ist ein multifaktorielles Problem mit mehreren Ursachen, so dass hier eine ausführliche Eingangsuntersuchung stattfindet und die Therapieplanung vorgenommen wird. Das Basisprogramm stellt die Ernährungstherapie, Verhaltens- und Bewegungstherapie dar, die in Kombination als ambulante Langzeittherapie von einem ½ bis 1 Jahr angeboten werden. Es werden vorwiegend Gruppentherapien angeboten mit der Möglichkeit in ausgewählten Fällen Individualbehandlungen durchzuführen. Wir arbeiten hier eng mit

niedergelassenen, qualifizierten Ärzten zusammen, die zuweisen und sich an Mitbehandlung und Nachsorge beteiligen. Alle Therapeuten sind hoch qualifiziert, erfahren und arbeiten nach den Standards der Fachgesellschaften. Die Räumlichkeiten werden durch die MHH zur Verfügung gestellt.

Bei Nichtausreichen der konservativen Therapie wird vom Adipositaszentrum die stationäre Therapie in Zusammenarbeit mit spezialisierten Rehabilitationskliniken eingeleitet. Die letzte Stufe bietet das gesamte Spektrum der operativen adipositaspezifischen Interventionen an. Die Indikationsstellung erfolgt nach strengen Kriterien als Konsens aller konservativen und chirurgischen Therapeuten durch das Adipositaszentrum. Hochqualifizierte Chirurgen und alle Möglichkeiten der medizinischen Maximalversorgung stehen zur Verfügung, so dass diese Verfahren mit der größten Sicherheit und dem geringstmöglichen Risiko durchgeführt werden können. Das konservative Therapieteam begleitet die chirurgische Intervention und unterstützt die Nachsorge.

Zur Motivationssteigerung ist eine finanzielle Selbstbeteiligung der Patienten wünschenswert, kann aber eine suffiziente Adipositas therapie nicht sichern. Da v.a. sozial schwächer gestellte Patienten betroffen sind, beantragen wir bei den Krankenkassen bzw. Sozialversicherungen für die Patienten eine adäquate Beteiligung an der Kostenübernahme.

Ihre Notizen:

Gallengangsatresie: Eine seltene Erkrankung fällt durch die Maschen eines Versorgungsnetzes

Herr Prof. Dr. med. C. Petersen

Abteilung Kinderchirurgie

T: 0511/532-9047 oder Petersen.Claus@mh-hannover.de

Neugeborene mit Gallengangatresie (BA – biliary atresia) leiden unter einer chronischen Lebererkrankung und müssen lebenslang medizinisch betreut werden. Leider wird die Dimension dieser Erkrankung im deutschen Gesundheitssystem noch nicht ausreichend wahrgenommen. Das beginnt schon beim pädiatrischen Vorsorgeprogramm, das kein Screening zur BA vorsieht, obwohl die rechtzeitige Diagnose eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie der BA ist. Des Weiteren ist bekannt, dass die Chancen auf einen günstigen Verlauf der BA nachweislich von der Erfahrung und der damit verbundenen Qualität des betreuenden Zentrums abhängen. In Deutschland sind aber selbst international etablierte Standards zur Diagnostik und Therapie der BA nicht verbindlich geregelt und die Behandlungspfade dieser Patienten werden sehr oft von Zufälligkeiten bestimmt. Die Folgen dieser Unzulänglichkeiten werden bei uns immer noch unterschätzt, denn obwohl die BA zu den seltenen Erkrankungen zählt, stellen diese Patienten die größte Gruppe der lebertransplantierten Kinder.

Leider ist die Ätiologie der BA bis heute unbekannt, und eine ursächliche Therapie darum nicht möglich. Umso wichtiger ist es, die Früherkennung und Behandlung der BA zu optimieren, damit diese Kinder möglichst lange mit ihrer eigenen Leber überleben können. Das verbessert nicht nur deren individuelles Schicksal, sondern reduziert die Behandlungskosten und entlastet die ohnehin begrenzte Verfügbarkeit von Spenderorganen. Dieses Problem ist in anderen europäischen Ländern, in Japan und den USA bereits realisiert worden und hat zu gesundheitspolitischen Konsequenzen geführt. Vielerorts wurde die BA nicht zuletzt wegen ihrer volkswirtschaftlichen Bedeutung in nationale Förderungsprogramme aufgenommen.

An der MHH werden BA-Patienten von einem interdisziplinären Team betreut (Pädiatrische Hepatologie, Kinderchirurgie, Transplantationschirurgie), das sowohl in der Diagnostik, als auch in der Therapie und der Grundlagenforschung innovative Akzente setzt. Vor allem auch die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und die Präsenz im Internet (www.gallengangatresie.de) sollen dazu beitragen, die Situation in Deutschland zu verbessern. Die BA-Arbeitsgruppe der MHH ist an allen internationalen BA-Projekten maßgeblich beteiligt (s.a. www.biliary-atresia.com) und bemüht sich intensiv darum, dass auch in Deutschland die Patienten mit BA nicht länger durch die Maschen unseres Versorgungsnetzes fallen.

Ihre Notizen:

Eine neue psychotherapeutische Therapieform bei komplexen Traumafolge-Erkrankungen

Herr Prof. Dr. Dr. H.M. Emrich

Frau Dr. Dipl.-Psych. F. Rodewald

Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie

T: 0511/532-6571 oder Emrich.Hinderk@mh-hannover.de

Die Wahrscheinlichkeit, irgendwann im Leben ein psychisches Trauma zu erleiden, ist hoch. Perkonigg et al. (2000) fanden in Deutschland in der Allgemeinbevölkerung (Adoleszenten) eine Lebenszeit-Prävalenz für mindestens ein traumatisches Erlebnis von 21%. Insbesondere nach wiederholten

Traumatisierungen (z.B. körperliche oder sexuelle Gewalt während der Kindheit) besteht dabei ein erhebliches Risiko für die Entstehung chronischer komplexen posttraumatischer und / oder dissoziativer Störungen wie z.B. komplexe posttraumatische Belastungsstörungen oder komplexe dissoziative Störungen. Prävalenzraten liegen in der Allgemeinbevölkerung je nach Störungsbild bei etwa 1% - 7%.

Im Rahmen des Vortrags wird zunächst ein Überblick zu Prävalenz, klinischem Bild und derzeitigen Behandlungsansätzen bei komplexen posttraumatischen und dissoziativen Störungen gegeben.

Im zweiten Teil des Vortrags wird ein neuer Behandlungsansatz in Form eines trauma-spezifischen Kriseninterventionsprogramms für PatientInnen mit komplexen posttraumatischen und dissoziativen Störungen in stationärer akut-psychiatrischer Behandlung vorgestellt, der seit Sommer 2006 im Rahmen einer Pilotstudie an der Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie erprobt wird.

Als Ausblick wird darüber hinaus ein ab 2007 geplantes Aufbauprojekt skizziert, in dem zwei ambulante Gruppenschulungen für PatientInnen mit komplexen Traumafolge-Störungen entwickelt und erprobt werden sollen. Das Projekt wurde basierend auf den Erfahrungen mit den stationären Schulungsgruppen konzipiert und hat das Ziel, bedarfsgerechte Therapie- und Schulungsformate für die unterschiedlichen Behandlungs-Settings zu etablieren.

Im Rahmen des Projektes sollen eine klassische face-to-face Gruppenschulung (Stabil-K) und eine internet-basiertes Schulungsprogramm (Stab-In-Therapy) für komplex-traumatisierte PatientInnen erprobt und validiert werden.

Ihre Notizen:

Wie effektiv ist eine Cochlear-Implant-Versorgung bei Kindern – Effektivitätsuntersuchungen und Langzeitbeobachtungen über 20 Jahre

Prof. Dr. med. Th. Lenarz

Abt. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Medizinische Hochschule Hannover

T: 0511/532-6565 oder Lenarz.Thomas@mh-hannover.de

Während früher Kinder mit angeborener oder vor dem endgültigen Spracherwerb erworbener beiderseitiger Taubheit unweigerlich das Schicksal der Taubstummheit oder Gehörlosigkeit erfahren mußten, kann heute durch den frühzeitigen Einsatz eines Cochlea-Implantates das Hörvermögen so weit wiederhergestellt werden, daß eine nahezu normale Hör- und Sprachentwicklung möglich ist. Aufgrund der verbesserten Früherkennung und Frühdiagnostik hat sich im Verlauf der letzten 15 Jahre das mittlere Implantationsalter deutlich nach unten verlagert. Die Mehrzahl der Kinder werden heute im ersten und zweiten Lebensjahr implantiert. Als wesentliche prognostische Faktoren für die Hör- und Sprachentwicklung haben sich dabei Ertaubungsdauer und Implantationszeitpunkt herausgestellt. In einer durchgeführten Studie zur Kosten-Nutzen-Bewertung der CI-Versorgung an Kindern unterschiedlicher Altersklassen bei vergleichbarem Hörverlust konnte eindeutig festgestellt werden, daß Kinder bei Implantation in den ersten beiden Lebensjahren zu über 70 % eine Regelschule besuchen können. Dieser Prozentsatz sinkt bereits auf ca. 35 % bei Implantation zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr sowie auf 15 % bei Implantation zwischen dem vierten und siebten Lebensjahr und unterscheidet sich damit nicht mehr von den Ergebnissen bei mit Hörgeräten versorgten Kindern. Die Kostenbetrachtung führt zum eindeutigen Vorteil der Frühimplantation, wenn medizinische und nichtmedizinische Kosten gesamthaft betrachtet werden.

Die Ergebnisse zeigen das große therapeutische Potential der frühen Cochlea-Implantation bei Kindern. Es ist deswegen eine flächendeckende frühzeitige Erfassung kindlicher Schwerhörigkeiten zu fordern zusammen mit einer effektiven Frühdiagnostik und Frühtherapie.

Literatur:

1. Schulze-Gattermann H, Illg A, Schönermark M, Lenarz T, Lesinski-Schiedat A (2002). Cost-Benefit Analysis of Pediatric Cochlear Implantation: German Experience. *Otology & Neurotology* 23:647-681
2. Schulze-Gattermann H, Illg A, Lesinski-Schiedat A, Schönermark M, Bertram B, Lenarz T (2003). Kosten-Nutzen-Analyse der Cochlea-Implantation bei Kindern. *Laryngo-Rhino-Otologie* 2003 May; 82(5):322-9
3. Schulze-Gattermann H, Illg A, Schönermark M, Lenarz T, Lesinski-Schiedat A (2002). Cost-benefit analysis of pediatric cochlear implantation – the experience of the Medical University of Hannover. *Cochlear Implantation: Cost creating or cost saving ?*, Proceedings of a conference on health technology assessment, published by Hughes associates, Oxford.
4. Modellprogramm Verbesserung der Früherfassung von Hörstörungen im Kindesalter. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Wissenschaftliche Reihe Band 60. Deutscher Ärzte-Verlag Köln. ISBN 978-3-7691-8059-6.

Ihre Notizen:

Wege zu optimalem Herzrhythmus und Herzkraft

Herr Prof. Dr. med. H. Drexler

Abteilung Kardiologie und Angiologie

T: 0511/532- 3840 oder Drexler.Helmut@mh-hannover.de

Das anfallsweise Vorhofflimmern ist eine Volkskrankheit, die aufgrund der Überalterung unserer Gesellschaft noch deutlich zunehmen wird. Bereits jetzt besteht bei jedem 20. >65-Jährigen und bei jedem 10. > 80-Jährigen ein anfallsweises Vorhofflimmern. Die Kosten, die durch die medikamentöse Therapie und wiederholte Elektroschockbehandlungen pro Jahr pro Patient anfallen liegen bei ca. 3000€ pro Jahr.

In den letzten 8 Jahren ist durch die Ablationsbehandlung des anfallsweisen Vorhofflimmerns eine deutliche Verbesserung in der Versorgung der Vorhofflimmerpatienten eingetreten. Mit der Radiofrequenzablation im linken Vorhof kann zur Zeit eine 70-80%ige Anfallsfreiheit nach 1 Jahr erreicht werden. Die Radiofrequenzablation birgt aber Komplikationen, die mit den physikalischen Eigenschaften der Radiofrequenzenergie selbst zusammenhängen. Bei der Radiofrequenzablation ist das Ziel, durch Umwandlung von elektrischer Energie in Wärmeenergie im Herzgewebe eine lokal begrenzte Gewebeverkochung zu erreichen, um damit die Reizleitung im Herzen zu verändern. Durch die Wärmeentwicklung entstehen aber Blutgerinnsel am Katheter selbst und auf der abladierten Läsion, die zu periinterventionellen Schlaganfällen in einer Größenordnung um 1,3-1,5% führen. Desweiteren führt die Gewebeverkochung im linken Vorhof insbesondere in der Nähe der Einmündungen der Lungenvenen zu Einengungen der Lungenvenen in bis zu 1,5% der Fälle, was zu schweren Pneumonie-ähnlichen Krankheitsbildern und chronischer Luftnot führen kann. Desweiteren können durch die Radiofrequenzablation im linken Vorhof benachbarte Strukturen wie die Speiseröhren lebensbedrohlich geschädigt werden. Aufgrund der guten Ergebnisse auf der einen Seite, aber nicht unerheblichen Komplikationen auf der andere Seite habe sich internationale Fachgesellschaften für Kardiologie (ESC, ACC, AHA) geeinigt, die Ablation von Vorhofflimmern bei erheblich symptomatischen Patienten, die mehreren

medikamentöse Behandlungsversuche und in der Regel auch Elektroschockbehandlungen hinter sich haben, zu empfehlen.

Mit einer neuen Ablationstechnik, dem Kryoballonverfahren, das seit Ende letzten Jahres an der MHH verfügbar ist, können wir und andere zeigen, dass Komplikationen wie Schlaganfälle, und Lungenvenenengstellen sowie Schädigungen der Speiseröhre aufgrund anderer physikalischer Eigenschaften der Kryoenergie nicht auftreten. Die klinische Erfolgsrate ist mit der Radiofrequenzablation vergleichbar. Die schonende, komplikationsarme Technik der Kryoenergie würde es möglich machen, Patienten mit anfallsweisem Vorhofflimmern frühzeitig definitiv mit einer Ablationsbehandlung zu heilen und somit langfristig anfallende Kosten für nicht-erfolgreiche medikamentöse Behandlungen und Elektroschocks zu reduzieren (s.o.; ca. 3000€/Patient/Jahr).

Zur Zeit wird die noch kostenintensive Behandlung mit dem Kryoballonsystem nicht ausreichend durch das DRG-System vergütet. So erhält die MHH für die Behandlung eines 78-jährigen Patienten mit dem Kryoballonsystem bei einer Verweildauer von 5 Tagen 5539,16€, die reinen im Herzkatheterlabor anfallenden Kosten für die neue Ablationstechnik belaufen sich aber alleine auf 5900€. Es wäre eine win-win-Situation für Patient, Krankenkasse und Krankenhaus zu erreichen durch ein zusätzliches Sonderentgelt für die Behandlung des anfallsweisen Vorhofflimmerns mit dem Kryoballonsystem (Sonderentgelt=Kosten des Ballons 3090€). Die Vorteile für den Patienten liegen auf der Hand, das Krankenhaus könnte die Ablationsbehandlung durch ein Zusatzentgelt kostenneutral anbieten, die Vorteile für die Krankenkasse liegen (1) bei der langfristigen Vermeidung von Kosten für weitere Medikamente und Hospitalisationen und (2) einer qualitativ hochwertigen nebenwirkungsarmen Versorgung ihrer Vorhofflimmerpatienten.

Ihre Notizen:

Stammzelltransplantation: Vorhersage von Komplikationen mittels neuer Technologien

Frau Prof. Dr. med. E. Mischak-Weissinger

Abteilung Hämatologie, Hämostaseologie und Onkologie

T: 0511/532-9518 oder Mischak-Weissinger.Eva@mh-hannover.de

Die allogene hämatopoetische Stammzelltransplantation (HSZT) wird mit gutem Erfolg zur Therapie von malignen, hämatologischen Erkrankungen eingesetzt, eine breitere Anwendung (z.B. auch in Hinblick auf eine Toleranzinduktion gegenüber soliden transplantierten Organen) wird derzeit durch schwerwiegende, lebensbedrohende Komplikationen wie z.B. schwere, akute Graft versus Host Erkrankung (GvHD) und auch schwere Infekte limitiert. Die akute GvHD (aGvHD) wird durch die fremden Immunzellen des Spenders im Transplantat (T-Zellen) hervorgerufen, die das gesunde Gewebe des Empfängers erkennen und angreifen können. Zur Bekämpfung einer leukämischen Grunderkrankung ist dieser Effekt bei den Leukämiezellen erwünscht, die gesunden Organe sollten jedoch nach Möglichkeit verschont bleiben. Die Diagnose der aGvHD wird hauptsächlich durch das klinische Bild der Erkrankung gestellt, wie Hautausschläge, schwere Durchfälle und/oder Anstieg der Leberenzyme und ähnliches. Die klinische Diagnose wird durch Biopsien der betroffenen Organe und histopathologische Analyse des Materials verifiziert. In jüngerer Zeit konnte durch die Weiterentwicklung auf dem Gebiet der Proteomanalyse ein Test etabliert werden, der es erlaubt die Entstehung einer aGvHD durch Untersuchungen von Urin Proben von Patienten frühzeitig abzubilden. Diese spezifischen Proteomics Muster zur Früherkennung der aGvHD sind bereits publiziert (1,2,3). In einer Pilotstudie unserer Abteilung wurde die Früherkennung der aGvHD mit einer pre-emptiven Gabe von 1mg/kg KG Steroid kombiniert um zu testen, ob dadurch die Inzidenz der schweren aGvHD nach allogener Stammzelltransplantation abnimmt und ob dies zu einer Verbesserung des Gesamtüberlebens von Patienten führt. Erste Analysen der Daten zeigten, dass durch die pre-emptive Behandlung das Auftreten von schwerer aGvHD 2006 auf 28% (17 von 60 Patienten) im Vergleich zu 2005 44% (37/90) reduziert werden konnte. Gleichzeitig konnten die Todesfälle im Rahmen einer akuten GvHD von 11% (2005; 10/90; bzw. 10/37

aGvHD Patienten (27%) auf 3% (2/60) bzw. 11% (2 von 17 Patienten mit akuter GvHD) reduziert werden. Diese Erfolg versprechenden Daten sollen in einer multizentrischen, doppelt blinden, Plazebo kontrollierten studie weiter untersucht und verifiziert werden. Ziel dieser Studie ist es zu prüfen, ob durch eine frühzeitige Therapie der GvHD mit 1mg/kg Steroiden (n=45) bei positivem aGvHD-spezifischen Proteomics Muster eine Reduktion des Schweregrad der aGvHD und des Überlebens von schwerer GvHD erreicht werden kann. Ein Kontrollarm (n=45) wird bei positivem aGvHD-spezifischen Proteomics Muster mit Placebo behandelt und das Ergebnis verglichen. Patienten mit negativem aGvHD-spezifischem Proteomics Muster dienen als weitere Kontrolle (n=110). Abschließend kann man sagen, dass eine allogene, hämatopoetische Stammzelltransplantation etwa 74.000 Euro kostet, bei Patienten mit schwerer GvHD die Kosten zwischen 160.000 und 300.000 Euro liegen.

- 1 Kaiser T, Kamal H, Rank A, Kolb HJ, Holler E, Ganser A, Hertenstein B, Mischak H, Weissinger EM. Proteomics applied to clinical follow up of patients after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. Blood; (2004) 104: 340-349
- 2 Weissinger EM, Mischak H, Ganser A, Hertenstein B. Value of proteomics applied after hematopoietic stem cell transplantation. Annals of Hematology. (2006) 85:205-11
- 3 Weissinger EM, Schiffer E, Hertenstein B, Ferrara J , Holler E, Stadler M, Kolb HJ, Zander A, Zurbig P, Kellmann M and Ganser A Prediction of acute graft versus host disease after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation by a proteomic aGVHD-specific pattern. Blood 2007 pre-published ahead of print March 5th

Ihre Notizen:
