

Preise & Stipendien

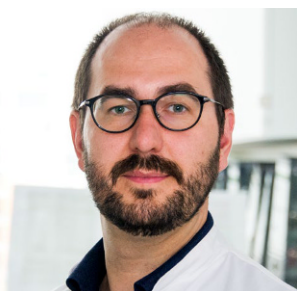
ACSP-Stipendium an PD Dr. Florian Scherer vergeben

Die DGIM möchte durch die jährliche Vergabe von Advanced Clinician Scientist-Stipendien und mit der damit verbundenen teilweisen Freistellung von der klinischen Tätigkeit beste Voraussetzungen für wissenschaftliches Arbeiten schaffen. Die maximale Gesamtförderung durch die DGIM beträgt für die Förderdauer von längstens vier Jahren 120.000 Euro pro Stipendiaten. Das ACSP-Stipendium wurde in diesem Jahr an PD Dr. med. Florian Scherer vom Universitätsklinikum Freiburg vergeben.

Die Onkologie erlebt in den letzten Jahren eine massive Weiterentwicklung im Bereich innovativer und präziser Diagnosemethoden. Genau hier setzt die Forschungsarbeit von PD Dr. med. Florian Scherer und seiner Forschungsgruppe an der Klinik für Innere Medizin I (Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation) vom Universitätsklinikum Freiburg an. „Insbesondere die Technologien zur sensitiven Detektion zirkulierender Tumor DNA (ctDNA) aus Blut oder Liquor (sog. Liquid Biopsy) von Tumorpatientinnen und -patienten wurden erheblich verbessert, was eine immer bessere Bestimmung und Charakterisierung der Krankheitsaktivität erlaubt“, so Scherer. Die Liquid Biopsy könne potenziell eine besonders interessante diagnostische Methode bei den Betroffenen mit Hirntumoren darstellen, weil hier die Tumoren oft nicht gut erreichbar seien oder ein diagnostischer chirurgischer Eingriff aufgrund von Komorbiditäten ein Risiko darstellen würde. In Vorarbeiten hat die Forschungsgruppe von Dr. Scherer bei Menschen mit Hirnlymphomen gezeigt, dass ctDNA in minimaler Konzentration im Blut und Liquor nachweisbar ist und diese darüber hinaus als prognostischer und diagnostischer Biomarker vor Einleitung und während einer Chemotherapie genutzt werden kann.

In dem aktuellen Projekt der Freiburger Forschungsgruppe soll aufbauend auf den bereits gewonnenen Erkenntnissen einerseits der optimale Zeitpunkt für eine ctDNA-Analyse während der Chemotherapie bei Patientinnen und Patienten mit Hirnlymphomen bestimmt werden, um zukünftig Therapien frühzeitig anpassen zu können. Andererseits soll der diagnostische Nutzen der ctDNA für Hirnlymphome in prospektiven Studien validiert werden und auch für andere Hirntumorentitäten, z. B. Gliome, untersucht werden.

© Universitätsklinikum Freiburg



▲ PD Dr. Florian Scherer

Kommissionen & Arbeitsgruppen

Neues aus der Kommission Leitlinien der DGIM

Aktualisierte S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn“

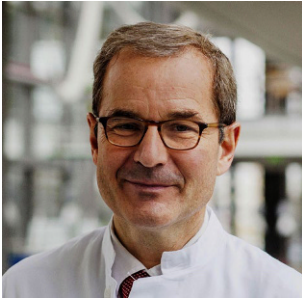
Aktuell arbeiten Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien“ an über 70 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften mit. Die S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn“ ist eine davon, die kürzlich abgeschlossen wurde. DGIM-Mandatsträger waren Prof. Dr. med. Andreas Stallmach, Universitätsklinikum Jena, und Prof. Dr. med. Andreas Sturm, Berlin, die ihre Expertise eingebracht haben. Sie fassen die wichtigsten Key Facts der Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn“ zusammen.

Key facts

In Deutschland hat die Prävalenz des Morbus Crohn (MC) in der vergangenen Dekade deutlich zugenommen. Von 2012 zu 2018 stieg die Zahl der Betroffenen von 177.997 auf 231.723 Betroffene (+13 %) an. Prospektive Untersuchungen zeigen, dass ein Drittel davon insgesamt einen milden Verlauf haben, die meisten dieser Patientinnen und Patienten brauchten nie eine Therapie mit Immunsuppressiva oder Biologika. Im Gegensatz dazu ist bei einem weiteren ein Drittel der Verlauf durch eine chronische Krankheitsaktivität und Komplikationen geprägt.

Mit der aktualisierten Leitlinie werden evidenzbasierte Empfehlungen für alle an der Diagnostik und Therapie des MC beteiligten Berufsgruppen geliefert. Für die **Diagnostik** sind folgende Punkte relevant:

- Bei Verdacht auf einen MC ist eine Dünndarmdiagnostik, z. B. als MR-Enterografie oder alternativ durch eine Sonografie, durchzuführen.
- Vor Einleitung oder Änderungen der medikamentösen Therapie sollte die entzündliche Aktivität objektiviert werden. Die klinische Einschätzung ist dabei durch eine Kombination aus laborchemischen Parametern (CRP, fäkales Calprotectin) und bildgebenden Verfahren (z. B. Sonographie, ggf. auch Endoskopie) zu ergänzen.
- Es gibt derzeit keine ausreichende Evidenz, dass beim alleinigen endoskopischen Nachweis von entzündlichen Veränderungen eine Therapieoptimierung mit dem Ziel einer Mukosaheilung durchgeführt werden sollte.



© DGIM

▲ Prof. Dr. med. Andreas Stallmach

- Bei schwerem akutem Schub und/oder therapierefraktärem Verlauf sollte eine Untersuchung auf *C. difficile* und Cytomegalievirus erfolgen.
- Bei Patientinnen und Patienten mit sekundärem Wirkverlust einer TNF- α -Antikörpertherapie sollte ein reaktives therapeutisches Drug-Monitoring (TDM) erfolgen.

Diagnostisch wird jetzt der Sonographie als bildgebendes Verfahren in der Erstdiagnostik und in der Verlaufsbeurteilung ein fester Stellenwert zugeordnet. Ohne Zweifel sind eine klinische Remission und das Erreichen einer mukosalen Heilung wichtige Therapieziele bei der Behandlung des MC. Die Diskussion um die Notwendigkeit einer Therapieintensivierung aufgrund einer persistierenden mukosalen Entzündung oder eines erhöhten fäkalen Calprotektins ist kontrovers; dieses Vorgehen wird zurzeit noch nicht empfohlen. Der sekundäre Wirkverlust unter einer Biologikatherapie ist ein häufiges Problem. Bei Patientinnen und Patienten mit sekundärem Wirkverlust unter einer TNF-Antikörper-Therapie ist ein reaktives „Therapeutic Drug Monitoring“ (TDM) durchzuführen und eine entsprechende Dosisanpassung oder Therapiewechsel vorzunehmen

Für die **Therapie** beim MC sind folgende Punkte relevant:

- Alle, die rauchen, sollen zur Abstinenz von Tabakgebrauch motiviert werden.
- Aufgrund heterogener Studienergebnisse und geringer klinischer Wirksamkeit kann der Einsatz von Mesalazin zur Behandlung eines milden akuten MC-Schubes nicht mit ausreichender Evidenz empfohlen werden
- Betroffene mit hoher Entzündungsaktivität sollen initial mit systemisch wirkenden Steroiden behandelt werden. Ziel einer Langzeittherapie muss jedoch eine steroidfreie klinische Remission mit einer Normalisierung der Lebensqualität sein.
- Der steroidrefraktäre MC sollte primär mit Biologika (Adalimumab, Infliximab ggf. kombiniert mit einem Thiopurin, Ustekinumab oder Vedolizumab) behandelt werden*.
- Bei einem isolierten Befall der Ileozökalregion, kurzer Anamnese und fehlendem Ansprechen auf Steroide ist die Ileozökalresektion verglichen mit der Therapie mit Infliximab als gleichwertig anzusehen.
- Die Fisteltherapie sollte in interdisziplinärer Abstimmung erfolgen, wobei häufig ein kombinierter Ansatz (medikamentös und chirurgisch) indiziert ist.
- Akute Krankheitsschube während einer Schwangerschaft sollten ohne Verzögerung therapiert werden.

Zur Behandlung des leichten bis moderaten Schubes ist Budesonid (9 mg/Tag) insbesondere beim MC des ileozökalen Übergang bzw. des rechten Hemikolons Mittel der Wahl. Bei höherer entzündlicher Aktivität ist eine systemische Steroidtherapie (1 mg/kg KG, max. 75 mg/Tag) mit konsequenter Dosisreduktion indiziert. Sys-

temische Steroide sollen nicht zur Remissionserhaltung eingesetzt werden. Bei Nichtansprechen oder Unmöglichkeit, die Steroidtherapie zu beenden, sollte eine Biologikatherapie eingeleitet werden. Dabei gibt es bei den verschiedenen Therapieoptionen keine Priorisierung; aus den zugelassenen Substanzen ist individuell nach Patientencharakteristika und -bedürfnissen auszuwählen. Die Chirurgie ist integraler Bestandteil der Behandlung von Patient:innen mit MC und keine *ultima ratio*.

Die Gültigkeit dieser Leitlinie wird zunächst mit fünf Jahren angegeben. Um relevante Neuerungen abzubilden, ist eine jährliche Überprüfung der relevanten Literatur durch die Lenkungsgruppe und Formulierung konsentierter Empfehlungen im Sinne einer „living guideline“ geplant.

*Die Medikamente sind alphabetisch gereiht. Wenn nicht anders angegeben, impliziert diese Reihung keine Priorisierung für den klinischen Einsatz.

Wer Interesse an den Details der Leitlinie (Registernummer 021 – 004) hat, kann sie hier herunterladen: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021-004.html>.



Schon gewusst?

Nachwuchsförderung wird bei uns großgeschrieben, denn den medizinischen Nachwuchs zu fördern, Internistinnen und Internisten für die Wissenschaft und Forschung zu motivieren und sie bei der Realisierung von Forschungsarbeiten zu unterstützen – das sind die zentralen Aufgaben der DGIM. Deshalb bietet sie umfassende Nachwuchs- und Förderprogramme an und unterstützt zahlreiche Weiterbildungsangebote. Insgesamt hat die DGIM hierfür in den letzten 5 Jahren über 3,8 Millionen Euro ausgegeben – allein im Jahr 2022 sind es rund 900.000 Euro. Weiter Informationen gibt es unter <https://www.dgim.de/foerderprogramme/auf-einen-blick/>