

der Kongresspräsident. Zum Themenkomplex „Resilienz und Medizin“ gehört aber nicht nur der individuelle Umgang mit Stressoren, sondern auch die Frage, wie wir uns unter medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten dem Thema Resilienzentwicklung nähern können.

Abstracts jetzt einreichen

Die Abstract-Einreichung ist ab sofort über www.kongress.dgim.de möglich. Die Einreichungsfrist endet am **15. Dezember 2024**. Aus den eingereichten Abstracts werden die Vortragenden für den Young Investigator Award (Autorinnen und Autoren unter 35 Jahren) ermittelt. Die angenommenen Abstracts werden als Supplement der Fachzeitschrift „Die Innere Medizin“ zitierfähig publiziert. Alle Abstract-Referierenden bis 35 Jahren haben die Möglichkeit, ein Reisekostenstipendium in Höhe von 250 € zu erhalten. Voraussetzung hierfür ist die Mitgliedschaft in der DGIM oder ein DGIM-Gastzugang für Studierende sowie die Anwesenheit auf dem Kongress. Die Mitgliedschaft bzw. der Gastzugang für Studierende muss bis zum 15.12.2024 beantragt sein.

SCHWERPUNKTTHEMEN des 131. Internistenkongresses

Resilienz in der Medizin

- Selbstschutz
- Mitarbeiterstärkung
- Therapie und Überleben in Krisen

Interdisziplinarität

- fachübergreifendes Handeln
- Transition

Klima & Gesundheit

- Hitze und Organstress
- Therapieanpassung im Klimawandel
- Ökologisierung der Therapie



Neues aus der Kommission Leitlinien

S3-Leitlinie Diagnose und Therapie der Gicht

Aktuell sind Delegierte der DGIM Kommission Leitlinien an über 100 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften beteiligt, so auch an der S3-Leitlinie zur Diagnose und Thera-



▲ Prof. Dr. Ulf Müller-Ladner

pie der Gicht. DGIM-Mandats-träger war Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner, Lehrstuhl für Rheumatologie der Justus-Liebig-Universität Gießen und Ärztlicher Direktor der Abteilung Rheumatologie und Klinische Immunologie, Campus Kerckhoff Bad Nauheim.

Die Gicht gehörte früher zu den Erkrankungen der wohlhabenden Gesellschaft, da nur diese sich die Nahrungsmittel leisten konnten, die aufgrund ihres Pu-

ringehalts Gichtanfälle auslösen können. Heutzutage ist die Gicht eine echte Volkskrankheit, so dass möglichst vielen Kolleginnen und Kollegen anhand dieser neu erstellten Leitlinie evidenzbasierte Fakten zur Diagnostik und Therapie der Gicht zur Verfügung stehen sollen. Dies auf der Basis, dass die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in den letzten Jahren deutlich erweitert wurden.

Zusätzlich fließen in diese Leitlinie Erkenntnisse aus der Basiswissenschaft ein, da durch die Analyse der Interleukin-1-abhängigen Stoffwechselwege auch eine zusätzlich molekulare Grundlage zum Verständnis der Pathophysiologie und der jetzigen sowie zukünftigen Therapiestrategien geschaffen werden konnte. Ziel der Leitlinie ist es, die durch die Gicht verbundene Morbidität und Mortalität nicht nur an den Gelenken, sondern auch an vielen inneren Organen langfristig zu minimieren.

Diagnosestellung der Gicht

Die Besonderheit bei der Diagnoseerstellung der Gicht ist, dass es im Wesentlichen zwei verschiedene Zugangswege für die Patienten und Patienten gibt, und zwar einerseits den primärärztlichen und andererseits den fachärztlichen. Diese unterschieden sich in den früheren Leitlinien, so dass bei der jetzigen Leitlinie darauf Wert gelegt wurde, eine gemeinsame Strategie zu formulieren. Die primärärztliche Aufgabe wird hierbei vor allem darin gesehen, den akuten Gichtanfall mit schneller Symptomkontrolle zu behandeln. Im fachärztlichen Bereich stehen dann vor allem die Patientinnen und Patienten mit rezidivierenden Gichtanfällen und Gelenkdestruktionen und Tophi im Fokus.

In der Regel wird die Diagnose einer Gicht aufgrund von Schmerzverlauf, Lokalisation des betroffenen Gelenks und Serumharnsäurewert klinisch gestellt. In schwierigen Situationen oder progredient chronischen Verläufen kommen zum Teil dann auch spezialisierte Untersuchungsverfahren wie das Dual Energy CT zum Einsatz. Auszuschließen sind immer ebenso akut beginnende Arthritiden anderer Entitäten wie zum Beispiel mono- oder oligoartikuläre Schübe von entzündlichen Gelenkerkrankungen, aber auch infektiös bedingte Arthritiden.

Entsprechend hierzu wurde ein Gichtkalkulator entwickelt, der bei Erreichen einer bestimmten Punktzahl eine Gicht hochwahrscheinlich macht. In diesen Score fließen ein: männliches

Geschlecht, frühere Arthritis, Anfall/Auftreten innerhalb von 24 Stunden, Rötung des betroffenen Gelenks, Beteiligung des Großzehengrundgelenks, arterielle Hypertonie oder mehr als eine kardiovaskuläre Erkrankung sowie eine Hyperurikämie von mehr als 5,8 mg/dl, wobei letztere den zentralen Laborwert darstellt.

Wenn möglich, ist auch eine Gelenkpunktion mit Polarisationsmikroskopie in Kombination mit Sonographie empfehlenswert. Röntgenaufnahmen können differentialdiagnostisch hilfreich sein. Zusammengefasst finden sich die oben genannten Punkte auch in den ACR/EULAR-Klassifikationskriterien der Gicht wieder.

Therapie der Gicht

Bei der Therapie der Gicht werden grundsätzlich die Therapie des „akuten“ Gichtanfalls und der „chronischen“ Gicht unterschieden. Prophylaktisch gelten weiterhin die altbekannten Grundsätze, dass auf eine purinarne Ernährung geachtet bzw. diese auch konsequent umgesetzt werden sollte. Dies möglichst verbunden mit einer Gewichtsabnahme und Beendigung des Rauchens. Ist ein akuter Gichtanfall eingetreten, der meist innerhalb von 1–2 Wochen selbstlimitierend ist, soll zeitnah mit Colchicin, Glukortikoiden oder nichtsteroidalen Antirheumatika behandelt werden. Die Auswahl des Medikaments soll in Abhängigkeit von bestehender Kommunikation, Komorbiditäten und weiteren Kontraindikationen erfolgen. Physikalische Therapieansätze mit einer Kombination aus Ruhigstellen, Hochlagern und Kühlen ergänzen das Therapiespektrum des akuten Gichtanfalls.

Ist diese Medikation bei rezidivierenden Gichtanfällen nicht ausreichend, kann aufgrund der molekularen Grundlage der Interleukin-1-Aktivierung auch eine Therapie mit dem Interleukin-1-Hemmer Canakinumab erwogen werden. Für Colchicin, Kortikosteroide und nichtsteroidale Antirheumatika gibt die Leitlinie Maximaldosen sowie Therapiezeiträume konkret an.

Langfristig sollen – neben der Modifikation des Lebensstils – medikamentöse Therapien zur Senkung der Serum-Harnsäure eingesetzt werden. Daneben sollen harnsäuresteigernde Medikamente wie zum Beispiel Diuretika wenn möglich reduziert oder durch harnsäureneutrale Medikamente ersetzt werden. Basis für eine langfristige Harnsäuresenkung stellen die Xanthinoxidase-Inhibitoren Allopurinol und Febuxostat dar, wobei hinsichtlich der Effektivität beide im Wesentlichen als äquivalent anzusehen sind, allerdings mit unterschiedlichen Nebenwirkungsprofilen.

Um eine Harnsäuresenkung bei Patienten mit Gicht zu erreichen, sollten Xanthinoxidasehemmer vor allem bei rezidivierenden (mehr als ein Gichtanfall pro Jahr) und gelenkdestruktiven Verläufen eingesetzt werden. Die Xanthinoxidasehemmer können innerhalb der ersten 14 Tage nach Beginn des Gichtanfalls begonnen werden. Sollten Urikostatika nicht eingesetzt werden können, kann ggf. eine Harnsäuresenkung mit Urikosurika in Kombination erfolgen. Die Leitlinie gibt hierzu detaillierte Hinweise bezüglich der einzelnen Medikamente, Dosierungen und Kontraindikationen. Ziel hierbei ist, langfristig möglichst Gichtanfälle zu vermeiden und eine Serumharnsäure von < 6 mg/dl zu erreichen. Zusätzlich kann bei häufigeren Anfällen auch eine Anfallsprophylaxe mit niedrig dosiertem Colchicin oder einem nichtsteroidalen Antirheu-

matikum unter Beachtung der Kontraindikation über 3–6 Monate durchgeführt werden.

Daneben beinhaltet die Leitlinie ein Sondervotum der DEGAM, welche einen besonderen Wert auf eine Reduktion der Gichtlast legt und die oben genannte Strategie des Treat-to-Target-Prinzips oder eines Zielharnsäurewerts aus praktischen Erwägungen im niedergelassenen Bereich nachordnet.

Einen besonderen Schwerpunkt legte die Leitlinien-Gruppe auf die Komorbiditäten, vor allem bei Patienten mit kardiovaskulären Vorerkrankungen, da auch in der Gefäßwand Interleukin-1 einen wichtigen Faktor zur Progression einer Arteriosklerose darstellt. Bei diesen Patienten sollte noch konsequenter mit Allopurinol oder Febuxostat therapiert werden. Als neues Momentum kann bei Gicht-Patienten mit Diabetes, Nieren- oder Herzinsuffizienz auch ein SGLT2-Inhibitor hinzugenommen werden, der ebenfalls auf den Harnsäurespiegel senkend wirkt.

Letztendlich kann eine Therapie in Zusammenarbeit mit den Patienten nur gelingen, wenn die Korrektur der Lebensstilfaktoren nicht nur geschult, sondern auch konsequent umgesetzt wird.

Ausblick

Auch bezüglich der Zukunft der Diagnose und Therapie der Gicht hat sich die Leitliniengruppe Gedanken gemacht. Insbesondere sieht sie hier Forschungs- und Klärungsbedarf bei der Optimierung der Bildgebung, für bessere Daten zur Gicht bei Frauen, bei der Identifikation von risikobehafteten Patientenkollektiven und zur Frage nach der optimalen Anfangsprophylaxe sowie umgekehrt auch zur Identifikation des optimalen Zeitpunkts für die Beendigung einer harnsäuresenkenden Therapie.

Die neue Leitlinie ist auf AWMF online zu finden: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/060-005>



AG Hausärztliche Internistinnen und Internisten

Bluttransfusionen in der Hausarztpraxis

Basierend auf den Meldungen des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) wurden im Jahr 2021 in Deutschland 3.305.631 Erythrozytenkonzentrate (EK) verbraucht. Wie viele Transfusionen davon ambulant durchgeführt wurden, ist unklar – fest steht aber: In hausärztlichen Praxen wird selten transfundiert. Warum ist das so? Zum einen vermutlich aus Angst vor Komplikationen wie