



© OJO Images / Image Source

Gastroösophageale Refluxkrankheit operieren?

Ob eine gastro-ösophageale Refluxkrankheit bei Kindern operativ behandelt werden sollte, sei eine „Glaubensfrage“, die unter Ärzten kontrovers diskutiert wird, berichtete PD Dr. Stefan Holland-Cunz, Chefarzt der Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg. Dem Kinderchirurgen zufolge sei eine Antirefluxoperation bei Kindern über einem Jahr in Erwägung zu ziehen, die auf eine konservative Therapie nicht ausreichend ansprechen oder eine medikamentöse Langzeitbehandlung benötigen würden. An der Heidelberger Kinderchi-

urgie wird eine Fundoplikatio heute in der Regel minimalinvasiv durchgeführt. Dabei wird eine Fundusmanschette um den abdominalen Anteil der Speiseröhre gelegt, um einen Reflux zu verhindern.

Die Datenlage sei allerdings unbefriedigend, sagte Holland-Cunz. Eine eigene, retrospektive Befragung bei 97 Patienten, die mit verschiedenen Methoden operiert worden waren, ergab: Bei etwa zwei Dritteln kam es nach einem chirurgischen Eingriff zu einer Komplettremission der Symptomatik, rund 80 % waren mit dem Behandlungsergebnis

sehr zufrieden. Dabei machte es keinen signifikanten Unterschied, ob die Operation weniger oder mehr als zehn Jahre zurücklag. Diese sei Holland-Cunz zufolge ein erster Hinweis, dass auch die Langzeiteffekte der Antirefluxchirurgie gut sind. Dennoch wurden häufig weiterhin Protonenpumpeninhibitoren eingenommen. Prospektive Langzeitstudien seien hier dringend erforderlich.

Holland-Cunz S. Kontroversen in Diagnostik und Therapie der gastroösophagealen Refluxkrankheit: Chirurgische Therapie (welche, ab wann?)

Einblicke in das Mikrobiom

Die Erforschung des menschlichen Mikrobioms ist erst wenige Jahre jung: „Doch die Metagenomik kann schon erste klinisch relevante Ergebnisse aufweisen“, berichtete Dr. Peer Bork vom Europäischen Laboratorium für Molekularbiologie in Heidelberg. Forscher konnten in Stuhlproben bereits mehr als 1.200 Spezies identifizieren und rund 3,3 Millionen mikrobielle Gene sequenzieren. Wie die Wissenschaftler herausgefunden haben, ist das Profil des Mikrobioms individuell verschieden und bleibt – zumindest bei Gesun-

den – über lange Zeit stabil. Die Darmflora eines Individuums lässt sich aber unabhängig von Herkunft oder Lebensweise einer von drei Enterotypen zuordnen: Bei einem Enterotyp finden sich vorwiegend Bacteroides, bei einem weiteren vor allem Prevotella und beim dritten dominieren Methanobrevibacter und Ruminococcus. Diese sind für die unterschiedlichen Vorgänge bei der Verstoffwechslung von Lebensmitteln zuständig, so dass sich möglicherweise entsprechende Ernährungsempfehlungen ableiten lassen.

Die Forscher fanden zudem erste Hinweise, dass bestimmte Spezies mit einem erhöhten Darmkrebsrisiko assoziiert sind – „das könnte die Grundlage für einen neuen Früherkennungstest sein“, so Bork. Auch das Antibiotikaresistenzpotenzial der individuellen Darmflora lässt sich bereits bestimmen.

Um die Erforschung des Mikrobioms voranzutreiben, appellieren die Wissenschaftler an Menschen aus aller Welt, Stuhlproben für eine Analyse zur Verfügung zu stellen (weitere Informationen: my.microbes.eu).

Bork P. Enterotypen des Mikrobioms

Bei Cystischer Fibrose auch Pankreas betroffen

Zu den frühen klinischen Manifestationen einer Cystischen Fibrose (CF) zählt die Pankreasinsuffizienz. „Heute weiß man, dass das Pankreas bei Kindern mit CF fast immer beeinträchtigt ist“, berichtete Ass.-Prof. Dr. Helmut Ellemunter, Leiter des Cystische-Fibrose-Zentrums der Medizinischen Universität Innsbruck. Die exokrine Pankreasfunktion sei ein Marker für den CFTR(Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator)-Genotyp: Bei einer nur milden Mutation, zumindest auf einem Allel des CFTR-Gens, reichen die Pankreassekrete in der Regel für die Fettverdauung aus. Allerdings sollte beachtet werden, dass diese Kinder ein erhöhtes

Risiko für eine Pankreatitis tragen. Bei schweren Mutationen auf beiden Allelen des CFTR-Gens kommt es zu einer exokrinen Pankreasinsuffizienz mit einer Fettmalabsorption und Symptomen wie abdominalen Schmerzen, Blähbauch und massigen Stühlen.

Um die exokrine Pankreasfunktion zu bestimmen, ist die Fettbilanz im Stuhl Goldstandard. Hochspezifisch für eine exokrine Pankreasinsuffizienz ist ein ELISA-Test auf fäkale Elastase-1. Der Referenzwert liegt für Kinder bei mindestens 100–200 mg/g Stuhl. Erniedrigte Werte können jedoch auch durch eine reine Muttermilch-Ernährung oder Durchfall bedingt sein; dann sollte der

Test wiederholt werden. Nach der Diagnosestellung einer Pankreasinsuffizienz muss rasch mit der Pankreasenzymsubstitution begonnen werden, die lebenserhaltend ist. „Oft wird allerdings zu niedrig dosiert“, gab Ellemunter zu bedenken. Die Dosierung sollte individuell an Menge und Fettgehalt der Nahrung sowie an das Alter angepasst werden – und sich zudem am Befinden und der Entwicklung des Kindes orientieren. Betroffene Familien sollten eine regelmäßige Schulung und Ernährungsberatung erhalten. „Eine Diät ist im Kindesalter kontraindiziert“, betonte der Experte.

Ellemunter H. Pankreasinsuffizienz

Berichterstattung: Angelika Bauer-Delto