

Ursula Fatty

Wachstum und Morbus Crohn

Geboren am 12.11.1963 in Stuttgart-Bad Cannstatt

Reifeprüfung am 12.5.1982 in Winnenden

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 83/84 bis SS 89

Physikum am 27.8.1985 an der Universität Bochum

Klinisches Studium in Essen und Heidelberg

Praktisches Jahr in Heilbronn

Staatsexamen am 13.11.1989 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Kinderheilkunde

Doktorvater: Prof. Dr. med. W. Nützenadel

Die vorliegende Arbeit untersucht an einem Kollektiv von 42 an Morbus Crohn erkrankten Kindern das Ausmaß der durch die Krankheit auftretenden Wachstumsstörung und deren Einflussgrößen im Krankheitsverlauf. Das methodische Problem der Standardisierung von Wachstumsgeschwindigkeiten zur Zeit der Pubertät konnte mit Hilfe der Kernschätzungsmethode gelöst werden und so die Wachstumsverläufe von Früh- und Spätpubertierern miteinander verglichen werden. Die mit dieser Methodik ermittelten Daten zum Wachstum von an Morbus Crohn erkrankten Jungen und Mädchen zeigen folgendes: ein Defizit der Körperlänge bei Diagnosestellung, eine etwa normale maximale Wachstumsgeschwindigkeit in der Pubertät, ein zeitlich in höheres Lebensalter verschobener Beginn des Pubertätswachstums und eine zeitlich verkürzte pubertäre Wachstumsphase. Die Endgrößen ausgewachsener Patienten liegen etwa eine Standardabweichung unterhalb der Norm, die SDS-Werte der Endgrößen zeigen im Krankheitsverlauf keine wesentliche Änderung gegenüber den Ausgangswerten, lediglich die Untergruppe der Jungen mit ausgedehntem Darmbefall zeigt eine deutliche Verschlechterung der SDS-Werte. Daraus ist zu schließen, dass frühe therapeutische Interventionen erforderlich sind, um das präpubertäre Wachstumsdefizit möglicherweise zu bessern und somit die später im Verlauf der Erkrankung sichtbar werdende Entwicklungsretardierung somatischer Befunde zu verhindern.

In der Gruppe mit längerstreckigem Darmbefall finden sich signifikant höhere Aktivitätsparameter, so dass möglicherweise die von der Entzündung befallenen Darmabschnitte

für die Nahrungsaufnahme ausgeschaltet sind und die chronische Unterernährung zum Wachstumsdefizit führt. Ebenso zeigen sich in dieser Gruppe deutlich niedrigere IGF1-Serumspiegel (insbesondere bei den Jungen), ob diese ebenfalls Folge der Unterernährung sind, bleibt offen. Daraus ergibt sich, dass die Länge des befallenen Darmabschnitts bei Diagnosestellung bereits prognostische Hinweise auf das Ausmaß der Aktivität der Krankheit und der Wachstumsretardierung in den folgenden Jahren gibt.

Bei der Betrachtung der Wachstumsgeschwindigkeiten kleiner Patientengruppen ein Jahr vor und ein Jahr nach spezifischer Therapie (8 Patienten mit Darmresektion, 7 Patienten mit Ernährungstherapie) zeigte sich eine deutliche Verbesserung der Wachstumsrate nach operativer Therapie bei 7 von 8 Patienten und nach Ernährungstherapie bei 5 von 7 Patienten.