

Kinder mit neu diagnostiziertem Morbus Crohn: Besser Infiximab oder konventionelle Behandlung?

Datum: 01.10.2021

Original Titel:

First-line treatment with infliximab versus conventional treatment in children with newly diagnosed moderate-to-severe Crohn's disease: an open-label multicentre randomised controlled trial

Kurz & fundiert

- 100 Kinder mit neu diagnostiziertem mittelschweren bis schweren [Morbus Crohn](#) bekamen entweder Infiximab oder eine konventionelle Behandlung
- Kinder, die Infiximab bekamen, befanden sich häufiger schon nach 10 Wochen in einer [Remission](#)
- Die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich auch nach 52 Wochen in einer klinischen [Remission](#) befanden, ohne eine Therapieeskalation zu benötigen, war bei den Kindern mit Infiximab größer

DGP - Kinder mit neu diagnostiziertem mittelschweren bis schweren [Morbus Crohn](#) konnten davon profitieren, wenn sie Infiximab als [Erstlinientherapie](#) erhielten. Zu diesem Ergebnis kamen Wissenschaftler bei einem Vergleich mit der konventionellen Behandlung.

Kinder, bei denen ein mittelschwerer bis schwerer Morbus Crohn neu diagnostiziert wurde, bekommen Infiximab in der Regel erst dann, wenn die konventionellen Therapien, wie exklusive enterale Ernährung (EEN), Kortikosteroide oder Immunmodulatoren, gescheitert sind. Wissenschaftler aus den Niederlanden untersuchten nun mit Unterstützung aus Finnland und Kroatien, ob die Kinder davon profitieren können, wenn sie Infiximab bereits als [Erstlinientherapie](#) erhalten.

Kinder mit neu diagnostiziertem Morbus Crohn bekamen entweder Infiximab oder eine konventionelle Behandlung

An der multizentrischen, randomisierten kontrollierten Studie nahmen 100 Kinder (zwischen 3 und 17 Jahren; *weighted Paediatric CD Activity Index score* (wPCDAI) >40) mit neu diagnostiziertem Morbus Crohn teil, die zuvor noch keine Behandlung gegen Morbus Crohn erhalten hatten. Die Kinder wurden in zwei gleich große Gruppen aufgeteilt. Während die eine Gruppe fünf Infusionen mit 5 mg/kg Infiximab (Woche 0, 2, 6, 14 und 22) bekamen, erhielten die andere Gruppe die konventionelle Behandlung (orales Prednisolon (1 mg/kg, höchstens 40 mg) oder EEN). Zusätzlich bekamen alle Kinder Azathioprin (täglich 2-3 mg/kg) als [Erhaltungstherapie](#). Die Wissenschaftler

untersuchten, wie häufig die Patienten der beiden Gruppen bis zu Woche 52 eine klinische Remission ($wPCDAI < 12,5$) unter Azathioprin erreichten, ohne eine Eskalation der Therapie zu benötigen.

Schnellere Remission durch Infliximab

Nach 10-wöchiger Behandlung befanden sich 59 % der Patienten der Infliximab-Gruppe und 34 % der Patienten mit konventioneller Therapie in einer klinischen Remission ($p=0,021$). Auch eine endoskopische Remission erreichten die Patienten, die Infliximab bekamen, häufiger (59 % vs. 17 %; $p=0,001$). In der 52. Woche gab es bezüglich der klinischen Remission keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen ($p=0,421$). Allerdings befanden sich 41 % der Kinder mit Infliximab in einer klinischen Remission unter Azathioprin, ohne dass sie eine Therapieeskalation benötigten. Bei der konventionellen Behandlung war dies bei nur 15 % der Kinder der Fall ($p=0,004$).

Kinder mit neu diagnostiziertem mittelschweren bis schweren Morbus Crohn konnten somit davon profitieren, wenn sie Infliximab als Erstlinientherapie erhielten. Im Vergleich zur konventionellen Behandlung erreichten die Kinder mit Infliximab häufiger eine schnelle klinische und endoskopische Remission. Außerdem war die Wahrscheinlichkeit bei den Kindern mit Infliximab größer, dass sie sich auch nach 52 Wochen noch mit einer Azathioprin-[Monotherapie](#) - und zwar ohne Therapieeskalation - in klinischer Remission befanden.

Referenzen:

Jongsma MME, Aardoom MA, Cozijnsen MA, van Pieterse M, de Meij T, Groeneweg M, Norbruis OF, Wolters VM, van Wering HM, Hojsak I, Kolho KL, Hummel T, Stapelbroek J, van der Feen C, van Rheenen PF, van Wijk MP, Teklenburg-Roord STA, Schreurs MWJ, Rizopoulos D, Doukas M, Escher JC, Samsom JN, de Ridder L. First-line treatment with infliximab versus conventional treatment in children with newly diagnosed moderate-to-severe Crohn's disease: an open-label multicentre randomised controlled trial. Gut. 2020 Dec 31;gutjnl-2020-322339. doi: 10.1136/gutjnl-2020-322339. Epub ahead of print. PMID: 33384335.

MERKZETTEL

für das Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt

Damit Sie viel aus dem Gespräch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt mitnehmen, empfehlen wir Ihnen, Ihre Beschwerden, aber auch Ihre Behandlungsziele sowie alle Ihre Fragen zu notieren. Wichtig für das Arztgespräch ist eine Liste der **Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel**, die sie derzeit verwenden. Über eventuelle **Allergien und Unverträglichkeiten** sollten Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt ebenfalls immer informieren. Nutzen Sie hierfür unseren Vordruck „Meine Medikations- und Behandlungsübersicht“.

Meine Beschwerden und/oder Behandlungsziele

Meine Fragen

Folgende Themen/Studien möchte ich besprechen

Welches Thema beschäftigt Sie? Was haben Sie z. B. in aktuellen Studien gelesen?

Notieren Sie die wichtigsten Punkte des Arztgesprächs

So bemerken Sie schnell, ob Sie alles richtig verstanden haben und ob Fragen unbeantwortet blieben

Meine Notizen zum Gespräch am _____:

Weitere Tipps für das Arztgespräch finden Sie unter „Materialien für den Arztbesuch“