

2012

**Jahrestagung
30.-31. März
Leipzig**



Sächsisch-Thüringische
Gesellschaft für
Kinder- und Jugendmedizin
und Kinderchirurgie

www.stgkjm.de

Inhaltsverzeichnis

Grußworte	2
Tagungsleitung 2012	4
Tagungsort und Parkmöglichkeiten	4
Organisation/Tagungsbüro	4
Vorstand der STGKJM	4
Tagungsgebühren	5
Informationen für Referenten, Vortrags- und Posterautoren	5
Zertifizierung	5
Gesellschaftsabend 30. März 2012	5
Aussteller und Sponsoren	6
Programm Freitag, 30. März 2012	7
Praxisbezogene Weiterbildung	8
Eröffnung der Tagung	8
Gastroenterologie und Viszeralchirurgie	8
Satellitensymposium Nestlé Nutrition Institute	9
Posterrundgang	9
Satellitensymposium Bübchen®	9
Nephrologie und Kinderurologie	10
Programm Samstag, 31. März 2012	11
Neonatalogie und Neugeborenenchirurgie	12
Mitgliederversammlung	12
Postervorträge und Verleihung der Posterpreise	13
„Leipziger Allerlei“	13
Schlusswort und Einladung zur Jahrestagung 2013	14
Posterpräsentation	15
Gastroenterologie	16
Neonatalogie	17
Immunologie/Nephrologie	18
Chirurgie/Onkologie	19
Infektiologie	20
Kardiologie/Gerinnung	21
Neuropädiatrie/Hämatologie	23
Verschiedenes	24
Abstracts	27
Abstracts – Vorträge	28
Gastroenterologie	28
Nephrologie und Kinderurologie	31
Neonatalogie und Neugeborenenchirurgie	34
„Leipziger Allerlei“	37
Abstracts – Poster	41
Gastroenterologie	41
Neonatalogie	45
Immunologie	49
Nephrologie	50
Chirurgie	53
Onkologie	55
Infektiologie	57
Kardiologie	60
Gerinnung	63
Neuropädiatrie	64
Hämatologie	67
Verschiedenes	68
Ehrenmitglieder der STGKJM, Arthur-Schlossmann-Preisträger	73
Verzeichnis der Erstautoren, eingeladenen Referenten und Vorsitzenden	74

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Schwestern und Pfleger,

zur 104. Jahrestagung unserer Drei-Länder-Gesellschaft laden wie Sie im Namen des Vorstandes sehr herzlich nach Leipzig ein. Die Tagung findet inmitten des stimmungsvollen und geschichtsträchtigen Stadtzentrum Leipzigs, im Hörsaalkomplex der Universität am Augustusplatz statt.

Am 30. und 31. März 2012 möchten wir gemeinsam mit Ihnen – jeweils aus pädiatrischer und kinderchirurgischer Sicht – über die Schwerpunkte Gastroenterologie/Viszeralchirurgie, Nephrologie/Urologie, Immunologie/Infektiologie sowie Neonatologie/Neugeborenenchirurgie diskutieren.

Außerdem wollen wir Ihnen unter der Überschrift „Leipziger Allerlei“ auch die Möglichkeit geben, freie Themen und interessante Fälle der Pädiatrie und Kinderchirurgie zu präsentieren.

Besonders in der Kinderheilkunde arbeiten Ärzte und Pflegekräfte sehr eng zum Wohle unserer kleinen Patienten zusammen. Seit der 100. Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie in Chemnitz nehmen deshalb auch Schwestern und Pfleger an den Tagungen teil. Auch zur Leipziger Jahrestagung laden wir sehr herzlich unsere Schwestern und Pfleger ein.

Erstmals zur 101. Jahrestagung in Dresden wurden praxisbezogene Kurse angeboten. Auch in Leipzig werden wir diese zu Beginn der Tagung organisieren. In den Kursen werden Notfallbehandlung in Pädiatrie und Neonatologie trainiert.

Der traditionelle Gesellschaftsabend findet fast 100 Meter über Leipzig, im Restaurant des City-Hochhauses statt.

Das Leipziger Programm wird geprägt sein von den Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Pädiatrie und Kinderchirurgie. Wir hoffen sehr, dass wir ein wissenschaftlich vielfältiges und spannendes Programm erleben werden.

Mit herzlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Thomas Richter
Klinikum St. Georg Leipzig

Prof. Dr. med. Holger K.-H. Till
Universitätsklinikum Leipzig

Sehr geehrte Damen und Herren,

Leipzig ist eine Reise wert, insbesondere wenn sich Pflegende und Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie im Rahmen der 104. Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie am 30. und 31. März 2012 in Leipzig treffen. Wir laden Sie im Namen des Vorstandes dazu herzlich ein.

Die Spezialisierung in der Kinderkrankenpflege entwickelt sich rasant. Es wird immer wichtiger Netzwerke zu schaffen, um neueste Erkenntnisse und Erfahrungen zu transferieren. Dabei ist besonders in der Kinderheilkunde ein harmonisches Miteinander aller Berufsgruppen, die sich um die „jüngsten und jüngeren“ Patienten kümmern, von großer Wichtigkeit.

Es ist Anliegen dieser Tagung, die Multiprofessionalität weiter zu stärken.

Es erwartet Sie ein wissenschaftlich vielfältiges und spannendes Programm und wir freuen uns, Sie in Leipzig begrüßen zu dürfen.

Mit herzlichen Grüßen

Simone Flieger
Leiterin Geschäftsbereich Pflege und Bildung
Klinikum St. Georg Leipzig

Klaus Tischler
Pflegermanagement
Universitätsklinikum Leipzig

Tagungsleitung

Prof. Dr. med. Thomas Richter

Klinikum St. Georg gGmbH
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Delitzscher Straße 141
04129 Leipzig

Telefon: 0341 – 9093 601
Telefax: 0341 – 9093 609
E-Mail: ca_kjm@sanktgeorg.de

Prof. Dr. med. Holger Till

Universitätsklinikum Leipzig AöR
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie
Liebigstraße 20a
04103 Leipzig

Telefon: 0341 – 9726 400
Telefax: 0341 – 9726 409
E-Mail: holger.till@uniklinik-leipzig.de

Tagungsort

Campus Augustusplatz
Hörsaalgebäude, 2. Obergeschoss
Universitätsstraße 3
04109 Leipzig

Wir empfehlen, den Haupteingang am Leibnitzforum der Universität Leipzig zu nutzen.

Parkmöglichkeiten

Wir empfehlen die öffentliche **Tiefgarage am Augustusplatz**. Das Hörsaalgebäude ist von dort in zwei Gehminuten erreichbar.

Organisation/Tagungsbüro

K.I.T. Congress Incentives GmbH Dresden
Christina Jenchen
Münzgasse 2
01067 Dresden

Telefon: 0351 – 4967312
Telefax: 0351 – 4956116
E-Mail: info@kitdresden.de

Vorstand der STGKJM

1. Vorsitzender: PD Dr. med. Ludwig Patzer, Halle (Saale)
2. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Klaus Mohnike, Magdeburg
1. Beisitzer: Prof. Dr. med. Holger Till, Leipzig
2. Beisitzer: Dr. med. Simone Pöttsch, Plauen
Schatzmeister: Dr. med. Christian Vogel, Chemnitz
Schriftführer: Dr. med. Norbert Lorenz, Dresden

Tagungsgebühren (Anmeldung ab 01.02.2012)

Mitglieder der STGKJM	60,00 Euro
Nichtmitglieder	70,00 Euro
Ehrenmitglieder	frei
Studenten, Rentner	frei
Pflegepersonal	frei
Praxisbezogene Weiterbildung	40,00 Euro
Gesellschaftsabend	40,00 Euro

Informationen für Referenten und Posterautoren

Autoren, deren wissenschaftliche Beiträge als Vortrag oder Poster angenommen wurden, müssen sich zu den normalen Tagungsgebühren registrieren. Dies ist nicht automatisch durch die Einreichung des Abstracts erfolgt.

Referenten: Im Vortragssaal sind Beamer und Notebook vorhanden. Bitte geben Sie Ihre Vorträge auf CD oder USB-Stick bis mindestens zwei Stunden vor Ihrer Präsentation im Mediencheck ab. Die Vortragszeit beträgt max. zehn Minuten, anschließend stehen fünf Minuten für die gemeinsame Diskussion zur Verfügung.

Posterautoren: Für die Posterpräsentation stehen Posterwände zur Verfügung (maximale Größe der Poster: DIN A0, Hochformat, 84,1 cm x 118,9 cm), Befestigungsmaterial erhalten Sie im Tagungsbüro. Die Poster sind am 30.03.2012 zwischen 08:00 und 13:00 Uhr anzubringen. Ihre Posternummer entnehmen Sie bitte den Seiten 15ff. Die Poster sind am 31.03.2012 ab 12:00 Uhr wieder abzunehmen.

Beim Posterrundgang am 30.03.2012, 14:30-15:30 Uhr wird erwartet, dass ein Autor anwesend ist und wesentliche Inhalte des Posters vorstellt; dafür sind max. drei Minuten je Poster vorgesehen. Die Poster-Jury wird nach dem Rundgang zehn Poster auswählen, die jeweils in Kurzvorträgen von etwa drei Minuten im Plenum vorgestellt werden sollen (31.03.2012, 11:00-12:00 Uhr). Halten Sie deshalb bitte auch eine Powerpoint-Präsentation bereit. Mit maximal vier Folien sollen Fragestellung, Patienten und Methode, Ergebnisse und Schlussfolgerung dargestellt werden. Anschließend werden die besten drei Poster-Vorträge mit jeweils einem Posterpreis geehrt.

Zertifizierung

Die Teilnahmebescheinigungen erhalten Sie jeweils ab der Mittagspause im Tagungsbüro.

Ärzte: Die Jahrestagung wird durch die Sächsische Landesärztekammer mit sechs Punkten je Veranstaltungstag zertifiziert. Die praxisbezogenen Weiterbildungskurse werden mit jeweils vier Punkten zertifiziert. Die Teilnehmerlisten liegen im Tagungsbüro aus; bitte halten Sie Ihre Barcodeaufkleber bereit.

Pflegekräfte: Im Rahmen der *Registrierung beruflich Pflegender* können für diese Veranstaltung zehn Fortbildungspunkte angerechnet werden.

Gesellschaftsabend am 30. März 2012, ab 19:00 Uhr, im Panorama Tower Leipzig

Zum Gesellschaftsabend laden wir Sie in das Restaurant Panorama Tower Leipzig, mit Blick über die abendliche Stadt, ein. Sie erwartet ein Abendessen, musikalisches Programm sowie die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft.

Eine vorherige Reservierung ist erforderlich. Der Kartenpreis von 40,00 Euro enthält ein Begrüßungsgetränk, das Abendessen sowie das Programm. Karten können im Tagungsbüro erworben werden.

Aussteller und Sponsoren

Wir bedanken uns bei allen nachfolgend genannten Firmen für ihre Beteiligung und Unterstützung.

Sponsoren:

Nestlé Nutrition Institute und Bübchen®

Pfizer Pharma GmbH

The Binding Site GmbH

Folgende Aussteller freuen sich auf Ihren Besuch:

ABBOTT GmbH & Co. KG

Charottenhall Rehabilitations- und Vorsorgeklinik für Kinder und Jugendliche gGmbH

Chiesi GmbH

CSL Behring GmbH

Dr. Falk Pharma GmbH

Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt

Ferring Arzneimittel GmbH

Fritz Stephan GmbH Medizintechnik

GE Medical Systems Information Technologies GmbH

Genzyme GmbH

G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG

Heinen + Löwenstein GmbH & Co. KG

HiPP GmbH & Co. Vertrieb KG

Humana GmbH

Impromediform GmbH

metaX Institut für Diätetik GmbH

Milupa GmbH

Nestlé Deutschland AG

Nutricia GmbH

Octapharma GmbH

Saegeling Medizintechnik Service und Vertriebs GmbH

Swedish Orphan Biovitrum GmbH

Toshiba Medical Systems GmbH

Tagungsprogramm

Freitag, 30. März 2012

Ab 08:00 Uhr Registrierung

08:30 – 10:30 Uhr Praxisbezogene Weiterbildung

Hinweis: eine vorherige Anmeldung ist erforderlich

08:30 – 10:30 Uhr Notfälle in der Neonatologie

Erstversorgung von Neugeborenen nach den NRP-Richtlinien der AAP

N. Lorenz

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Städtisches KH Dresden-Neustadt

08:30 – 10:30 Uhr Notfälle in der Pädiatrie

Manuelle, technische und medikamentöse Möglichkeiten der Reanimation bzw. Erstversorgung lebensbedrohlich erkrankter Kinder

M. Weidenbach

Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum der Universität Leipzig

10:30 – 11:00 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

11:00 – 11:30 Uhr Eröffnung der Tagung

L. Patzer, Halle; Th. Richter, Leipzig; H. Till, Leipzig; B. Schienbein, Leipzig

Musikalische Einleitung durch die Kinder der Kindertagesstätte „St. Georg“

11:30 – 13:40 Uhr Gastroenterologie und Viszeralchirurgie

Vorsitz: Th. Richter, H. Till, Leipzig

11:30 – 11:45 Uhr **V01 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) bei Kindern und Jugendlichen**

Th. Richter

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin St. Georg Leipzig

11:45 – 12:00 Uhr **V02 Das sächsische Register für chronisch entzündliche Darmerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen**

M. Zurek, Th. Richter und alle Mitglieder des Sächsischen Registers für CED bei Kindern und Jugendlichen

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin St. Georg Leipzig

12:00 – 12:15 Uhr **V03 Helicobacter pylori – Infektionen aus klinischer Sicht**

F. Schmidt

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Halle (Saale)

12:15 – 12:30 Uhr **V04 Epidemiologie von Helicobacter pylori – Die Leipziger H. pylori-Studie**

Th. Richter¹, O. Herbarth² für die LISS-Studiengruppe

¹*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg Leipzig*

²*Institut für Umweltmedizin und Hygiene, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig*

-
- 12:30 – 12:45 Uhr **V05 Die vielen Gesichter der Zöliakie**
M. Laaß
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Dresden
- 12:45 – 13:00 Uhr **V06 Prospektive multizentrische Studie zur Antikörperdiagnostik von Zöliakie bei Kindern**
T. Mothes¹, J. Wolf¹, D. Hasenclever², D. Petroff², V. Wiechmann³, G. Baretton⁴, U. Krummrei⁵, W. Stöcker⁵
¹*Institut für Labormedizin des Universitätsklinikums und Medizinische Fakultät der Universität Leipzig*
²*Zentrum für Klinische Studien der Universität Leipzig*
³*Institut für Pathologie des Klinikums "Sankt Georg" Leipzig*
⁴*Institut für Pathologie des Universitätsklinikums „Carl Gustav Carus“ Dresden*
⁵*EUROIMMUN Medizinische Labordiagnostika AG Lübeck*
- 13:00 – 13:15 Uhr **V07 Bedeutung der laparoskopischen OP im Kindesalter**
H. Till
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig
- 13:15 – 13:25 Uhr **V08 Verfahren zur Anlage einer percutan endoskopischen Gastrostomie (PEG)**
U. Bühligen¹, G. Flemming²
¹*Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR*
²*Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Leipzig AöR*
- 13:25 – 13:40 Uhr **V09 Gastrostoma: Spezielle Herausforderung bei Kindern und Jugendlichen – von der Vorbereitungszeit bis zur Pflege**
G. Prazienka
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Leipzig AöR
-

- 13:40 – 14:30 Uhr Satellitensymposium Nestlé Nutrition Institute** 
Vorsitz: J. Seidel, Gera
Langfristige Auswirkung der frühen Säuglingsernährung – derzeitige Empfehlungen und zukünftige Forschung
M. Poßner
Medical Director Europe, Nestlé Infant Nutrition, Frankfurt a. M.
-

- 13:40 – 14:30 Uhr **Pause und Besuch der Industrieausstellung**
-

- 14:30 – 15:30 Uhr Posterrundgang**
siehe Seite 15ff.
-

- 14:30 – 15:30 Uhr Satellitensymposium Bübchen®** 
Neurodermitis und Hautpflege
H. Röblitz
Kinder-Pneumologie und Allergologie, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Lindenhof, Sana Klinikum Lichtenberg
-

15:30 – 16:00 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

16:00 – 18:00 Uhr Nephrologie und Kinderurologie

Vorsitz: S. Wygoda, Leipzig, F. Eckoldt, Jena

16:00 – 16:15 Uhr **V10 Chronische Dialyse bei Neugeborenen und Säuglingen – Erfahrungen und Prognose**

S. Wygoda¹, M. Henn¹, Th. Richter²

¹KfH Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

²Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

16:15 – 16:30 Uhr **V11 Nierenersatztherapie – Peritonealdialyse aus der Sicht des Pflegepersonals**

E. Bernhardt

KfH Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

16:30 – 16:45 Uhr **V12 Psychologische und psychosoziale Aspekte der chronischen Niereninsuffizienz im Kindes- und Jugendalter – ein Erfahrungsbericht**

U. Jurack

KfH Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

16:45 – 17:00 Uhr **V13 Angeborene und erworbene Einzelniere – unterschiedliches Risikoprofil?**

U. John, R. König, M. Pohl, G. Rönnefarth, B. Gruhn

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena

17:00 – 17:15 Uhr **V14 Der Zusammenhang zwischen vesikoureteralem Reflux und thrombotischer Mikroangiopathie – ein „natürlicher“ Krankheitsverlauf?**

K. Dittrich¹, M. Schroth², K. Amann³, K. Benz²

¹Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Leipzig

²Kinder- und Jugendklinik, Universitätsklinikum Erlangen

³Abteilung für Nephropathologie, Universität Erlangen

17:15 – 17:30 Uhr **V15 UROTHERAPIE – Konzepte für Kinder**

C. Herrmann

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderkontinenzzentrum, Universitätsklinikum Leipzig

17:30 – 17:45 Uhr **V16 Laparoskopische versus offene Anderson-Hynes-Plastik (AHP) bei Ureterabgangsstenose (UAS) im Kindesalter**

G. Goetz, T. Woller, H. Till, C. Geyer

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig

17:45 – 18:00 Uhr **V17 Doppelniere – pathoanatomische Strukturen und Therapieoptionen**

F. Eckoldt¹, St. Krumsdorf¹, U. John², H. Mentzel³

¹Klinik für Kinderchirurgie des Universitätsklinikums Jena der FSU Jena

²Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde des Universitätsklinikums Jena

³Abteilung Kinderradiologie des IDIR des Universitätsklinikums Jena

Ab 19:00 Uhr Gesellschaftsabend

Empfang, Abendessen und Verleihung der Ehrenmitgliedschaft im Restaurant Panorama Tower Leipzig

siehe auch Seite 5; eine vorherige Anmeldung ist erforderlich

Tagungsprogramm

Samstag, 31. März 2012

Ab 08:00 Uhr Registrierung

08:30 – 10:30 Uhr Neonatologie und Neugeborenenchirurgie

Vorsitz: E. Robel-Tillig, Leipzig, P. Göbel, Halle

08:30 – 08:45 Uhr **V18 Langzeitprobleme ehemaliger Frühgeborener**

E. Robel-Tillig

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg Leipzig

08:45 – 09:00 Uhr **V19 Zeitpunkt, Art und Umfang des Überbringens schwieriger Nachrichten an die Eltern von Neugeborenen – am Beispiel der pränatal nicht erkannten Trisomie 21**

N. Lorenz, A. Nordwig, M. Kabus

Perinatalzentrum Dresden-Neustadt, Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt

09:00 – 09:15 Uhr **V20 Begleitung von Eltern intensivmedizinisch betreuter Früh- und Neugeborenen**

C. Ludwar-Riecker

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

09:15 – 09:30 Uhr **V21 Adaptiertes individuelles Beatmungsregime auf der Grundlage perioperativer Lungenfunktionsmessungen bei kongenitalen Zwerchfeldefekten**

J. Dinger

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

09:30 – 09:45 Uhr **V22 Neonatale Manifestation von Harnstoffzyklusdefekten**

U. Fleischer, S. Beblo, C. Beck, E. Robel-Tillig

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg Leipzig

09:45 – 10:00 Uhr **V23 Persistierender Ductus arteriosus. Offene Ductusligatur weiterhin gerechtfertigt?**

M. Eickmeyer, D. Bartsch, G. Fitze

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Dresden

10:00 – 10:15 Uhr **V24 Die laparoskopische Pyloromyotomie – eine effiziente und vorteilhafte Methode zur Behandlung der hypertrophen Pylorusstenose**

R. Wachowiak, Z. Kispal, H. Till

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR

10:15 – 10:30 Uhr **V25 Arzneimittelinkompatibilitäten in der Infusionstherapie**

M. Reiss

Pädiatrische ITS, Universitätsklinikum Jena

10:30 – 11:00 Uhr Mitgliederversammlung

10:30 – 11:00 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

11:00 – 12:00 Uhr Postervorträge und Verleihung der Posterpreise

12:00 – 12:30 Uhr Pause und Besuch der Industrieausstellung

12:30 – 14:30 Uhr „Leipziger Allerlei“

Vorsitz: L. Patzer, Halle, G. Fitze, Dresden

12:30 – 12:45 Uhr **V26 Umwelteinflüsse während der Schwangerschaft modulieren die Entwicklung regulatorischer T Zellen im Fötus – Konsequenzen für das Allergierisiko des Kindes**

G. Herberth¹, D. Hinz^{1,7}, M. Bauer¹, S. Röder², S. Olek³, J. Hühn⁴, U. Sack⁵, M. Borte⁶, J. C. Simon⁷, I. Lehmann¹

¹UFZ – Helmholtz Centre for Environmental Research Leipzig, Department of Environmental Immunology

²UFZ – Helmholtz Centre for Environmental Research Leipzig, Core facility studies

³Epiontis, Berlin

⁴Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung, Experimental Immunology, Braunschweig

⁵University of Leipzig, Institute for Clinical Immunology, Leipzig

⁶Children's Hospital, Municipal Hospital "St Georg", Academic Teaching Hospital of the University of Leipzig

⁷Universitätsklinikum, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Leipzig

12:45 – 13:00 Uhr **V27 Update zur fibrinolytischen Therapie im Kindesalter mit Kasuistik**

R. Knöfler¹, D. Müller¹, S. Ifflaender¹, S. Gehrisch², K. D. Paul³, U. Zügge³, J. Dinger¹, S. Brenner¹

¹Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

²Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

³Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kreiskrankenhaus Freiberg

13:00 – 13:15 Uhr **V28 Sachsen-Anhalt hört früher? – Neugeborenen-Hörscreening in Sachsen-Anhalt**

M. Loderstedt¹, S. Pöttsch², A. Reißmann³, W. Vorwerk¹

¹HNO-Universitätsklinik Magdeburg

²Helios Vogtland-Klinikum Plauen

³Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt

13:15 – 13:30 Uhr **V29 Erfassung von Einflüssen einer antikonvulsiven Dauertherapie auf den Knochenstoffwechsel – Ergebnisse einer prospektiven, multizentrischen Querschnittsuntersuchung an neuropädiatrischen Zentren**

M. Heruth¹, P. Borusiak², T. Langer², A. C. W. Jenke², M. Karenfort³, U. Bettendorf⁴

¹Kinderklinik, Helios Klinikum Borna

²Kinderklinik, Helios Klinikum Wuppertal, Universität Witten/Herdecke

³Kinderklinik, Universitätsklinikum Düsseldorf

⁴KiPraHi, Kinderpraxis Hirschaid

13:30 – 13:45 Uhr **V30 Scimitar Syndrom – Katheterinterventionelle Palliation bei Säuglingen und Kleinkindern mit Lungensequester**

B. Kolterer, N. Wolf, F. T. Riede, I. Dähnert

Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig

- 13:45 – 14:00 Uhr **V31 Gestörte autonome Nervenfunktion mit steigendem BMI-SDS im Kindesalter**
P. Baum¹, D. Petroff^{2,3}, J. Classen¹, S. Blüher^{3,4}
¹Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Leipzig
²Zentrum für Klinische Studien, Universität Leipzig
³Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Adipositas-Erkrankungen, Universität Leipzig
⁴Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche, Universitätsklinikum Leipzig
- 14:00 – 14:15 Uhr **V32 Hodennekrose nicht auf Grundlage einer Hodentorsion im Säuglingsalter**
C. Tomuschat, G. Klohs
Universitätsklinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Halle (Saale)
- 14:15 – 14:30 Uhr **V33 Schmerzmanagement in der Pflege**
A. Völkner
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena
- 14:30 Uhr** **Schlusswort und Einladung zur Jahrestagung 2013 nach Magdeburg**
Th. Richter, Leipzig, K. Mohnike, Magdeburg

Posterpräsentation

Gastroenterologie (Foyer 2. Obergeschoss)

Vorsitz: Th. Richter, Leipzig

- P01 Intraepitheliale Lymphozyten (IEL) in der Diagnostik der Zöliakie bei Kindern**
A. Werner¹, T. Mothes², Th. Richter¹
¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig
²Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik, Universitätsklinik Leipzig A.ö.R.
- P02 Seltene Ursache einer Hämatochezie beim Kind**
R. Jähnig, A. Möckel
Helios Klinikum Borna
- P03 Lebensbedrohliche Komplikationen bei Obstipation im Kindesalter**
M. Schwarze, M. Gleißner
Universitätskinderklinik Magdeburg
- P04 Akupunktur als Therapiemethode bei krankenhausbewingter Obstipation bei Kindern**
E. Anders¹, M. Rüdiger¹, A. Findeisen², T. Usichenko³
¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus TU Dresden
²Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsmedizin Greifswald
³Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Universitätsmedizin Greifswald
- P05 Epidemiologie der Analatresie und der anorectalen Malformation**
A. Reißmann, A. Köhn, J. Hoyer-Schuschke
Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt, Magdeburg
- P06 Nicht-entzündliche Stenose des terminalen Ileums bei Morbus Crohn als Ursache des Mangelgedeihens**
J. Hofmann¹, J. Nesper², T. Scholbach¹
¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz gGmbH
²Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum Chemnitz gGmbH
- P07 Unklare abdominale Raumforderung bei einem 4-jährigen Mädchen**
Th. Richter¹, A. Wiederanders¹, H. Knöfler¹, H. Till², R. Wachowiak²
¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH
²Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig
- P08 Evaluation des Schulungsprogramms „KIDS“ für adipöse Kinder und Jugendliche**
M. Fritsch¹, U. Steidl², A. Maelzer², A. Schmitt¹, V. Böhm¹, G. Jahreis², J. Seidel³
¹Institut für Ernährungswissenschaften der Friedrich-Schiller-Universität Jena
²KIDS-Schulungsprogramm-Standortleiter, GAP-Adipositaspräventionsnetzwerk Gera
³Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, SRH Wald-Klinikum Gera
- P09 Blastocystis hominis als Ursache für gastrointestinale Symptome im Kindes- und Jugendalter?**
A. Voigt¹, H. Schindler², D. Worlitzsch², Chr. Lübbert³, F. Schmidt¹
¹Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Halle
²Institut für Hygiene, Universitätsklinikum Halle
³Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Halle

P10 Echinococcus granulosus – eine seltene Ursache für OberbauchschmerzenA. Voigt¹, M. Bernstädt¹, J. Gericke², M. Milzsch³, U. Mathony⁴, Chr. Kunze⁵, F. Schmidt¹¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Halle²Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, Dessau³Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Halle⁴Kinderklinik Dessau⁵Klinik für Diagnostische Radiologie, Universitätsklinikum Halle**P11 Diagnose eines Meckel'schen Divertikels mit der Kapselendoskopie**M. Bernstädt¹, A. Voigt¹, J. Walldorf², M. Milzsch³, M. Bähre⁴, U. Preiß¹, F. Schmidt¹¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Halle²Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Halle³Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Halle⁴Klinik für Nuklearmedizin, Universitätsklinikum Halle⁵Klinik für Diagnostische Radiologie, Universitätsklinikum Halle**Neonatologie (Foyer 2. Obergeschoss)**

Vorsitz: M. Kabus, Dresden

P12 Manifeste Hypothyreose mit neonataler Struma bei einem Neugeborenen verursacht durch Thyreostatika-Therapie in der SchwangerschaftK. Lüllmann¹, A. Keller², Th. Klemm³, K. Gröger¹¹Abteilung Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus Wurzen, Kliniken des Muldentalkreises²MVZ für Kinder- und Jugendmedizin, Leipzig³MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen, Leipzig**P13 Falldarstellung: Kindesmisshandlung**T. Glaser¹, M. Thöle¹, K. Gröger¹, I. Sorge²¹Abteilung Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus Wurzen, Muldentalkliniken²Abteilung für pädiatrische Radiologie, Klinik für Diagnostische Radiologie, Universität Leipzig**P14 Konnatale CMV-Infektion – ein Fallbericht**C. Weise², N. Boxberger¹, A. Redlich¹, S. Schwarze², U. Kluba¹, V. Aumann¹, P. Vorwerk¹¹Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Universitätskinderklinik Magdeburg²Allgemeine Pädiatrie**P15 Strukturierte psychologische Betreuung in der Neonatologie**

I. Purgold, J. Dörner, C. Suck, M. Eulitz, J. Seidel

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, SRH Wald-Klinikum Gera

P16 Staphylococcal scalded skin syndrome bei einem NeugeborenenC. Huster¹, D. Stadthaus², R. Höltzel¹¹Klinikum Chemnitz gGmbH²DRK-Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein**P17 Kongenitales lobäres Emphysem**

J. Behrendt, H.-J. Bittrich, A. Sauerbrey

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS Klinikum Erfurt GmbH

P18 Frühgeburtlichkeit mit Dystrophie in Kombination mit einer Fettsäurestoffwechselstörung. Eine Falldarstellung, die die Schwierigkeit der Behandlung Frühgeborener mit einer Stoffwechselstörung verdeutlichtS. Peter¹, K. Roefke¹, U. Spiekerkötter², A. Sauerbrey¹¹HELIOS Klinikum Erfurt GmbH²Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

- P19** Transitorisches myeloproliferatives Syndrom (TMS) bei einem Neugeborenen mit einem Trisomie 21 Mosaik – Wie weit sollen Diagnostik und Aufklärung der Eltern gehen? Ein Fallbericht.
N. Pargac, S. Kahleyss, H. Tischer, J. Pfeilstetter, A. Heine
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Elblandklinikum Meißen
- P20** Toxisch epidermale Nekrolyse bei einem Frühgeborenen < 1500 g
K. Oettel, C. Heß, L. Patzer
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle(Saale)
- P21** Flüssigkeitszufuhr bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht kleiner 1000 g (ELBWI) in den ersten 7 Lebenstagen – gibt es einen Einfluss auf neonatale Morbidität/Mortalität im HELIOS Perinatalzentrum Erfurt (Level 1)
H.-J. Bittrich, K. Roefke, J. Becher, O. Erbe, Ch. Dörfner, U. Herpel, S. Töpfer
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie, HELIOS Klinikum Erfurt
- P22** Ergebnisse der Hypothermie bei asphyktischen Neugeborenen in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Hypoxämie
A. Reich, E. Robel-Tillig
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig
- P23** Pränatale Radiofrequenzablation beim Steißbeinteratom – Eine postnatale Herausforderung
S. Mayer¹, D. Fritsch², W. Hirsch³, H. Stepan⁴, U. Thome⁵, H. Christiansen⁶, H. Till¹, R. Faber⁷
¹Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie
²Abteilung für Neuroradiologie
³Abteilung für Pädiatrische Radiologie
⁴Abteilung für Pränatal- und Geburtsmedizin
⁵Abteilung für Neonatologie
⁶Abteilung für Pädiatrische Onkologie
des Frauen- und Kinderzentrums, Universitätsklinikum Leipzig
⁷Zentrum für Pränatale Medizin Leipzig

Immunologie/Nephrologie (Foyer 1. Obergeschoss)

Vorsitz: K. Dittrich, Leipzig

Immunologie

- P24** Fetomaternales Transfusionssyndrom – zwei Fallbeispiele
F. Kaufmann¹, C. Königsmark², G. Jilg³, D. Sontheimer³
¹Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Klinikum Dorothea-Christiane-Erxleben Quedlinburg
²Institut für Laboratoriumsmedizin, Harz-Klinikum Wernigerode-Blankenburg GmbH
³Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Harz-Klinikum Wernigerode-Blankenburg GmbH
- P25** Chronisch mukokutane Candidiasis in Kombination mit einem IgG-Subklassendefekt
G. Brodt^{1,2}, S. Borte^{1,2,3}, M. Faßhauer¹, M. Zurek¹, M. Borte¹
¹ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL), Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig
²Translationszentrum für Regenerative Medizin der Universität Leipzig
³Abteilung für Klinische Immunologie, Karolinska Institutet, Stockholm, Schweden
- P26** Hämatologische Veränderungen im Rahmen eines Kawasaki-Syndroms
C. Spranger¹, M. Henn¹, S. Tonndorf², Th. Richter¹, M. Borte¹
¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig
²Klinik für internistische Onkologie/Hämatologie, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Nephrologie**P27 Frühes Auftreten eines nephrotischen Syndroms nach Fremdspender-Knochenmarkstransplantation**M. Pohl,¹ U. John,¹ M. Kurzai,¹ K. Amann,² K. Kentouche,¹ J. F. Beck,¹ B. Gruhn¹¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität Jena²Nephropathologische Abteilung, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg**P28 A novel LAMB2 mutation causing Pierson syndrome**M. Nagel¹, K. F. Akl², S. Nagorka¹, M. Brzeska¹, A. M. Ehlayel², A. AlQudah², A. M. Gharaybeh²¹Center for Nephrology and Metabolic Disorders, Laboratory for Molecular Diagnostic, Weißwasser²Jordan University Hospital, Faculty of Medicine, Amman, Jordan**P29 Akutes Nierenversagen bei Colitis indeterminata**

M. Henn, S. Wygoda, M. Zurek, Th. Richter

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

P30 Ist eine systemische antibiotische Therapie bei einem D+ hämolytisch urämischem Syndrom (HUS) sinnvoll?

A.-K. Eydam, M. Henn, S. Wygoda, Th. Richter

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

P31 „Pseudotumor cerebri“ – eine seltene Komplikation nach NierentransplantationB. Schulz¹, M. Henn¹, S. Wygoda¹, H. Tegetmeyer², M. Bernhard³, Th. Richter⁴¹KfH Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig²Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde am Universitätsklinikum Leipzig³Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Leipzig⁴Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig**P32 Primäre Hyperoxalurie**

H. Neumann, S. Wygoda

KfH Kinderzentrum am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

P33 Kinderurologische Probleme am oberen und unteren Ureter

H. Bartsch

Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle/Saale

Chirurgie/Onkologie (Foyer 1. Obergeschoss)

Vorsitz: R. Finke, Halle

Chirurgie**P34 Hypertrophe Pylorusstenose bei einem weiblichen Frühgeborenen**J.-P. Streidl¹, L. Bauer², R. Hötzel¹¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz gGmbH²Institut für bildgebende Diagnostik, Klinikum Chemnitz gGmbH**P35 Gaschromatographische Untersuchung von vorgefertigten NaCl-Lösungen 0,9% („Einmalspritzen“) aufgrund unangenehmer Geschmacksensationen beim Spülen von zentralvenösen Kathetern**P. Schwerk¹, K. Schulz², T. Jürgens³, R. Knöfler³, M. Suttorp³, G. Fitze⁴¹Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Dresden²Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Dresden³Kinderheilkunde, Universitätsklinikum Dresden⁴Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Dresden

- P36 Das kindliche akute Skrotum im klinischen Alltag: retrospektive 10-Jahres-Analyse**
D. Sachwitz, H.-J. Haß, S. Kroker, H. Krause
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Arbeitsbereich Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Magdeburg
- P37 Langzeitigestion einer Knopfzellebatterie im Ösophagus – Therapiemanagement und Follow-up**
T. Lehnert¹, U. Bühligen¹, C. Philippi-Höhne², R. Böhm¹, H. Till¹
¹*Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR*
²*Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Leipzig AöR*
- P38 Stolpersteine in der Diagnostik von Milzverletzungen im Kindesalter**
K. Gerlach¹, A. Schneider¹, J. Taube¹, Ch. Kunze², R. Finke¹
¹*Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*
²*Klinik für Radiologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*

Onkologie

- P39 Einsatz von Votubia bei Tuberöser Sklerose und Riesenzellastrozytom**
A. Lemmer, A.-B. Hintz, A. Rabe, J. Wittge
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Erfurt
- P40 Dynamische farbduplexsonografische Gewebsperfusionssmessung eines Schilddrüsenkarzinoms**
B. Ackermann, M. Stöppler, A. Hofmann, Th. Scholbach
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz gGmbH
- P41 O6-Methylguanin-DNA-Methyltransferase und Dacarbazin-Resistenz von Hodgkin-Lymphomzellen**
S. Kewitz, C. Kramm, M. S. Staeger
Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- P42 BCR/ABL-Translokations-positive ALL bei einem Säugling**
B. Grünwald, A. Lemmer, A. Sauerbrey
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Erfurt
- P43 Thorakaler Tumor bei einem 15 Monate alten Mädchen**
B. Grünwald, A. Lemmer, A. Sauerbrey
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Erfurt

Infektiologie (Foyer 1. Obergeschoss)

Vorsitz: R. Berner, Dresden

- P44 Analyse der Antibiotika-Verordnungen in einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.***
*Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit
W. Kunze¹, P. Gastmeier², Th. Klemm³, K. Gröger¹
¹*Abteilung Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus Wurzen, Kliniken des Muldentalkreises*
²*Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin*
³*MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen, Leipzig*

- P45** **Ulcus vulvae acutum Lipschütz bei einem Mädchen mit Mykoplasmenpneumonie**
M. Hagenberg¹, M. Riemer², T. Lantzsch², L. Patzer¹
¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)
²Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)
- P46** **Nachweis von Mycoplasma pneumoniae mittels PCR im Rachenabstrich bei Kindern mit akut respiratorischen Symptomen**
K. Götzelt, A. Möckel
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinik Borna
- P47** **Subakute sklerosierende Panencephalitis – Bericht über Therapie und Verlauf**
A. Menz¹, S. Patzer¹, M. Häusler², L. Patzer¹
¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)
²Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Aachen
- P48** **Reptilien – Quelle für Salmonelleninfektionen bei Säuglingen und Kleinkindern**
M. Thöle¹, W. Kunze¹, I. Hofmann², C. Arnold³, W. Rabsch⁴, M. Pees⁵
¹Abteilung Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus Wurzen, Muldentalkliniken
²MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen, Leipzig
³Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen
⁴Robert Koch-Institut, Bereich Wernigerode
⁵Klinik für Vögel und Reptilien, Veterinärmedizinische Fakultät, Universität Leipzig
- P49** **Adenovirusinfektion – Vortäuschung bakterieller Superinfektion?**
W. Kunze¹, Th. Klemm², K. Gröger¹
¹Abteilung Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus Wurzen, Kliniken des Muldentalkreises
²MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen, Leipzig
- P50** **Lymphknotentuberkulose und Bronchustuberkulose bei einer 5-jährigen Patientin mit systemischer juveniler idiopathischer Arthritis (SoJIA) unter Immunsuppression mit Methotrexat**
M. Scheler, A. Sauerbrey
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Thüringer Kinderreumazentrum, HELIOS-Klinikum Erfurt GmbH
- P51** **Tuberkulöse Meningoencephalitis bei einem Patient ohne Migrationshintergrund – eine Rarität**
J. Ahlers¹, L. Bauer², C. Vogel¹
¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz gGmbH
²Institut für bildgebende Diagnostik, Klinikum Chemnitz gGmbH

Kardiologie/Gerinnung (Foyer 1. Obergeschoss)

Vorsitz: N. Lorenz, Dresden

Kardiologie

- P52** **Bronchitis plastica als Ursache von Reanimationen nach totaler cavopulmonaler Anastomose (TCPC)**
N. Wolf¹, M. Weidenbach¹, F. T. Riede¹, J. Hamsch¹, M. Kostelka², I. Dähnert¹
¹Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum, Universität Leipzig
²Klinik für Herzchirurgie, Herzzentrum, Universität Leipzig

P53 Hochgradige Aortenstenose mit Aorto-linksventrikulärem Tunnel

N. Pfeil¹, F. Wild¹, M. Weidenbach¹, M. Kostelka², I. Dähnert¹
¹Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum, Universität Leipzig
²Klinik für Herzchirurgie, Herzzentrum, Universität Leipzig

P54 Aplasia cutis congenita als primärer Hinweis auf ein konnatales Vitium cordis

W. Wiederanders¹, M. Kostelka¹, I. Dähnert¹, C. Heß², L. Patzer²
¹Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig
²Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)

P55 Diagnostik und Therapie bei Patienten mit primärem Herztumor – Patienten am Herzzentrum Leipzig in den letzten 10 Jahren

P. Kinzel¹, V. Rizek², M. Kostelka³, I. Dähnert¹
¹Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig
²Herzzentrum und kardiovaskuläres Forschungszentrum, Universitäts-Hospital Motol in Prag 3
³Klinik für Kardiochirurgie, Herzzentrum Leipzig

P56 Linksseitige Oberbauchschmerzen

A. Hintersdorf¹, E. Bieck¹, S. Hartung², A. Strohmer³, M. Weidenbach⁴, W. Pernice¹
¹Abteilung Pädiatrie, Kreiskrankenhaus Torgau
²Abteilung Chirurgie, Kreiskrankenhaus Torgau
³Abteilung Radiologie, Kreiskrankenhaus Torgau
⁴Abteilung Kinderkardiologie, Herzzentrum Universität Leipzig

P57 Ross-Operation bei Aortenklappenendokarditis im Kleinkindalter

M. Y. Cho¹, M. Weidenbach², R. Wagner², I. Dähnert², F. W. Mohr¹, M. Kostelka¹
¹Herzchirurgie, Herzzentrum Leipzig (HZL), Universitätsklinik Leipzig
²Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig (HZL), Universitätsklinik Leipzig

P58 Ventrikuläre Tachykardie bei strukturell und funktionell normalen Herzen

F. Raue, I. Dähnert, R. Gebauer
Abteilung Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig

P59 Lungenembolie – wichtige Differentialdiagnose der Dyspnoe

M. Langhammer¹, U. Fleischer¹, I. Dähnert³, A. Polednia², E. Robel-Tillig¹
¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg Leipzig
²Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Klinikum St. Georg Leipzig
³Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig

Gerinnung

P60 Sinusvenenthrombose als Erstsymptom eines Antiphospholipidsyndroms

B. Ackermann, A. Hofmann
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz gGmbH

P61 Die Immature Plättchenfraktion (IPF) als neuer Parameter zur Abklärung einer Thrombozytopenie bei Kindern – Ergebnisse einer Pilotstudie

S. Hackel¹, J. Lohse¹, B. Arneith², R. Knöfler¹
¹Klinik und Poliklinik für Kinder- Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
²Institut für Klinische Chemie und Labormedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

P62 Idiopathische Thrombose der linken A. iliaca communis bei einem 15-jährigen Patienten, 5 Monate nach Resektion eines Ganglioms

C. Junge¹, L. Fischer², S. Rohm³, P. Fellmer⁴, P. Kinzel⁵, W. Hirsch⁶, H. Christiansen², Th. Richter¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Fachkrankenhaus Hubertusburg, Wermisdorf

²Abteilung für pädiatrische Onkologie, Hämatologie und Hämostaseologie, Universität Leipzig

³Abteilung für Gefäßchirurgie, Diakonissenkrankenhaus Leipzig

⁴Abteilung für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universität Leipzig

⁵Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig

⁶Abteilung für pädiatrische Radiologie, Universität Leipzig

Neuropädiatrie/Hämatologie (Foyer 1. Obergeschoss)

Vorsitz: S. Patzer, Halle

Neuropädiatrie

P63 Array-CGH in der sozialpädiatrischen Praxis

J. Seidel¹, O. Bartsch², J. Kohlhasse³, I. Graneß¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, SRH Wald-Klinikum Gera

²Institut für Humangenetik, Universität Mainz

³Praxis für Humangenetik, Freiburg (Breisgau)

P64 Kindliche Chorea Huntington – ein Fallbericht

I. Graneß¹, C. Nevinny-Stickel-Hinzpeter², I. Schreyer³, J. Seidel¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, SRH Wald-Klinikum Gera

²synlab, Medizinisches Versorgungszentrum Humane Genetik München GmbH

³Praxis für Humangenetik, Zentrum für Ambulante Medizin, Universitätsklinikum Jena

P65 Kinder mit Fragilem-X-Syndrom im nördlichen Sachsen-Anhalt

C. Spillner¹, B. Brett¹, A. Köhn², A. Reißmann²

¹Kinderzentrum Magdeburg gGmbH, Sozialpädiatrisches Zentrum

²Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt, Magdeburg

P66 Fokale Epilepsie bei multiplen supra- und infratentoriellen Raumforderungen mit z. T. ausgeprägtem Perifokalödem im Rahmen einer autoimmunologischen Enzephalitis – eine Patientenkasuistik

A. Rabe, A. Lemmer, A. Sauerbrey

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Erfurt GmbH

P67 3-jähriger mit rapider psychomotorischer Regression nach banalem Infekt – Manifestation des Leigh-Syndroms

P. Jachertz, A.-B. Hintz, A. Sauerbrey

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Erfurt GmbH

P68 Anfälle bei komplexen mentalen Aktivitäten – ein Patient mit Reflexepilepsie

S. Patzer, A. Menz, L. Patzer

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale)

Hämatologie

P69 Seltene Ursachen für Anämien im Kindesalter

S. Stephan¹, N. Boxberger¹, U. Kluba¹, V. Aumann¹, I. Adams², P. Vorwerk¹

¹Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Universitätskinderklinik, Universitätsklinikum Magdeburg

²Allgemeine Pädiatrie, Universitätskinderklinik, Universitätsklinikum Magdeburg

P70 Erfahrungen mit der Behandlung der therapierefraktären autoimmunhämolytischen Anämie (AIHA) im Kindesalter mit Rituximab (RTX) und Cyclophosphamid (CP)

F. Reschke¹, J. Lohse¹, T. Jürgens¹, C. Lüdicke², M. Suttorp¹, R. Knöfler¹

¹Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Bereich Pädiatrische Hämatologie und Onkologie

²Medizinische Klinik 1, Fachbereich Transfusionsmedizin

des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Verschiedenes (Foyer 1. Obergeschoss)

Vorsitz: C. Vogel, Chemnitz

P71 Das nationale Metadata Repository (MDR): Unterstützung bei der Planung und Erstellung von Datenbanken und Dokumentationsprozessen in klinischen Studien und Registern

M. Löbe^{1,2}

¹Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie (IMISE), Universität Leipzig

²Center for Sepsis Control and Care (CSCC), Universitätsklinikum Jena

P72 Seltene Differentialdiagnosen einer zystischen Raumforderung im Unterbauch bei einer Jugendlichen – Falldarstellung

L. Lehmann¹, V. Aumann¹, F. Karsten², D. Hosang², G. Jorch¹

¹Universitätskinderklinik, Universitätsklinikum Magdeburg AöR, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

²Universitätsfrauenklinik, Universitätsklinikum Magdeburg AöR, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

P73 Nachweis einer diabetischen Nephropathie mit der PixelFlux-Technik bei Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1 ohne Mikroalbuminurie?

Th. Scholbach, N. Bergner, C. Vogel

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Chemnitz

P74 Wachstumshormontherapie bei GHD – Kontrolle von Therapieverlauf und erreichter Erwachsenengröße – Analyse eines Prediktionsmodells

N. Maison, R. Gausche, M. Vogel, A. Striegler, M. Mohnike

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Magdeburg, CrescNet gGmbH Leipzig

P75 Quetiapin (Seroquel®)-Intoxikation bei einem 16-jährigen Jungen in suizidaler Absicht

N. Hirsch, C. Heß, L. Patzer

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)

P76 Das PFAPA-Syndrom – eine Patientenkasuistik

J. Wittke, A. Lemmer, A. Sauerbrey

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Erfurt GmbH

P77 Akute Sehstörung – eine Patientenkasuistik

A. Rabe, A. Lemmer, A. Sauerbrey

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Erfurt GmbH

P78 Schwer verlaufende Dermatose – Erythema exsudativum multiforme- major oder Stevens-Johnson-Syndrom? – ein Fallbericht

A. Vilser¹, K. Milbredt¹, D.-I. Eckardt¹, I. Graneß¹, H. Ezold², M. Kaatz², M. Ziemer³, M. Mockenhaupt⁴, J. Seidel¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, SRH Wald-Klinikum Gera

²Hautklinik, SRH Wald-Klinikum Gera

³Klinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Leipzig

⁴Universitäts-Hautklinik, dZh Freiburg

P79 Morbus Castleman als wichtige Differenzialdiagnose auch im Kindesalter

A. Giffey¹, V. Aumann², I. Leuschner³, D. Küster⁴, H. Krause¹

¹*Klinik für Viszeral-, Gefäß- und Allgemein Chirurgie, Arbeitsbereich Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Magdeburg AÖR*

²*Universitätskinderklinik, Universitätsklinikum Magdeburg AÖR*

³*Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Kiel*

⁴*Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Magdeburg AÖR*

P80 Dynamische farbduplexsonografische Gewebesperfusionsmessung der kindlichen Schilddrüse

M. Stöppler¹, J. Scholbach², Th. Scholbach¹

¹*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Chemnitz gGmbH*

²*Mathematisches Institut der Universität Münster*

Abstracts

der Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft
für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie,
30.-31. März 2012 in Leipzig

Abstracts – Vorträge

Gastroenterologie

V01 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) bei Kindern und Jugendlichen

Th. Richter

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin St. Georg Leipzig

Die **Ätiologie** von CED ist weiterhin unklar, genetische Faktoren, die Darmflora, Umweltfaktoren (Hygienehypothese) werden diskutiert. CED galten lange Zeit als typische Erkrankungen des Erwachsenenalters, seit Ende der 80iger Jahre werden M. Crohn (MC) und Colitis ulcerosa (CU) aber auch in unserer Region zunehmend bereits im Kindesalter beobachtet.

Die **Symptome** von MC und CU sind ähnlich, dabei stehen beim MC Bauchschmerzen, Gewichtsverlust und Wachstumsretardierung, bei der CU die anale Blutung im Vordergrund. In einigen Fällen sind MC und CU nicht eindeutig zu diagnostizieren: Colitis indeterminata (CI). **Differenzialdiagnostisch** sind Infektionen, Allergien, Immundefekte auszuschließen. Die **Diagnostik** fußt auf **klinischen** (Gewicht, Länge, Pubertätsentwicklung, abdominelle Resistenzen, Marisken, Analekzem, Gelenke), **Blut-** (Anämie, Thrombozytose, CRP-Erhöhung, Ak-Phänomene) **Stuhl-** (Laktoferrin, Calprotectin) sowie besonders auf **endoskopisch/histologischen** (Gastroskopie und Koloskopie, ggf. Kapselendoskopie) und **bildgebenden** (US, MRT-Sellink) Untersuchungen. Die letztgenannten Untersuchungen sollten in ausgewiesenen Zentren für pädiatrische Gastroenterologie durchgeführt werden.

Weil auch heute die Ursachen für CED noch nicht verstanden sind, zielt die symptomatische **CED-Therapie** auf Remissionsinduktion und -erhalt. Prinzipiell gibt es, abgesehen von der Dosisadaptation keine wesentlichen Abweichungen zur CED-Therapie von Erwachsenen: 5-ASA, Steroide, AZA/6-MP, MTX, CSP A, TNF-a-AK, Zellapharese, Op.

Als Besonderheit bei MC-Patienten im Kindesalter ist die sehr effektive und nebenwirkungsfreie enterale Ernährung (über nasogastrale Sonde) zu nennen, die in der Erwachsenen-Gastroenterologie weitgehend unbekannt ist.

V02 Das sächsische Register für chronisch entzündliche Darmerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

M. Zurek, Th. Richter und alle Mitglieder des Sächsischen Registers für CED bei Kindern und Jugendlichen

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin St. Georg Leipzig

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) nahmen in den letzten Jahren zu. Die Prävalenz in den „südlichen“ und „nördlichen“ Ländern Europas unterscheidet sich deutlich (ca. 20 / 400 pro 100.000 Einwohner). Die CED-Inzidenz in Mitteleuropa beträgt ca. 14 bis 20 pro 100.000 Einwohner. Bei etwa 14-33% dieser Patienten sollen sich CED bereits vor dem 20. Lebensjahr manifestieren. In Schweden, Großbritannien, Wales, Frankreich und Schottland wurde eine CED-Inzidenz bei Kindern von 2 bis 6 pro 100.000 Kinder bestimmt.

Im 15-Jahrezeitraum 1977-1991 wurden in Leipzig lediglich 12 CED-Patienten dokumentiert: weniger als ein Patient pro Jahr. Das änderte sich ab 1992: nun wurden 7 bis 14 neue CED-Patienten pro Jahr betreut. Im Jahr 2000 gründeten Leipziger Kindergastroenterologen das Sächsische Register für Kinder und Jugendliche mit CED (SäCEDR). Seitdem werden alle Kinder und Jugendlichen mit CED nach Dresden zum Institut für Medizinische Informatik und Biometrie der TU Dresden gemeldet. Das SäCEDR ist die einzige Quelle für epidemiologische Daten für CED bei Kindern in Deutschland. Bis Juli 2011 meldeten die Kinderkliniken des Freistaates insgesamt 675 CED-Patienten: 408 MC- und 226 CU-Patienten, 41 Patienten mit Colitis indeterminata. CED-Prävalenz (22,9/100.000 Kinder) und CED-Inzidenz (6,6/100.000) bei Kindern und Jugendlichen in Sachsen wurden höher bestimmt als in anderen Regionen Europas. Die diagnostische Latenz wurde mit 16 Wochen (MC) und 8 Wochen (CU) bestimmt. Es bleibt gegenwärtig offen, ob die Sächsischen CED-Patienten vollständig erfasst wurden. Eine Überprüfung mittels einer zweiten Datenquelle im Landkreis Bautzen ergab eine Meldevollständigkeit von 90,5%.

V03 Helicobacter pylori – Infektionen aus klinischer Sicht

F. Schmidt

Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Halle (Saale)

Im Jahre 1906 beschrieb der Halberstädter Arzt Walter Krienitz den Nachweis von Spirochäten im Mageninhalt bei Carcinoma ventriculi. Die Entdeckung des gramnegativen spiralförmigen Urease-

produzierenden Bakteriums *Helicobacter pylori* (H.p.) durch Barry Marshall und John Robin Warren 1983 wurde im Jahre 2005 mit dem Nobelpreis dotiert. Die ubiquitären H.p.-Infektionen sind bei ca. 50% der Weltbevölkerung nachweisbar. Die Prävalenz zeigt eine Altersabhängigkeit (5% Kinder, 30% Erwachsene). Die Klinik kann sich neben asymptomatischer Form in Oberbauchbeschwerden, dyspeptische Beschwerden, *Ulcus ventriculi* und *duodeni* bis hin zu den Folgeerkrankungen Magenkarzinom und MALT-Lymphom äußern.

Bezüglich Diagnostik existieren nicht-invasive Verfahren, wie die beiden bezüglich Spezifität und Sensitivität gleichwertigen Techniken H.p.-Antigenbestimmung im Stuhl und C13-Harnstoff-Atemtest. Der Antikörpernachweis im Serum wird im Kindesalter nicht empfohlen. Mittels endoskopisch gewonnener Magenschleimhaut kann histologisch, PCR-technisch, mittels Urease-Schnelltestverfahren oder Bakterienkulturanlage der H.p.-Nachweis erfolgen. Letzteres Verfahren bietet zusätzlich den Vorteil der Resistenztestung.

Therapeutisch gibt es absolute und relative Indikationen. Es empfiehlt sich eine 7 bis 14tägige Triple-Therapie mit einem Protonenpumpenhemmer, Amoxycillin und Clarithromycin oder alternativ Metronidazol. Eine Erfolgskontrolle 4 Wochen nach Therapieende sollte angestrebt werden.

V04 Epidemiologie von *Helicobacter pylori* – Die Leipziger *H. pylori*-Studie

Th. Richter¹, O. Herbarth² für die LISS-Studiengruppe

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg Leipzig

²Institut für Umweltmedizin und Hygiene, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Sachstand: Zu Quellen und Infektionspfaden, zu supplementär die *Helicobacter pylori* (*Hp*) -Prävalenz beeinflussenden Faktoren, zum Zusammenhang zu anderen Prozessen wie der Beeinflussung immunologischer Reaktionen infolge der Infektion, zur Altersabhängigkeit der Prävalenz, zur Wirkung unspezifischer Antibiotikabehandlungen etc. existieren nur ungenügende und zum Teil nicht kongruente Aussagen.

Ziel: der Leipziger *H. pylori*-Studie ist es, Beiträge zur Beantwortung dieser und weiterer Fragestellungen zu liefern.

Methoden: Bei der Studie handelt es sich um eine wiederholte Querschnittsstudie, an der alle Schulanfänger, Zweit- und Achtklässler in den Jahren 1998, 2000 und 2006 teilnehmen konnten. Insgesamt wurden in alle 3 Abschnitte ca. 11.000 Kinder einbezogen. Der *Hp*-Nachweis wurde mittels ¹³C-Atemtest geführt. Weitere Instrumente waren Frage- und Untersuchungsbögen. Der Nachweis von *Hp* in „humannahen Medien“ wurde mittels PCR geführt.

Ergebnisse: Zwischen dem 6. und 14. Lebensjahr stieg die *Hp*-Prävalenz nicht signifikant von 6,5 auf 7,1 %. Als wesentlich die Prävalenz beeinflussende Faktoren zeigten sich beispielsweise räumliche Enge im häuslichen Umfeld, der sozioökonomische Status sowie der Migrationshintergrund, Kontakt zu Haustieren (Hamster), Nutzung nicht kommunalen Wassers als Trinkwasser, Aufenthalte in bestimmten Regionen außerhalb Europas.

Das Längenwachstum von mit *Hp* kolonisierten Kindern scheint invers beeinflusst zu sein, wobei Jungen stärker als Mädchen betroffen sind.

Eine vorausgegangene und bezüglich *Hp* unspezifische Antibiotikatherapie führt zu einer sinkenden *Hp*-Prävalenz.

Mit *Hp* kolonisierte Kinder zeigen eine geringere Häufigkeit allergischer Erkrankungen als *Hp*-freie Kinder. Besonders ausgeprägt ist dieser Effekt bei nicht allergisch prädisponierten Kindern.

V05 Die vielen Gesichter der Zöliakie

M. Laaß

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Dresden

Die Zöliakie ist eine lebenslang bestehende Unverträglichkeit gegenüber dem Klebereiweiß Gluten. Die Erkrankung ist weit häufiger als früher angenommen. In Deutschland sind etwa 0.5% (einer von 200) der Bevölkerung betroffen. Die klinischen Symptome können außerordentlich variieren. Die klassische Form der Zöliakie manifestiert sich nach Einführung glutenhaltiger Breie im späten Säuglings- und frühen Kleinkindalter mit einer Gedeihstörung, einer Diarrhöe mit breiig-fettigen Stühlen und oft einem geblähten Abdomen. Je älter aber die Kinder, Jugendlichen oder Erwachsenen bei Diagnosestellung sind, umso häufiger findet man nicht-klassische Verlaufsformen. Zu diesen zählen die oligosymptomatische Zöliakie (mit nur wenigen Symptomen wie Anämie, Infertilität, Osteoporose), die silente Zöliakie und die atypische Zöliakie mit überwiegend extraintestinalen Symptomen (wie Dermatitis herpetiformis Dühring, IgA-Nephropathie). Auch Zahnschmelzdefekte kommen signifikant häufiger bei Kindern und Jugendlichen mit Zöliakie vor als bei gesunden Kontrollen. Selbst ein Übergewicht schließt eine Zöliakie nicht aus! Die Zöliakie tritt gehäuft mit Diabetes mellitus Typ 1 (bei bis zu 6% der Kinder mit Diabetes), einer Autoimmunthyreoiditis und weiteren Autoimmunerkrankungen auf. Erhöhte Leberwerte finden sich zum

Zeitpunkt der Diagnose bei etwa 50% der Kinder mit klassischer Zöliakie. Daher sollten bei Kindern mit unklarer Transaminasenerhöhung nach Ausschluss anderer Ursachen auch die zöliakiespezifischen Antikörper untersucht werden. Der Pädiater sollte die vielen Gesichter der Zöliakie kennen, um die Erkrankung auch bei nicht-klassischen Verläufen frühzeitig zu diagnostizieren.

V06 Prospektive multizentrische Studie zur Antikörperdiagnostik von Zöliakie bei Kindern

T. Mothes¹, J. Wolf¹, D. Hasenclever², D. Petroff², V. Wiechmann³, G. Baretton⁴, U. Krummrei⁵, W. Stöcker⁵

¹Institut für Labormedizin des Universitätsklinikums und Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

²Zentrum für Klinische Studien der Universität Leipzig

³Institut für Pathologie des Klinikums „Sankt Georg“ Leipzig

⁴Institut für Pathologie des Universitätsklinikums „Carl Gustav Carus“ Dresden

⁵EUROIMMUN Medizinische Labordiagnostika AG Lübeck

Die diagnostische Wertigkeit von Antikörpermessungen in der Zöliakiediagnostik wird heute höher eingeschätzt als früher (Husby et al 2012, Giersiepen et al 2012). Dennoch liegen keine zuverlässigen Daten vor, unter welchen Umständen Antikörperbestimmungen die Duodenalbiopsie als Goldstandard ersetzen können. Dies betrifft im Besonderen die Messung von Antikörpern gegen deamidiertes Gliadin.

In diesem Jahre beginnt eine prospektive multizentrische Studie zur Antikörperdiagnostik von Zöliakie bei Kindern. An ihr nehmen elf pädiatrisch-gastroenterologische Zentren aus fünf europäischen Ländern teil. Im Verlaufe von zwei Jahren sollen 900 Kinder in die Studie eingeschlossen werden, die wegen Zöliakieverdachts endoskopiert werden. Die Koordination der Studie erfolgt im Institut für Labormedizin des Universitätsklinikums Leipzig. Die Studie wird biometrisch vom Zentrum für Klinische Studien der Universität Leipzig betreut.

In der Studie werden Antikörper gegen Gewebstransglutaminase, Endomysium und deamidierte Gliadinpeptide (sogenannte gliadinanaloge Fusionspeptide, GAF) der Immunglobulinklassen A und G im Vergleich gemessen. Die Messung erfolgt blind durch die Firma EUROIMMUN Medizinische Labordiagnostika Lübeck, die auch Sponsor der Studie ist. Die erhaltenen Antikörperdaten werden mit den Ergebnissen der histologischen Begutachtung korreliert. Um die Sicherheit der histologischen Einschätzung zu gewährleisten, erfolgt diese mehrfach. Nach der Routinebegutachtung erfolgt eine zweite (blinde) Begutachtung im Institut für Pathologie des Klinikums „Sankt Georg“ Leipzig, der sich im Falle einer Diskrepanz eine dritte Begutachtung (Institut für Pathologie des Universitätsklinikums „Carl Gustav Carus“ Dresden) anschließt.

Ziel der Studie ist die Entwicklung eines diagnostischen Algorithmus für Patienten mit Zöliakieverdacht, der die Dünndarmbiopsie in klaren Fällen vermeidet.

Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabo IR, et al, for the ESPGHAN Working Group on Coeliac Disease Diagnosis, on behalf of the ESPGHAN Gastroenterology Committee et al. ESPGHAN guidelines for the diagnosis of coeliac disease in children and adolescents. An evidence-based approach. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;54:136-160.

Giersiepen K, Lelgemann M, Stuhldreher N, et al and the ESPGHAN Working Group on Coeliac Disease Diagnosis. Accuracy of Diagnostic Antibody Tests for Coeliac Disease in Children: Summary of an Evidence Report. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;54:229–241.

V07 Bedeutung der laparoskopischen OP im Kindesalter

H. Till

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR

Die Laparoskopie hat sich in zahlreichen Bereichen der Kinderchirurgie fest etabliert und gereicht den Kindern üblicherweise zum Vorteil durch ein geringeres Operationstrauma, kürzere Krankenhausverweildauer und ein verbessertes kosmetisches Ergebnis. Doch trifft dies tatsächlich auf alle Pathologien zu?? Am Beispiel der Gallenwegserkrankungen soll diese Betrachtung differenziert und mit Evidenz aus der Literatur überprüft werden: Während die laparoskopische Kasai Operation bei Kindern mit Gallengangsatresie technisch zweifelsfrei so präzise durchgeführt werden kann, wie offen, scheinen andere Einflüsse der Laparoskopie wie das Pneumoperitoneum mittels CO₂ zu einer erhöhten Rate an postoperativen Lebertransplantationen zu führen. Andererseits kann die Korrektur einer Choledochuszyste durch eine Hepaticojejunostomie problemlos laparoskopisch erfolgen.

Schlussfolgernd sollten laparoskopische Verfahren nicht grundsätzlich empfohlen, sondern je nach Pathologie und Komplexität der Prozedur indiziert werden. Denn nicht alle Techniken sind automatisch „besser“ für das Kind (aber viele schon...).

V08 Verfahren zur Anlage einer percutan endoskopischen Gastrostomie (PEG)

U. Bühligen¹, G. Flemming²

¹Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR

²Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Leipzig AöR

Einleitung: Für die Anlage einer perkutanen, endoskopisch kontrollierten Gastrostomie (PEG) gelten klare Indikationen. Ein fehlender Illuminationseffekt unter Gastroskopie ist eine wesentliche PEG-Kontraindikation. Eine gute Alternative zur offenen Laparotomie, ist die laparoskopisch assistierte perkutan endoskopische Gastrostomie in Eintrokatertechnik.

Methode: Durch eine Nabelpunktion und Einführung einer 5 mm Kombinations-Optik gelingt die Inspektion des Situs. Mit dem 3,5 mm Instrument über den Arbeitskanal der Kombinations-Optik lässt sich die große Kurvatur des Magens mobilisieren, nach kaudal verlagern und an der inneren vorderen Bauchwand halten. Die PEG- Anlage erfolgt in üblicher Technik, unter gleichzeitiger laparoskopischer Kontrolle.

Ergebnisse: Im Zeitraum von 2001-2011 wurden in unserem Haus 120 Patienten mit Gastrostoma versorgt: klassische PEG: n=62; Laparoskopisch assistierte PEG-Anlage: n=21, Offene Gastrostomie: n=52.

Diskussion: Den Vorteil der Kombination beider minimalinvasiver Verfahren (Gastroskopie, Laparoskopie) sehen wir im sicheren Ausschluss möglicher Organverletzungen bei anatomisch schwierigen Verhältnissen. Die minimalinvasiven Zugangswege (Nabel, PEG-Eintritt) verringern die Gefahr von Wundheilungsstörungen und Narbenbildung.

V09 Gastrostoma: Spezielle Herausforderung bei Kindern und Jugendlichen – von der Vorbereitungszeit bis zur Pflege

G. Prazienka

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Leipzig AöR

Gastrostomata sind auch in der Pädiatrie eine Alternative, wenn eine ausreichende orale Ernährung nicht möglich ist. Bereits bei der direkten postoperativen Wundversorgung gibt es Besonderheiten in der Pflege. Die Betreuung von Kindern mit Ernährungssonden ist eine multidisziplinäre Aufgabe: Ärzte, Pflegepersonal, Ernährungstherapeuten und Psychologen sind oft in die Versorgung involviert.

Schon während des stationären Aufenthalts erfolgt die Schulung der Betreuungspersonen, zudem muss für eine Überleitung der Pflege und Versorgung vom stationären in den ambulanten Sektor gesorgt werden und die weitere Anbindung der Patienten initiiert werden.

Die häufigsten Komplikationen/Probleme mit Ernährungssonden stellen Wundinfektionen, Verstopfung oder Dislokationen dar, daher soll hier der neue Standard zum Vorgehen solcher Probleme dargelegt werden.

Nephrologie und Kinderurologie

V10 Chronische Dialyse bei Neugeborenen und Säuglingen – Erfahrungen und Prognose

S. Wygoda¹, M. Henn¹, Th. Richter²

¹KfH Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

²Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Einleitung: Die Verbesserung der neonatologischen Intensivtherapie als auch der Dialysemöglichkeiten führten zu einer Zunahme von Kindern unter einem Jahr in der Nierenersatztherapie. Fragestellung: Welche speziellen Probleme der Dialysebehandlung und welche Prognose haben diese Kinder?

Material und Methode: In den letzten 8 Jahren wurde in unserer Klinik bei 14 Kindern bereits im ersten Lebensjahr eine Dialysebehandlung eingeleitet. Die Grunderkrankungen waren ARPKD (2), Nierendysplasie (2), obstruktive Uropathie (5), WT1 Mutation (2), diabetische Fetopathie mit Nierendysplasie (2). Alle Pat. erhielten Peritonealdialyse (2 Pat. initial Hämodialyse).

Ergebnisse: 3 der 14 Pat. verstarben (21%). Bei zwei Patienten konnte die Peritonealdialyse wieder beendet werden. Die übrigen 9 Patienten wurden mit ambulanter Peritonealdialyse versorgt. Probleme waren Leckagen, Netzschnügel, Hydrocelen, Ernährungsschwierigkeiten. Nach einer durchschnittlichen Dialysezeit von 22 Monaten sind 5 Pat erfolgreich transplantiert. Die körperliche Entwicklung war bei 7 von 9 Pat. nahezu altersgemäß. Schlussfolgerungen: Die chronische Peritonealdialyse ist ein sicheres Nierenersatzverfahren für Früh/Neugeborene und Säuglinge mit terminaler Niereninsuffizienz bis zur erfolgreichen Nierentransplantation. Die Entscheidung zum Beginn der lebenslangen Nierenersatztherapie ist unter den heutigen Therapieergebnissen gerechtfertigt, obwohl die Sterblichkeit noch höher ist als bei älteren Kindern.

V11 Nierenersatztherapie – Peritonealdialyse aus der Sicht des Pflegepersonals

E. Bernhardt

KfH Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Welche Vor- und Nachteile bestehen bei der Peritonealdialyse? Die verschiedenen Verfahren der Peritonealdialyse wie: CAPD – Kontinuierliche ambulante PD, IPD – Intermittierende PD und CCPD – Kontinuierlich zyklische PD werden in der Handhabung erläutert.

Schulung der Eltern: Peritonealdialyse in der Häuslichkeit?

Anhand eines Patientenbeispiels werden die Schulungsinhalte, die Lernziele, die Aspekte des Trainings und die enge Begleitung der Eltern erläutert.

V12 Psychologische und psychosoziale Aspekte der chronischen Niereninsuffizienz im Kindes- und Jugendalter – ein Erfahrungsbericht

U. Jurack

KfH Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche, Klinikum St. Georg Leipzig

Chronisch niereninsuffiziente Kinder und Jugendliche aus Sachsen und aus Teilen Sachsen- Anhalts werden seit über 30 Jahren im einzigen Kinderdialysezentrum Sachsens in Leipzig behandelt.

Im KfH (Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation) Nierenzentrum werden unsere Patienten und ihre Familien von einem interdisziplinären Behandlungsteam in allen medizinischen und psychischen, in den sozialen und den schulischen Aspekten ihrer chronischen Erkrankung behandelt, begleitet und unterstützt.

Die Autorin ist als Psychologin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / Familientherapeutin langjährig in der psychosozialen Begleitung chronisch nierenkranker Kinder und Jugendlicher tätig.

Der Beitrag informiert über die zahlreichen psychosozialen Belastungen in Folge chronischer Nierenerkrankungen und zeigt therapeutisch wirksame Faktoren und Ressourcen zur Förderung einer kooperativen Krankheitsbewältigung auf.

V13 Angeborene und erworbene Einzelniere – unterschiedliches Risikoprofil?

U. John, R. König, M. Pohl, G. Rönnefarth, B. Gruhn

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena

Zielstellung: Einzelnieren (EN) sind assoziiert mit pathophysiologischen Mechanismen der Hyperperfusion, die zu Glomerulosklerose und tubulointestinaler Fibrose führen. Das Auftreten einer Hypertonie und Proteinurie begünstigt die Entwicklung einer chronischen Nierenerkrankung (CKD). Die Studie untersuchte den Einfluss der zugrundeliegenden Ätiologie von EN (angeboren vs. erworben) und prognoseweisende Risikofaktoren. **Methode:** 139 Kinder im Alter von 4 Jahren (0 - 27) mit EN infolge Nephrektomie bei Wilms-Tumor (WT) n=24, multizystischer Nierendysplasie (MCDK) n=72 und Nierenagenesie (NA) n=43 wurden untersucht auf eGFR n. Schwartz, glomeruläre und tubuläre Proteinmarker (PU), Nierengröße, Spontanblutdruck (S-RR) und 24h-ABPM.

Ergebnisse: Die eGFR betrug 118,51 ml/min/1,73m² (±18,13). Eine Hypertrophie der EN lag in 71,2% vor und trat häufiger bei angeborenen EN (MCDK und NA) auf (p=0,024). Pat mit assoz. urogenitalen Anomalien (35%) wiesen häufiger eine Prähypertonie (p=0,005) und Proteinurie auf (p=0,015). Unabhängig von der Ätiologie der EN lag eine glomeruläre u/o tubuläre PU in 26%, eine Hypertonie bei S-RR Messung in 22% und im ABPM in 18% vor. **Schlussfolgerungen:** Unabhängig von der Ätiologie (erworben oder angeboren) besteht für Kinder mit EN das Risiko, eine (Prä)/Hypertonie u/o Proteinurie trotz normaler Nierenfunktion zu entwickeln. Dies gilt insbesondere für Kinder mit assoziierten renalen Anomalien. Eine Kontrolle der Risikoparamter ist bei Kindern mit EN anzuraten.

V14 Der Zusammenhang zwischen vesikoureteralem Reflux und thrombotischer Mikroangiopathie – ein „natürlicher“ Krankheitsverlauf?

K. Dittrich¹, M. Schroth², K. Amann³, K. Benz²

¹*Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Leipzig*

²*Kinder- und Jugendklinik, Universitätsklinikum Erlangen*

³*Abteilung für Nephropathologie, Universität Erlangen*

Ein 16 Jahre altes Mädchen wurde mit akuter Atemnot auf unsere Intensivstation aufgenommen. Sie präsentierte sich mit Herzversagen und Lungenödem bei hypertensiver Krise und war um 20% ihres Körpergewichts überwässert. Der Blutdruck betrug 240/140mmHg, der Puls 120/min. Laborchemisch fand sich eine Anämie (Hb 6,4 g/l) mit Fragmentozyten, Nierenversagen (Krea. 1190µmol/l) mit Hyponatriämie (125mmol/l) und Hypokaliämie (2,2mmol/l). Eine Mikrohämaturie neben Proteinurie (1,7 g/g Krea). Die

Nierenbiopsie zeigte eine thrombotische Mikroangiopathie (TMA) mit Endothelaktivierung und Gefäßwandverdickung.

Die „Ursachenforschung“ ergab vesikoureteralen Reflux bds. und Parenchymnarben der rechten Niere, so dass wir von einer Refluxnephropathie ausgehen.

Sie sei immer gesund gewesen, Harnwegsinfekte wurden nie festgestellt, habe jedoch „lange eingenässt“ und berichtet über unklare Fieberepisoden. Wegen Kopfschmerzen und Visusminderung hatte sie mehrfach stärkere Brillen verordnet bekommen. Bei Aufnahme zeigte sich ein Fundus hypertonicus IV bds. mit cotton wools. Die erste Blutdruckmessung erfolgte durch den Notarzt.

Unter Akutdialyse und medikamentöser Blutdruckeinstellung erholte sich die Myokardfunktion rasch, die Patientin blieb jedoch terminal niereninsuffizient.

Eine TMA kann allein durch eine maligne Hypertonie hervorgerufen werden.

Es schmerzt, wenn Kinder heute wegen einem Zustand, der über eine Blutdruckmessung diagnostiziert werden kann, dialysepflichtig werden.

V15 UROTHERAPIE – Konzepte für Kinder

C. Herrmann

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderkontinenzzentrum, Universitätsklinikum Leipzig

In der Diagnostik und Behandlung von Harninkontinenzpatienten gewinnt die Urotherapie immer mehr an Bedeutung. Sie ist eine relativ junge Therapieform, die vor ca. 20 Jahren in Skandinavien, den Niederlanden und Großbritannien erarbeitet, entwickelt und umgesetzt wurde. Seit einigen Jahren wird sie zunehmend auch in Deutschland etabliert. Maßgeblich daran beteiligt sind die Arbeitsgemeinschaft Urotherapie im Kindes und Jugendalter, die Konsensusgruppe Kontinenzschulung e.V. und das Klinikum „Links der Weser“ in Bremen. Die Leitlinien zur Diagnostik, Therapie und Urotherapie wurden von der International Children's Continence Society (ICCS) erarbeitet und veröffentlicht (Neveus et al. 2006).

Die Hauptschwerpunkte der Urotherapie sind gezielte Information und Aufklärung. Die Vermittlung von spezifischen Kenntnissen zur Anatomie und Physiologie des Harntraktes bildet die Basis für die nachfolgenden verhaltenstherapeutischen Anleitungen bzw. Schulungen. Deren Inhalt ist in erster Linie das sogenannte Trink- und Miktionsstraining, welches der Rhythmisierung des Trink- und Miktionsverhaltens dient. Die Schulungen müssen ganz individuell den psychischen, physischen und sozialen Gegebenheiten der Patienten angepasst werden. Für die Kinderheilkunde heißt das, immer auch die ganze Familiensituation im Blick zu haben. Die Urotherapie beginnt schon bei der ersten Kontaktaufnahme. Sie trägt, konsequent umgesetzt, wesentlich zum Therapieerfolg bei und ist grundsätzlich die Voraussetzung für weitere Behandlungsoptionen.

V16 Laparoskopische versus offene Anderson-Hynes-Plastik (AHP) bei Ureterabgangsstenose (UAS) im Kindesalter

G. Goetz, T. Woller, H. Till, C. Geyer

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig

Einleitung: Die laparoskopische AHP ist zunehmend die Methode der Wahl zur Korrektur der UAS.

Zielstellung: Vergleich der Ergebnisse von laparoskopischer und offener Pyeloplastik des eigenen Patientenguts.

Methode: Retrospektive Analyse von 76 operierten Kindern (26 laparoskopisch, 50 offen) in den Jahren 2002-2011 nach folgenden Kriterien: Operationszeit, postoperative Verweildauer, Komplikationen, szintigraphische Partialfunktion und Tracer-Ausscheidung sowie Grad der Harntransportstörung prä- und postoperativ.

Ergebnisse (jeweils laparoskopisch - offen): Medianes Operationsalter waren 78 (5-185) bzw. 5 Monate (1-214). Die mediane postoperative Verweildauer betrug 5 bzw. 9 Tage, die mediane Schnitt-Naht-Zeit 222 bzw. 120 min. Es waren 2 Konversionen infolge erschwerter Anatomie erforderlich. Die mittlere Nieren-Partialfunktion verbesserte sich nach beiden Verfahren, die Tracer-Ausscheidung in der postoperativen MAG3-Szintigraphie war 20 min nach Furosemid-Gabe jeweils signifikant gesteigert ($P < 0.0001$). Die postoperative Nierenultraschalluntersuchung zeigte jeweils eine signifikante Abnahme der Harntransportstörung ($P < 0.0001$).

Diskussion/Schlussfolgerung: Sowohl die offene als auch die laparoskopische AHP sind heute sichere und gleichrangige operative Verfahren. Aufgrund der deutlich geringeren Gewebetraumatisierung und der hervorragenden kosmetischen Resultate bevorzugen wir an unserer Klinik trotz längerer Operationszeiten das laparoskopische Vorgehen.

V17 Doppelnieren – pathoanatomische Strukturen und Therapieoptionen

F. Eckoldt¹, St. Krumsdorf¹, U. John², H. Mentzel³

¹Klinik für Kinderchirurgie des Universitätsklinikums Jena der FSU Jena

²Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde des Universitätsklinikums Jena

³Abteilung Kinderradiologie des IDIR des Universitätsklinikums Jena

Doppelnieren sind mit einer Häufigkeit von etwa 2% bei Lebendgeborenen zu beobachten. Lediglich etwa 1/4 der betroffenen Niereneinheiten weisen eine therapiebedürftige Veränderung auf.

Die pathoanatomischen Erscheinungsformen sind mannigfaltig und stellen in Diagnostik und Therapie immer eine Herausforderung dar.

Anhand eigener Fälle wird das diagnostische work up beschrieben und gewertet und die Therapieoptionen einschließlich möglicher Komplikationen gewertet.

Neonatalogie und Neugeborenenchirurgie

V18 Langzeitprobleme ehemaliger Frühgeborener

E. Robel-Tillig

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg Leipzig

Die Betreuung sehr unreifer Neugeborener ist mit Hilfe moderner Technik und großem physiologischen Wissen des Personals durch eine sinkende Mortalität gekennzeichnet.

Dennoch ist bezüglich der Komplikationen kein signifikanter Fortschritt während der letzten Jahre zu verzeichnen.

Erwiesenermaßen haben ehemalige Frühgeborene auch im Klein- und Schulkindalter, ein höheres Risiko pulmonale Probleme zu entwickeln. Lungenfunktionstests haben bewiesen, dass ein „Aufholen“ der einstmals unterbrochenen intrauterinen Lungenentwicklung nicht in vollem Umfang zu erwarten ist. Viele dieser Kinder benötigen Spezialprechstunden und entsprechende therapeutische Maßnahmen. Während der Säuglingszeit ist auf eine Infektionsprophylaxe besonders auf eine RSV- Prophylaxe zu achten.

Auch ehemals reifere Frühgeborene zeigen gehäuft neurologische Auffälligkeiten im Sinne einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung, aber auch psychosozialer Auffälligkeiten. Durch Erfassung aller Frühgeborenen in entsprechenden Nachsorgesprechstunden lassen sich frühzeitig Risiken erkennen und entsprechende Therapiemaßnahmen können eingeleitet werden.

Ein weiteres entscheidendes Problem sowohl der hypotrophen Frühgeborenen als auch der Kinder diabetischer Mütter sind anhaltende metabolische Störungen bis hin zur Ausbildung eines metabolischen Syndroms. Es ist erforderlich, die Kinder bezüglich der Blutzuckerprofile, des Fettstoffwechsels und des Blutdrucks langfristig zu kontrollieren.

Letztlich neigen Frühgeborene auch im Säuglings- und Kleinkindalter vermehrt zu Gedeihstörungen. Die Empfehlung einer geeigneten proteinreichen Kost sowie adäquater Phosphat und Calcium und Eisensubstitution ist dringend erforderlich.

Zusammenfassend muss daraufhin gewiesen werden, dass ehemalige Frühgeborene auch im weiteren poststationären Verlauf Patienten bleiben, die einer besonderen Fürsorge und Kontrolle bedürfen.

V19 Zeitpunkt, Art und Umfang des Überbringens schwieriger Nachrichten an die Eltern von Neugeborenen – am Beispiel der pränatal nicht erkannten Trisomie 21

N. Lorenz, A. Nordwig, M. Kabus

Perinatalzentrum Dresden-Neustadt, Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt

Einleitung: Bereits 1964 wurde gezeigt, dass Mütter um so zufriedener mit dem Zeitpunkt der Überbringung der Information über das Vorliegen einer Trisomie 21 (T21) bei ihrem Kind sind, je früher diese Nachricht überbracht wird (1). Trotzdem bestehen auch heute noch Unsicherheiten über den richtigen Umgang mit dieser Nachricht. Das Problem ist aktuell, so wurden 2006-2011 im Perinatalzentrum Dresden-Neustadt 14 NG mit klinischem Verdacht auf T21 aufgenommen, und die Eltern unmittelbar informiert. 12 dieser NG wurden auf die Neonatologie verlegt, alle schließlich in die Häuslichkeit entlassen.

Methode: Pubmed-Recherche mit: [Down syndrome. Trisomy 21. Genetic counselling], [Communication, newborn, Down syndrome], [Bad news OR difficult news, newborn]. Google-Recherche: Leitlinien zur Kommunikation der Diagnose T21.

Ergebnisse: 85 Arbeiten und eine US-amerikanische Leitlinie wurden selektiert, 42 erschienen nach 1999. Alle aktuellen evidenzbasierten Empfehlungen raten, bei NG mit Verdacht auf T21 die Nachricht an beide Eltern unmittelbar, strukturiert, mit standardisierten Inhalten durch Geburtshelfer und Kinderarzt zu

überbringen, dabei positive Aspekte herauszustellen und den Eltern den Kontakt zu lokalen Selbsthilfegruppen zu empfehlen.

Diskussion: Eine interne SOP regelt im Perinatalzentrum diese Abläufe. Das Verschweigen des Verdachtes ist heute mehr denn je obsolet.

Mongolism: When should Parents be told? Drillien CM, Wilkinson EM. Brit. med. J., 1964, 2, 1306-13

V20 Begleitung von Eltern intensivmedizinisch betreuter Früh- und Neugeborenen

C. Ludwar-Riecker

Klinik für Kinder -und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Entsprechend der Leitsätze zur entwicklungsfördernden Betreuung in der Neonatologie – Eltern und Kind als eine Einheit zu betrachten – wollen wir die Begleitung und Beratung der Eltern auf Station überdenken: präpartal, postpartal und während der Zeit in der Klinik.

Eltern sind keine Besucher. Sie sind die Spezialisten ihres Kindes. Es gilt, ihre Kompetenzen zu stärken. Auf dem Weg zu einer sicheren Vater-Mutter-Kind-Bindung brauchen sie unsere Unterstützung, denn sie ist eine wesentliche Voraussetzung für die weitere Entwicklung des Kindes.

Wie kann man diesem Beratungsbedarf entsprechen? Die besondere Situation der intensivmedizinischen Betreuung des Kindes macht eine kompetente und einfühlsame Anleitung der Eltern nötig. Neben dem "Bedside Teaching" soll der Aufbau einer Elternschule den Eltern Sicherheit geben.

V21 Adaptiertes individuelles Beatmungsregime auf der Grundlage perioperativer Lungenfunktionsmessungen bei kongenitalen Zwerchfeldefekten

J. Dinger

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Einleitung: Ziel war es zu prüfen, ob das veränderte Vorgehen bei Neugeborenen mit kritischer Zwerchfellhernie (eine sanfte Beatmung der hypoplastischen Lungen auf der Grundlage von täglichen Messungen der Compliance des respiratorischen Systems /CRS/ und der funktionellen Residualkapazität /FRC/, Operation auf der ITS erst nach kardiopulmonaler Stabilisierung) zu einer Verbesserung der Überlebensrate geführt hat.

Methode: Die Analyse der 75 Patienten mit frühmanifesten Zwerchfellhernie im Zeitraum von 1985 – 2011 erfolgte, indem pränatale Befunde, prä-, peri- und postoperatives Vorgehen, operatives und intensivmedizinisches Management hinsichtlich des Patientenoutcomes ausgewertet wurden.

Ergebnisse: Von 1985 – 1992 erfolgte der Verschluss des Zwerchfeldefektes unmittelbar nach der Geburt im kinderchirurgischen Operationssaal. Von 33 operierten Kindern überlebten nur 15 Patienten (45 %). Ab 1993 wurden alle Patienten erst nach präoperativer Stabilisierung auf der ITS operiert. Ferner wurde die Beatmung auf der Grundlage von täglichen Messungen der CRS und der FRC dem Grad der jeweils vorliegenden Lungenhypoplasie individuell angepasst. Unter diesem Vorgehen überlebten 32 (97%) der 33 operierten Patienten.

Schlussfolgerung: Unser verändertes Vorgehen hat die Überlebensrate von Patienten mit frühmanifesten Zwerchfellhernie entscheidend verbessert. Gefährdende Transporte werden vermieden. Neugeborene mit Zwerchfellhernie weisen sowohl eine stark verminderte Compliance als auch erniedrigte FRC auf. Seit Einführung der individuellen Beatmungssteuerung auf der Grundlage dieser täglich erhobenen atemmechanischen Befunde haben alle operierten Patienten mit einem Gestationsalter > 32. SSW, auch mit schwerster Lungenhypoplasie, überlebt. Beatmungs- und stationäre Verweildauer haben sich deutlich verkürzt. Keines der Kinder erlitt eine Hirnblutung bzw. eine bronchopulmonale Dysplasie.

V22 Neonatale Manifestation von Harnstoffzyklusdefekten

U. Fleischer, S. Beblo, C. Beck, E. Robel-Tillig

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg Leipzig

Harnstoffzyklusdefekte gehören zu den häufigeren Stoffwechseldefekten, die sich in allen Lebensaltern manifestieren können. Dabei kommt es aufgrund von Enzymdefekten beim Aminosäurenabbau in der Leber zur Störung der Harnstoffsynthese, die in einer Kumulation des neurotoxischen Ammoniaks mündet. Im Neugeborenenalter führt dies oft nach kurzem unauffälligem Intervall zur raschen Progredienz von Symptomen, die klinisch denen einer Neugeborenenensepsis ähnlich sind und deswegen verkannt werden können.

Wir berichten über 4 Neugeborene mit angeborenen Harnstoffzyklusdefekten (2 Kinder mit Ornithintranscarbamylase-(OTC-)Mangel, 1 Kind mit Carbamylphosphatsynthetase-(CPS)-Defekt und 1 Kind

mit Argininosuccinatsynthetase-(ASS-)Mangel), die in unserer Klinik behandelt wurden. 3 Kinder fielen postnatal nach 1 -3 Tagen mit klinischer Symptomatik mit Apathie, Erbrechen und Tachypnoen auf. Bei initial ausgeprägter Hyperammonämie erfolgte die Akkutherapie intravenös mit hochdosierter Glukosezufuhr, Natriumbenzoat, Argininhydrochlorid und rasche Hämofiltration zur Stabilisierung. Bei einem männlichen Kind war die Diagnose eines OTC-Mangels pränatal aufgrund eines erkrankten Geschwisterkindes bekannt. Unmittelbar postnatal erfolgte zunächst Proteinkarenz, Glukosezufuhr und die initiale Therapie mit Ammonul (Natriumphenylacetat und Natriumbenzoat), sowie Argininhydrochlorid. Darunter kam es zu einem im Vergleich geringen Ammoniakanstieg und eine Dialysetherapie war nicht notwendig.

Zusammenfassung:

Enzymdefekte des Harnstoffzyklus mit Manifestation im Neugeborenenalter gehen typischerweise mit einer ausgeprägten Hyperammonämie einher, die eine rasche Intensivtherapie bis hin zur Hämofiltration erfordern. Auch bei prospektivem Therapiebeginn bei pränatal bekannter Erkrankung ist es postnatal schwierig einen Ammoniakanstieg gänzlich zu vermeiden. Die intravenöse Applikation der Kombination von Natriumphenylacetat und Natriumbenzoat führte in unserem Fall zu einer guten metabolischen Kontrolle.

V23 Persistierender Ductus arteriosus. Offene Ductusligatur weiterhin gerechtfertigt?

M. Eickmeyer, D. Bartsch, G. Fitze

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Dresden

Einleitung: Der persistierende Ductus arteriosus ist eine bei Frühgeborenen häufig vorkommende Pathologie, die unbehandelt zu Herzinsuffizienz, Lungenödem und verminderter Organperfusion führt. Ist die medikamentöse Therapie nicht erfolgreich, wird der PDA durch einen Eingriff verschlossen; entweder interventionell, thorakoskopisch oder durch eine offene Operation.

Zielstellung/Methode: Die in unserer Klinik durchgeführten offenen Ductus-Ligaturen der Jahre 2005 – 2010 wurden retrospektiv analysiert und mit bereits veröffentlichten Ergebnissen des thorakoskopischen Ductusverschlusses und dem interventionellen Vorgehen verglichen.

Ergebnisse: In den 6 Jahren war bei 28 Frühgeborenen (durchschnittlich 815g) eine offene Ductusligatur notwendig. 6 der Patienten (21%) sind innerhalb des ersten Lebensjahres verstorben. In diesem Patientengut gibt es mit der interventionellen Methode nur Einzelfallberichte, die minimal 2200g Kinder behandelten. Ein thorakoskopischer Ductusverschluss wird bei Frühgeborenen ebenfalls nur in Einzelfällen durchgeführt.

Diskussion/Schlussfolgerung: Bei einem hämodynamisch wirksamen persistierenden Ductus arteriosus ist der medikamentöse Ductusverschluss die Therapie der Wahl. Bei Nichtansprechen kann bei normalgewichtigen Frühgeborenen ein interventioneller oder thorakoskopischer Ductusverschluss mit guten Ergebnissen durchgeführt werden. Bei extremen Frühgeborenen ist die offene Ductusligatur weiterhin der Standard-Eingriff.

V24 Die laparoskopische Pyloromyotomie – eine effiziente und vorteilhafte Methode zur Behandlung der hypertrophen Pylorusstenose

R. Wachowiak, Z. Kispal, H. Till

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AÖR

Einleitung: Über den Zugang zur Pyloromyotomie wird derzeit heftig diskutiert. Sola hat jüngst eine Meta-Analyse über die Effizienz der laparoskopischen Pyloromyotomie (LP) durchgeführt (J Pediatr Surg 2009) und fand eine niedrigere Komplikationsrate (OR 0,58) und schnellere orale Ernährbarkeit nach LP. Ziel unserer Untersuchung war es, diesen Vorteil kritisch zu hinterfragen.

Methoden: Von Januar 2006 - Januar 2012 wurden LP ausgewertet. Hauptzielkriterien waren: Operationszeit, Konversionsrate, Rezidive, postoperative Komplikationen.

Ergebnisse: 51 Säuglinge wurden laparoskopisch pyloromyotomiert. Die LP erfolgte standardmäßig mit 1 Port (5mm am Nabel) und 2 direkt eingebrachten 3mm Instrumenten. Mittlere Operationszeit 45 Minuten (\pm 15,3 Min, inkl. Ausbildungseingriffe). Intraoperativ keine Konversion zum offenen Vorgehen oder Komplikationen (insbesondere keine Schleimhautinsuffizienz, geprüft mittels Luftprobe). Postoperativ 1 Wunddehizens, welche konservativ ausheilte. Bei allen Patienten zeitnaher standardisierter Kostaufbau (Py-Schema), kein Rezidiv durch inkomplette Myotomie.

Diskussion/Schlussfolgerung: Die LP hat sich in den letzten 10 Jahren technisch zu einem ausgereiften Verfahren entwickelt. In dieser standardisierten Form stellt sie für Säuglinge mit hypertropher Pylorusstenose ein schonendes, fast narbenloses und vorteilhaftes Verfahren dar. Die offene Technik nach Bianchi und insbesondere die Oberbauchlaparotomie sollten zunehmend verlassen werden.

V25 Arzneimittelinkompatibilitäten in der Infusionstherapie

M. Reiss

Pädiatrische ITS, Universitätsklinikum Jena

Aufgrund unablässig fortschreitender medikamentöser Therapieoptionen sind Arzneimittelinkompatibilitäten heutzutage, vor allem im Rahmen der Intensivmedizin und Neonatologie, ein stetig wachsendes Problem. Die zum Teil sehr lückenhafte und schwer zugängliche Datenlage erschwert den Ärzten und dem Pflegepersonal dabei die korrekte Verordnung, Zubereitung und Verabreichung von Medikamenten. Aus diesem Grund ist es wichtig ein Verständnis für die Problematik zu entwickeln und an Lösungen zu arbeiten, um einen riesigen Kostenfaktor zu minimieren und unsere Patienten keinen zusätzlichen Gefahren auszusetzen.

Was also sind Inkompatibilitäten, wie machen sie sich bemerkbar, welche Probleme können durch Inkompatibilitäten entstehen und welche Wege gibt es, diese möglichst zu vermeiden?

„Leipziger Allerlei“

V26 Umwelteinflüsse während der Schwangerschaft modulieren die Entwicklung regulatorischer T Zellen im Fötus – Konsequenzen für das Allergierisiko des Kindes

G. Herberth¹, D. Hinz^{1,7}, M. Bauer¹, S. Röder², S. Olek³, J. Hühn⁴, U. Sack⁵, M. Borte⁶, J. C. Simon⁷, I. Lehmann¹

¹UFZ – Helmholtz Centre for Environmental Research Leipzig, Department of Environmental Immunology

²UFZ – Helmholtz Centre for Environmental Research Leipzig, Core facility studies

³Epiontis, Berlin

⁴Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung, Experimental Immunology, Braunschweig

⁵University of Leipzig, Institute for Clinical Immunology, Leipzig

⁶Children's Hospital, Municipal Hospital "St Georg", Academic Teaching Hospital of the University of Leipzig

⁷Universitätsklinikum, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Leipzig

Einleitung: In einer prospektiven Geburtskohortenstudie konnten wir zeigen, dass eine verringerte Anzahl an regulatorischen T Zellen (Treg) im mütterlichen Blut während der Schwangerschaft mit erhöhten IgE Konzentrationen im Nabelschnurblut der Kinder assoziiert war.

Zielstellung: Ziel der aktuellen Studie war es den Einfluss von pränataler Exposition auf die Anzahl von Treg im Nabelschnurblut und das Risiko einer Allergieentwicklung zu untersuchen.

Methode: Die Analysen wurden im Nabelschnurblut von Kindern der LINA Studie durchgeführt. Es wurde sowohl die DNA Methylierung des FOXP3 Gens als auch die IgE Konzentrationen gegen Nahrungsmittel- und Inhalationsallergene bestimmt. Die Exposition und Erkrankungen wurden mittels Fragebögen erfasst.

Ergebnisse: Die pränatale Tabakrauch Exposition und die Verwendung von Desinfektionsmitteln während der Schwangerschaft waren mit einer geringen FOXP3 Demethylierung und folglich mit einer geringen Treg Anzahl im Nabelschnurblut assoziiert. Kinder mit einer geringen Anzahl an Treg im Nabelschnurblut hatten ein höheres Risiko eine atopische Dermatitis (adj. OR 1.55, 95% CI 1.00-2.41) und eine Sensibilisierung gegen Nahrungsmittelallergene (adj. OR 1.55, 95% CI 1.06-2.25) im ersten Lebensjahr zu entwickeln.

Schlussfolgerung: Unsere Ergebnisse zeigen, dass eine Exposition während der Schwangerschaft möglicherweise die epigenetische Regulation des FOXP3 Gens beeinflusst und dadurch zu der Entwicklung einer atopischen Dermatitis führen kann.

V27 Update zur fibrinolytischen Therapie im Kindesalter mit Kasuistik

R. Knöfler¹, D. Müller¹, S. Ifflaender¹, S. Gehrlich², K. D. Paul³, U. Zügge³, J. Dinger¹, S. Brenner¹

¹Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

²Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

³Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kreiskrankenhaus Freiberg

Einleitung: Aufgrund des Blutungsrisikos ist die Indikation zur fibrinolytischen Therapie (FT) bei Kindern kritisch zu stellen. Unter Berücksichtigung relativer Kontraindikationen (Frühgeborenes < 32 SSW, invasive Prozedur innerhalb von 3 und OP von 10 d vor Therapiebeginn, schwere Infektion) sollte eine FT bei akuten Organ- und lebensbedrohlichen Thrombosen, wie z. B. bei arteriellen Verschlüssen, V. cava-Thrombosen, massiver Lungenembolie und beidseitiger Nierenvenenthrombose erwogen werden.

Kasuistik: Berichtet wird über ein reifes Neugeborenes mit am 1. Lebenstag aufgefallenen multilokulären Thrombosen (Nierenvenenthrombose bds. mit V.cava inf.-Thrombose als Ursache paradoxer Embolien mit A.femoralis sin.-Verschluss und Mediainfarkt links), welches eine FT mit rekombinantem Gewebsplasminogenaktivator (Alteplase) über 5 Tage (1 mg/kg/d) und begleitender Niedrigdosis-

Heparin (200 E/kg/d) erhielt und darunter eine vollständige Wiedereröffnung des A. femoralis Verschlusses ohne Auftreten relevanter Blutungsereignisse zeigte. Nach der FT erfolgte eine Vollheparinisierung (500 bis max 740 E/kg/d) für 14 d und anschließend eine prophylaktische Antikoagulation mit Enoxaparin (1 mg/kg/d) für etwa 4 Monate. Das Kind entwickelt sich im Verlauf altersgerecht und zeigt derzeit ein adäquates Nierenwachstum ohne renale Funktionseinschränkung. Die Thrombophiliediagnostik ergab eine heterozygote Faktor V Leiden Mutation sowie eine deutliche Lipoprotein (a)-Erhöhung.

Schlussfolgerung: Die Indikationsstellung zur FT und die Durchführung dieser Behandlung bei Kindern sollten an einem erfahrenen Zentrum erfolgen.

V28 Sachsen-Anhalt hört früher? – Neugeborenen-Hörscreening in Sachsen-Anhalt

M. Loderstedt¹, S. Pöttsch², A. Reißmann³, W. Vorwerk¹

¹HNO-Universitätsklinik Magdeburg

²Helios Vogtland-Klinikum Plauen

³Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt

Einleitung: Auf Grund der enormen Bedeutung des Hörsinnes für die Gesamtentwicklung eines Kindes und der häufig zu spät erfolgten Diagnostik wurde zum 01.01.2009 der Anspruch Neugeborener auf ein Neugeborenen-Hörscreening (NHS) in den Kinder-Richtlinien des G-BA verankert.

Zielstellung: Anhand der Analyse des NHS in Sachsen-Anhalt 2008 sollten die Voraussetzungen für ein flächendeckendes universelles NHS sowie die Qualität des derzeitigen NHS beurteilt werden.

Methode: Nach Etablierung einer Trackingzentrale im Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt konnten 23 von 29 Geburtskliniken 2008 in das Hörscreening-Tracking einbezogen werden. Durch Einführung der Screening-ID war die Zuordnung, Dokumentation und das Tracking der Hörscreening-Befunde möglich.

Ergebnisse: Von 10.449 im Erfassungszeitraum geborenen Kindern erhielten 97,6 % ein Hörscreening, wobei für 92,5 % die Untersuchung in der Geburtsklinik erfolgte. Für das Erstscreening in der Geburtsklinik ergab sich eine Fail-Rate von 6,5 %. Es konnten 15 Neugeborene, entsprechend 1 von 697, mit einer permanenten Hörstörung im Median nach 4,5 Monaten diagnostiziert werden.

Diskussion: Schon 2008 konnte in Sachsen-Anhalt ein flächendeckendes NHS realisiert werden, wobei die Vorgaben des G BA in vielen Punkten erfüllt wurden.

Schlussfolgerung: Weiterhin ist die intensive Aufklärung und Schulung aller am Prozess beteiligten Personen nötig und eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit anzustreben, um alle Neugeborenen zu erreichen.

V29 Erfassung von Einflüssen einer antikonvulsiven Dauertherapie auf den Knochenstoffwechsel – Ergebnisse einer prospektiven, multizentrischen Querschnittsuntersuchung an neuropädiatrischen Zentren

M. Heruth¹, P. Borusiak², T. Langer², A. C. W. Jenke², M. Karenfort³, U. Bettendorf⁴

¹Kinderklinik, Helios Klinikum Borna

²Kinderklinik, Helios Klinikum Wuppertal, Universität Witten/Herdecke

³Kinderklinik, Universitätsklinikum Düsseldorf

⁴KiPraHi, Kinderpraxis Hirschaid

Einleitung: Obwohl der Einfluss von Antikonvulsiva auf den Knochenstoffwechsel schon länger bekannt ist, besteht Unklarheit über das eigentliche Ausmaß. Für die neuen Antikonvulsiva, wie z. B. Levetiracetam oder Topiramamat liegen praktisch keine Daten vor. Darüber hinaus gibt es nur sehr wenige Studien an Kindern.

Zielstellung: Ziel war es, den Einfluss aktuell gebräuchlicher Antikonvulsiva auf den Knochenstoffwechsel von pädiatrischen Patienten zu untersuchen.

Methode: Wir planten eine prospektive, multizentrische Querschnittsuntersuchung bei einem selektierten Patientengut und sammelten Daten zu folgenden Parametern: Calcium, Phosphat, alkalische Phosphatase, 25-OH-Vitamin-D und Parathormon. Die Kinder wurden mit einer Monotherapie mit Valproat, Oxcarbazepin, Lamotrigin, Sultiam, Levetiracetam oder Topiramamat für mindestens 6 Monate behandelt und waren sonst gesund.

Ergebnisse: Wir fanden 31 Patienten mit Hypocalcämie, 30 Patienten mit Hypophosphatämie und 17 Patienten mit einem Vitamin-D-Mangel < 10 ng/ml. Alle Patienten waren klinisch asymptomatisch. Es ergaben sich keine signifikanten Korrelationen zwischen Laborwerten und Art, Dauer oder Dosis der Medikation.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine antikonvulsive Monotherapie Einfluss auf den Mineralstoffwechsel des Knochens hat, welcher nicht nur bei neurologisch auffälligen Patienten auftritt, sondern auch bei sonst gesunden Kindern nachzuweisen ist.

V30 Scimitar Syndrom – Katheterinterventionelle Palliation bei Säuglingen und Kleinkindern mit Lungensequester

B. Kolterer, N. Wolf, F. T. Riede, I. Dähnert
Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig

Einleitung: Die Fehldrainage der rechten Lungenvenen in die untere Hohlvene, selten auch die Lebervene, Pfortader oder Azygos wird als Scimitar Syndrom bezeichnet. Häufig bestehen assoziierte Fehlbildungen wie Lungensequester, Hypo-/Aplasie der RPA und Lungenhypoplasie. 6 Patienten wurden in unserem Zentrum katheterinterventionell palliiert.

Methode: Retrospektive Analyse der Daten aller Patienten, die seit 2001 mit der Diagnose eines Scimitar Syndroms bei uns vorstellig wurden.

Ergebnisse: 8 Patienten konnten identifiziert werden, bei allen fand sich eine rechtsseitige Lungenhypoplasie. In 3 Fällen fand sich keine, in 4 Fällen eine hypoplastische RPA. 6 Patienten boten assoziierte kardiale Fehlbildungen, in zwei Fällen bestanden zusätzliche komplexe Fehlbildungen. Ein Neugeborenes mit schwerem Herzfehler war keiner Palliation zuzuführen. Bei einem erwachsenen Patienten fand sich kein Sequester. In den übrigen 6 Fällen konnten Sequesterarterien komplikationslos interventionell verschlossen werden. Das mediane Alter bei Katheterintervention betrug 7 Monate (11 Tage bis 2,4 Jahre).

Diskussion: Aufgrund der schweren assoziierten Lungenfehlbildungen mit Sequestration und häufig Obstruktion der fehmündenden rechten Lungenvenen ist das Risiko zur Ausbildung einer PAH beim Scimitar Syndrom als besonders hoch einzuschätzen. Durch den frühzeitigen interventionellen Verschluss der Sequesterarterien hoffen wir, die Ausbildung irreversibler Lungenschäden und einer PAH zu verhindern.

V31 Gestörte autonome Nervenfunktion mit steigendem BMI-SDS im Kindesalter

P. Baum¹, D. Petroff^{2,3}, J. Classen¹, S. Blüher^{3,4}

¹Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Leipzig

²Zentrum für Klinische Studien, Universität Leipzig

³Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Adipositas-Erkrankungen, Universität Leipzig

⁴Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche, Universitätsklinikum Leipzig

Einleitung: Adipositas ist mit einer Dysfunktion des autonomen Nervensystems (ANS) assoziiert. Da es bisher wenig Daten für das Kindesalter gibt, wurde die ANS-Funktion an einem Kollektiv adipöser und normalgewichtiger, gesunder Kinder untersucht.

Methoden: Bei 159 Kindern (98 übergewichtig/adipös: BMI>90. Perz; 61 normalgewichtig: BMI<90.Perz.) wurden drei validierte Messungen zur Bestimmung ANS-Funktion durchgeführt: 1) Herzfrequenzvariabilität in Ruhe (RMSSD, Spektralanalyse im hohen [HF]/niederen Frequenzband [LF], LF/HF-Quotient;) und bei tiefer Respiration (E/I-Quotient); 2) sympathischer Hautreflex (SSR): obere und untere Extremität (Latenz); 3) quantitative Pupillographie: Pupillendurchmesser in Dunkelheit (PDD) und nach Lichtstimulation, Konstriktionslatenz, -amplitude-, geschwindigkeit, Redilatationsgeschwindigkeit. Es wurde eine Assoziation aller Parameter mit dem BMI-SDS, Alter, Geschlecht und Pubertätsstadium untersucht.

Ergebnisse: 1) Sowohl ln(HF) als auch E/I-Ratio sind negativ mit dem BMI-SDS assoziiert ($p=0.001$; $p=0.007$). 2) Die SSR-Latenz zeigt keinen signifikanten Zusammenhang mit den untersuchten Variablen. 3) PDD ist negativ mit dem BMI-SDS assoziiert ($p=0.007$); ein negativer Zusammenhang zwischen der Redilatationsgeschwindigkeit und dem BMI-SDS ist ebenfalls zu vermuten ($p=0.03$).

Schlussfolgerung: Bereits im Kindesalter ist ein steigender BMI-SDS mit verminderter parasympathischer/sympathischer Aktivität i. S. einer gestörten ANS-Funktion assoziiert.

V32 Hodennekrose nicht auf Grundlage einer Hodentorsion im Säuglingsalter

C. Tomuschat, G. Klohs

Universitätsklinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Halle (Saale)

Definition: Arteriell-(infarkt) oder venös-(hämorrhagische Infarzierung) bedingte Ischämie des Hodens, meist auch des Nebenhodens. Der Funikulus spermaticus ist im Allgemeinen nicht betroffen.

Methode: Darstellung der Problematik anhand von drei Kasuistiken und unterschiedlicher Ursache einer hämorrhagischen Infarzierung.

Ergebnisse und Diskussion: Im ersten Fall stellt sich als Ursache eine prä-/peripartal vorliegende Polyglobulie mit extramedullärer Blutbildung im Hodengewebe (am ehesten durch den mütterlichen Diabetes verursacht) dar, letztere zwei Fälle zeigen als Ursache der hämorrhagischen Hodeninfarzierung eine inkarzerierte Leistenhernie.

Schlussfolgerung: Neben der häufigsten Ursache einer Hodennekrose, der Torsion, gibt es im Säuglingsalter andere, seltenere Ursachen. Hierzu zählen die inkarzerierte Leistenhernie und auch die neonatale Polyzytämie bei diabetischen Müttern.

V33 Schmerzmanagement in der Pflege

A. Völkner

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena

Die derzeitige schmerztherapeutische und -präventive Versorgung bei Kindern zeigt Mängel auf, deren wir uns nicht verschließen können. Die Ursachen sind vielfältig, dazu gehören Bagatellisierung von Schmerzen, unzureichende Schmerzerfassung, Angst vor medikamentösen Nebenwirkungen und Dosierungsunsicherheiten. Kinderkrankenpflege hat eine Schlüsselposition im Schmerzmanagement. Mit der konsequenten Umsetzung des Expertenstandards "Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen" kann sie einen entscheidenden Beitrag leisten, um dem Entstehen von Schmerzen vorzubeugen, sie auf ein erträgliches Maß zu reduzieren oder zu beseitigen. Der Vortrag gibt einen Überblick zur Rolle der Kinderkrankenpflege, zu den Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien der fünf Ebenen des Expertenstandards und wird dabei beispielhaft auf die aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung sowie Verlaufskontrolle eingehen.

Abstracts – Poster

Gastroenterologie

P01 Intraepitheliale Lymphozyten (IEL) in der Diagnostik der Zöliakie bei Kindern

A. Werner¹, T. Mothes², Th. Richter¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

²Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik, Universitätsklinik Leipzig A.ö.R.

Einleitung: IEL spielen eine wichtige Rolle in der intestinalen Immunregulation. Eine erhöhte Zahl von IEL in der Dünndarmschleimhaut (DSH) wird bei Zöliakie gefunden. Ursprünglich wurden bei der Zöliakie 40 IEL/100 Epithelzellen als oberer Grenzwert angesehen. Neue Befunde sprechen jedoch dafür, dass im Duodenum bei Erwachsenen der Grenzwert niedriger liegt. Systematische Untersuchungen zur Zahl der IEL in DSH von Kindern gab es bisher noch nicht.

Zielstellung: In der vorliegenden Arbeit wurde die Zahl der IEL bei Kindern bestimmt um einen Grenzwert für IEL bei an Zöliakie erkrankten Kindern zu ermitteln.

Methode: Die für die retrospektive Studie verwendeten Dünndarmbiopsien stammen von Kindern (n = 449, 246 weiblich, 203 männlich, 3 Monate bis 18 Jahre) der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Städtischen Klinikums St. Georg gGmbH, Leipzig, die im Zeitraum vom 2003 bis 2010 entnommen wurden. Die Biopsien wurden auf Schleimhautveränderungen (SHV) im Sinne von Zottenatrophie und Kryptenhyperplasie und die Anzahl der IEL untersucht.

Ergebnisse: Es kann der Grenzwert von 30 IEL bei an Zöliakie erkrankten Kindern empfohlen werden. Bei keinem der untersuchten Zöliakiepatienten lagen die Werte niedriger.

Diskussion/Schlussfolgerung: Durch die Studie wurden auch Patienten mit mehr als 30 IEL gefunden, welche zusätzlich eine SHV ohne Vorliegen einer Zöliakie aufwiesen. Dies zeigt, dass weitere diagnostische Parameter nötig sind um eine Zöliakie sicher zu diagnostizieren.

P02 Seltene Ursache einer Hämatochezie beim Kind

R. Jähnig, A. Möckel

Helios Klinikum Borna

Während eine Infektion durch *Entamoeba histolytica* größtenteils asymptomatisch verläuft, kommt es in 10 - 20% der Fälle zur Invasion der Erreger in das Gewebe mit Auftreten von Bauchschmerzen und blutigen Durchfällen. Nach Infektion und Auftreten von Krankheitssymptomen vergehen oft Wochen oder sogar Jahre. Wir berichten über einen 9 Jahre alten Jungen mit seit 4 Monaten aufgetretenen, teils orangefarbenen, teils blutigen Durchfällen mit zunehmender Abgeschlagenheit und Gewichtsverlust ohne Fieber oder Bauchschmerzen. Eigen- und familienanamnestisch kein Hinweis auf CED, Z. n. Mallorca-Urlaub. Ambulante Stuhluntersuchung auf TPE und Viren sowie Lactose-Atemtest unauffällig. Paraklinisch leicht erhöhte Entzündungswerte bei Normalwerten für Blutbild, ALAT, Kreatinin, Ferritin. Calprotectin im Stuhl > 1000 µg/g. Endoskopisch zeigt sich eine hochentzündliche Schleimhaut mit multiplen aphthösen und ulzerösen Läsionen, histologisch v.a. Morbus Crohn. Zum Ausschluss einer infektiösen Genese erfolgen erneut dreimalige Stuhlstriche - Viren, TPE, Lamblienzysten und Cryptosporidien negativ, ABER Nachweis von *Entamoeba histolytica*-Antigenen und *Clostridium difficile*-Toxin. Therapie mit Metronidazol über 14 Tage p.o. Darunter allmähliche Normalisierung der Stuhlkonsistenz und -frequenz. Stuhlstriche nach Beendigung der Antibiose negativ. Sonografisch kein Hinweis auf Leberabszess. Bei persistierenden Durchfällen sollte v.a. bei Reiserückkehrern an eine Amöbiasis gedacht werden.

P03 Lebensbedrohliche Komplikationen bei Obstipation im Kindesalter

M. Schwarze, M. Gleißner

Universitätskinderklinik Magdeburg

Einleitung: Obstipation betrifft etwa 5-30% der Kinder. In mehr als einem Drittel der Fälle entwickelt sich eine chronische Obstipation. Die Ursache kann sowohl funktionell, als auch organisch sein, lebensbedrohliche Komplikationen sind selten.

Kasuistiken: Ein 1 8/12 Jahre alter Junge mit funktioneller Obstipation entwickelt eine vom Ileum ausgehende Klebsiellen-Sepsis und verstirbt an deren Folgen.

Ein 1 2/12 Jahre altes Mädchen mit Verdacht auf Morbus Hirschsprung entwickelt ein toxisches Megacolon.

Ein 4 Jahre alter körperlich schwerst behinderter Junge mit Arthrogyrposis multiplex entwickelt ein toxisches Megacolon bei chronischer Obstipation und verstirbt.

Ein 18 5/12 Jahre alter Junge mit spastischer Tetraparese nach Schütteltrauma entwickelt als Folge einer chronischen Obstipation eine beatmungspflichtige Aspirationspneumonie.

Schlussfolgerung: Obstipation kann unabhängig von der Ursache zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen. Kinder mit komplexen zerebralen Störungen und/oder Immobilität sollten immer eine adäquate abführende Therapie erhalten. Ebenfalls müssen Kinder mit funktioneller Obstipation rechtzeitig erkannt und konsequent behandelt werden.

P04 Akupunktur als Therapiemethode bei krankenhausbekindeter Obstipation bei Kindern

E. Anders¹, M. Rüdiger¹, A. Findeisen², T. Usichenko³

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus TU Dresden

²Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsmedizin Greifswald

³Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Universitätsmedizin Greifswald

Einleitung/Zielstellung: Untersuchung zur Durchführbarkeit und Akzeptanz von Akupunktur zur symptomatischen Therapie von krankenhausbekindeter Obstipation bei Kindern.

Methode: 10 Kinder mit krankenhausbekindeter Obstipation erhielten Akupunkturpflaster (Nadellänge 1,5 mm) auf Di11, bevor eine konventionelle lokale laxative Therapie in Form von Zäpfchen begonnen wurde. Der Effekt wurde durch das Zeitintervall von der Akupunktur bis zum Stuhlgang (Akupunktur-Stuhlzeit = ASZ) erfasst. Falls Kinder innerhalb von 6 Stunden keinen Stuhlgang hatten, wurden konventionelle lokale Laxantien eingesetzt.

Ergebnisse: Akupunktur konnte bei allen Kindern angewendet werden. Die Kinder zeigten keine Angst vor den Akupunkturpflastern. 6 von 10 Kindern hatten eine ASZ von weniger als 2 Stunden. Keines der Kinder benötigte lokale Laxantien.

Schlussfolgerung: Akupunktur ist als Therapiemethode bei krankenhausbekindeter Obstipation einsetzbar und wird von den Kindern gut angenommen. Angenommene Effekte sollten innerhalb einer randomisierten kontrollierten Studie verifiziert werden.

P05 Epidemiologie der Analatresie und der anorectalen Malformation

A. Reißmann, A. Köhn, J. Hoyer-Schuschke

Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt, Magdeburg

Einleitung: Die anorectale Malformation ist eine komplexe und in ihrer Ausprägung sehr variable Entwicklungsfehlbildung des Enddarms. Unter epidemiologischen Gesichtspunkten kann die anorectale Fehlbildung nichtsyndromal oder aber Teil eines komplexen Syndroms sein oder sie tritt in Kombination mit chromosomalen Defekten auf.

Methodik: Darstellung und Vergleich der Daten des Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt (SA) zur Prävalenz für Rectum- und Analatresie/ -stenose mit und ohne Fistel der Jahre 1994-2010 und der EUROCAT-Working Group.

Ergebnisse: In SA ist für die Jahre 1994-2010 eine im Trend ansteigende Prävalenz für Rectum- und Analatresie/Stenose mit und ohne Fistel festzustellen, war die Prävalenz im Jahr 1994 2,5/10.000 Geborene, so war sie 2010 6,5 / 10.000 Geborene (Gesamtprävalenz im o.g. Zeitraum 4,4/ 10.000 Geborene). Demgegenüber ermittelte die EUROCAT-Working Group für den identischen Zeitraum eine fallende Prävalenz für die seltene angeborene Fehlbildung und eine Gesamtprävalenz von 4,05 auf 10.000 Geborene. Davon waren 36% Patienten mit isolierten anorectalen Anomalien und 64% mit einer oder mehreren nichtanalen Fehlbildungen.

Zusammenfassung: Für eine vollständige Erfassung und somit Möglichkeit der Trendbeurteilung von anorectalen Anomalien in SA ist eine Meldung aus den beteiligten Einrichtungen unerlässlich. Nur dann ist es möglich konkrete Rückschlüsse auf zeitliche und örtliche Häufungen dieser sehr komplexen Fehlbildung des Enddarms zu ziehen.

P06 Nicht-entzündliche Stenose des terminalen Ileums bei Morbus Crohn als Ursache des Mangelgedeihens

J. Hofmann¹, J. Nesper², T. Scholbach¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz

²Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum Chemnitz

In dieser Kasuistik wird der Krankheitsverlauf eines 14-jährigen Patienten mit Morbus Crohn beschrieben, der 2005 diagnostiziert und zunächst mit Azathioprin therapiert wurde. Unter dieser Medikation konnte die Remission zunächst gut aufrechterhalten werden. Von April bis Juli 2010 kam es im Rahmen der

Rezidivtherapie nach Reduzierung der Prednisolongabe immer wieder zum Anstieg der Entzündungsaktivität und zu klinischen Rezidivzeichen. Daraufhin erfolgte die Umstellung auf eine subkutane bzw. später orale MTX-Gabe, die zunächst erfolgreich war. Von April bis Juli 2011 trat ein Gewichtsverlust von 5 kg auf. Sonographisch wurde von einer entzündlichen Stenose im Bereich des terminalen Ileums ausgegangen, so dass eine Erweiterung der Therapie mit Infliximab geplant wurde. Die im Vorfeld der Therapieumstellung durchgeführte Diagnostik (Koloskopie, MR-Sellink) konnte eine 15 cm lange nicht entzündliche Stenose nachweisen. Entsprechend wurde eine operative Versorgung i. S. einer Ileumresektion durchgeführt. Die Operation wurde von dem Patienten gut toleriert. Im postoperativen Verlauf waren die Bauchschmerzen stark regredient. Der Patient hatte wieder Appetit und nahm innerhalb von 8 Wochen wieder 3 kg zu. Die orale MTX-Gabe wurde als remissionserhaltende Therapie beibehalten. Schlussfolgerung: Obwohl im Kindes- und Jugendalter am ehesten entzündliche Stenosen auftreten, sollte bei geringerer Entzündungsaktivität immer an eine nicht-entzündliche Stenose gedacht werden.

P07 Unklare abdominelle Raumforderung bei einem 4-jährigen Mädchen

Th. Richter¹, A. Wiederanders¹, H. Knöfler¹, H. Till², R. Wachowiak²

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH

²Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig

Einleitung und Zielstellung: Die Diagnostik und erfolgreiche Therapie von Patienten mit unklaren abdominellen Resistenzen erfordert das interdisziplinäre Zusammenspiel von Pädiatern, Kinderchirurgen und Radiologen, um ein bestmögliches Ergebnis zu erzielen.

Methode: Anhand eines Fallbeispiels aus unserer Klinik möchten wir dieses Zusammenwirken veranschaulichen.

Anamnese: 4jähriges Mädchen mit nächtlichem Erbrechen vor 5 Tagen. Nach initialer Besserung erneutes Erbrechen und zusätzlich Angabe von Bauchschmerzen im rechten Mittelbauch. Keine enteritischen Symptome. Vorstellung in unserer Notfallambulanz erfolgt mit Aufnahme auf Grund eines palpablen Tumors im Mittel-/Unterbauch. Sonografisch Nachweis einer zystischen, intestinalen Struktur. Klinisch sowie sonografisch wechselnde Akuität der unklaren Struktur. Vorstellung in Kinderchirurgie der Universitätsklinik Leipzig mit zunächst beobachtendem Vorgehen.

Im 2. Aufenthalt dann laparoskopische Entfernung einer histologisch gesicherten Darmduplikatur. Gute Primärheilung und bis dato rezidivfreier Verlauf.

Schlussfolgerung: Der professionelle Umgang mit interdisziplinären Patienten und das bedachte Handeln aller Beteiligten erbrachte in diesem Fall die unumgängliche Operation, aber auch das beste Ergebnis für das weitere Leben der betroffenen Patientin.

P08 Evaluation des Schulungsprogramms „KIDS“ für adipöse Kinder und Jugendliche

M. Fritsch¹, U. Steidl², A. Maelzer², A. Schmitt¹, V. Böhm¹, G. Jahreis², J. Seidel³

¹Institut für Ernährungswissenschaften der Friedrich-Schiller-Universität Jena

²KIDS-Schulungsprogramm-Standortleiter, GAP-Adipositaspräventionsnetzwerk Gera

³Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, SRH Wald-Klinikum Gera

Einleitung: „KIDS“ ist ein interdisziplinäres Interventionsprogramm, das adipöse Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern in Ernährung, Bewegung und Verhalten ambulant schult und den Qualitätskriterien für die Durchführung von Adipositas-Schulungsprogrammen entspricht.

Zielstellung: Es werden Gewichts- und BMI-Verlauf, Komorbidität und Gesundheitsverhalten nach einem Jahr Interventionsdauer dargestellt.

Methode: 24 Teilnehmer (10 Jungen, 14 Mädchen; Durchschnittsalter 12,75 Jahre) wurden eingeschlossen. Zu Beginn und Ende der Intervention wurden anthropometrische und biomedizinische Parameter erhoben sowie Fragebögen zum Gesundheitsverhalten analysiert.

Ergebnisse: Die Zahl der extrem Adipösen ist um 12,5 % auf 54,2 % gesunken. 20,8 % der Teilnehmer reduzierten ihr Übergewicht um > 5 % (BMI-SDS-Reduktion um > 0,2), davon 8,3 % um > 10 % (BMI-SDS-Reduktion um > 0,5). 29,2 % konnten ihr Gewicht halten bzw. gering reduzieren (BMI-SDS-Reduktion um 0 - 2). Eine signifikante Zunahme der Magermasse um 3,64 kg war zu verzeichnen (p = 0,001), während die Fettmasse sich nur um 1,6 kg vergrößerte. Die Lipidparameter wurden gesenkt, die Triglyceride signifikant (p = 0,024) reduziert; das Auftreten von Komorbiditäten verringerte sich. Das Verhalten bezüglich Ernährung und Bewegung verbesserte sich.

Diskussion: Die Ergebnisse zeigen, dass sich „KIDS“ bei der Therapie adipöser Kinder kurzfristig als erfolgreich erweist. Zur Bewertung der Nachhaltigkeit ist eine Langzeitevaluation notwendig.

P09 Blastocystis hominis als Ursache für gastrointestinale Symptome im Kindes- und Jugendalter?

A. Voigt¹, H. Schindler², D. Worlitzsch², Chr. Lübbert³, F. Schmidt¹

¹Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Halle

²Institut für Hygiene, Universitätsklinikum Halle

³Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Halle

Einleitung und Zielstellung: In nur wenigen Industrieländern wurde *Blastocystis hominis* vermehrt im Stuhl von Kindern mit gastrointestinalen Symptomen nachgewiesen. Im deutschsprachigen Raum existierten keine Daten zur Pathogenität von *Blastocystis hominis*. Deshalb untersuchten wir, ob: 1. *B. hominis* vermehrt im Stuhl von Kindern und Jugendlichen mit gastrointestinalen Symptomen nachweisbar ist, 2. eine Korrelation zwischen *B. hominis* Konzentration und klinischem Status und 3. die Inzidenz von *B. hominis* im Kindes- und Jugendalter stabil bleibt.

Methodik: Im Zeitraum von 2006 bis 2011 wurden 988 Stuhlproben von Kindern und Jugendlichen mit gastrointestinalen Symptomen und 73 Proben von gastrointestinal symptomlosen Kindern und Jugendlichen mikroskopisch nach Lawless- and Chlorazol-Färbung untersucht.

Ergebnisse: Bei 196 symptomatischen (22.0%) und 4 asymptomatischen Probanden (7.4%) fanden wir *B. hominis* in Stuhlproben ($p=0.005$). Es konnte keine signifikante Korrelation zwischen Quantität der Protozoen und der klinischen Symptome gefunden werden. Der Nachweis von *B. hominis* stieg significant ($p=0.00011$, $r=0.968$) von 2006 (13%) bis 2010 (28%).

P10 Echinococcus granulosus – eine seltene Ursache für Oberbauchschmerzen

A. Voigt¹, M. Bernstädt¹, J. Gericke², M. Milzsch³, U. Mathony⁴, Chr. Kunze⁵, F. Schmidt¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Halle

²Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, Dessau

³Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Halle

⁴Kinderklinik Dessau

⁵Klinik für Diagnostische Radiologie, Universitätsklinikum Halle

Einleitung: In unserer Region wird auf Grund der Entwurmung der Haustiere eine Echinococose eher sehr selten gesehen. Meist handelt es sich bei den betroffenen Patienten um Migranten aus Mittelmeer- oder Entwicklungsländern. Der Mensch fungiert als Fehlwirt. Sonographisch können 5 CE-Stadien eingeteilt werden. (CE 1 und 2: aktives Stadium, CE 3: Übergangsstadium, CE 4 und 5: inaktives Stadium)

Kasuistik: Unser aus dem Irak stammender 11jähriger Patient stellte sich primär wegen Oberbauchschmerzen bei seiner Hauskinderärztin vor. Im dort durchgeführten Sonogramm zeigte sich eine zystisch imponierende Struktur in der Leber. Im MRT fiel im Lebersegment 7 eine große unregelmäßig konfigurierte Zyste (7,6 x 6 x 6 cm) ohne soliden Inhalt und ohne KM-Enhancement auf. Nach serologischem *Echinococcus granulosus*-Nachweis erfolgte eine präinterventionelle antimikrobielle Albendazoltherapie. 4 Wochen später wurde eine Punktion, Aspiration von ca. 120 ml Zysteninhalt, Injektion von 40 ml NaCl 20% für 30 Minuten und Reaspiration des 20%igen NaCl-Zysteninhaltes (PAIR-Verfahren) durchgeführt.

Postinterventionell kam es zu einer erneuten Größenzunahme der Zyste. Jedoch konnte im Verlauf eine Solidierung des Zysteninhaltes gesehen werden. Die Albendazoltherapie konnte nach 6 Monaten beendet werden. Der Patient ist aktuell beschwerdefrei.

Fazit: Bei Oberbauchschmerzen und Migrationshintergrund sollten auch parasitäre Ursachen differentialdiagnostisch mit in Erwägung gezogen werden.

P11 Diagnose eines Meckel'schen Divertikels mit der Kapselendoskopie

M. Bernstädt¹, A. Voigt¹, J. Walldorf², M. Milzsch³, M. Bähre⁴, U. Preiß¹, F. Schmidt¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Halle

²Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Halle

³Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Halle

⁴Klinik für Nuklearmedizin, Universitätsklinikum Halle

⁵Klinik für Diagnostische Radiologie, Universitätsklinikum Halle

Einleitung: Das nach dem halleischen Anatomen J.F. Meckel benannte Divertikel stellt ein Rest des embryonalen Ductus omphaloentericus dar. Ein Ulcus in der ektopen Magenschleimhaut des Divertikels kann eine Ursache für gastrointestinale Blutungen darstellen. Die Diagnostik mittels Szintigraphie gelingt nicht immer. Eine Alternative zur Szintigraphie stellt die Kapselendoskopie dar. Bereits 2003 konnte in unserer Klinik allein durch die Kapselendoskopie ein Meckel-Divertikel nachgewiesen werden. Szintigraphisch gelang zur damaligen Zeit nicht der Nachweis ektoper Magenschleimhaut.

Kasuistik: Ein fast 8 jähriger Junge zeigte 4 Tage vor Aufnahme einen „explosionsartigen Durchfall“. Es entwickelte sich eine Hb-wirksame gastrointestinale Blutung. Unter Protonenpumpenhemmer-Therapie kam es zum Sistieren der Blutung. In der oberen und unteren Endoskopie zeigte sich keine Blutungsquelle.

Zeitgleich wurde endoskopisch eine Kapsel ins Duodenum eingebracht. Im mittleren Dünndarm war mittels Kapselendoskopie ein Meckel-Divertikel darstellbar. Distal des Divertikels zeigte sich wenig hämatinisiertes Blut. Nach szintigraphischer Bestätigung des Befundes konnte das Meckel-Divertikel operativ entfernt werden.

Fazit: Sollte mittels Gastroskopie und Ileokoloskopie kein Blutungsnachweis gelingen, stellt die Kapselendoskopie eine Alternative dar.

Neonatalogie

P12 Manifeste Hypothyreose mit neonataler Struma bei einem Neugeborenen verursacht durch Thyreostatika-Therapie in der Schwangerschaft

K. Lüllmann¹, A. Keller², Th. Klemm³, K. Gröger¹

¹Abteilung Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus Wurzen, Kliniken des Muldentalkreises

²MVZ für Kinder- und Jugendmedizin, Leipzig

³MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen, Leipzig

Einleitung: Konnatale Hypothyreosen treten mit einer Häufigkeit von ca. 1:4000 auf und können auch durch die maternale Autoimmunthyreoiditis oder plazentagängige Thyreostatika induziert werden.

Kasuistik: Eutrophes Neugeborenes (NG) einer 33-Jährigen III. Gravida mit bekannter Hyperthyreose und thyreostatischer Therapie mit Propylcil®. Die Kontrolle des TSH (35.SSW) lag im unteren Normbereich. Geburt in der 38. SSW durch primäre Sectio bei BEL, APGAR 7,8,8, Nabelschnur-pH 7,35. Postnatal fielen eine runde, weiche Schwellung am Hals rechts von ca. 3x3cm Größe sowie deutliche Lid- und Gesichtsoedeme auf. Die Sonographie des Halses am 1. Lebenstag (LT) zeigte folgenden Befund: Volumen re. Schilddrüsenlappen ca. 13,5 ml, Volumen li. Schilddrüsenlappen ca. 6,6 ml, Hyperperfusion in beiden Schilddrüsenlappen.

Laborchemisch wurde im Nabelschnurblut sowie Serum des NG am 1. LT ein TSH-Wert > 100 mU/l, sowie eine leichte Erniedrigung der peripheren SD-Hormone fT4 (5,8 pmol/l) und T3 (3,8 pmol/l) bestimmt. TPO-AK, TRAK, TAK konnten weder bei der Mutter noch beim NG nachgewiesen werden. Die Therapie wurde umgehend mit L-Thyroxin (50µg/Tag) initiiert, darunter Abfall des TSH am folgenden Tag auf 43,6 mU/l. Am 5. LT erstmalig normwertiges TSH. Zusätzlich bestand am 1. LT eine behandlungsbedürftige Hypoglykämie. Klinisch war in den ersten Lebenstagen ein zügiger Rückgang der Ödeme und der Halsschwellung sichtbar. Sonographisch zeigte sich am 6. LT eine Reduktion des Schilddrüsenvolumens sowie zunehmende Echogenität mit weiterhin gesteigerter Perfusion.

Diskussion: Zur Therapie einer Hyperthyreose in der Schwangerschaft ist Propylthiouracil ein gängiges Medikament. Unter dieser Therapie kann es zur Ausbildung einer Struma und assoziierter Organdysfunktion kommen (1,2).

Schlussfolgerung: Eine pränatale Diagnostik bei Thyreostatikatherapie mittels Sonographie der fetalen Schilddrüse und eventueller Dosisanpassung der Medikation könnten einer neonatalen Struma vorbeugen. NG betroffener Mütter mit Schilddrüsendysfunktionen (insb. bei Hyperthyreosen) müssen engmaschig postpartal überwacht werden.

1. Friedland DR, Rothschild MA. Rapid resolution of fetal goitre associated with maternal Grave's disease: a case report.

Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2000; 54 (1): 59-62

2. Rosenfeld HA, et al. Pregnancy outcome, thyroid dysfunction and fetal goitre after in utero exposure to propylthiouracil: a controlled cohort study.

Br J Clin Pharmacol 2009; 68(4): 609-617

P13 Falldarstellung: Kindesmisshandlung

T. Glaser¹, M. Thöle¹, K. Gröger¹, I. Sorge²

¹Abteilung Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus Wurzen, Muldentalkliniken

²Abteilung für pädiatrische Radiologie, Klinik für Diagnostische Radiologie, Universität Leipzig

Anamnese: Aufgrund von abnehmender Trinkleistung wurde ein drei Monate alter Säugling vorgestellt. Auf Nachfrage berichteten die Eltern über einen am Vortag erfolgten unbeobachteten Sturz vom Tisch auf den Boden. Danach sei eine verzögerte Reaktion und einmaliges Erbrechen aufgetreten.

Aufnahmebefund: Schwer kranker Säugling ohne Blickwendung bei Ansprache, nur auf Temperatur- und Schmerzreize reagierend, angedeuteter Herdblick nach rechts, rechtsschlägiger Nystagmus, generalisierter tonisch-klonischer Krampfanfall.

Diagnostik: Paraklinik: CrP 17mg/l; Leukozyten 17,9Gpt/l; Blut-, Urinkultur, Abstriche ohne pathologischen Befund. Lumbalpunktion mehrfach blutig; Bildgebende Schädel diagnostik: Sonografie: Erweiterung der

äußeren Liquorräume; Röntgen: Mehrere Schädeldachfrakturen; CT: Nachweis multipler Schädelberstungsfrakturen; MRT: Nachweis von subduralen Blutungen und Hygromen.

Verlauf: Antibiotische/Antivirale Therapie bei initialem Verdacht auf Meningitis/intrazerebrale Blutung zur intensivmedizinischen Betreuung in die Klinik für Kinder und Jugendliche der Universität Leipzig.

Nach weiterführender Diagnostik und rechtsmedizinischer Begutachtung Einleitung eines Strafverfahrens durch die Staatsanwaltschaft wegen des Verdachtes auf Kindesmisshandlung, welcher im weiteren Gerichtsverfahren bestätigt wurde.

P14 Konnatale CMV-Infektion – ein Fallbericht

C. Weise², N. Boxberger¹, A. Redlich¹, S. Schwarze², U. Kluba¹, V. Aumann¹, P. Vorwerk¹

¹Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Universitätskinderklinik Magdeburg

²Allgemeine Pädiatrie

Eine konnatale CMV-Infektion betrifft 0,2-0,4-(1,0)% aller Neugeborenen. Von diesen haben 90-95% einen a-/oligosymptomatischen Verlauf. Die übrigen 5-10% treten hingegen entweder als primär fulminante Infektion des Neugeborenen mit Frühgeburtlichkeit, Petechien, Leber- und respiratorischem Versagen oder im Verlauf mit Symptomen wie Hepatosplenomegalie, Ikterus prolongatus, Mikrozephalie, intrakraniellen Kalzifikationen, koritkaler Atrophie, psychomotorische Retardierung, Chorioretinitis und hämolytischer Anämie in Erscheinung. Wir stellen den Fall eines Säuglings vor, welcher zur Geburt asymptomatisch war, jedoch im Alter von zwei Monaten mit Mikrozephalie, Hepatomegalie, Anämie und Transaminasenerhöhung auffiel. Nach der Diagnose einer CMV-Infektion wurde für zweieinhalb Monate parenteral mit Ganciclovir und initial zusätzlich mit Hyperimmunglobulin (Cytotect®) therapiert. Die anschließende orale Rezidivprophylaxe wurde aufgrund unzureichender Medikamentenspiegel unter Ganciclovir mit Valganciclovir über weitere sechs Monate fortgesetzt. Gefürchtete Folgen der Infektion wie Chorioretinitis, intrazerebrale Verkalkungen und Hörverlust traten nicht auf und die psychomotorische Entwicklung des Kindes war regelrecht. Die empfohlene Therapie bei einer konnatalen CMV-Infektion ist Ganciclovir über 6 Wochen. Hyperimmunglobulingabe und die orale Valganciclovir sind derzeit im Kindesalter noch nicht Standard und sollen anhand des Falles vorgestellt werden.

P15 Strukturierte psychologische Betreuung in der Neonatologie

I. Purgold, J. Dörner, C. Suck, M. Eulitz, J. Seidel

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, SRH Wald-Klinikum Gera

Einleitung: Ein fest in der Abteilung Neonatologie des SRH Waldklinikum Gera integrierter Bestandteil ist die Einbindung einer Klinikpsychologin. Sie begleitet die Visiten und kennt so die Besonderheiten und Probleme eines jeden Kindes; sie steht den Eltern und Angehörigen für Gespräche und Reflexionen während des Aufenthaltes beratend zur Verfügung.

Zielstellung: Studien belegen, dass gerade der sensible Moment der Geburt und die unmittelbare Zeit danach für die Beziehung zu seinem Kind und seine Entwicklung extrem wichtig sind. Des Weiteren zeigt sich, dass gerade bei "Frühchen"-Eltern ein besonders hoher Informations- und Unterstützungsbedarf besteht. Diesem Sachverhalt wird durch das Betreuungsangebot Rechnung getragen.

Methode: Ablaufbeschreibung.

Ergebnisse: In den letzten drei Jahren wurden nach Primärkontakt 10% der Eltern der Patienten unserer Neonatologischen Abteilung psychologisch mitbetreut. Die Intensität der Begleitung wird dem Bedarf nach Teambesprechung dem jeweiligen Einzelfall angepasst. Es kann sich um ein einzelnes Gespräch, aber auch um eine bis zu 10 wöchige Begleitung mit wiederholten Terminen handeln. Wichtig ist dabei das Finden, Wiedererkennen und Stärken der Ressourcen der Eltern, aber auch Unterstützungsmöglichkeiten von außen einzubeziehen.

Schlussfolgerung: Für die Eltern wird es somit leichter, in der belastenden Lebenssituation Hoffnung zu schöpfen, Perspektiven zu finden und Hilfen anzunehmen.

P16 Staphylococcal scalded skin syndrome bei einem Neugeborenen

C. Huster¹, D. Stadthaus², R. Höltzel¹

¹Klinikum Chemnitz gGmbH

²DRK-Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein

Wir berichten über ein reifes Zwillingenneugeborenes, das im Alter von 24 Tagen aufgrund Unruhe und periumbilikaler Blasenbildung stationär aufgenommen wurde. In den folgenden Stunden kam es zu einem generalisierten Hautbefall mit Erythem und ausgeprägter exfoliativer Dermatitis. In Folge von Apnoen sowie Analgosedierung war eine maschinelle Beatmung über insgesamt dreizehn Tage notwendig. Die lokale Therapie erfolgte mit hydrophoben Gazeverbänden. Im Hautabstrich wurde ein Exfoliatin A-bildender

Staphylococcus aureus-Stamm nachgewiesen. Die intensivmedizinische Betreuung umfasste unter anderem offene Pflege im Inkubator, parenterale Ernährung, antibiotische und antimykotische Therapie, Transfusion von Erythrozytenkonzentrat, Morphingaben sowie supportive Therapie bei sich entwickelndem Kapillarlecksyndrom. Die Hautläsionen bildeten sich innerhalb der 20tägigen Behandlungszeit vollständig zurück. Die Patientin konnte unbeeinträchtigt nach Hause entlassen werden. Anhalt für einen Immundefekt gab es zum aktuellen Zeitpunkt nicht.

Fünf Prozent der Staphylococcus aureus-Stämme bilden Exfoliatine, deren Angriffsort Zellverbindungen in den oberen Epidermisschichten sind. Das lokalisierte Krankheitsbild der Impetigo bullosa steht im Gegensatz zu dem eindrucksvollen Bild der generalisierten exfoliativen Dermatitis, die vor allem Neugeborene und junge Säuglinge betrifft. Nach oft umfangreicher intensivmedizinischer Behandlung kommt es im Regelfall zu einer Restitutio ad integrum.

P17 Kongenitales lobäres Emphysem

J. Behrendt, H.-J. Bittrich, A. Sauerbrey

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS Klinikum Erfurt GmbH

Fallvorstellung: 2 Monate alter Säugling mit intercostalen Einziehungen und anstoßender Atmung ambulant aufgefallen. Thorax mit leichter Asymmetrie bei eingeschränkter Beweglichkeit und abgeschwächtes Atemgeräusch links ohne Rasselgeräusche sowie Tachypnoe und intercostale Einziehungen bei Unruhe. Im Röntgenbild zeigte sich ein massives kongenitales linksthorakales Emphysem mit Mediastinalverlagerung. Ausgeglichenen Astrop und SaO₂-Verlauf. Computertomografie mit Nachweis eines lobären Emphysems des linken Oberlappens bei zusätzlicher Kompression aller anderen Lungenlappen mit Dystelektasen. Echokardiografisch zeigt sich eine sekundäre Dextropositio. Während des stationären Aufenthaltes kein Sauerstoffbedarf. 2 malige bronchoskopische Kontrollen mit Aufweitung des Ostiums des linken Oberlappens. Symptomatische Inhalationstherapie mit Pulmicort. Interdisziplinäre Entscheidung gegen operative Versorgung. Entlassung mit Pulsoxymetriegerät zur Überwachung. Regelmäßiger Vorstellung in unserer bronchopulmonalen Sprechstunde mit regelrechter Entwicklung.

P18 Frühgeburtlichkeit mit Dystrophie in Kombination mit einer Fettsäurestoffwechselstörung. Eine Falldarstellung, die die Schwierigkeit der Behandlung Frühgeborener mit einer Stoffwechselstörung verdeutlicht

S. Peter¹, K. Roefke¹, U. Spiekerkötter², A. Sauerbrey¹

¹*HELIOS Klinikum Erfurt GmbH*

²*Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf*

Fettstoffwechselstörungen der langkettigen Fettsäuren (FS) sind seltene, heterogene Erkrankungen. Wir berichten über ein dystrophes FG der 30.SSW (GG:750g), welches initial eine unklare Laktatazidose bis 17 mmol/l bot. Unter dem V.a. auf einen Stoffwechseldefekt wurde hochdosiert Glucose i.v. verabreicht, darunter Normalisierung der Stoffwechselfparameter. Ein pathologisches Acylcarnitinprofil war hinweisend auf eine langkettige FS-Störung. Der Kostaufbau war kompliziert, Versuche der oralen Nahrungssteigerung mit einer Diät mit mittelkettigen FS (MCT) wurden lange nicht toleriert. Es erfolgte eine parenterale Ernährung mit einem MCT-Fettgemisch. Im Verlauf entwickelte sich eine typische Hepato- und Kardiomyopathie. 4 Wochen nach Entlassung erfolgte die Wiederaufnahme mit einer kardialen Dekompensation trotz strikter MCT-haltiger Diät und Vermeidung von Katabolismus. Alle intensivmedizinischen Maßnahmen blieben erfolglos, der Patient verstarb an einer hypertrophen nicht obstruktiven Kardiomyopathie mit nachfolgender Herzinsuffizienz im Alter von 4 Monaten. Die bisherige Diagnostik zeigte lediglich eine heterozygote Mutation in der α -Untereinheit des mitochondrialen trifunktionellen Proteins (mTFP). Der klinische Verlauf ist sehr gut mit einem mTFP-Mangel vereinbar. Nach einer zweiten Deletion in der mTFP α -Untereinheit, die sich der regulären Sequenzierung aus genomischer DNA entzieht, wird derzeit gesucht, um der Familie zukünftig eine Pränataldiagnostik anbieten zu können.

P19 Transitorisches myeloproliferatives Syndrom (TMS) bei einem Neugeborenen mit einem Trisomie 21 Mosaik – Wie weit sollen Diagnostik und Aufklärung der Eltern gehen? Ein Fallbericht.

N. Pargac, S. Kahleyss, H. Tischer, J. Pfeilstetter, A. Heine

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Elblandklinikum Meißen

Kinder mit Trisomie 21 bzw. Trisomie 21 Mosaik weisen ein erhöhtes Risiko auf, an einer Leukämie zu erkranken. Nicht selten (5-10%) zeigen sich in dieser Patientengruppe Blutbildveränderungen im Sinne einer transienten Leukämie. Nicht einfach gestaltet sich mitunter die Patientenaufklärung. Kasuistik: Nach Geburt als 2. Kind einer 38jährigen 3. Gravida fielen bei dem 3350g schweren weiblichen Neugeborenen typische Stigmata einer Trisomie 21 auf. Die Eltern reagierten mit Bestürzung und Ablehnung, was sich in einer

vorübergehenden Nicht-Wissen-Wollen-Haltung äußerte. Die schließlich erlaubte Diagnostik ergab das Vorliegen eines PFO mit geringem LRS sowie den Nachweis eines konstitutionellen Tetrasomie 21-Mosaizismus. Desweiteren zeigte sich mit Blutbild eine persistierende Leukozytose mit einem Blastenanteil von max. 28%. Erneut signalisierten die Eltern, dass sie darüber und anderweitig nicht weiter informiert werden wollten. Wir entließen die Patientin in die Obhut der niedergelassenen Kinderärztin. Blutbildkontrollen ergaben ein Verschwinden der Blastenpopulation. Das mittlerweile fast 4 Jahre alte Mädchen hat sich sehr gut entwickelt und wächst liebevoll umsorgt bei ihren Eltern auf. Diskussion: Der bisher günstige Verlauf des TMS (Spontanremission) überrascht weniger als die gute mentale Entwicklung der Patientin, da bei den Fällen von Tetrasomie 21-Mosaizismus eine schwere mentale Retardierung die Regel ist. Aufklärung bei "Verweigerern" ist häufig problematisch.

P20 Toxisch epidermale Nekrolyse bei einem Frühgeborenen < 1500 g

K. Oettel, C. Heß, L. Patzer

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle(Saale)

Wir berichten über den Fall eines Frühgeborenen 30 + 5 SSW (Geburtsgewicht: 1425 g), welches sich nach Erstversorgung und anschließender CPAP-Therapie bei ANS III° über 5 Tage zunächst rasch stabilisierte, jedoch am sechsten Lebenstag mit einem großblasig bullösen Exanthem am gesamten Integument auffiel. Klinisch dokumentierten wir keine Sepsiszeichen. Das Geschehen wurde als (whs. staphylogenes) Lyell-Syndrom (syn. TEN = toxisch epidermale Nekrolyse) gewertet und eine intravenöse Antibiotikatherapie initialisiert. Die Verdachtsdiagnose wurde wenige Tage später mikrobiologisch bestätigt, in allen Abstrichen wurde Staphylokokkus aureus nachgewiesen. Ein epidemiologischer Zusammenhang zu einem anderen Patienten mit Staphylodermie konnte durch Nachweis der genetischen Determinante des Exfoliativtoxins A hergestellt werden. Die Infektionsquelle blieb trotz Durchführung krankenhaushygienischer Untersuchungen unklar. Das Kind wurde über insgesamt 10 Tage antibiotisch behandelt, zwischenzeitlich benötigte es nochmals eine Atemhilfe sowie intensive Schmerztherapie. Es zeigte sich eine Restitutio ad integrum aller betroffenen Hautareale. Die Entlassung des Kindes konnte am 39ten Lebenstag erfolgen bei einem korrigierten Alter von 36 + 2 SSW. Wir möchten an diesem Beispiel die erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer TEN im Gegensatz zur Staphylodermie bei sehr kleinen Frühgeborenen (Geburtsgewicht < 1500 g) verdeutlichen.

P21 Flüssigkeitszufuhr bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht kleiner 1000 g (ELBWI) in den ersten 7 Lebenstagen – gibt es einen Einfluss auf neonatale Morbidität/Mortalität im HELIOS Perinatalzentrum Erfurt (Level 1)

H.-J. Bittrich, K. Roefke, J. Becher, O. Erbe, Ch. Dörfler, U. Herpel, S. Töpfer

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie, HELIOS Klinikum Erfurt

Die Empfehlungen zur Flüssigkeitszufuhr bei ELBWI in den ersten Lebenstagen haben einen niedrigen Evidenzgrad. Neonatale Komplikationen (PDA, NEC, BPD, ROP) werden da gehäuft beobachtet. Behandlungsstandards in der neonatologischen Intensivtherapie bedürfen einer ständigen Ergebniskontrolle, insbesondere wenn sie einen niedrigen Evidenzgrad haben. Im HELIOS-Perinatalzentrum Erfurt waren im Jahrgang 2011 5/23 inborn ELBWI verstorben (1 NEC, 2 IVH, 2 PIE). BPD (d28) trat bei 13/18, BPD (w36) bei 11/18, schwere BPD bei 5/18; PDA-Ligatur bei 4/18; ROP-Laser bei 3/18; IVH >2.° bei 0/18 auf. Retrospektiv wurde die verabreichte gesamte Flüssigkeitszufuhr (enteral + parenteral) errechnet und mit Morbidität/Mortalität korreliert. Die Gesamtflüssigkeitszufuhr stieg von 145 ± 25 ml/kg am d1 bis auf 189 ± 23 ml/kg am d7. Das Minimum der summierten Gesamtflüssigkeitszufuhr d1-d7 lag bei 1025 ml (146 ml/kgd), das Maximum bei 1443 ml (206 ml/kgd). In der Gruppe der verstorbenen ELBWI war die gemittelte gesamte Flüssigkeitszufuhr (167 ± 15 ml/kgd) im Vergleich zu den überlebten ELBWI (181 ± 23 ml/kgd) verringert. Es fanden sich keine Korrelationen von einzelnen oder gruppierten neonatalen Morbiditäten zur erfolgten Flüssigkeitszufuhr in den ersten Lebenstagen. Die Fragestellung sollte prospektiv mit ausreichender Fallzahl untersucht werden.

P22 Ergebnisse der Hypothermie bei asphyktischen Neugeborenen in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Hypoxämie

A. Reich, E. Robel-Tillig

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

Anhand von 3 Fallbeispielen werden die Verläufe nach Hypothermie nach jeweils schwerer Asphyxie in Abhängigkeit vom anzunehmenden Zeitpunkt der Hypoxie geschildert.

In Falle einer schweren wahrscheinlichen intra- und postnatalen Hypoxie fand sich im Alter von einem Jahr eine motorisch und mental altersgerechte Entwicklung. Das Kind mit der schweren pränatalen Hypoxie

verstarb bei schwerem neurologischem Defizit im Alter von zehn Monaten im Rahmen eines Apnoe-Anfalles. Ein Kind mit wahrscheinlich mehrzeitiger pränataler Hypoxie mit pränataler Thrombosierung der Nabelschnur trug schwere neurologische Schäden davon. Zusammenfassung: Nach Asphyxie hängt das Ausmaß der bleibenden Schädigung von Zeitpunkt der Schädigung ab. Je kürzer die Hypoxie und je eher eine Kühlung möglich ist, desto günstiger ist die Prognose.

P23 Pränatale Radiofrequenzablation beim Steißbeinteratom – Eine postnatale Herausforderung

S. Mayer¹, D. Fritsch², W. Hirsch³, H. Stepan⁴, U. Thome⁵, H. Christiansen⁶, H. Till¹, R. Faber⁷

¹Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie

²Abteilung für Neuroradiologie

³Abteilung für Pädiatrische Radiologie

⁴Abteilung für Pränatal- und Geburtsmedizin

⁵Abteilung für Neonatologie

⁶Abteilung für Pädiatrische Onkologie,
des Frauen- und Kinderzentrums, Universitätsklinikum Leipzig

⁷Zentrum für Pränatale Medizin Leipzig

Einleitung: Gut vaskularisierte Steißbeinteratome (SCT) können bereits intrauterin den Feten bis zum Kreislaufversagen gefährden (Hydrops fetalis). In dieser kritischen Situation stellt sich die Frage, ob eine intrauterine Radiofrequenzablation (RFA) das Tumorstadium reduzieren kann und welche Komplikationen dabei zu erwarten sind.

Fallbeschreibung: Fetaler Ultraschall und MRT in der 19. SSW mit Nachweis eines 3,8x5,1x4,8 cm solid-zystischen SCT Typ I. Bei drohendem fetalen Hydrops interdisziplinäre RFA des SCT in utero (20+4 SSW). Initial Abnahme, im Verlauf jedoch progrediente Tumorausdehnung bis zur Blase. Geburt per Sectio in der 33+5 SSW und Tumorsektion am 1. LT. Intraoperativ unvollständige Kapsel, fehlendes Os coccygeum und Rektuminfiltration. Dennoch R0-Resektion (histologisch bestätigt, SCT Grad 2). Komplikationsloser postoperativer Verlauf, allerdings Entwicklung einer Blasenentleerungsstörung.

Schlussfolgerung: Als ultima ratio hat die intrauterine RFA bei SCT zum Ziel, einen potentiell letalen Hydrops fetalis zu verhindern. Allerdings breitet sich dabei die Energie radiär aus, so dass es zu Schäden von benachbarten Organen kommen kann. Ein Verlust des Steißbeins, perineale Nekrosen oder Gluteusmalformationen sind in der Literatur beschrieben. Wenn auch im vorliegenden Fall die RFA zum Überleben des Kindes mit hoher Lebensqualität beigetragen hat, so sollte diese Methode dennoch nur nach sorgfältiger Indikationsstellung und in Experten Händen angewendet werden.

Immunologie

P24 Fetomaternales Transfusionssyndrom – zwei Fallbeispiele

F. Kaufmann¹, C. Königsmark², G. Jilg³, D. Sontheimer³

¹Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Klinikum Dorothea-Christiane-Erxleben Quedlinburg

²Institut für Laboratoriumsmedizin, Harz-Klinikum Wernigerode-Blankenburg GmbH

³Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Harz-Klinikum Wernigerode-Blankenburg GmbH

Einleitung: Das fetomaternale Transfusionssyndrom (FTM) ist eine seltene Erkrankung des Fetus bzw. Neugeborenen und durch ein breit gefächertes klinisches Erscheinungsbild geprägt. Der Übergang von fetalen Erythrozyten in den mütterlichen Blutkreislauf geschieht während jeder Schwangerschaft / Geburt, kann aber bei größerem Blutverlust (etwa 0,2 pro 1000 Geburten) zur fetalen Anämie führen. Die Schwere der Anämie bzw. des fetalen Blutverlustes korrelieren mit den klinischen Folgen. Die Diagnose wird mittels Kleihauer-Betke-Test oder Durchflusszytometrie gestellt.

Patienten: Wir berichten über zwei reife Neugeborene (Fall 1: weiblich, 39 + 1 SSW / Fall 2: männlich, 40 + 0 SSW), die 2010/2011 bei pathologischem CTG per Kaiserschnitt entbunden wurden. Postpartal war bei beiden Kindern eine ausgeprägte Blässe auffällig (Hb 1,5 / 6,4 mmol/l, Hk 0,10 / 0,32). Der klinische Verlauf war abhängig vom Schweregrad der Anämie unterschiedlich, schwerwiegende Komplikationen oder Folgeschäden traten nicht auf. In beiden Fällen wurde der Verdacht auf ein FTM geäußert und mittels Kleihauer-Betke-Test bestätigt (fetales Hb im maternalen Blut 13 % / 4,8 %).

Schlussfolgerung: Bei jeder prä- oder postnatalen Anämie ist differentialdiagnostisch immer auch an ein FMT zu denken. Je mehr diagnostizierte Fälle miteinander verglichen werden können, zum Beispiel durch Schaffung eines übergeordneten Registers, umso eher können Diagnose- und Therapieempfehlungen für die Zukunft abgeleitet werden.

P25 Chronisch mukokutane Candidiasis in Kombination mit einem IgG-Subklassendefekt

G. Brodt^{1,2}, S. Borte^{1,2,3}, M. Faßhauer¹, M. Zurek¹, M. Borte¹

¹ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL), Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

²Translationszentrum für Regenerative Medizin der Universität Leipzig

³Abteilung für Klinische Immunologie, Karolinska Institutet, Stockholm, Schweden

Unter dem Begriff chronisch mukokutane Candidiasis (CMC) werden mehrere Syndrome mit klinisch variabler Ausprägung zusammengefasst, u. a. chronisch orale Candidiasis, familiäre Candidiasis, APECED, chronisch lokale Candidiasis, CMC mit Thymom, Candidiasis mit chronischer Keratitis, Candidiasis mit Hyper-IgE-Syndrom. Klinisch manifestiert sich diese Erkrankung durch rezidivierende oder chronische Candidainfektionen der Haut, Hautanhangsgebilde und Schleimhäute.

Wir berichten über eine jetzt 17/12 Jahre alte Patientin, die bereits im 2. Monat an einer ersten Bronchitis und im 3. Monat mit dann persistierenden Aphthen der Mundschleimhaut erkrankte. Nach mehrmaligem Auftreten von Bronchitiden, Enteritiden und Aphthen sowie Soor im Bereich der Mundschleimhaut sahen wir diese Patientin erstmals im Alter von 8 Monaten mit einer zusätzlichen ausgeprägten Soor-Dermatitis im Windelbereich. Bei sonst unauffälligem internistischem, neurologischem und endokrinologischem Status entwickelte sich im Verlauf eine Candidiaösophagitis mit massivem Befall des oberen gastrointestinalen Traktes.

Obwohl wir bereits frühzeitig klinisch die Diagnose einer CMC stellten, diagnostizierten wir überraschenderweise zusätzlich auch einen IgG-Subklassendefekt. Molekulargenetisch ließ sich eine bisher nicht beschriebene Mutation im STAT1-Gen nachweisen, deren funktionelle Relevanz derzeit untersucht wird. Immunologische Untersuchungen zeigen eine stark reduzierte Produktion von IL-17 (TH17-Immunität) nach Stimulation mit *Candida albicans*-Antigenen.

P26 Hämatologische Veränderungen im Rahmen eines Kawasaki-Syndroms

C. Spranger¹, M. Henn¹, S. Tonndorf², Th. Richter¹, M. Borte¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

²Klinik für internistische Onkologie/Hämatologie, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Das Kawasaki-Syndrom (KS) ist eine akute, systemische, selbst limitierend verlaufende Vaskulitis, die vor allem im Säuglings- und Kleinkindalter auftritt. Ohne adäquate Therapie treten bei etwa 15-25% der Erkrankten Koronaraneurysmen oder Ektasien der Koronararterien auf.

Unser bereits 11-jähriger Patient zeigte die charakteristischen Symptome eines Kawasaki-Syndroms (Fieber, Palmarerythem, polymorphes Exanthem am Stamm, konjunktivale Injektionen, Erdbeerzunge, rissige Lippen, zervikale Lymphknotenschwellung). Bei sonographischen Nachweis eines Gallenblasenhydrops und echokardiographischem Hinweis für eine Koronarerweiterung begannen wir rasch Immunglobuline intravenös zu verabreichen sowie eine Therapie mit Acetylsalicylsäure. Im Verlauf trat eine Thrombozytose mit einem Maximalwert von 1.138 Gpt/l sowie eine Leukozytose mit einem Maximalwert von 22.4 Gpt/l auf. Auffallend war ein wiederholter Nachweis von Blasten im peripheren Blutbild ab dem 9. Krankheitstag. In der Knochenmarkpunktion zeigte sich ein zytomorphologisch reaktiv verändertes Knochenmark mit linksverschobener Erythropoese. Der Blastenanteil lag bei 4 Prozent. Hinweise für eine hämatologische Systemerkrankung zeigten sich nicht.

Eine Leukozytose mit Linksverschiebung gilt als typische laborchemische Veränderung im Rahmen eines KS, nicht jedoch der Nachweis von Blasten im peripheren Blutbild. Wir konnten in der Literatur keinen Patienten mit einer ähnlichen Präsentation finden.

Nephrologie

P27 Frühes Auftreten eines nephrotischen Syndroms nach Fremdspender-Knochenmarkstransplantation

M. Pohl,¹ U. John,¹ M. Kurzai,¹ K. Amann,² K. Kentouche,¹ J. F. Beck,¹ B. Gruhn¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität Jena

²Nephrologische Abteilung, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Einleitung: Ein nephrotisches Syndrom (NS) nach allogener hämatopoetischer Stammzelltransplantation gilt als sehr seltene Komplikation bei chronischer Graft-versus-Host-Krankheit (GVHD) und tritt >100 Tage nach Transplantation auf.

Anamnese: Wir beschreiben eine 23-jährige Patientin mit ungewöhnlich frühem NS 65 Tage nach Knochenmarkstransplantation (KMT).

Die Patientin hatte die Fremdspender-KMT wegen einer septischen Granulomatose mit einem autosomal-rezessiv vererbten p47phox-Mangel erhalten. Zur GVHD-Prophylaxe hatte sie Cyclosporin A (CyA) und Mycophenolatmofetil erhalten. Am Tag 53 nach KMT war eine submentale Lymphadenitis durch *Geotrichum candidum* aufgetreten und mit Voriconazol behandelt worden. CyA war beendet worden. Die Lymphadenitis hatte sich vollständig zurückgebildet.

Danach entwickelte sich das NS. Die Proteinurie betrug max. 40 g/m²/d. Histologisch ergab sich eine minimal-change Glomerulopathie (MCG) ohne Nachweis von *G. candidum*. Wir behandelten mit Methylprednisolon und CyA, Albumin und Furesemid. Die Vollremission trat nach 8 Wochen ein. Ein begleitendes Erythem wies auf einen Zusammenhang mit einer chronischen GVHD.

Diskussion: Ein NS ist eine rare Komplikation der KMT. Überwiegend finden sich eine membranöse Glomerulonephritis oder eine MCG. Eine Assoziation mit der GVHD und Reduktion der Immunsuppression ist beschrieben.

Schlussfolgerung: Nach unserer Kenntnis beschreiben wir das früheste Auftreten eines NS nach KMT. Es ist früh nach KMT zu erwägen.

P28 A novel LAMB2 mutation causing Pierson syndrome

M. Nagel¹, K. F. Akl², S. Nagorka¹, M. Brzeska¹, A. M. Ehlayel², A. AlQudah², A. M. Gharaybeh²

¹Center for Nephrology and Metabolic Disorders, Laboratory for Molecular Diagnostic, Weißwasser

²Jordan University Hospital, Faculty of Medicine, Amman, Jordan

Pierson syndrome (MIM #6090409) is an autosomal recessive disorder caused by mutations of the LAMB2 gene. Clinical features include congenital nephrotic syndrome and ocular malformations (microcoria, abnormal lens with cataracts, and retinal abnormalities). In some patients ocular abnormalities are less severe or not present at all while renal abnormalities cause severe and life threatening conditions. The LAMB2 gene encodes Laminin beta-2, an essential constituent of the glomerular basement membrane.

We report a case from Jordan whose parents were consanguineous. The baby boy presented with proteinuria at the age of 1.5 months. At that time serum creatinin was 132.6µmol/l already and renal function decreased rapidly, so by 3 month of age peritoneal dialysis was started. Parents noted narrow pupils since birth and an ophthalmologist prescribed mydriatics. At the age of 5.5 months, the right eye was examined under anesthesia. Lens was clear and retina hypopigmented. He underwent a pupiloplasty. Other clinical feature observed in this patient includes bilateral hernia, seizures, and recurrent infections.

Genetic evaluation revealed a homozygous LAMB2 mutation which proved the clinically made diagnosis. A novel mutation NP_004637.1: p.R550X, NM_004646.3:c.1087T>C has been detected. The pathogenetic relevance of this truncating mutation is quite likely. Another novel variant was detected (NP_004637.1: Y363H, NM_004646.3:c.1087T>C). In silico analysis considers this missense variant probably disease causing, too. Both parents have been screened for these two mutations and they are heterozygous. Additional mutations in other genes causing congenital nephrotic syndrome (NPHS1/2) have been excluded.

P29 Akutes Nierenversagen bei Colitis indeterminata

M. Henn, S. Wygoda, M. Zurek, Th. Richter

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Wir berichten über eine 16jährige Patientin mit Colitis indeterminata mit rezidivierend akuten Schüben bis zu 20 blutigen Durchfällen täglich und transfusionspflichtiger Anämie seit 5 Jahren. Eine komplette Remission der Colitis konnte trotz unterschiedlichster Behandlungsversuche mit Sulfasalazin, Azathioprin, Metotrexat, Decortin, Infliximab, Zellapherese, Ernährungstherapie, Antibiotika nicht hergestellt werden. Als Folge der Gabe von Infliximab bei schon langjähriger Therapie mit Azathioprin resultierte eine akute Pankreatitis (Absetzen von Azathioprin und Infliximab). Bei anhaltend fulminanter Aktivität entschlossen wir uns zur immunsuppressiven Therapie mit Cyclosporin A (4 mg/kg/d; Ziel Talspiegel 150-200 µg/l. Hierunter Entwicklung eines akuten Nierenversagens. Differentialdiagnostisch musste bei positiven PR3-Antikörpern und einem c-ANCA Titer von 800 auch eine Vaskulitisform erwogen werden. Die Nierenbiopsie zeigte einen überwiegend reversiblen Tubulusschaden der Nierenrinde, stellenweise vom Calcineurininhibitor-Typ. Nach Absetzen des Calcineurininhibitors und Therapie mit Decortin, Sulfasalazin und Antibiotika erholte sich die Nierenfunktion rasch. Die Grunderkrankung bietet gegenwärtig nur geringe Aktivität. Bei der Anwendung von Calcineurininhibitoren ist aufgrund der potentiell nephrotoxischen Wirkungen ein engmaschiges Monitoring der Nierenfunktion unerlässlich.

P30 Ist eine systemische antibiotische Therapie bei einem D+ hämolytisch urämisches Syndrom (HUS) sinnvoll?

A.-K. Eydam, M. Henn, S. Wygoda, Th. Richter

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Das HUS ist klinisch durch hämolytische Anämie, Thrombozytopenie und akute Niereninsuffizienz gekennzeichnet. Im Kindesalter stellt es die häufigste Ursache des akuten Nierenversagens dar. Die Inzidenz wird mit ca. 3 Fällen/100.000 Ki <5.Lj angegeben. Man unterscheidet im Wesentlichen 2 Formen. A) typisches HUS [D(iarrhö)+]überwiegend Kinder <5.Lj nach Gastroenteritis (GE); B) atypisches HUS (D-)>5.Lj klinisch schleichend i.d.R. ohne prodromale GE. Kasuistik: 3 7/12 J Junge ohne Vorerkrankung. Aufnahme wegen GE. Im Verlauf AZ-Verschlechterung, Thrombozytopenie, Kreatininanstieg, Anurie. Verlegung zu uns zur Dialyse. Hier tgl. Hämodialysen über insg. 17d. Persistenz der wässrigen, teils blutigen Stühle. Beginn der Therapie mit Meronem. Darunter Besserung. Zum Entlassungszeitpunkt noch geringe Proteinurie und eine milde Nierenfunktionseinschränkung. Die deutsche Gesellschaft für Infektiologie (dgi) hat im Rahmen der endemischen EHEC Infektion im Sommer 2011 eine Empfehlung veröffentlicht, in der der Einsatz von Carbapenemen "vertretbar" ist. Die dgi spricht ihre Empfehlungen jedoch vorwiegend für Erwachsene aus. Weitere Untersuchungen zur antibiotischen Therapie beim HUS sind sicherlich notwendig, um gezielte Empfehlungen insbesondere für Kinder aussprechen zu können.

P31 „Pseudotumor cerebri“ – eine seltene Komplikation nach Nierentransplantation

B. Schulz¹, M. Henn¹, S. Wygoda¹, H. Tegetmeyer², M. Bernhard³, Th. Richter⁴

¹*KfH Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig*

²*Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde am Universitätsklinikum Leipzig*

³*Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Leipzig*

⁴*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig*

Einleitung: Die „idiopathische intrakranielle Hypertension“, auch Pseudotumor cerebri genannt, wird als erhöhter Liquordruck > 20 cm Wassersäule unklarer Ursache definiert. Bei normalem klinisch-neurologischen Status findet sich dabei auch gelegentlich eine Stauungspapille verschiedenen Ausmaßes mit entsprechender Symptomatik. Eine „sekundäre intrakranielle Hypertension“ als Folge der notwendigen medikamentösen Behandlung verschiedener Komplikationen nach Nierentransplantation ist bisher kaum beschrieben worden.

Falldarstellung: Wir berichten über einen zum Erkrankungszeitpunkt 10-jährigen Jungen, der im Alter von 9 ½ Jahren 1/2011 allogene Nierentransplantation wurde. 3/2011 erkrankte er an einer schweren Influenza B-Infektion mit Leukopenie, deshalb Beendigung der MMF-Therapie. 5/2011 Verschlechterung der NTx-Funktion mit Nachweis einer zellulären Abstoßung, daraufhin Methylprednisolon-Stoßtherapie und Umstellung der Immunsuppression von CyA auf FK506. Danach 5/2011 akute CMV-Infektion, Behandlung mit Ganciclovir i.v. und CMV-Hyperimmunglobulin. 6/2011 Kopfschmerzen und Sehstörungen, Nachweis einer beidseitigen Stauungspapille und Abduzensparese links, Liquoröffnungsdruck 78 cm Wassersäule, 3 Monate Therapie mit Acetazolamid erfolgreich.

Diskussion: Die hochdosierte Steroidtherapie, die Immunsuppression sowie die Gabe von Ganciclovir und CMV-Hyperimmunglobulin sind als Ursachen der sekundären intrakraniellen Hypertension mit Stauungspapille bei unserem Patienten zu diskutieren.

P32 Primäre Hyperoxalurie

H. Neumann, S. Wygoda

KfH Kinderzentrum am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Der häufigsten Form der primären Hyperoxalurie (Typ 1) liegt ein Enzymmangel im Hepatozyten (Alanin:Glyoxylat-Aminotransferasemangel=AGT-Mangel) zugrunde. Die Erkrankung wird autosomal-rezessiv vererbt und führt zu einer Akkumulation von Oxalsäure im Blut und im Urin. Die Schwere der Erkrankung ist abhängig von der vorhandenen Restenzymaktivität, die nur durch eine Leberbiopsie messbar ist. Die einzige causale Therapie besteht in einer Lebertransplantation. Dabei werden sowohl die Lebertransplantation als auch eine kombinierte Leber/Nierentransplantation durchgeführt. Die medikamentöse Therapie besteht in einer hohen Flüssigkeitszufuhr und der Alkalisierung des Urins zur Steigerung der Löslichkeit der Oxalsäurekomplexe sowie der Gabe von Vitamin B6 als Kofaktor der AGT zur Steigerung der Restenzymaktivität. Da die bekannten Mutationen des AGXT-Gens sehr heterogen sind und keinerlei Genotyp-Phänotyp-Korrelation besteht, ist eine Vorhersage des Krankheitsverlaufes nicht möglich. 50 % der betroffenen Patienten entwickeln innerhalb von 15 Jahren eine chronische Niereninsuffizienz. Anhand von zwei Fällen aus unserem Patientengut stellen wir die oft schwierige Diagnosefindung und den sehr unterschiedlichen Verlauf der Erkrankung dar.

P33 Kinderurologische Probleme am oberen und unteren Ureter

H. Bartsch

Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale)

Kinderurologische Patienten werden heute zum großen Teil von spezialisierten Pädiatern diagnostiziert, behandelt und postoperativ nachgesorgt. Dies erfordert zunehmend einen intensiven Dialog zwischen Kinderchirurgen und pädiatrischen Nephrologen.

Die klassischen kinderurologischen Krankheitsbilder sind beiden Fachrichtungen hinreichend bekannt. Im folgenden Vortrag möchten wir, speziell auf den Kinderarzt ausgerichtet, über problematische Pathologien des Ureters berichten. An Hand von Fallbeispielen von Einzel und Doppelnieren werden nötige und unnötige diagnostische Verfahren diskutiert, pitfalls besprochen und individuelle Therapiestrategien vorgestellt. Die Behandlungsabläufe sollen nach wie vor offene Fragen zum richtigen Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, konservativ versus operative Therapie und Fragen der notwendigen Nachbehandlung zur Diskussion stellen.

Chirurgie

P34 Hypertrophe Pylorusstenose bei einem weiblichen Frühgeborenen

J.-P. Streidl¹, L. Bauer², R. Hölzel¹

¹*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz gGmbH*

²*Institut für bildgebende Diagnostik, Klinikum Chemnitz gGmbH*

Einleitung: Die hypertrophe Pylorusstenose ist eine wichtige Differenzialdiagnose des schwallartigen Erbrechens am Übergang des Neugeborenen- zum Säuglingsalter. Es besteht eine starke Wendung zum männlichen Geschlecht. Bei Frühgeborenen stellt die Ernährung häufig eine Herausforderung dar. Besonders bei hypotrophen Frühgeborenen findet sich in der Regel eine Reifungsverzögerung des Darmes; nosokomiale Infektionen und die gefürchtete nekrotisierende Enterokolitis sowie Analgosedierungen auf neonatologischen Intensivstationen erschweren den Nahrungsaufbau genauso wie Cholestase.

Kasuistik: Wir berichten von einem weiblichen Frühgeborenen der 30.0 SSW, welches ab dem 20. Lebenstag erst mit Spucken, dann mit zunehmendem Erbrechen auffiel. Im Rahmen der durchgeführten Diagnostik wurde zunächst ein gastro-oesophagealer Reflux mittels pH-Metrie nachgewiesen. Bei einer Sonographie des Abdomens zeigte sich dann das klassische Bild einer hypertrophen Pylorusstenose. Das Mädchen konnte in der vollendeten 35. SSW mit einem Gewicht von 1990g erfolgreich nach Weber-Ramstedt operiert werden. Der weitere Verlauf gestaltete sich komplikationslos, am 54. Lebenstag konnte der Säugling voll gestillt mit einem Gewicht von 2260g im nunmehr rechnerischen Alter von 37.5 SSW nach Hause entlassen werden.

Diskussion: Die Besonderheit des Falles liegt im frühzeitigen Auftreten der Symptome (32.6 SSW), der frühzeitigen sonographischen Diagnosestellung (34.6 SSW) und OP, sowie im weiblichen Geschlecht der Patientin.

Schlussfolgerung: Eine hypertrophe Pylorusstenose zählt bereits vor dem rechnerischen Geburtstermin zu den Differenzialdiagnosen des Erbrechens auch beim weiblichen Frühgeborenen. Eine Sonografie des Oberbauches sichert die Diagnose.

P35 Gaschromatographische Untersuchung von vorgefertigten NaCl-Lösungen 0,9% („Einmalspritzen“) aufgrund unangenehmer Geschmackssensationen beim Spülen von zentralvenösen Kathetern

P. Schwerk¹, K. Schulz², T. Jürgens³, R. Knöfler³, M. Suttorp³, G. Fitze⁴

¹*Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Dresden*

²*Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Dresden*

³*Kinderheilkunde, Universitätsklinikum Dresden*

⁴*Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Dresden*

Vorgefertigte NaCl-Lösungen 0,9%ig werden häufig zum Spülen zentralvenöser Katheter benutzt. Gründe hierfür sind a) ein in Studien gezeigtes geringeres bakterielles Kontaminationsrisiko bei der Benutzung vorgefertigter, steril abgepackter Produkte gegenüber von bei Bedarf aufgezogenen Lösungen sowie b) eine Arbeitsentlastung der Schwestern und Ärzten bei der Benutzung vorgefertigter Spritzen.

Der klinischen Beobachtung folgend, dass einige onkologische pädiatrische Patienten beim Spülen von zentralvenösen Langzeitverweilkathetern (Broviac/Hickman) mit NaCl-Fertigspritzen über starke, unangenehme Geschmacksempfindungen bis hin zu Übelkeit und Erbrechen klagten, stellten wir uns die Frage nach der Ursache. Berichte von Kollegen und Krankenschwestern aus anderen onkologischen Abteilungen ergaben, dass dieses Phänomen durchaus häufiger beobachtet wird. Eine Literaturrecherche

lieferte als Erklärung eine Kontamination der NaCl-Fertigspritzen im messbaren, aber toxikologisch unbedenklichen Konzentrationsbereich mit Fuselölen aus dem Plastik-Herstellungsprozeß. (Kongsgaard UE, BMC Nursing 2010). Eigene gaschromatographische Untersuchungen detektierten Aceton, Propanol, Butanol, Isobutanol und sowie weitere Phenol- und Ethanon-Derivate.

Durch eine langsame Injektionstechnik lassen sich die Geschmackssensationen nur zum Teil vermeiden. Somit sind die oben genannten Vorteile beim Einsatz der Fertigspritzen durchaus auch mit einer subjektiven Beeinträchtigung der Patienten verbunden.

P36 Das kindliche akute Skrotum im klinischen Alltag: retrospektive 10-Jahres-Analyse

D. Sachwitz, H.-J. Haß, S. Kroker, H. Krause

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Arbeitsbereich Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Magdeburg

Hintergrund: Das akute Skrotum ist wegen diverser Differenzialdiagnosen und der daraus resultierenden Konsequenzen eine Herausforderung hinsichtlich des Managements in der täglichen Praxis.

Patienten und Methode: Retrospektive Auswertung aller Patienten bis zum 16. Lebensjahr, die sich von 2000 bis 2009 in unserer Einrichtung aufgrund eines akuten Skrotums vorstellten.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 141 Fälle erfasst. Wir sahen zwei Altersgipfel: Neugeborenenperiode und Pubertät. Die häufigsten Entitäten waren Entzündungen (26%), Hydatidentorsionen (22%) und Hodentorsionen (21%). Traumata, Hydrozelen, Leistenhernien, idiopathisches Skrotalödem und Tumoren waren seltenere Differenzialdiagnosen. Im Mittel wurden die Patienten nach 24 Stunden Beschwerdedauer vorstellig. In 60% der Fälle erfolgte eine apparative Diagnostik mittels Doppler-Sonographie. Bei $\frac{2}{3}$ der Patienten wurde eine operative Exploration durchgeführt. Die Orchiektomie-Rate bei Hodentorsion betrug 40%. Bei den einseitig orchiektomierten Patienten erfolgte gleichzeitig oder im Intervall nach 4-8 Wochen eine prophylaktische Pexie der Gegenseite.

Fazit: Bei einem akuten Skrotum ist schnelles Handeln gefordert. Eine genaue Anamnese und exakte Stuserhebung sind unerlässlich. Eine bildgebende Diagnostik kann als Entscheidungshilfe herangezogen werden. Letztlich entscheidend ist der klinische Aspekt. Kann dabei eine Hodentorsion nicht sicher ausgeschlossen werden, muss unverzüglich eine operative Freilegung erfolgen.

P37 Langzeitigestion einer Knopfzelle im Ösophagus – Therapiemanagement und Follow-up

T. Lehnert¹, U. Bühligen¹, C. Philippi-Höhne², R. Böhm¹, H. Till¹

¹*Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR*

²*Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Leipzig AöR*

Die mehrmonatige Impaktierung eines Fremdkörpers (FK) in der Speiseröhre könnte bei der Bergung zwei erhebliche Probleme darstellen: 1. Erosionen/Fistelbildungen mit Trachea oder Aorta exazerbieren (Brumbaugh DE. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011). 2. Die endoskopische Faszange ist mechanisch zu schwach für die Extraktion.

Wir sahen einen 13-Monate alten Jungen, der auswärts 4 Monate lang wegen Stridor und Atembeschwerden behandelt worden war. Bei Überweisung röchelndes Atemgeräusch, Dyspnoe, Schluckbeschwerden. Im Thoraxröntgen Darstellung eines mediastinalen, metallischen FK. In Thorakotomie-Bereitschaft zunächst Tracheobronchoskopie ohne Anhalt für FK oder Fistelbildung. Dann flexible Ösophagoskopie und Auffinden eines massiv eingewachsenen Fremdkörpers im mittleren Drittel, welcher mittels Endoskopiezange nicht mobilisierbar war. Deswegen Einbringen eines operativen Laparoscops (5mm, Single-Port-Ei-Optik) mit einem 3,5mm Arbeitskanal für eine starre laparoskopische Faszange. Unter CO₂-Insufflation nun Präparation und Extraktion einer Knopfzelle (CR2032, 3V). Nachfolgendes Ösophagogramm ohne Paravasat, jedoch Ösophagusstenose, welche 2x bougiert wurde. 12 Monate nach FK-Extraktion beschwerdefrei. Fazit: Ösophageale Fremdkörper müssen bei Patienten mit therapieresistenten Atembeschwerden ausgeschlossen werden. Zur Bergung ist unter Umständen ein weitreichendes Armamentarium notwendig. Man muss auf lebensgefährliche Komplikationen vorbereitet sein.

P38 Stolpersteine in der Diagnostik von Milzverletzungen im Kindesalter

K. Gerlach¹, A. Schneider¹, J. Taube¹, Ch. Kunze², R. Finke¹

¹*Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*

²*Klinik für Radiologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*

Einleitung: Milzverletzungen stellen die häufigste Organverletzung bei Abdominaltraumata im Kindesalter dar. Sonografisch ist die Milzläsion in der Primärdiagnostik nicht immer sicher nachzuweisen. Die CT bietet eine sehr sichere Methode das Ausmaß der Verletzung zu erfassen. Eine strahlenfreie Alternative ist die KM-Sonografie.

Methode: Wir möchten anhand mehrerer Patienten mit Milzverletzungen die unterschiedlichen Untersuchungsmethoden und ihre Vor- und Nachteile erläutern. Wann kann welche Methode sinnvoll angewendet werden?

Ergebnisse/Diskussion: Für die Primärdiagnostik ist die CT, insbesondere beim Kreislauf instabilem Kind Mittel der Wahl. Sonografisch ist die Milzläsion initial nicht immer sicher darstellbar. Eine sensitive alternative Untersuchung beim Kreislauf stabilem Kind ist die KM-Sonografie. Dafür müssen entsprechende Untersuchungsbedingungen gewährleistet sein. Das für die KM-Sonografie verwendete KM ist allerdings noch nicht offiziell zugelassen, es besteht das Risiko der allergischen Reaktion (Fallbeispiel). Zur weiteren Kontrolle ist die Sonografie eine geeignete Untersuchung.

Schlussfolgerung: Bei geeigneten Untersuchungsbedingungen und in der Zukunft vorhandenen zugelassenen Kontrastmitteln bietet die KM-Sonografie eine sehr sensitive Untersuchung zur Erkennung des Ausmaßes einer Milzläsion. Sonografisch kann der Verlauf und ev. auftretende Komplikationen (Zysten) u. a. gut dokumentiert werden. Der CT behält seinen Stellenwert in der Notfalldiagnostik.

Onkologie

P39 Einsatz von Votubia bei Tuberöser Sklerose und Riesenzellastrozytom

A. Lemmer, A.-B. Hintz, A. Rabe, J. Wittge
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Erfurt

Einleitung: Die Tuberöse Sklerose gehört zu den mit Neubildungen assoziierten syndromalen Leiden. Riesenzellastrozytome im Bereich des ZNS können insbesondere durch Obstruktion der Liquorwege zur Notwendigkeit einer Therapie führen. Seit einigen Monaten ist der Einsatz von Rapamycin auch im Kindesalter bei dieser Tumorentität zugelassen. Wir berichten über Wirkungen der Behandlung bei einem 10-jährigen Knaben mit einem seit mehreren Jahren beobachteten Tumor und massiver Einengung der Foramina Monroi.

Zielstellung: Darstellung der Einflüsse auf das Tumorwachstum und Bericht zu den Nebeneffekten der Therapie an Hand einer Kasuistik.

Methode: Neben Laboranalysen zur Bestimmung des Medikamentenspiegels im Blut erfolgten auch die Bilddiagnostik im Verlauf, Kontrollen des EEG sowie eine regelmäßige Befragung der Eltern zu deren Beobachtungen im Verlauf der Behandlung.

Ergebnisse: In einem bislang viermonatigen Therapiezeitraum konnten wir nicht nur Einflüsse der Behandlung auf die Tumorgöße beobachten sondern auch psychische Veränderungen und im Bereich der mentalen, intellektuellen und motorischen Leistungen des behinderten Patienten.

Schlussfolgerungen: Die Behandlung von Riesenzellastrozytomen mit Rapamycin kann zumindest in Einzelfällen bei Patienten mit einer tuberösen Sklerose relativ komplexe Wirkungen in den ersten Behandlungsmonaten auslösen.

P40 Dynamische farbduplexsonografische Gewebperfusionsmessung eines Schilddrüsenkarzinoms

B. Ackermann, M. Stöppler, A. Hofmann, Th. Scholbach
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz gGmbH

Einleitung: Uns stellte sich ein 17 6/12J Jugendlicher mit V.a. Struma maligna vor. Sonographisch zeigte sich ein vom rechten Schilddrüsenlappen ausgehender exophytischer Tumor (7,0cm x 2,7cm x 2,7cm) mit erheblicher Hyperperfusion. In der Umgebung zeigten sich zudem metastasenverdächtige Lymphknoten.

Ziel: Mit der dynamischen farbduplexsonografischen Gewebperfusionsmessung (PixelFlux-Methode) sollte die Hyperperfusion der Struma maligna objektiviert werden. Als Grundlage dienten die von uns erhobenen Normalwerte für die Schilddrüsenperfusion.

Methode: Wir verglichen die Perfusionsintensität des gesunden linken Schilddrüsenlappens sowie des malignomverdächtigen rechten Schilddrüsenlappens mit dem altersentsprechenden Normalbereich ($PI=0,26\pm 0,19$). Hierfür wurde die Perfusionsintensität (PI) als Produkt der perfundierten Fläche und der Flussgeschwindigkeit aller Gefäße geteilt durch die Fläche der Untersuchungsregion gemessen.

Ergebnisse: Der malignomverdächtige Bereich zeigte eine erhebliche Hyperperfusion ($PI=2,02$), der im B-Bild als unauffällig imponierende linke Schilddrüsenlappen zeigte eine regelrechte Perfusion ($PI=0,41$). Laborchemisch ergab sich eine euthyreote Stoffwechsellage, serologisch konnte keine Autoimmunthyreoiditis nachgewiesen werden.

Schlussfolgerung: Die Konstellation aus euthyreoter Schilddrüsenhypertrophie mit lokalisierter Hyperperfusion muss auch bei Kindern und Jugendlichen an maligne Veränderungen der Schilddrüse denken lassen.

P41 O6-Methylguanin-DNA-Methyltransferase und Dacarbazin-Resistenz von Hodgkin-Lymphomzellen

S. Kewitz, C. Kramm, M. S. Staeger

Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Einleitung: Das Hodgkin-Lymphom (HL) hat insgesamt eine gute Prognose, jedoch können nicht alle Patienten geheilt werden. Das bei der Behandlung des HL eingesetzte Dacarbazin führt zur Methylierung von Guaninresten in der DNA. Diese Methylierungen können durch das Reparaturenzym O6-Methylguanin-DNA-Methyltransferase (MGMT) beseitigen werden. Zielstellung: Wir prüften, ob MGMT einen Einfluss auf die Empfindlichkeit von HL-Zellen gegenüber Dacarbazin hat.

Methode: MGMT-Expression und Promotorstatus wurden in HL-Zellen mittels Polymerasekettenreaktion analysiert. Zugleich wurde die Dacarbazin-Sensitivität der Zellen in vitro bestimmt.

Ergebnisse: Linien mit un-methyliertem MGMT-Promotor (L-1236 und L-428) waren resistenter gegenüber Dacarbazin, als Linien mit methyliertem Promotor (L-540, KM-H2 und HDLM-2). Die MGMT mRNA-Expression korrelierte mit dem Vorliegen un-methylierter Promotoren. In der Linie KM-H2 konnten wir keine normalen MGMT-Transkripte, jedoch Fusionstranskripte zwischen MGMT und einem Translokationspartner nachweisen.

Diskussion: MGMT scheint in die Dacarbazin-Resistenz von HL-Zellen involviert zu sein. KM-H2-Zellen zeigen, dass durch Genumlagerungen MGMT vom Promotor entkoppelt sein kann, sodass bei methyliertem Promotor (anormale) Transkripte nachweisbar sind.

Schlussfolgerung: Die Analyse der Methylierung des MGMT-Promotors stellt möglicherweise eine interessante Option dar, um frühzeitig Patienten mit chemotherapieresistenter Erkrankung zu identifizieren.

P42 BCR/ABL-Translokations-positive ALL bei einem Säugling

B. Grünwald, A. Lemmer, A. Sauerbrey

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Erfurt

Anamnese: Vorgestellt wurde ein neun Monate alter Junge mit bisher unauffälliger Entwicklung. Seit dem Vortag bestanden Fieber bis 38,5 °C und eine Rhinitis, er sei außerdem sehr blass. Die Vorstellung bei der Kinderärztin erfolgte wegen einzelner Petechien. Im Blutbild zeigte sich eine Hyperleukozytose.

Untersuchungsbefund: Reduzierter Allgemeinzustand, blass, cervical Petechien, Leber und Milz je 3-4 cm unter dem Rippenbogen, sonst unauffällig, Gewicht 10,22 kg (P81), Länge: 78 cm (P96).

Diagnostik: Labor: Hb 5,6 mmol/l, Hkt 0,26 l/l, Leukozyten 179 Gpt/l, 42 % Blasten, Thrombozyten 110 Gpt/l, LDH 32,5 µmol/s, Harnsäure 433 µmol/l. Immunphänotypisierung: common B-ALL; Onkogenetik: BCR/ABL-positive ALL. Initial erfolgte keine Knochenmarkspunktion, die Diagnose konnte aus peripherem Blut gestellt werden.

Verlauf: Am Aufnahmetag wurde die Therapie mit der zytoreduktiven Vorphase nach Protokoll INTERFANT 06 begonnen. Nach Vorliegen des onkogenetischen Befunds der BCR/ABL-Translokation wurde die Behandlung nach EsPhALL-Protokoll fortgeführt. Der Befund einer BCR/ABL-positiven ALL im Säuglingsalter ist eine Rarität. Probleme bereitet v.a. die Applikation des Imatinib, eines essentiellen Therapiebestandteils, welches bisher nicht in einer altersgerechten Zubereitung auf dem Markt verfügbar ist.

P43 Thorakaler Tumor bei einem 15 Monate alten Mädchen

B. Grünwald, A. Lemmer, A. Sauerbrey

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Erfurt

Anamnese: Die Vorstellung des 15 Monate alten Mädchens erfolgte wegen einer seit etwa zwei Monaten aufgefallenen Schwellung im Bereich der dorsalen unteren Rippen links. Sonst sei sie unbeeinträchtigt, wegen einer Hüftluxation war sie bis vor zwei Monaten in Behandlung.

Untersuchungsbefund: Am linken unteren Rippenbogen dorsal derbe ca. 4 x 5 cm messende Schwellung, sonst unauffällig, Gewicht: 8,8 kg (P15), Größe: 73,5 cm (P5).

Diagnostik: Tumormarker: AFP 10,2 µg/l, NSE 60,2 µg/l, VMS 2,25 µmol/mmol, HVMS 10,1 µmol/mmol. Sonographie/MRT: solide Raumforderung des kaudalen Hemithorax links etwa 7,5 x 6 x 5 cm mit Infiltration der Thoraxwand, der paravertebralen Muskulatur und fraglich des Zwerchfells. Skelettszintigraphie: keine weiteren pathologischen Herde. MIBG-Szintigraphie: keine vermehrte Speicherung nachweisbar. PET-CT: Nachweis der bekanntesten Raumforderung, multiple Lymphknotenmetastasen hilär, infrakarinal und axillär links, multiple pleuraständige pulmonale Metastasen beidseits. Knochenmark: keine maligne Infiltration. Tumorbiopsie: klein-, blauzelliges, undifferenziertes Gewebe mit Nachweis eines Ewing-Sarkom-assoziierten Fusionstranskripts (EWS/FLI1).

Verlauf: Nach Diagnose eines Ewing-Sarkoms konnte das Mädchen als Beobachtungspatientin in die Therapieoptimierungsstudie EWING 2008 eingeschlossen werden. Ungewöhnlich ist das Auftreten eines

Ewing-Sarkoms bereits im frühen Kleinkindalter. Differentialdiagnostisch galt es daher v.a. ein Neuroblastom auszuschließen.

Infektiologie

P44 Analyse der Antibiotika-Verordnungen in einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.*

*Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit

W. Kunze¹, P. Gastmeier², Th. Klemm³, K. Gröger¹

¹Abteilung Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus Wurzen, Kliniken des Muldentalkreises

²Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin

³MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen, Leipzig

Hintergrund: Die Behandlung von bakteriellen Infektionen wird durch den Anstieg der Rate Antibiotika-resistenter Erreger zunehmend erschwert. Um eine weitere Zunahme der Resistenzraten zu vermeiden bzw. zu senken, gibt es verschiedene Aktivitäten (z.B. DART - Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie). Untersuchungen erfolgten in einer Abteilung für Kinder - und Jugendmedizin der Regelversorgung auf der Grundlage eines Modellprojektes des Bundesministeriums für Gesundheit.

Ziel: Das Ziel der Studie besteht in Erfassung und Analyse des Antibiotika-verbrauches unter dem Aspekt indikationsgerechter Verordnung.

Patienten und Methoden: Grundlage für die Auswertung sind 2986 Patienten, die im Zeitraum von 2009 bis 2011 behandelt wurden. Retrospektiv erfasst und statistisch ausgewertet wurde die Daten von 306 Patienten nach Diagnosen, Labordiagnostik, verordneten Antibiotika sowie Indikation.

Ergebnisse: Mikrobiologische Diagnostik erfolgte bei 82% der Patienten, diagnoserelevante Befunde konnten in 55,9% erhoben werden. Die größte Diagnosegruppe bildeten die Infektionen der unteren, gefolgt von denen der oberen Atemwege. 341 (11,4%) wurde ein Antibiotikum verordnet, 306mal (10,2%) als Therapie, 35mal als Prophylaxe. Cephalosporine wurden mit 77,7% am häufigsten verordnet, zu 66% als Cephalosporine der Gruppe 2. Nicht indiziert waren 30,1%, bedingt indiziert 15,7%.

Diskussion: Aktuelle Daten aus der Literatur sowie eigene Ergebnisse sind bezüglich einer indikationsgerechten Verordnung von Antibiotika unbefriedigend. Insbesondere ist ein hoher Einsatz von Antibiotika bei (respiratorischen) Virus-infektionen zu verzeichnen. Berichte über positive Erfahrungen belegen, dass der nicht gerechtfertigte Einsatz von Antibiotika deutlich verringert werden kann.

Schlussfolgerung: Möglichkeiten der Diagnostik mittels CRP, Blutbild und mikrobiologischer Methoden müssen mehr genutzt werden. Unter diesen Aspekten sind Weiterbildungen auf dem Gebiet der Infektiologie hinsichtlich diagnostischer als auch therapeutischer Möglichkeiten geboten.

P45 Ulcus vulvae acutum Lipschütz bei einem Mädchen mit Mykoplasmenpneumonie

M. Hagenberg¹, M. Riemer², T. Lantsch², L. Patzer¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)

²Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)

Die 11-jährige Patientin stellte sich im Dezember 2011 mit Fieber, Halsschmerzen, Abgeschlagenheit und Dysurie sowie Schmerzen im Genitalbereich in der Notfallambulanz vor. Bei der klinischen Untersuchung fiel am Übergang von der rechten Labia majora zur hinteren Labienkommissur eine 10-Cent-große ulzeröse Läsion mit gerötetem, perlschnurartigem Randwall und weiß-gräulichen Fibrinbelägen auf, welche nur wenig berührungsempfindlich war. Jegliche sexuellen Kontakte wurden glaubhaft verneint, eine derartige Läsion sei nie zuvor aufgetreten. Kein Trauma, bisher keine Menarche, Hymen verschlossen. Weder aus den vom Ulcus entnommenen Abstrichen noch in der Serologie gelang ein bakterieller oder viraler Erregernachweis, die Paraklinik war blande. Unter symptomatischer Therapie mit Ibuprofen und antiseptischen Sitzbädern war der Lokalbefund innerhalb weniger Tage regredient. Allerdings traten weiterhin Fieber über 39 °C und zunehmender Husten auf. Schließlich erfolgte im Rachenabstrich der Nachweis von Mycoplasma pneumoniae und wir leiteten eine orale Therapie mit Doxycyclin über insgesamt 7 Tage ein, hierunter entfieberte das Mädchen und der Lokalbefund heilte ab. Somit ist vom Vorliegen eines Ulcus vulvae acutum Lipschütz im Rahmen der systemischen Mykoplasmeninfektion auszugehen. Die Läsion tritt typischerweise bei EBV-Infektionen präpubertärer Mädchen auf, selten sind Beschreibungen von Assoziationen mit anderen Infektionen wie im vorliegenden Fall. Die Pathogenese ist bisher nicht geklärt, in der Regel tritt eine Spontanheilung ein. Es handelt sich um eine seltene, aber nicht zu vernachlässigende Differentialdiagnose genitaler Läsionen.

P46 Nachweis von *Mycoplasma pneumoniae* mittels PCR im Rachenabstrich bei Kindern mit akut respiratorischen Symptomen

K. Götzelt, A. Möckel

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinik Borna

Mycoplasma pneumoniae spielt insbesondere bei Kindern und Jugendlichen eine zunehmende Rolle in der Verursachung von atypischen Pneumonien und Infekten der oberen Atemwege. In der Akutphase der Erkrankung bieten serologische Antikörperbestimmungen mitunter diagnostische Lücken. Die Gewinnung einer Kultur ist in der klinischen Praxis kompliziert und zeitaufwendig. Der Nachweis des Erregers mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) aus dem Rachenabstrich stellt eine praktische Methode dar.

Ziel: Prospektive Studie, um die Zuverlässigkeit des PCR-Tests aus dem Rachenabstrich im klinischen Alltag zu überprüfen. Von 41 stationären Patienten mit akut respiratorischen Symptomen wurden simultan PCR- und Serologietests durchgeführt. Bei insgesamt 12 Patienten mit nachgewiesener Mycoplasmeninfektion war die Serologie in 6 Fällen (50%) und die PCR in 9 Fällen (75%) positiv. In 1 Fall war das Ergebnis der PCR bei gleichzeitig hohem IgM-Titer falsch negativ (falsch durchgeführter Abstrich möglich). In 2 Fällen fiel aufgrund einer bereits begonnenen Antibiotikatherapie, die PCR trotz positivem IgM-Titer negativ aus. In den übrigen 29 Fällen stimmten negative Serologie und PCR überein (100%). In der Akutphase ist der Nachweis mittels PCR im Rachenabstrich im Vergleich zur serologischen Bestimmung sensitiver (< 8 Tage nach Auftreten erster Symptome). Bei antibiotischer Vorbehandlung oder längerem Krankheitsverlauf (> 8 Tage) kann die PCR trotz nachweisbarer IgM-Titer bereits negativ ausfallen. Der Zeitpunkt der Probenentnahme ist entscheidend. Die Bestimmung mittels PCR ist in der frühen Krankheitsphase im klinischen Alltag praktikabel und kann einer Blutentnahme vorgezogen werden. Bei negativer PCR kann die Serologie zur Absicherung der Diagnose hilfreich sein.

P47 Subakute sklerosierende Panencephalitis – Bericht über Therapie und Verlauf

A. Menz¹, S. Patzer¹, M. Häusler², L. Patzer¹

¹*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)*

²*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Aachen*

Die subakute sklerosierende Panencephalitis (SSPE) ist die seltene Komplikation einer stattgehabten Masern-Infektion. Sie zeigt einen raschen, neurodegenerativen Verlauf mit letalem Ausgang. Wir berichten über einen 12-jährigen, vollständig geimpften Jungen, der sich wegen eines seit wenigen Wochen bestehenden schulischen Leistungsabfalls, fraglichen Krampfanfällen und gelegentlichen Verwirrheitszuständen vorstellte. Die zerebrale Bildgebung erbrachte einen Normalbefund. Im EEG fanden sich Radermecker-Komplexe. Im Liquor konnten eine intrathekale IgG-Synthese und Masern-Virus-IgG-AI (Antikörper-Index) von 67 (Normbereich < 1,5) nachgewiesen werden. Somit war die Diagnose einer SSPE gestellt. Innerhalb weniger Wochen kam es zu einer drastischen klinischen Verschlechterung, einhergehend mit progredienter Tetraspastik, Myoklonien und dem Verlust motorischer und kognitiver Funktionen. Es wurden eine intrathekale Therapie mit Interferon und eine orale Behandlung mit Inosin begonnen. Darunter hat sich über einen Beobachtungszeitraum von 10 Monaten eine stabile Situation eingestellt. Diese Kasuistik zeigt, dass auch bei maserngeimpften Kindern mit initial milder, unspezifischer Symptomatik und unauffälliger zerebraler Bildgebung eine SSPE vorliegen kann. Ein frühzeitig eingeleiteter Behandlungsversuch mit Interferon und Inosin scheint bei einigen Patienten den Erkrankungsverlauf günstig zu beeinflussen.

P48 Reptilien – Quelle für Salmonelleninfektionen bei Säuglingen und Kleinkindern

M. Thöle¹, W. Kunze¹, I. Hofmann², C. Arnold³, W. Rabsch⁴, M. Pees⁵

¹*Abteilung Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus Wurzen, Muldentalkliniken*

²*MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen, Leipzig*

³*Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen*

⁴*Robert Koch-Institut, Bereich Wernigerode*

⁵*Klinik für Vögel und Reptilien, Veterinärmedizinische Fakultät, Universität Leipzig*

Hintergrund: Salmonellosen können neben der klassischen Infektion durch Lebensmittel auch durch im Haushalt lebende Tiere verursacht werden. In den letzten Jahren wurde zunehmend von Erkrankungen berichtet, in denen Säuglinge und Kleinkinder von Salmonelleninfektionen betroffen waren, die in Zusammenhang mit im Haushalt lebenden Reptilien standen (Abb.3).

Kasuistik: Ein 10 Monate alter Säugling erkrankte mit Durchfall, Fieber bis 40°C und Nahrungsverweigerung. Die Laborwerte zeigten stark erhöhte Entzündungswerte (CRP 153,8mg/l, Leukozyten 27 Gpt/l). Im Stuhl gelang der Nachweis von *Salmonella Paratyphi B*, Varietät S. Java 4,5, 12, : b : 1,2; d - Tartrat positiv; LZ : ut/nc. Es wurde die Diagnose Salmonellen-Enteritis gestellt. Nach einer Therapie mit Cephalosporin 3 über 2 Wochen konnte die Entlassung nach Hause erfolgen. Die

Ursachensuche ergab, dass im elterlichen Haushalt 2 Tiger-, 2 Königs-, 1Teppich- und ein Baumpython sowie ein Chamäleon und 2 Kaninchen gehalten wurden. Bei Patient und einem Tigerpython konnte der gleiche Salmonellenstamm nachgewiesen werden. Eine konsequente Trennung der Tiere vom familiären Wohnraum war nicht erfolgt.

Diskussion: Salmonellose des Menschen sind in bis zu 10% der Fälle auf direkten und indirekten Kontakt mit Haustieren, insbesondere Reptilien zurückzuführen. Das klinische Bild wird von der Enteritissymptomatik beherrscht, fokale Absiedlungen in jedes Organ sind als Folge einer Bakteriämie möglich. Reptilien sind in bis zu 90% Träger von Salmonellen (*S. enterica*, Subsp. II-IV) und scheiden diese aus. Sie sind Bestandteil der natürlichen Keimflora dieser Tiere. Deshalb wird eine „Sanierung“ nicht empfohlen, zumal die Stämme in hohem Maße gegenüber Antibiotika resistent sind.

Schlussfolgerungen: Durch eine steigende Anzahl von in Haushalten lebenden Reptilien besteht ein zunehmendes Risiko, insbesondere für Säuglinge, Kleinkinder und Immunsupprimierte, an einer Salmonellose zu erkranken.

Das Robert Koch-Institut empfiehlt eine intensive Aufklärung über die Risiken einer Reptilienhaltung. Im Haushalt mit Kindern sowie in Betreuungseinrichtungen für Kleinkinder sollten diese Tiere nicht gehalten werden.

P49 Adenovirusinfektion – Vortäuschung bakterieller Superinfektion?

W. Kunze¹, Th. Klemm², K. Gröger¹

¹Abteilung Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus Wurzen, Kliniken des Muldentalkreises

²MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann und Kollegen, Leipzig

Hintergrund: Respiratorische Adenovirus (ADV)-Infektionen werden wegen erhöhter akute Phase Parameter häufig als bakteriell verursacht gedeutet.

Ziel: Mittels einer retrospektiven Analyse wurde untersucht, wie sich Procalcitonin (PCT), C-reaktives Protein (CRP), Leukozyten sowie Interleukin 6 (IL-6) bei Patienten mit einer PCR gesicherten ADV-Infektion im Vergleich zu bakteriellen Infektionen verhalten.

Patienten und Methode: 30 Patienten mit einer ADV- wurden mit 42 Patienten mit einer bakteriellen Infektion verglichen. Die Diagnostik umfasste: CRP, PCT, IL-6, Leukozyten, ADV-PCR, sowie Angaben zur Therapie.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Bestimmung von CRP und Leukozyten sind in beiden Gruppen deutlich erhöht, unterscheiden sich jedoch signifikant. PCT wurde median mit 0,32 µg/L bestimmt, was eine messbare (Normalbereich), aber nicht signifikante Infektion bedeutet. 63,4% der ADV-positiven Patienten weisen einen PCT-Wert von <0,05, 33,3% <0,5 ng/L auf. 29 von 31 ADV- positiven Patienten (96,7%) weisen PCT-Werte <0,5 µg/L auf. IL-6 wurde mit 44,34 ng/L bestimmt, deutlich oberhalb der Norm. In der ADV positiven Gruppe erfolgten 15 Blutkulturen (48,4%) ohne Keimnachweis. Antibiotika ≥ 5 Tage erhielten 30% der ADV- positiven Patienten, bei 70% erfolgte keine Antibiotika-Therapie bzw. wurde vorzeitig beendet. Eine Antibiotika-Therapie hatte keinen Einfluss auf den Verlauf einer ADV-Infektion.

Diskussion: Die Frage, ob erhöhte CRP-Werte bei ADV-Infektionen Ausdruck einer bakteriellen Superinfektion handelt.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen, dass PCT bei der Unterscheidung von ADV- von bakteriellen Infektionen hilfreich ist.

P50 Lymphknotentuberkulose und Bronchustuberkulose bei einer 5-jährigen Patientin mit systemischer juveniler idiopathischer Arthritis (SoJIA) unter Immunsuppression mit Methotrexat

M. Scheler, A. Sauerbrey

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Thüringer Kinderreumazentrum, HELIOS-Klinikum Erfurt GmbH

Einleitung: Die SoJIA geht oft mit Lymphknotenschwellungen und Fieberschüben einher, was eine differentialdiagnostische Herausforderung darstellt. Bei unserer Patientin zeigten sich im akuten Krankheitsschub im Rahmen der Diagnostik verkalkte cervikale Lymphknotenschwellungen, was unter dem initialen Verdacht auf eine atypische Mykobakteriose zur Diagnose der Tuberkulose führte.

Zielstellung: Zuverlässige Diagnosesicherung einer Tuberkulose und Abgrenzung vom akuten Schub der rheumatologischen Grunderkrankung.

Methoden: Mendel-Mantoux-Test, γ-Interferon-Test, Sonographie, CT-Thorax, Magensekret und Lymphknotenbiopsie, Literaturrecherche.

Ergebnisse: Cervikale Lymphadenopathie mit multiplen Verkalkungen, verkalkter Rundherd in der rechten Lunge, positiver Mendel-Mantoux- und γ-Interferon-Test, verkäsende Granulome vom Tuberkulose-Typ in der Lymphknotenbiopsie und kultureller Nachweis von *M. tuberculosis* im Magensaft. Zusammenfassend ist von einer Lymphknotentuberkulose und Bronchustuberkulose auszugehen, die eine mehrmonatige tuberkulostatische Kombinationstherapie erfordert.

Diskussion: Eine gezielte Anamnese bezüglich Tuberkulosekontakt und eine immunologische Diagnostik ist bei immunsupprimierten Patienten zu empfehlen.

Schlussfolgerung: Insbesondere bei Patienten mit gesicherter SoJIA sollten seltene Infektionserkrankungen in die differentialdiagnostischen Überlegungen mit einbezogen und abgeklärt werden.

P51 Tuberkulöse Meningoencephalitis bei einem Patient ohne Migrationshintergrund – eine Rarität

J. Ahlers¹, L. Bauer², C. Vogel¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz gGmbH

²Institut für bildgebende Diagnostik, Klinikum Chemnitz gGmbH

Hintergrund: Tuberkulöse Meningoencephalitis ist eine seltene, schwere Form der extrapulmonalen Tbc. Gehäuftes Auftreten findet sich in Ländern mit hoher Tbc-Prävalenz sowie bei immungeschwächten Patienten.

Fallbericht: Ein 7 jähriger Junge erkrankte an seröser Meningoencephalitis mit Krampfanfällen und SIADH. Nach initial unauffälligem MRT kam es unter Therapie mit Ceftriaxon und Prednisolon i.v. zu Somnolenz und Hirnnervenausfällen. Bei Hydrocephalus internus erfolgten Intubation, Beatmung sowie externe Liquordrainage. Immundiagnostik und kutaner TBC-Test blieben negativ. Bei erneutem MRT wurde der Verdacht auf tuberkulöse Meningoencephalitis gestellt, welcher per Liquor-PCR und nach 5 Wochen durch Kulturen bestätigt wurde. Eine umgehend begonnene Therapie erfolgte zunächst mit Rifampicin, Isoniazid, Pyrazinamid und Streptomycin, im Verlauf teilw. Umstellung auf Ethambutol bzw. Protionamid. Hierunter wurde eine Progredienz verhindert, radiologisch zeigte sich jedoch eine ausgeprägte Defektbildung. Die externe Ableitung wurde nach negativer Liquor-PCR durch einen VP-Shunt ersetzt. Nach Reduktion der Analgosedierung bot der Patient ein apallisches Syndrom. Unter Fortsetzung der Therapie wurde er in stabilem Zustand in ein Zentrum für neurologische Frührehabilitation verlegt. Der Infektionsweg blieb ungeklärt.

Diskussion: Tuberkulöse Meningoencephalitis ist ein seltenes Krankheitsbild mit sehr ungünstiger Prognose. Frühzeitige Diagnose und Therapie sind von großer Bedeutung.

Kardiologie

P52 Bronchitis plastica als Ursache von Reanimationen nach totaler cavopulmonaler Anastomose (TCPC)

N. Wolf¹, M. Weidenbach¹, F.T. Riede¹, J. Hamsch¹, M. Kostelka², I. Dähnert¹

¹Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum, Universität Leipzig

²Klinik für Herzchirurgie, Herzzentrum, Universität Leipzig

Einleitung: Die Bronchitis plastica ist eine seltene, schwere Komplikation nach TCPC. Sie ist durch Bildung von großen Bronchialausgüssen charakterisiert.

Kasuistik: Wir berichten über einen 3 Jahre alten Jungen mit komplexem Herzfehler mit univentrikulärer Zirkulation. Nach Komplettierung der univentrikulären Palliation (TCPC) kam es im Abstand von 2 und 3 Monaten zur Trachealverlegung und Reanimation aufgrund eines Bronchialausgusses. Beim 1. Reanimationsereignis konnte der Ausguss durch Beutelbeatmung nach Intubation entfernt werden. Bei der 2. Reanimation wurde das "brochial cast" durch Notfallbronchoskopie geborgen. Therapeutisch wurde katheterinterventionell eine Fenestrierung zwischen extrakardialem Konduit und linkem Vorhof durchgeführt. Außerdem wurde versucht, die Ausgüsse bronchoskopisch zu entfernen. Medikamentös wurde mit antikongestiver Therapie, Diuretika, Sildenafil, Mukolytika, Inhalationen mit Budesonid, Dornase alfa und Alteplase behandelt. Eine MCT-Diät wurde begonnen und es erfolgte intensive Physiotherapie. Im Zeitraum von 9 Monaten nach Fenestrierung bilden sich keine „bronchial casts“ mehr.

Schlussfolgerung: Die Bronchitis plastica ist aufgrund der hohen Morbidität und Mortalität eine intensivmedizinische Herausforderung. Therapeutische Maßnahmen sind limitiert und basieren auf Einzelfallberichten. Grundlage bilden Strategien zur Optimierung der Hämodynamik sowie Maßnahmen zur Unterstützung der Expektoration und Lyse der Bronchialausgüsse.

P53 Hochgradige Aortenstenose mit Aorto-linksventrikulärem TunnelN. Pfeil¹, F. Wild¹, M. Weidenbach¹, M. Kostelka², I. Dähnert¹¹Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum, Universität Leipzig²Klinik für Herzchirurgie, Herzzentrum, Universität Leipzig

Fallbericht: Ein 3 Tage altes Neugeborenes wurde zur Abklärung eines Herzgeräusches, welches erstmalig in der U2 auffiel, in unsere Klinik verlegt. Die körperliche Untersuchung war bis auf ein 4/6 systolisch-diastolisches Herzgeräusch unauffällig. Blutgase und Lactat waren im Normbereich. Echokardiographisch zeigte sich eine verdickte dysplastische Aortenklappe mit hochgradiger Stenose und ein Aorto-linksventrikulärer Tunnel, welcher über dem rechten Koronarsinus mündete. Der Durchmesser des Tunnels am Eintritt zur Aorta betrug 3 mm. Die Aorta ascendens war deutlich dilatiert. Wir führten am 9. Lebenstag eine Ross-Operation und die Resektion des Aorto-linksventrikulären Tunnels durch. Der postoperative Verlauf gestaltete sich weitgehend komplikationslos und der Patient konnte am 14. postoperativen Tag entlassen werden.

Zusammenfassung: Ein Aorto-linksventrikulärer Tunnel ist eine seltene Anomalie, die mit Veränderungen der Aortenklappe assoziiert ist. In der Literatur sind nur wenige Fälle beschrieben.

Durch den Aorto-linksventrikulären Tunnel konnte bei unserem Patienten ein ausreichendes Blutvolumen aus dem linken Ventrikel in den Systemkreislauf gelangen. Gleichzeitig war der Tunnel restriktiv genug den diastolischen Rückfluss zu limitieren, so dass der Patient hämodynamisch stabil blieb. Dies ist, nach unserem Wissen, der erste beschriebene Fall eines Aorto-linksventrikulären Tunnels mit hochgradiger Aortenstenose, der mit Ross-Operation behandelt wurde.

P54 Aplasia cutis congenita als primärer Hinweis auf ein konnatales Vitium cordisW. Wiederanders¹, M. Kostelka¹, I. Dähnert¹, C. Heß², L. Patzer²¹Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig GmbH²Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)

Wir berichten über zwei Patienten, welche uns nach unauffälliger Schwangerschaft und Geburt wegen postnatal auffälliger Adaptationsstörung und Aplasia cutis congenita am behaarten Kopf zugewiesen wurden. Bei beiden wurde die Diagnose eines hämodynamisch relevanten Vitium cordis gestellt. Bei dem nun 19 Monate alten Jungen fiel im Rahmen der bei respiratorischer Adaptationsstörung durchgeführten Echokardiographie ein Truncus arteriosus communis Typ I auf. Die operative Korrektur erfolgte im Alter von drei Wochen. Im Falle der zweiten Patientin zeigte sich ein hypoplastisches Linksherzsyndrom bei Mitralklappendysplasie und Papillarmuskelabriss. Der weitere Verlauf war kompliziert nach kardiogenem Schock infolge Linksherzversagens am ersten Lebenstag. Die Patientin verstarb in der sechsten Lebenswoche. Schlussfolgerung: Anhand der vorgestellten Kasuistik soll die Notwendigkeit der weiterführenden Diagnostik bei der heterogenen Aplasia cutis congenita dargestellt werden. Aufgrund des Vorkommens bei Patienten mit Trisomie 13 und dem seltenen Adams-Oliver-Syndrom sollte betroffenen Familien eine genetische Beratung empfohlen werden.

P55 Diagnostik und Therapie bei Patienten mit primärem Herztumor – Patienten am Herzzentrum Leipzig in den letzten 10 JahrenP. Kinzel¹, V. Razek², M. Kostelka³, I. Dähnert¹¹Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig²Herzzentrum und kardiovaskuläres Forschungszentrum, Universitäts-Hospital Motol in Prag 3³Klinik für Kardiochirurgie, Herzzentrum Leipzig

Primäre Herztumoren treten extrem selten auf. Überwiegend sind die Tumoren im Kindesalter benigne.

Patienten und Methode: In einem Zeitraum von 10 Jahren wurden 17 Patienten mit Herztumor in unserer Klinik gesehen. In dem Krankengut fand sich 10 x ein Rhabdomyom, 3x ein Fibrom, 1x ein Myxom, 1x ein Sarkom, 1x Verdacht auf Hämangiom und ein weiterer gutartiger Tumor, der selbst pathologisch-anatomisch nicht abgeklärt werden konnte.

Ergebnisse: Symptomatisch war 1 Kind mit Rhabdomyom im rechten Vorhof durch Rhythmusstörungen. Bei den anderen Patienten wurde die intrakardiale Raumforderung als Zufallsbefund bei der echokardiographischen Untersuchung entdeckt. Bei Diagnosestellung befanden sich die Kinder im Alter von 0-13 Jahren. In 7 Fällen, ausschließlich Rhabdomyomen, kam es zur spontanen Regression. Bei 8 Patienten wurde der Tumor operativ entfernt. Kein Patient verstarb.

Schlussfolgerung: Die Tumordiagnose wird in erster Linie mittels Echokardiographie, MRT/CT und, wenn erforderlich zusätzlich durch histologische Untersuchung gestellt. Die klinische Symptomatik ist in der Regel unspezifisch. Bei Ausflussbahnobstruktionen, Klappenfunktionsstörungen und/oder tumorbedingter myokardialer Dysfunktion und bei progredientem Tumorwachstum ist eine operative Tumoresektion oder Teilresektion indiziert. Ziel Der Operation ist die bestmögliche Herzfunktion postoperativ.

P56 Linksseitige Oberbauchschmerzen

A. Hintersdorf¹, E. Bieck¹, S. Hartung², A. Strohmmer³, M. Weidenbach⁴, W. Pernice¹

¹Abteilung Pädiatrie, Kreiskrankenhaus Torgau

²Abteilung Chirurgie, Kreiskrankenhaus Torgau

³Abteilung Radiologie, Kreiskrankenhaus Torgau

⁴Abteilung Kinderkardiologie, Herzzentrum Universität Leipzig

Linksseitige Oberbauchschmerzen können vielfältige Ursachen aufweisen und lassen zunächst an Obstipation, Gastroenteritis oder psychosomatische Beschwerden denken. Wir berichten über einen 17-jährigen Patienten, der sich mit krampfartigen linksseitigen Oberbauchschmerzen, Erbrechen und dünnem Stuhlgang auf unserer Kinderstation vorstellte. Seit 2 Wochen Fieber, Appetitlosigkeit, Visusstörung, seit 3-4 Monaten starke Kopfschmerzen, Nachtschweiß, Leistungsknick und Gewichtsverlust von 7 kg. Auch unter antibiotischer Behandlung waren die Infektionsparameter steigend. Blutkulturen waren negativ. Das MRT des Abdomens zeigte einen Milzinfarkt. Echokardiographisch stellte sich eine bikuspidale Aortenklappe mit flottierender Vegetation sowie vom Klappenannulus ausgehendem perivalvulären Abszess dar. Daraufhin Verlegung zur weiteren Therapie ins Herzzentrum Leipzig. Dort erfolgte der biologische Aortenklappenersatz sowie Abszessausträumung. Peri- und postoperativ wurde die antibiotische Therapie fortgesetzt. Als Fokus der Endokarditis zeigte sich eine ausgeprägte Karies, die im Verlauf unter antibiotischer Abschirmung saniert wurde. Der Patient konnte im stabilen Allgemeinzustand entlassen werden. Für 3 Monate erfolgte eine antikoagulatorische Behandlung mit Falithrom, im Verlauf Dauermedikation mit ASS. Bei dem Patienten stand der Milzinfarkt als embolische Komplikationen im Vordergrund und ließ erst bei der Abklärung der Differentialdiagnosen an eine Endokarditis denken.

P57 Ross-Operation bei Aortenklappenendokarditis im Kleinkindalter

M. Y. Cho¹, M. Weidenbach², R. Wagner², I. Dähnert², F. W. Mohr¹, M. Kostelka¹

¹Herzchirurgie, Herzzentrum Leipzig (HZL), Universitätsklinik Leipzig

²Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig (HZL), Universitätsklinik Leipzig

Die infektiöse Endokarditis (IE) tritt im Kindesalter selten auf. Eine Steigerung der Inzidenz im Kindesalter ist zu beobachten. Angeborene Herzfehler(CHD) gelten als prädisponierender Faktor. In 10% der Fälle entwickelt sich eine IE bei Kindern ohne CHD. Fallbericht: Ein 18 Monate altes Kind wird aufgrund eines seit 3d bestehenden Infektes bis 40°C mit Schüttelfrost stationär aufgenommen. Eine Pneumonie wird bei erhöhten Infektparametern mit i.v. Ampicillingaben therapiert. Am 4.d fällt ein neu aufgetretenes Herzgeräusch auf. Echokardiographisch sind an der Aortenklappe Vegetationen zu sehen mit Insuffizienz. Im HZL bestätigt sich der Befund und zusätzlich zeigt sich ein paravalvulärer Abszess. Die Antibiose wird auf eine 3er Kombination umgestellt. Intra-OP ist die Aortenklappe nicht zu erhalten. Es wird eine Ross-Operation mit einem 16mm Contegragraft durchgeführt. Der postoperative Verlauf ist komplikationslos mit Extubation am 1. POD. Die Neoklappen sind minimal insuffizient. Neurologisch gibt es keine Auffälligkeiten. Die Blutkulturen und Abstrich intraoperativ blieben alle negativ. Schlussfolgerung: Auch wenn die IE im Kleinkindalter selten ist, sollte sie als DD nicht vergessen und aggressiv antibiotisch behandelt werden. Es ist eine Zunahme von IE im Kindesalter ohne CHD zu beobachten. Die operative Sanierung ist im Kleinkindalter je nach Befund nötig und gut durchführbar. Bei zerstörten Klappen sind Folgeeingriffe zu erwarten, trotz des guten Post-OP Ergebnis.

P58 Ventrikuläre Tachykardie bei strukturell und funktionell normalen Herzen

F. Raue, I. Dähnert, R. Gebauer

Abteilung Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig

Einleitung: Ventrikuläre Tachykardien (VT) sind bei strukturell und funktionell normalen Herzen im Kindesalter selten sind potentiell lebensbedrohlich.

Kasuistik: Vorstellung eines herzgesunden 14-Jährigen mit anamnestisch dreimaligen Tachykardien, die bis auf eine im Krankenhaus beendet wurden (1x Kardioversion, 1xBetablockergabe). Die EKG-Dokumentation ließ aufgrund der eher schmalen QRS Komplexe auf die wesentlich häufigeren supraventrikulären Reentry Tachykardien (AVNRT oder AVRT bei akzessorischer Bahn) vermuten, weil diese aufgrund von höherer Herzfrequenz auch mit QRS Verbreiterung (=QRS Abberation) vorkommen können. In der elektrophysiologischen Untersuchung (EPU) konnte eine akzessorische Leitungsbahn oder AV Knoten-Reentry-Tachykardie ausgeschlossen werden. Weil die klinische Dokumentation breitere QRS Komplexe hatte, wurde Kammerstimulation durchgeführt. Dabei wurde eine anhaltende VT mit klinischer QRS Morphologie ausgelöst. Es handelte sich um eine faszikuläre VT, die bei strukturell normalen Herzen vorkommen kann. Durch transeptalen Zugang wurde dann der linke Ventrikel erreicht, dort im Bereich des posterioren Schenkels wurde den Fokus gefunden und erfolgreich ablatiert.

Schlussfolgerung: Bei breitkomplexer Tachykardie soll man auch im Kindesalter differentialdiagnostisch über VTs nachdenken und entsprechend therapieren.

P59 Lungenembolie – wichtige Differentialdiagnose der Dyspnoe

M. Langhammer¹, U. Fleischer¹, I. Dähnert³, A. Polednia², E. Robel-Tillig¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg Leipzig

²Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Klinikum St. Georg Leipzig

³Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig

Einleitung: Die potentiell lebensbedrohliche Lungenembolie ist in der Pädiatrie besonders in der Infektsaison eine seltenere Differenzialdiagnose der Dyspnoe. Als prädisponierende Faktoren sind neben Operationen, Immobilisierung und Geschlechterprädisposition auch Störungen der Blutgerinnung, Einnahme oraler Kontrazeptiva und das Rauchen zu nennen.

Fallbericht: Wir berichten über eine 17 4/12 Jahre alte Adoleszente, die sich mit Ruhedyspnoe in unserer Klinik vorstellte. Die Beschwerden bestanden in Form leichter Belastungsdyspnoe seit ca. 6 Monaten, seit 1 Woche vor stationärer Aufnahme zunehmende Verschlechterung der respiratorischen Situation. Das CT der Lunge ergab eine ausgeprägte zentrale Lungenembolie beidseits. Nach Verlegung ins Herzzentrum Leipzig erfolgte die operative Entfernung mehrerer alter und frischer Thromben. Die Patientin konnte am 14. postoperativen Tag in stabilem Allgemeinzustand entlassen werden. Neben Geschlecht und einer neu diagnostizierten heterozygoten Prothrombin-Mutation (G20210A) lagen als weitere Risikofaktoren eine orale Kontrazeption sowie Rauchen bei der Patientin vor.

Schlussfolgerung: Besonders bei älteren pädiatrischen Patienten mit zusätzlichen Thromboserisiken sollte auch bei schleichendem Auftreten pulmonaler Beschwerden an eine Lungenembolie gedacht werden.

Gerinnung

P60 Sinusvenenthrombose als Erstsymptom eines Antiphospholipidsyndroms

B. Ackermann, A. Hofmann

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz gGmbH

Hintergrund: Das Antiphospholipidsyndrom (APS) ist eine der häufigsten Autoimmunerkrankungen (Prävalenz 2-5%). Eine Sinusvenenthrombose (SVT) ist mit 3-5 Erkrankungen pro 1 Million selten, das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 30-40 Jahren.

Fallbericht: Wir berichten über eine 15 6/12J Jugendliche, die sich in unserer Klinik wegen rezidivierender Kopfschmerzen und seit einem Tag bestehendem Erbrechen vorstellte.

Der klinische Status zeigte keinen pathologischen Befund. Augenärztlich zeigte sich eine Stauungspapille. MRT: Langstreckige SVT links im dist. Teil des Sinus transversus beginnend, über den Sinus sigm. bis in die V. jugularis interna reichend. Auf der Gegenseite im dist. Teil des Sinus transversus kurzstreckiger umpülter Thrombus.

Risikofaktoren: Familienanamnese unauffällig. Kontrazeption mit Desmin®. Heterozygote MTHFR A1298C Mutation. Klinischer Verlauf: Unter Therapie mit niedermolekularem Heparin (Clexane®) besserte sich die Symptomatik, ein Kontroll-MRT zeigte eine Befundbesserung. Im weiteren Verlauf konnte ein APS definitiv bestätigt werden, eine Dauertherapie mit Marcumar® wurde eingeleitet. Der Nachweis von Lupus-Antikoagulation und Cardiolipid-AK spricht bei unserer Patientin für ein APS als Ursache der SVT.

Differentialdiagnostik: Auch bei pädiatrischen Patienten muss bei Kopfschmerzen an eine Sinusvenenthrombose gedacht werden. Ein komplettes Thrombophilie-Screening ist notwendig um seltene Erkrankungen (z.B. ein APS im Jugendalter) zu diagnostizieren.

P61 Die Immature Plättchenfraktion (IPF) als neuer Parameter zur Abklärung einer Thrombozytopenie bei Kindern – Ergebnisse einer Pilotstudie

S. Hackel¹, J. Lohse¹, B. Arneith², R. Knöfler¹

¹Klinik und Poliklinik für Kinder- Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

²Institut für Klinische Chemie und Labormedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Einleitung: Immature Plättchen sind reich an Rest-RNA und als Prozentanteil (IPF%) an der Gesamthrombozytenfraktion sowie als Absolutwert (IPF#) angegeben. Bisher publizierte Daten lassen vermuten, dass sich dieser Parameter als nützlich für die Differenzialdiagnostik der Thrombozytopenie (TP) bei Kindern erweisen könnte.

Methoden: Bei 75 Kindern, darunter 32 Gesunden (8 Säuglinge, 7 Klein- und 17 Schulkinder), 14 mit akuter (n=6) und chronischer Immunthrombozytopenie (ITP, n=8) sowie bei 29 mit vor allem schwerer Hämophilie A (n=23) und B (n=6) wurden IPF% und IPF# am SYSMEX XE 5000 Hämatologie- Analyzer bei der Untersuchung des Routineblutbilds mitbestimmt.

Ergebnisse: ITP-Patienten wiesen ein signifikant höheres IPF% (MW: $17,8 \pm 12,5\%$; Bereich: 3,5 - 42,9) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG; $1,7 \pm 1,3\%$; 0,4-6) auf, wobei zwischen akuter ($20,1 \pm 15,9\%$; 3,5 - 42,9) und chronischer ITP ($16,0 \pm 10,2\%$; 4,8 - 29,1) kein signifikanter Unterschied bestand. Aufgrund der verminderten Gesamthrombozytenzahl bei ITP (35 ± 29 G/l; Bereich: 3 - 80) bestand erwartungsgemäß kein signifikanter Unterschied für IPF# im Vergleich zur KG. Hämophiliepatienten wiesen weder für IPF% noch für IPF# signifikante Unterschiede zur KG auf.

Schlussfolgerung: Die Bestimmung des IPF% könnte sich im Kontext mit Anamnese und den klinischen Befunden als ein wesentlicher Laborparameter für die Differenzialdiagnostik bei isolierter TP im Kindesalter erweisen. Dazu sind weitere Untersuchungen erforderlich.

P62 Idiopathische Thrombose der linken A. iliaca communis bei einem 15 jährigen Patienten, 5 Monate nach Resektion eines Ganglioglioms

C. Junge¹, L. Fischer², S. Rohm³, P. Fellmer⁴, P. Kinzel⁵, W. Hirsch⁶, H. Christiansen², Th. Richter¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Fachkrankenhaus Hubertusburg, Wernsdorf

²Abteilung für pädiatrische Onkologie, Hämatologie und Hämostaseologie, Universität Leipzig

³Abteilung für Gefäßchirurgie, Diakonissenkrankenhaus Leipzig

⁴Abteilung für Viszeral-, Transplantations-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universität Leipzig

⁵Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig

⁶Abteilung für pädiatrische Radiologie, Universität Leipzig

Wir berichten über einen 15-jährigen Patienten, der eine akute Thrombose der linken A. iliaca communis erlitt. Es erfolgte die chirurgische Thrombusresektion nachdem sowohl eine Lyse als auch eine transfemorale Entfernung mittels Fogarty-Katheter erfolglos blieben. Der Ursprung des Thrombus bleibt unklar. Eine kardiale Grunderkrankung bzw. ein Aortenaneurysma konnten als Thrombemboliequelle ausgeschlossen werden. Es bestanden keine arterielle Verletzung im Vorfeld oder Entzündungsreaktion, keine externe Kompression der Arterie und kein Hinweis auf eine angeborene oder erworbene Thrombophilie. Interessanterweise wurde bei dem Patienten fünf Monate zuvor die Resektion eines Ganglioglioms im linken Parietallappen durchgeführt. Dies ist der nun zweite publizierte Fall einer idiopathischen arteriellen Thrombose in Kombination mit einem zuvor bestehendem Gangliogliom.

Neuropädiatrie

P63 Array-CGH in der sozialpädiatrischen Praxis

J. Seidel¹, O. Bartsch², J. Kohlhasse³, I. Graneß¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, SRH Wald-Klinikum Gera

²Institut für Humangenetik, Universität Mainz

³Praxis für Humangenetik, Freiburg (Breisgau)

Einleitung: Die Array-CGH hat sich aktuell in der Diagnostik syndromatischer Krankheitsbilder zunehmend etabliert.

Zielstellung: Es stellt sich die Frage, inwieweit diese Methode auch zur Abklärung genetisch bedingter Entwicklungsstörungen beitragen kann.

Methode: Vorgestellt werden die Befunde des CGH-Microarray (Agilent 180A) von 10 Patienten (im Alter von 3-14 Jahren) mit Entwicklungsstörungen, milden Dysmorphien, Verhaltensauffälligkeiten oder Wahrnehmungsstörungen. Die Ergebnisse werden bezüglich einbezogener Gene und Literatur- und Datenbankabgleich dargestellt.

Ergebnisse: Bei den 10 Patienten fanden sich in der Array-CGH Veränderungen (Deletionen und Duplikationen); bei 9 konnte im Abgleich mit der DECIPHER- Datenbank eine kausale Diagnose gestellt werden. In einem Fall war eine unbekannte Kopienzahl-Varianz (CNV) nachweisbar, bei der auch nach Einbeziehung der Eltern (quantitative Real-Time-PCR) die Bedeutung dieser Veränderungen nicht eindeutig geklärt werden konnte.

Diskussion: Beim Auftreten von unklaren Entwicklungsstörungen, die sich mit konventionellen genetischen Methoden (Chromosomenanalyse, FISH-Technik und MLPA) nicht abklären lassen, ist die Durchführung einer Array-CGH indiziert, da sie in bis zu 30% dieser Fälle eine ätiologische Aufklärung erbringt. Teilweise lassen sich aufgrund des Nachweises der Beteiligung spezifischer Gene Aussagen zur Prognose und Behandlung treffen.

P64 Kindliche Chorea Huntington – ein Fallbericht

I. Graneß¹, C. Nevinny-Stickel-Hinzpeter², I. Schreyer³, J. Seidel¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, SRH Wald-Klinikum Gera

²synlab, Medizinisches Versorgungszentrum Humane Genetik München GmbH

³Praxis für Humangenetik, Zentrum für Ambulante Medizin, Universitätsklinikum Jena

Einleitung: Die Chorea Huntington ist eine bisher unheilbare autosomal dominant vererbte neurodegenerative Erkrankung, die meist zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr zu ersten Symptomen führt. Ursache ist die Expansion eines CAG-Trinukleotids im Huntingtin-Gen, das auf dem kurzen Arm des Chromosoms 4 (p16.3) liegt. Gesunde Individuen zeigen 9-35 Wiederholungen des Basen-Triplets. Je häufiger die Wiederholung vorkommt, umso früher kommt es zur Krankheitsmanifestation (Antizipations-Effekt).

Zielstellung: Eine kindliche Chorea Huntington ist eine sehr seltene Erkrankung. Nur etwa 0,5-2 % der Betroffenen erkranken vor dem 10. Lebensjahr. **Methode:** Falldemonstration.

Ergebnisse: Berichtet wird über einen 9 1/2 Jahre alten Knaben, der etwa ab dem 4. Lebensjahr durch eine progrediente Bewegungsstörung und Entwicklungsverzögerung auffällig wurde. Neben einem unsicheren, kraftlosen Gangbild fielen stark verlangsamte Bewegungsabläufe, eine ungewöhnliche Fallneigung, dystone Bewegungsmuster, eine Dysarthrie und ein Tremor der Hände auf. Bei bekannter Chorea Huntington in der väterlichen Familie wurde das Huntingtin-Gen analysiert und ein pathologisch expandiertes Allel mit 80 CAG-Repeats festgestellt.

Diskussion: Bei im Vordergrund stehendem hypokinetischen Bewegungsmuster mit Dystonie und Dysarthrie handelt es sich um die sogenannte Westphal-Variante der Chorea.

Schlussfolgerung: Bei Entwicklungsstörung und positiver Familienanamnese ist eine Untersuchung des Huntingtin-Gens sinnvoll.

P65 Kinder mit Fragilem-X-Syndrom im nördlichen Sachsen-Anhalt

C. Spillner¹, B. Brett¹, A. Köhn², A. Reißmann²

¹Kinderzentrum Magdeburg gGmbH, Sozialpädiatrisches Zentrum

²Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt, Magdeburg

Das Fragile-X-Syndrom (FraX) ist die häufigste genetische Ursache (FMR1-Gen Mutation) einer angeborenen geistigen Behinderung (AGB). Im Vordergrund stehen Defizite im Spracherwerb und Verhaltensauffälligkeiten (autistische Züge, Hyperaktivität, Aggressivität). Mädchen sind in der Regel schwächer betroffen als Jungen. Methodik: Analyse der Patientendaten (Pat.), die in den Jahren 1994-2010 im Sozialpädiatrischen Zentrum Magdeburg (SPZMD) mit kombinierter Störung des Sozialverhaltens und Emotionen (ICD-10-GM: F92.-), Entwicklungsstörung (F84.-, F83) oder Intelligenzstörung (F70.- bis F79.-) vorgestellt wurden.

Ergebnisse: Identifizierung von 21 Patienten (n=20 Knaben, n=1 Mädchen) mit nachgewiesener Vollmutation eines FraX. Alter bei Feststellung einer AGB durchschnittlich 44,5 Lebensmonate (min. 5 Monate, max. 93 Monate), Alter bei Diagnosestellung durchschnittlich 60,8 Lebensmonate (min. 14 Monate, max. 129 Monate). Bei 122.886 Lebendgeborenen (LG) im nördlichen Sachsen-Anhalt (1994-2010) waren insgesamt 10.269 (8,36% der LG) im Laufe ihres Lebens einmal im SPZMD vorgestellt worden. Bei 0,017% der LG Jungen (n=20) wurde die Diagnose FraX gestellt (Prävalenz: 1:6.144).

Zusammenfassung: Bei unterschiedlichen Ausprägungen der AGB betroffener Kinder kann die Diagnose nur mit Hilfe humangenetischer Analysen gestellt werden. So kann eine möglichst frühzeitige Diagnosestellung erreicht werden, um Kinder adäquat zu fördern und die Familien über die Erkrankung aufzuklären.

P66 Fokale Epilepsie bei multiplen supra- und infratentoriellen Raumforderungen mit z. T. ausgeprägtem Perifokalödem im Rahmen einer autoimmunologischen Encephalitis – eine Patientenkasuistik

A. Rabe, A. Lemmer, A. Sauerbrey

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Erfurt GmbH

Anamnese: Vorstellung eines mental und motorisch altersgerecht entwickelten 13 Monate alten Knaben mit ersten selbstlimitierenden Tonus – und Bewusstseinsverlust bei postiktal unauffälligen neurologischen Status.

Diagnostik: Herdbefund im EEG. Sonografie und Magnetresonanztomografie des Schädels mit fokalen Hirnparenchymveränderungen links mehr als rechts, ohne Mittellinienverlagerung, ohne Hydrocephalus. Myelon unauffällig. Stereotaktische Biopsie mit Nekrosen und überwiegend histiozytärer Entzündung mit diskreter Vaskularisierung. Ausschluss von Infektionen oder onkologische Systemerkrankungen.

Wiederholende Liquoruntersuchungen ohne Nachweis neurotroper Erreger oder oligoklonaler Banden. Stoffwechselerkrankung aktuell ausgeschlossen.

Therapie und Verlauf: Bei Zunahme fokal generalisierender Anfälle antikonvulsive Therapie mit Levetiracetam, dann Erweiterung um Valproatsäure. Sonografisch schleichende Progredienz. Eine 14 tägige Antibiose intravenös mit Clindamycin, Unazid und Meronem bei anfänglich nicht sicher ausschließbarer Anaerobierinfektion mit zentralnervöser Absiedelung ohne Befundbesserung. Immunologische Genese am wahrscheinlichsten. Unter Therapie mit Methylprednisolon intravenös über 5 Tage Größenregredienz und Anfallsfreiheit. Trotz oraler Intervalltherapie mit Prednisolon erneute Anfallshäufung bei Abklingen der immunsuppressiven Wirkung der Therapie.

P67 3-jähriger mit rapider psychomotorischer Regression nach banalem Infekt – Manifestation des Leigh-Syndroms

P. Jachertz, A.-B. Hintz, A. Sauerbrey

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Erfurt GmbH

Einleitung: Vorstellung eines 3-jährigen Jungen mit Fieber, starker Müdigkeit, zunehmendem Verlust des Sprachwortschatzes und statomotorischer Fähigkeiten.

Zielstellung: Verifizierung der Verdachtsdiagnose einer Mitochondriopathie. Aufklärung des biochemischen und molekularen Defektes.

Methode: Labor- und Stoffwechselfeldiagnostik (Blut/Liquor), EKG, Echokardiographie, EEG; MRT(-Spektroskopie), neurophysiologische Diagnostik; Muskelbiopsat und pathohistologische Aufarbeitung; biochemische und genetische Untersuchung.

Ergebnisse: Symmetrische hyperintense Läsionen und Diffusionsstörungen in T2/FLAIR des MRT im Bereich des Hirnstammes und paraventrikulär des 3. Ventrikels. Hochgradige COX-Defizienz im Skelettmuskelbiopsat. Erhöhte Laktatwerte im Blut und Liquor cerebrospinalis. Aktivitätsminderung im Komplex IV der Atmungskettenenzyme. Kein Nachweis einer spezifischen Genmutation.

Diskussion: Eine Enzephalitis infektiologischer und immunologischer Genese konnte ausgeschlossen, ein Leigh-Syndrom im Rahmen einer Mitochondriopathie diagnostiziert werden. Der Nachweis einer spezifischen Genmutation gelang nicht. Im Verlauf zeigten sich eine Progredienz der cerebralen Läsionen sowie eine rasche Verschlechterung des klinischen Zustands des Patienten. Mittels einer ketogenen Diät gelang eine Reduktion der Hyperlaktatämie. Eine kausale Therapie gelang nicht.

Schlussfolgerung: Bei progredienter Enzephalopathie sollte eine mögliche mitochondriale Erkrankung bedacht werden.

P68 Anfälle bei komplexen mentalen Aktivitäten – ein Patient mit Reflexepilepsie

S. Patzer, A. Menz, L. Patzer

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale)

Reflexepilepsien sind selten. Am bekanntesten sind die Formen mit durch einfache Stimuli wie Lichtblitze ausgelösten Anfällen. Viel seltener treten Anfälle durch komplexe kognitive Reize auf.

Wir berichten über einen 14 Jahre alten Patienten, der bis zur Erstvorstellung in unserem Haus in verschiedenen Einrichtungen über 4 Jahre vorwiegend unter der Verdachtsdiagnose psychogener Phänomene behandelt wurde. Er hatte bis dahin etwa 30 Anfälle erlitten, die bei detaillierter Befragung immer bei hoher konzentrativer Anstrengung in Kombination mit unbedingtem Siegeswillen auftraten. Klassische Situationen, die zu komplex-fokalen und häufig auch sekundär generalisiert tonisch-klonischen Anfällen führten, waren Karten- und Brettspiele, Vorspielen in der Musikschule, Federballspielen oder Mathematikarbeiten in der Schule. Wir konnten durch mentale Antizipation und Brettspielen während der EEG-Ableitung einen eindrucksvollen Anfall auslösen, der mit einer ausgeprägten epileptischen Funktionsstörung im Hirnstrombild einherging. Wir stellten die Diagnose einer Reflexepilepsie. Unter einer Therapie mit Valproinsäure und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen ist der Patient bisher anfallsfrei geblieben.

Reflexanfälle, ausgelöst durch höhere kortikale Funktionen, sind sehr seltene Ereignisse und können leicht zu Fehldiagnosen führen. Entscheidend sind die detaillierte Anfallsanamnese und eine EEG-Ableitung, die die anfallsauslösende Situation nachstellt.

Hämatologie

P69 Seltene Ursachen für Anämien im Kindesalter

S. Stephan¹, N. Boxberger¹, U. Kluba¹, V. Aumann¹, I. Adams², P. Vorwerk¹

¹*Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Universitätskinderklinik, Universitätsklinikum Magdeburg*

²*Allgemeine Pädiatrie, Universitätskinderklinik, Universitätsklinikum Magdeburg*

Einleitung: Eine Anämie ist eine Erniedrigung der Hämoglobinkonzentration und/oder der Erythrozytenzahl im Blut. Die physiologischen Normwerte der Hämoglobinkonzentration bei Kindern sind altersabhängig. Neben vielfältiger laborchemischer Diagnostik sind Anamnese und klinischer Untersuchungsbefund differentialdiagnostisch entscheidend.

Methodik: Falldarstellung unter Berücksichtigung der klinischen Symptomatik und der erhobenen Befunde.

Ergebnisse: Wir berichten über 3 männliche Kinder, welche in unserem Zentrum aufgrund unklarer Anämie vorgestellt wurden. Patient 1: hatte plötzlich mit 3 8/12 Jahren eine akute lebensbedrohliche Hämolyse (Hb 1,6mmol/l, Hk 0,08), die sich als autoimmunhämolytische Anämie herausstellte. Patient 2: (11 8/12 Jahre) fiel durch eine unklare Eisenmangelanämie (Hb 3,8mmol/l, Hk 0,22) auf, die durch sein besonderes Essverhalten (Verzehr von Toilettenpapier) induziert wurde (Pica-Syndrom). Patient 3: zeigte im Alter von 4 7/12 Jahren nachweislich eine hypochrome, mikrozytäre Anämie (Hb 2,9mmol/l, Hk 0,17). 3 Jahre nach Symptombeginn wurde bioptisch eine idiopathische Lungenhämosiderose gesichert.

Schlussfolgerung: Unklare Anämien im Kindesalter können diagnostische Schwierigkeiten bereiten. Für eine eindeutige Zuordnung der zugrundeliegenden Ursachen sind Laborparameter allein häufig unzureichend bzw. irreführend. Unsere Fallbeispiele zeigen die Vielfalt der manchmal außergewöhnlichen Differentialdiagnosen.

P70 Erfahrungen mit der Behandlung der therapierefraktären autoimmunhämolytischen Anämie (AIHA) im Kindesalter mit Rituximab (RTX) und Cyclophosphamid (CP)

F. Reschke¹, J. Lohse¹, T. Jürgens¹, C. Lüdicke², M. Suttorp¹, R. Knöfler¹

¹*Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Bereich Pädiatrische Hämatologie und Onkologie*

²*Medizinische Klinik 1, Fachbereich Transfusionsmedizin*

des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Einleitung: Für die AIHA ist eine Hämolyse mit dem Nachweis eines positiven Coombs-Tests typisch. Bei Therapierefraktärität auf die Erstlinientherapie mit Prednisolon (PDN) und Immunglobulin G (IgG), kann eine Eskalation mit weiteren Immunsuppressiva erforderlich werden

Kasuistik 1: Ein 9 jähriger Junge mit einer AIHA, wurde bei fortbestehender Transfusionspflicht nach Therapie mit PDN (2mg/kg/d; 5d) und IgG (0,4 g/kg/d;5d) mit RTX (4 Gaben mit 375mg/m²; 1x/Wo) behandelt. Nach der 4. Gabe normalisierte sich das rote Blutbild. Insgesamt wurden 7 Erythrozytenkonzentrate (EK) transfundiert. Der Patient weist seit 3 Jahren kein Erkrankungsrezidiv und keine Therapielangzeitfolgen auf

Kasuistik 2: Ein 9 Monate alter Junge mit AIHA erhielt bei fehlender Response auf PDN und IgG ebenfalls RTX (Dosen wie bei Kasuistik 1). Trotz fehlendem B-Zellnachweis nach der 2. RTX-Gabe persistierte die Transfusionspflicht, so dass eine weitere Therapieeskalation mit CP (50 mg/kg/d, 5d) notwendig wurde. Dies wurde bis auf die temporäre CP-induzierte Knochenmarkdepression gut toleriert; im Verlauf stiegen die Werte des roten Blutbildes in den unteren Normbereich an, wobei sich paraklinisch weiter eine leichte Hämolyse zeigte. Insgesamt wurden 19 EK transfundiert; seit 12 Monaten besteht keine Transfuionsnotwendigkeit mehr.

Diskussion: Der Einsatz von RTX und CP ist bei einer therapierefraktären AIHA unter Berücksichtigung der zu erwartenden Immunsuppression und unklarer Langzeitfolgen zu erwägen.

Verschiedenes

P71 Das nationale Metadata Repository (MDR): Unterstützung bei der Planung und Erstellung von Datenbanken und Dokumentationsprozessen in klinischen Studien und Registern

M. Löbe^{1,2}

¹*Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie (IMISE), Universität Leipzig*

²*Center for Sepsis Control and Care (CSCC), Universitätsklinikum Jena*

Einleitung: Einen beträchtlichen Anteil des Aufwands für die Spezifikation von klinischen und epidemiologischen Forschungsprojekten nimmt die formale Beschreibung der Datenerhebung ein. Die präzise Festlegung von Dokumentationsmerkmalen hat erheblichen Einfluss auf deren Aussagekraft und Qualität.

Zielstellung: Primäres Ziel ist die Unterstützung der Wiederverwendung von Datenelementen bei der Planung und Erstellung von Datenbanken und Dokumentationsprozessen in prospektiven klinischen und epidemiologischen Studien und Registern.

Methode: Im Rahmen eines BMBF-geförderten Projekts wird ein nationales Metadata Repository (MDR) entwickelt, d.h. eine webbasierte Datenbank für häufige Dokumentationsmerkmale und standardisierte Fragebögen.

Ergebnisse: Die Abbildung der Anforderungen von klinischer und translationaler Forschung sowie technische Restriktionen bezüglich Versionierung, Rechteverwaltung und Kategorisierung resultieren in einem komplexen Datenmodell, welches für den Anwender hinter einer einfach zu bedienenden Oberfläche verborgen werden muss. Zudem können verbreitete medizinische Terminologien (z.B. ICD-10, OPS, LOINC, MedDRA) referenziert werden.

Schlussfolgerung: Die Nachnutzung bereits konsentierter Datenelemente beschleunigt nicht nur die Definition der Datenerhebung, sondern erhöht auch deren Qualität. Zusätzlich erleichtern gemeinsam genutzte Dokumentationsmerkmale die Zusammenführung von Datensätzen aus verschiedenen Quellen und deren übergreifende Auswertung.

P72 Seltene Differentialdiagnosen einer zystischen Raumforderung im Unterbauch bei einer Jugendlichen – Falldarstellung

L. Lehmann¹, V. Aumann¹, F. Karsten², D. Hosang², G. Jorch¹

¹*Universitätskinderklinik, Universitätsklinikum Magdeburg AöR, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg*

²*Universitätsfrauenklinik, Universitätsklinikum Magdeburg AöR, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg*

Es wird über ein elfjähriges Mädchen berichtet, welches wegen seit mehreren Monaten bestehenden Unterbauchbeschwerden in der Notambulanz vorstellig wurde, da die Schmerzen deutlich zugenommen hatten. Die Menarche war bei der Patientin noch nicht eingetreten. Im medianen Unterbauch fiel eine etwa kindskopfgroße, prallelastische, leicht druckdolente Resistenz auf. Das Labor, die Miktionsanamnese und die Urinanalyse ergaben unauffällige Befunde, sodass eine Abdomensonografie zur weiteren Abklärung veranlasst wurde.

Es wird anhand der Ultraschallbilder die Besonderheit des Krankheitsbildes demonstriert: Die homogene, echoreiche Darstellung des zystischen Inhaltes sowie der nach ventral-kranial verlagerte Uterus, der in die Raumforderung übergeht.

Anschließend werden mögliche Differenzialdiagnosen diskutiert. Dazu gehören bei Mädchen, neben einer massiv gefüllten Harnblase, Ovarialzysten sowie zystische abdominelle Tumoren, wie beispielsweise Teratome. Unterschiede und Gemeinsamkeiten werden anhand vergleichbarer sonografischer Abbildungen verdeutlicht.

Zusammenfassung: Die Hymenalatresie stellt mit einer Inzidenz von 0,05 bis 0,1% eine relativ seltene kongenitale Anomalie dar. Bei jungen Frauen äußert sie sich häufig durch intermittierende Unterbauchschmerzen bei ausbleibender Regelblutung. Neben einer gründlichen Anamnese und eingehenden körperlichen Untersuchung führt vor allem die Bildgebung mittels Sonografie zur Diagnosestellung.

P73 Nachweis einer diabetischen Nephropathie mit der PixelFlux-Technik bei Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1 ohne Mikroalbuminurie?

Th. Scholbach, N. Bergner, C. Vogel

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Chemnitz

Einleitung: Der Diabetes mellitus Typ 1 (DM1) ist die häufigste Stoffwechselerkrankung von Kindern und führt im Verlauf oft zur Nierenschädigung, deren Frühsymptom die Mikroalbuminurie ist. Vor Auftreten dieses

Befundes besteht der DM 1 jedoch bereits meist 10 – 15 Jahre. Ein früherer Nachweis der diabetischen Nierenschädigung wäre sehr wünschenswert.

Zielstellung: Durch Perfusionsmessung des Nierenparenchyms in konsekutiven Schichten mit Hilfe der PixelFlux-Technik soll die diabetische Schädigung der renalen Gefäße frühzeitig und vor Eintreten einer Mikroalbuminurie festgestellt werden.

Methode: Die Perfusion des Nierenparenchyms von 93 Kindern mit DM 1 ohne Mikroalbuminurie sowie von 71 nierengesunden Kindern wurde mit der PixelFlux-Technik (www.chameleon-software.de) gemessen.

Ergebnisse: Kinder mit DM1 weisen im proximalen Parenchym deutlich schlechtere Perfusion als Gesunde auf. Zudem fällt der Perfusionsgradient von proximal nach distal stärker ab. Der Tissue Resistance Index (TRI) korreliert signifikant mit Alter, Erkrankungsdauer, syst. Blutdruck und Kreatinin.

Diskussion: Die deutlich schlechtere Nierenperfusion bei Kindern mit DM 1 kann bereits vor Auftreten der Mikroalbuminurie Hinweise auf die sich entwickelnde Nephropathie geben.

Schlussfolgerung: Die Perfusionsmessung des Nierenparenchyms mit der PixelFlux-Technik bietet sich neben der Mikroalbuminurie zur Frühdiagnostik der Nephropathie an.

P74 Wachstumshormontherapie bei GHD – Kontrolle von Therapieverlauf und erreichter Erwachsenengröße – Analyse eines Prediktionsmodells

N. Maison, R. Gausche, M. Vogel, A. Striegler, M. Mohnike

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Magdeburg, CrescNet gGmbH Leipzig

Für die Substitutionsbehandlung von Patienten mit Wachstumshormonmangel wird in zahlreichen Studien eine Zunahme der Wachstumsgeschwindigkeit und das damit erreichte Aufholwachstum belegt. Das Endresultat der Therapie (Körpergröße im Erwachsenenalter) ist aufgrund der inhomogenen Datenlage wenig erforscht. In dieser monozentrischen Studie wurde der Therapieverlauf von Patienten mit Wachstumshormonmangel untersucht. Ziel war es, die Wertigkeit eines Prediktionsmodells bezüglich seiner Vorhersagegenauigkeit und Wertigkeit als Mittel zur Qualitätskontrolle und Entscheidungshilfe bei der Therapiegestaltung zu evaluieren. Anhand der erreichten Endgröße wurde die Bedeutung von Faktoren wie Alter, alkalische Phosphatase (AP) und Pubertät für das Ansprechen auf die Therapie untersucht. Die Therapiedaten von 178 in CrescNet protokollierter Patienten wurden zur statistischen Analyse herangezogen. Anhand des Prediktionsmodells nach Ranke wurden die Werte für die Wachstumsgeschwindigkeit berechnet und mit den erreichten Werten verglichen. Es zeigte sich eine sehr gute Übereinstimmung für das 1.-3 Therapiejahr, insbesondere für präpubertäre Patienten mit guter Wachstumsantwort und frühem Therapiebeginn. Der Zusammenhang von AP und Endgröße erwies sich als gering, wohingegen Alter und Pubertätsverlauf einen wesentlichen Faktor darstellten. Das Prediktionsmodell eignet sich zur Verlaufs- und Qualitätskontrolle. Für die Prognose der Endgröße müssen weitere Faktoren berücksichtigt werden.

P75 Quetiapin (Seroquel®)-Intoxikation bei einem 16-jährigen Jungen in suizidaler Absicht

N. Hirsch, C. Heß, L. Patzer

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)

Quetiapin (Seroquel®), ein Dibenzothiazepin, ist ein atypisches Neuroleptikum, welches zur Behandlung von Schizophrenie und Depressionen eingesetzt wird. Wir berichten über den Fall eines 16-jährigen Jungen, der ca. 40 Tabletten Seroquel® 300 mg (=12 g) seiner Mutter in suizidaler Absicht einnahm. Aufgefunden wurde er bewusstlos und im Erbrochenen liegend mit leerer Tablettenpackung. Es erfolgte die Betreuung auf unserer Intensivstation. Wir sahen initial einen komatösen, tachykarden und kardiopulmonal labilen Patienten. Im Verlauf entwickelte er eine Pneumonie, wurde intubiert, beatmet und antibiotisch behandelt. Therapeutisch erfolgten außerdem eine Alkalisierung des Urins mit Natriumbicarbonat, eine Kalium-Substitution sowie Clonidininfusionen. Eine schwere Rhabdomyolyse als bekannte Nebenwirkung entwickelte der Patient nicht. Am 5. Behandlungstag erfolgte die Extubation, am 10. Tag die Verlegung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der erste Quetiapin-Spiegel (ca. 1 ½ Stunden nach Eingang des Notrufs) lag mit 20 mg/l im „letalen“ Bereich (therapeutischer Bereich <1, toxisch > 2, letal >12 mg/l). Der Spiegelverlauf verhielt sich folgendermaßen: 9 h nach Aufnahme: 3960 ng/ml (therap. Bereich: 70-170), nach 33 h: 2500 ng/ml, nach 55 h: 437 ng/ml, nach 5 ½ Tagen: 16 ng/ml, nach 7 ½ Tagen <5 ng/ml. Verdeutlicht werden soll, dass die Plasmaspiegel von Quetiapin bei einer Intoxikation nicht den klinischen Verlauf voraussagen müssen. Der Junge überlebte eine „letale“ Dosis ohne bleibende Schäden.

P76 Das PFAPA-Syndrom – eine Patientenkasuistik

J. Wittke, A. Lemmer, A. Sauerbrey

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Erfurt GmbH

Einleitung: Das PFAPA-Syndrom gehört zu den rezidivierenden Fiebersyndromen. Durch die Kombination unspezifischer, im Kindesalter häufig auftretender Symptome wird es meist spät diagnostiziert. Patienten leiden an cervikalen Lymphknotenschwellungen, Pharyngitis und aphthöser Stomatitis und fiebern bis 41°C. Währenddessen liegt ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl vor. Die Episoden treten in periodischen Abständen von 2 - 6 Wochen auf. Die Erkrankung manifestiert sich typischerweise vor dem 5. Lebensjahr. Häufig wurde über Monate antibiotisch ohne Besserungstendenz behandelt, bevor die Diagnose gestellt wird. Prednisolon wird therapeutisch eingesetzt. Die Ätiologie des PFAPA-Syndroms ist bislang unbekannt.

Kasuistik: Wir berichten über einen 4-jährigen Knaben, der unter den Diagnosen einer Angina tonsillaris bzw. Lymphadenitis colli mehrfach ohne Therapieerfolg antibiotisch behandelt worden war.

Auf Grund der typischen Symptome konnte die Diagnose des PFAPA-Syndroms gestellt und erfolgreich behandelt werden.

Schlussfolgerung: Bei der Kombination von rezidivierendem Fieber, Pharyngitis, aphthöser Stomatitis und cervicaler Adenitis muss an das PFAPA-Syndrom gedacht und nicht indizierte Behandlungen vermieden werden. Prednisolon kann mit Erfolg zur Therapie eingesetzt werden. Die Prognose der Erkrankung ist gut, Entwicklung und Wachstum der Kinder sind nicht betroffen.

P77 Akute Sehstörung – eine Patientenkasuistik

A. Rabe, A. Lemmer, A. Sauerbrey

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Erfurt GmbH

Einleitung: Die Papillitis beschreibt eine Schwellung der Optikuspapille, die im Rahmen einer Entzündung des Nervus opticus auftreten kann. Dominierendes Symptom ist der progredienter Visusverlust, der bis zur Erblindung führen kann. Im Kindesalter überwiegen die autoimmunen Optikusneuritiden nach Virusinfektionen, postvakzinal oder assoziiert mit spezifischen viralen Infektionen (z.B. Mononukleose, Varizellen, Zytomegalie, Herpes simplex).

Kasuistik: Wir berichten über ein bisher gesundes 3-jähriges Mädchen mit rezidivierenden Augenschmerzen, akuter Sehstörung mit Verschwommensehen, fehlender Fixation und verminderter Lichtempfindlichkeit bei Sonneneinstrahlung. In der Funduskopie und Orbitasonografie bestätigt sich eine Papillenprominenz beidseits mit akuten Visusverlust. Im cerebralen Magnetresonanztomogramm zeigt sich eine unauffällige Abbildung des Neurokraniums. Augenabstrich beidseits ohne Erregernachweis. Paraklinik und Infekterologie allzeit ohne pathologischen Befund. Liquorpunktion ohne Nachweis von Bakterien, neurotroper Viren und oligoklonaler Banden.

Schlussfolgerung: Die derzeitige Therapie der Wahl ist eine Immunsuppression mit Methylprednisolon. Trotz schwerer visueller Defizite ist mit einer guten Erholung nach 3 Wochen zurechnen. Bei cerebralen Veränderungen oder Rezidiv ist eine weitere Abklärung im Sinne einer Multiplen Sklerose oder Neuromyelitis optica obligat. Eine Anbindung an ein neuropädiatrisches Zentrum wird empfohlen.

P78 Schwer verlaufende Dermatose – Erythema exsudativum multiforme- major oder Stevens-Johnson-Syndrom? – ein Fallbericht

A. Vilser¹, K. Milbredt¹, D.-I. Eckardt¹, I. Graneß¹, H. Ezold², M. Kaatz², M. Ziemer³, M. Mockenhaupt⁴, J. Seidel¹

¹*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, SRH Wald-Klinikum Gera*

²*Hautklinik, SRH Wald-Klinikum Gera*

³*Klinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Leipzig*

⁴*Universitäts-Hautklinik, dZh Freiburg*

Einleitung: Diagnostik und Behandlung schwer verlaufender Dermatosen stellen eine klinische Herausforderung dar.

Zielstellung: Vorgestellt wird der Verlauf bei einem 10 Jahre alten Knaben

Methode: Falldemonstration.

Ergebnisse: Aufnahme in deutlich reduziertem Allgemeinzustand bei massiver Stomatitis und Nahrungsverweigerung. Anamnestisch - seit über 1 Woche Schwäche, Reizhusten, Fieber bis 40° C; zunehmende Schluckbeschwerden; Antibiotische Therapie mit Clarithromycin über 3 Tage (bereits davor erste unspezifische Hauterscheinungen). Hautbefund zur Aufnahme: borkige Lippen, geröteter verschleimter Rachen, belegte Zunge und ausgeprägter Stomatitis sowie stammbetonte, einzeln stehende makulopapulöse Effloreszenzen, z.T. pustulös; im Verlauf Ausbreitung des Hautbefalls über den gesamten Körper mit Genitalbereich bei anhaltender Stomatitis mit dicken weißen Belägen.

Diagnostik: Kein Erregernachweis im Blasensekret, Hautbiopsie - Uni Leipzig; Systemische Therapie: Aciclovir; Nystatin, Prednisolon, Infusion; Lokalthherapie: kortikoidhaltige Salben; darunter allmähliche Besserung nach 1 Woche, Entlassung am 18. BT bei Wohlbefinden mit noch einzelnen Schleimhautläsionen, einzelne Granulationen an Penis-Schleimhaut.

Diskussion: Retrospektiv muss von einer Major-Form des Erythema exsudativum multiforme ausgegangen werden. In weiteren serologischen Untersuchungen: IgM-Titeranstieg für Mykoplasmen; Somit ist eine Mykoplasmen-Infektion als mögliche auslösende Ursache zu diskutieren.

P79 Morbus Castleman als wichtige Differenzialdiagnose auch im Kindesalter

A. Giffey¹, V. Aumann², I. Leuschner³, D. Küster⁴, H. Krause¹

¹Klinik für Viszeral-, Gefäß- und Allgemeinchirurgie, Arbeitsbereich Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Magdeburg AÖR

²Universitätskinderklinik, Universitätsklinikum Magdeburg AÖR

³Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Kiel

⁴Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Magdeburg AÖR

Einleitung: Kinder haben häufig palpable Lymphknoten, die Ursachen sind vielfältig. Dabei ist der M. Castleman mit einer Prävalenz von weniger als 1:100000 sehr selten.

Kasuistik: Wir berichten über ein 12jähriges Mädchen, bei dem sich Anfang 11/2011 supraclaviculär rechts eine prall elastische indolente ca. 5-6cm große Schwellung mit deutlicher Wachstumstendenz gezeigt hatte. Sonographisch wurde eine Raumforderung mit angedeutetem Hilus, fehlender Sklerosierung, einer hochgradigen Durchblutung im Randbereich und einer echoarmen Veränderung im dorsalen Bereich gesehen, sodass der Verdacht auf ein Lymphom geäußert worden ist. Weitere pathologische Befunde ergaben sich nicht. Laborchemisch zeigten sich keine Auffälligkeiten. Die Infekterologie auf Toxoplasmose war negativ, für Bartonella henselae im Grenzbereich und IgG für CMV, Adenoviren und EBV waren positiv. Ein Röntgen-Thorax zeigte keinen Anhalt für eine Mediastinalverbreiterung. Es erfolgte eine vollständige Lymphknotenexstirpation. Die histologischen Untersuchungen ergaben eine Lymphknotenveränderung vom Typ Morbus Castleman vom hyalinen vaskulären Typ. Dabei handelt es sich um eine Hypertrophie der Lymphknoten mit einer angiofollikulären Lymph-Hyperplasie ungeklärter Ätiologie. Trotz geringer Prävalenz wichtige Differenzialdiagnose bei Verdacht auf Lymphadenopathien, abdominalen Tumoren und malignen Lymphomen.

P80 Dynamische farbduplexsonografische Gewebesperfusionsmessung der kindlichen Schilddrüse

M. Stöppler¹, J. Scholbach², Th. Scholbach¹

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Chemnitz gGmbH

²Mathematisches Institut der Universität Münster

Einleitung: Schilddrüsenerkrankungen können mit Perfusionsänderungen einhergehen, die bislang nicht quantifiziert werden können.

Ziel: Mit der dynamischen farbduplexsonografischen Gewebesperfusionsmessung (PixelFlux-Methode; www.chameleon-software.de) sollte untersucht werden, ob sich Perfusionsunterschiede zwischen gesunden Kindern und solchen mit einer Thyreopathie objektivieren lassen.

Methode: In standardisierten Farbduplexvideos der Schilddrüse von 76 gesunden Kindern, 14 mit Hypothyreose, 8 mit Mb. Basedow und 31 mit einer Hashimoto-Thyreoiditis wurde mit der Pixelflux-Software die Perfusionsintensität (PI) als Produkt der perfundierten Fläche und der Flussgeschwindigkeit aller Gefäße geteilt durch die Fläche der Untersuchungsregion gemessen.

Ergebnisse: Bei gesunden Schilddrüsen, unabhängig vom Geschlecht ($p=0,064$), lag die PI bei $0,26 \pm 0,19$ cm/s (MW \pm SD). Bei Hashimoto-Thyreoiditiden lag eine signifikante Steigerung auf $PI=0,81 \pm 0,41$, $p<0,001$ vor, ebenso bei Mb. Basedow ($PI=1,24 \pm 0,71$, $p<0,001$), wobei der Unterschied zw. beiden Thyreoiditisformen nicht signifikant war. Die PI bei Hypothyreose unterschied sich nicht von der Gesunder ($PI=0,31 \pm 0,2$).

Schlussfolgerung: Es werden erstmals Normwerte der kindlichen Schilddrüsenperfusion beschrieben. Die Gewebesperfusionsmessung kann einen Beitrag zur Diagnostik von Thyreopathien leisten.

Ehrenmitglieder der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie

Prof. Dr. N. Bannert, Magdeburg
Prof. Dr. K. Bock, Leipzig
Prof. Dr. W. Braun, Leipzig
Prof. Dr. H.-J. Dietzsch, Dresden
Dr. E. Fukala, Halle (Saale)
Prof. Dr. E. Häßler, Jena
Dr. A. Klinghammer, Chemnitz
Prof. Dr. H. Köditz, Magdeburg
Prof. Dr. W. Leupold, Dresden
Prof. Dr. S. Liebe, Leipzig
Prof. Dr. K. Lorenz, Dresden
SR Dr. I. Meinhard, Magdeburg

Prof. Dr. J. Misselwitz, Jena
Prof. Dr. J. Oehme, Wolfenbüttel
Dr. F. M. G. Otto, Dessau
Prof. Dr. H. Patzer, Erfurt
Prof. Dr. W. Plenert, Jena
Prof. Dr. W. Raue, Leipzig
Prof. Dr. G. Scheerschmidt, Kirchheim
Prof. Dr. U. Sitka, Halle (Saale)
Prof. Dr. W. Thal, Magdeburg
Prof. Dr. H. Wolf, Gießen
Prof. Dr. F. Zintl, Jena

Arthur-Schlossmann-Preisträger

Johannes Breuer, Tübingen
Gesine Hansen, Halle
Ralf Knöfler, Dresden
Christine Mauz-Körholz, Halle (Saale)
Rüdiger Mund, Halle (Saale)
Peter Müller, Leipzig
Ludwig Patzer, Halle (Saale)
Eva Robel-Tillig, Leipzig
Axel Sauerbrey, Jena
Thomas Scholbach, Leipzig
Daniel Steinbach, Jena
Holm Uhlig, Leipzig
Christian Vogelberg, Dresden
Peter Vorwerk, Magdeburg

Verzeichnis der Erstautoren, eingeladenen Referenten und Vorsitzenden

A ckermann, B. (Chemnitz) _____	20, 22, 55, 63	Hintersdorf, A. (Torgau) _____	22, 62
Ahlers, J. (Chemnitz) _____	21, 60	Hirsch, N. (Halle (Saale)) _____	24, 69
Anders, E. (Dresden) _____	16, 42	Hofmann, J. (Chemnitz) _____	16, 42
B artsch, H. (Halle (Saale)) _____	19, 53	Huster, C. (Chemnitz) _____	17, 46
Baum, P. (Leipzig) _____	14, 39	J achertz, P. (Erfurt) _____	23, 66
Behrendt, J. (Erfurt) _____	17, 47	Jähnig, R. (Borna) _____	16, 41
Berner, R. (Dresden) _____	20	John, U. (Jena) _____	10, 32
Bernhardt, E. (Leipzig) _____	10, 32	Junge, C. (Wermsdorf) _____	23, 64
Bernstädt, M. (Halle (Saale)) _____	17, 44	Jurack, U. (Leipzig) _____	10, 32
Bittrich, H.-J. (Erfurt) _____	18, 48	K abus, M. (Dresden) _____	17
Brodt, G. (Leipzig) _____	18, 50	Kaufmann, F. (Quedlinburg) _____	18, 49
Bühligen, U. (Leipzig) _____	9, 31	Kewitz, S. (Halle-Wittenberg) _____	20, 56
C ho, M.Y. (Leipzig) _____	22, 62	Kinzel, P. (Leipzig) _____	22, 61
D inger, J. (Dresden) _____	12, 35	Knöfler, R. (Dresden) _____	13, 37
Dittrich, K. (Leipzig) _____	10, 18, 32	Kolterer, B. (Leipzig) _____	13, 39
E ckoldt, F. (Jena) _____	10, 34	Kunze, W. (Wurzen) _____	20, 21, 57, 59
Eickmeyer, M. (Dresden) _____	12, 36	L aaß, M. (Dresden) _____	9, 29
Eydam, A.-K. (Leipzig) _____	19, 52	Langhammer, M. (Leipzig) _____	22, 63
F inke, R. (Halle (Saale)) _____	19	Lehmann, L. (Magdeburg) _____	24, 68
Fitze, G. (Dresden) _____	13	Lehnert, T. (Leipzig) _____	20, 54
Fritsch, M. (Jena) _____	16, 43	Lemmer, A. (Erfurt) _____	39, 55
Fleischer, U. (Leipzig) _____	35, 12	Löbe, M. (Leipzig, Jena) _____	24, 68
G erlach, K. (Halle-Wittenberg) _____	20, 54	Loderstedt, M. (Magdeburg) _____	13, 38
Giffey, A. (Magdeburg) _____	25, 71	Lorenz, N. (Dresden) _____	8, 12, 21, 34
Glaser, T. (Wurzen) _____	17, 45	Ludwar-Riecker, C. (Leipzig) _____	12, 35
Göbel, P. (Halle (Saale)) _____	12	Lüllmann, K. (Wurzen) _____	17, 45
Goetz, G. (Leipzig) _____	10, 33	M aison, N. (Magdeburg) _____	24, 69
Götzelt, K. (Borna) _____	21, 58	Mayer, S. (Leipzig) _____	18, 49
Graneß, I. (Gera) _____	23, 65	Menz, A. (Halle (Saale)) _____	21, 58
Grünwald, B. (Erfurt) _____	20, 56	Mohnike, K. (Magdeburg) _____	14
H ackel, S. (Dresden) _____	22, 63	Mothes, T. (Leipzig) _____	9, 30
Hagenberg, M. (Halle (Saale)) _____	21, 57	N agel, M. (Weißwasser) _____	19, 51
Henn, M. (Leipzig) _____	19, 51	Neumann, H. (Leipzig) _____	19, 52
Herbarth, O. (Leipzig) _____	8, 29	O ettel, K. (Halle (Saale)) _____	18, 48
Herberth, G. (Leipzig) _____	13, 37	P argac, N. (Meißen) _____	18, 47
Herrmann, C. (Leipzig) _____	10, 33	Patzer, L. (Halle (Saale)) _____	8, 13
Heruth, M. (Borna) _____	13, 38	Patzer, S. (Halle (Saale)) _____	23, 66

Peter, S. (Erfurt) _____	17, 47	Werner, A. (Leipzig) _____	16, 41
Pfeil, N. (Leipzig) _____	22, 61	Wiederanders, W. (Leipzig) _____	22, 61
Pohl, M. (Jena) _____	19, 50	Wittke, J. (Erfurt) _____	24, 70
Poßner, M. (Frankfurt a. M.) _____	9	Wolf, N. (Leipzig) _____	21, 60
Prazienka, G. (Leipzig) _____	9, 31	Wygoda, S. (Leipzig) _____	10, 31
Purgold, I. (Gera) _____	17, 46	Zurek, M. (Leipzig) _____	8, 28
Rabe, A. (Erfurt) _____	23, 24, 65, 70		
Raue, F. (Leipzig) _____	22, 62		
Reich, A. (Leipzig) _____	18, 48		
Reiss, M. (Jena) _____	12, 37		
Reschke, F. (Dresden) _____	24, 67		
Richter, Th. (Leipzig) _____	8, 14, 16, 28, 29, 43		
Rißmann, A. (Magdeburg) _____	16, 42		
Robel-Tillig, E. (Leipzig) _____	12, 34		
Röblitz, H. (Berlin-Lichtenberg) _____	9		
Sachwitz, D. (Magdeburg) _____	20, 54		
Scheler, M. (Erfurt) _____	21, 59		
Schienbein, B. (Leipzig) _____	8		
Schmidt, F. (Halle (Saale)) _____	8, 28		
Scholbach, T. (Chemnitz) _____	24, 68		
Schulz, B. (Leipzig) _____	19, 52		
Schwarze, M. (Magdeburg) _____	16, 41		
Schwerk, P. (Dresden) _____	19, 53		
Seidel, J. (Gera) _____	9, 23, 64		
Spillner, C. (Magdeburg) _____	23, 65		
Spranger, C. (Leipzig) _____	18, 50		
Stephan, S. (Magdeburg) _____	23, 67		
Stöppler, M. (Chemnitz) _____	25, 71		
Streidl, J.-P. (Chemnitz) _____	19, 53		
Thöle, M. (Wurzen) _____	21, 58		
Till, H. (Leipzig) _____	8, 9, 30		
Tomuschat, C. (Halle (Saale)) _____	14, 39		
Vilser, A. (Gera) _____	24, 70		
Vogel, C. (Chemnitz) _____	24		
Voigt, A. (Halle (Saale)) _____	17, 44		
Völkner, A. (Jena) _____	14, 40		
Wachowiak, R. (Leipzig) _____	12, 36		
Weidenbach, M. (Leipzig) _____	8		
Weise, C. (Magdeburg) _____	17, 46		
