

2010

Jahrestagung
16./17. April 2010
in Erfurt

Sächsisch-Thüringische
Gesellschaft für Kinder-
und Jugendmedizin und
Kinderchirurgie

Tagungsprogramm



Ihr Partner für seltene Stoffwechselerkrankungen



Harnstoffzyklusdefekte

Tyrosinämie Typ 1

...quality care for the rare disease patients!

Ihr Ansprechpartner im deutschsprachigen Raum:

SWEDISH ORPHAN INTERNATIONAL GmbH
Robert-Bosch-Str. 11B, 63225 Langen, Deutschland
Fon: +49 6103 20269-0, Fax: +49 6103 20269-26
mail.de@swedishorphan.com

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Schwestern und Pfleger,

im Namen des Vorstandes der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie und im Namen der Mitarbeiter der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin sowie der Klinik für Kinderchirurgie am HELIOS Klinikum Erfurt laden wir Sie ganz herzlich zur Jahrestagung nach Erfurt ein. Es freut uns besonders, dass die Jahrestagung 2010 im 60. Jubiläumsjahr der Erfurter Klinik für Kinder- und Jugendmedizin an diesem traditionsreichen Ort stattfinden wird.

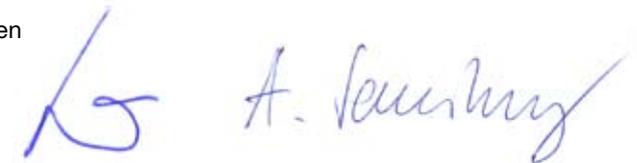
Schwerpunkte der Tagung werden die Hämostaseologie, die Hämatologie sowie Autoimmunerkrankungen sein. Aktuelle Trends der Kinderchirurgie werden in einem separaten Themenkomplex erörtert, außerdem bestand wie in jedem Jahr die Möglichkeit zur Einreichung freier Beiträge. Am Beginn der Tagung werden ein Neugeborenenreanimationskurs sowie ein neurologischer Untersuchungskurs für das Säuglingsalter angeboten. Ausgewiesene Experten werden zu den Schwerpunktthemen der Tagung Übersichtsvorträge halten.

Weiterhin werden Lunchsymposien der Pharmaindustrie an beiden Tagen vertiefende Einblicke in die speziellen Themen der Tagung geben.

Wie in den letzten Jahren bereits etabliert, wird am Freitag wieder eine Parallelveranstaltung für Pflegekräfte stattfinden. Das Programm wird abgerundet durch unseren Gesellschaftsabend im Palmenhaus Erfurt.

Wir sind überzeugt, dass wir eine wissenschaftliche Tagung auf hohem Niveau erleben werden und freuen uns, Sie in Erfurt begrüßen zu können.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr



Prof. Dr. med. Thomas Richter
1. Vorsitzender der Gesellschaft

Prof. Dr. med. Axel Sauerbrey
Tagungsleiter

TAGUNGSLEITUNG

Prof. Dr. med. Axel Sauerbrey
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
HELIOS Klinikum Erfurt
Nordhäuser Straße 74
99089 Erfurt

Telefon: 0361-7 81 45 01
Fax: 0361-7 81 45 02
E-Mail: axel.sauerbrey@helios-kliniken.de

VORSTAND DER STGKJM

1. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Thomas Richter, Leipzig
2. Vorsitzender: PD Dr. med. Ludwig Patzer, Halle
1. Beisitzer: PD Dr. med. Klaus Mohnike, Magdeburg
2. Beisitzer: Prof. Dr. med. Holger Till, Leipzig
- Schatzmeister: Dr. med. Christian Vogel, Chemnitz
- Schriftführer: Dr. med. Norbert Lorenz, Dresden

TAGUNGSORT

Congress Center der Messe Erfurt
Gothaer Straße 34
99094 Erfurt

ORGANISATION/TAGUNGSBÜRO

K.I.T. Congress Incentives GmbH Dresden
Münzgasse 2
01067 Dresden
Telefon: 0172-366 69 46

LEGENDE

V	Vortrag	EV	eingeladener Vortrag
P	Poster	W	praxisbezogene Weiterbildung
PV	Vortrag Pflegefortbildung	VS	Vorsitz
LV	Vortrag Lunchsymposium		

Herausforderung

Bei invasiven Candidosen: Mycamine® *



* MYCAMINE® ist zugelassen zur Behandlung invasiver Candidosen; zur Prophylaxe von Candida-Infektionen bei einer allogenen, hämatopoetischen Stammzelltransplantation oder wenn eine Neutropenie (absolute Neutrophilenzahl < 500/µl) von mindestens 10 oder mehr Tagen zu erwarten ist. Bei der Entscheidung, MYCAMINE® anzuwenden, sollte in Betracht gezogen werden, dass ein potenzielles Risiko zur Lebertumorbildung besteht. MYCAMINE® ist daher nur anzuwenden, wenn andere Antimykotika nicht adäquat sind.



MYCAMINE® 50 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung, MYCAMINE® 100 mg Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung, Darreichung: Jede Durchstechflasche enthält nach der Rekonstitution pro Milliliter 10 mg bzw. 20 mg Micafungin als Natrium-Salz. Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Citronensäure, Natriumhydroxid, Anwendungsgebiete: Bei Erwachsenen (einschließlich älterer Patienten), Jugendlichen und Kindern (einschließlich Neugeborenen) mit invasiver Candidose, zur Prophylaxe von Candida-Infektionen bei einer allogenen, hämatopoetischen Stammzelltransplantation oder wenn eine Neutropenie (absolute Neutrophilenzahl < 500/µl) von mindestens 10 oder mehr Tagen zu erwarten ist. Behandlung der Ösophagealen Candidose bei Erwachsenen (einschließlich älterer Patienten) und Jugendlichen. Die Entscheidung, MYCAMINE® anzuwenden, sollte in Betracht ziehen, dass ein mögliches Risiko zur Lebertumorbildung besteht. MYCAMINE® ist daher nur anzuwenden, wenn andere Antimykotika nicht adäquat sind. **Dosierung und Anwendung:** Die Behandlung mit MYCAMINE® ist von einem Arzt einzuleiten, der Erfahrung mit der Behandlung von Pilzinfektionen hat. Zur Isolierung und Identifizierung der (des) Krankheitserreger(s) sind vor der Behandlung Pilzkulturen anzusetzen und andere relevante Laboruntersuchungen durchzuführen (einschließlich histopathologischer Untersuchungen). Die Behandlung kann nach vor Bekanntwerden der Ergebnisse solcher Kulturen oder Untersuchungen begonnen werden. Wenn die Ergebnisse bekannt sind, ist die antimykotische Therapie jedoch entsprechend anzupassen. **Dosis:** Zur Behandlung invasiver Candidose: 100 mg/Tag (Körpergewicht > 40 kg) oder 2 mg/kg/Tag (Körpergewicht ≤ 40 kg); Behandlung Ösophagealer Candidose: 150 mg/Tag (Körpergewicht > 40 kg) oder 3 mg/kg/Tag (Körpergewicht ≤ 40 kg); Prophylaxe von Candida-Infektionen: 50 mg/Tag (Körpergewicht > 40 kg) oder 1 mg/kg/Tag (Körpergewicht ≤ 40 kg). Dosiserhöhung wegen nicht ausreichendem Ansprechen bei invasiver Candidose auf 200 mg/Tag (Körpergewicht von > 40 kg) und auf 4 mg/kg/Tag (Körpergewicht ≤ 40 kg) möglich. **Behandlungsdauer:** Invasive Candidose: mindestens 14 Tage. Nach zwei aufeinander folgenden negativen Blutkulturen und nach dem Abklingen der klinischen Anzeichen und Symptome der Infektion, Fortsetzung der Therapie noch mindestens 1 Woche lang. Ösophageale Candidose: Die Therapie sollte nach Abklingen der klinischen Anzeichen und Symptome noch mindestens 1 Woche fortgesetzt werden. Prophylaxe von Candida-Infektionen: nach Erholung der Neutrophilenzahl noch mindestens 1 Woche Therapie. **Spezielle Bevölkerungsgruppen:** Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Nierenfunktionsstörung und leichte/mäßige Leberinsuffizienz erfordern keine Dosisanpassung. Die Angaben zur Behandlung von Patienten mit schwerer Leberinsuffizienz sind gegenwärtig unzureichend und wird nicht empfohlen. Nach Rekonstitution und Verdünnung ist die Lösung über ca. 1 Stunde intravenös anzuwenden. Schnellere Infusionen können zu vermehrten histaminabhängigen Reaktionen führen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Hepatische Wirkungen: Nach einer Behandlungsperiode von ≥ 3 Monaten wurden bei Ratten Herde histologisch veränderter Hepatozyten und hepatozelluläre Tumore beobachtet und der vermutliche Schwelwert befand sich in etwa im Bereich der klinischen Exposition. Die Relevanz für die therapeutische Anwendung kann nicht ausgeschlossen werden. Während der Behandlung ist die Leberfunktion sorgfältig zu kontrollieren und ein frühzeitiges Absetzen wird empfohlen, wenn die ALT/AST-Werte signifikant und dauerhaft erhöht sind. Die Behandlung sollte auf Basis einer sorgfältigen Nutzen-Risiko-Bewertung erfolgen, insbesondere bei Patienten mit schwerer Leberinsuffizienz oder chronischen Lebererkrankungen, welche bekanntermaßen präneoplastische Prozesse darstellen oder bei Patienten, die eine Begleittherapie erhalten insbesondere mit hepatotoxischen und/oder genotoxischen Eigenschaften. Es traten bei Patienten und gesunden Probanden signifikante Beeinträchtigungen der Leberfunktion auf, die mit der Micafungin-Behandlung in Verbindung gebracht wurden. Von einigen Patienten wurden schwere Funktionsstörungen oder Leberversagen (einschl. Todesfälle) berichtet. Kinder < 1 Jahr neigen möglicherweise eher zu Leberschäden. MYCAMINE® kann auch Nierenprobleme und -insuffizienz verursachen. Anaphylaktoiden Reaktionen einschließlich Schock können auftreten. Fälle von Hämolyse oder Glucose-Galactose-Malabsorption sollten MYCAMINE® nicht einnehmen. **Wechselwirkungen:** Die Wirkung anderer Arzneimittel kann beeinträchtigt oder verstärkt werden. **Schwangerschaft und Stillzeit:** Micafungin darf in der Schwangerschaft nicht angewendet werden, es sei denn dies ist unbedingt erforderlich. Micafungin kann möglicherweise die Fertilität bei Männern beeinträchtigen. **Nebenwirkungen:** Die häufigsten Nebenwirkungen waren Übelkeit, erhöhte AP im Blut, Phlebitis, Erbrechen und erhöhte AST-Werte; allergieartige Symptome: Hautausschlag und Rigor wurden ebenfalls berichtet; hepatische Nebenwirkungen: die Mehrzahl der Nebenwirkungen waren leichten oder mäßigen Schweregrades. Am häufigsten waren ein Anstieg von AP, AST, ALT, Bilirubin im Blut sowie abnorme LFTs zu beobachten. Fälle von schwerwiegenden Leberfunktionsstörungen kamen gelegentlich vor; Reaktionen an der Einstichstelle: keine Einschränkung der Behandlung; Andere häufige Nebenwirkungen: Leukopenie, Neutropenie, Anämie, Hypokaliämie, Hypomagnesiämie, Hypokalziämie, Kopfschmerzen, Diarrhö, Bauchschmerzen, Fieber; Kinder: Einige der Nebenwirkungen traten bei Kindern häufiger auf als bei Erwachsenen. Kinder < 1 Jahr zeigten ca. zweimal häufiger einen Anstieg in ALT, AST und AP als ältere Kinder. Andere häufige Nebenwirkungen bei Kindern: Tachykardie, Hypertonie, Hypotonie, Hyperbilirubinämie, Hepatomegalie, akutes Nierenversagen, erhöhter Harnstoff im Blut. **Weitere Angaben:** siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Stand der Information:** November 2009. Astellas Pharma GmbH, Postfach 50 01 66, 80971 München





F. Stephan GmbH
 Medizintechnik
 Kirchstraße 19
 56412 Gackebach
 Germany

Fon +49 +6439-91 25-0
 Fax +49 +6439-91 25-111
 info@stephan-gmbh.com
 www.stephan-gmbh.com

Clinical Experience
 + Technical Competence

Stephanie

Das Neonatalbeatmungssystem –
 Beatmung, Atemtraining,
 Entwöhnung in neuer Qualität

Akzent Color

Das Anästhesiesystem mit
 der Einknopfbedien-
 philosophie und Farb-TFT



Inhaltsverzeichnis

Grußwort	1
Ehrenmitglieder der STGKJM	6
Arthur-Schlossmann-Preisträger	6
PROGRAMM, Freitag 16. April 2010	7
Praxisbezogene Weiterbildung	8
Lunchsymposium Octapharma GmbH	8
Weiterbildung I	8
Haupttagung – Hämostaseologie	9
Weiterbildung II	10
Haupttagung – Freie Vorträge	10
Pflegefortbildung (Parallelveranstaltung)	11
Gesellschaftsabend	11
PROGRAMM, Samstag 17. April 2010	13
Weiterbildung III	10
Haupttagung – Autoimmunerkrankungen	14
Haupttagung – Aktuelle Trends in der Kinderchirurgie	15
Lunchsymposium Wyeth Pharma GmbH	16
Postervorträge und Preisverleihungen	16
Mitgliederversammlung	16
Einladung STGKJM 2011 in Gera	18
POSTERRUNDGANG, Freitag 16. April 2010	19
Hämostaseologie/Hämatologie/Onkologie (P01 – P11)	20
Immunologie/Infektiologie (P12 – P21)	21
Autoimmunerkrankungen (P22 – P31)	22
Kardiologie/Neonatologie (P32 – P42)	23
Kinderchirurgie (P43 – P52)	24
Genetik/Stoffwechsel (P53 – P62)	25
Verschiedene Themen (P63 – P72)	26
Erstautoren, Referenten und Vorsitzende	30
Aussteller und Sponsoren	33
Allgemeine Hinweise	34
Orientierungsplan	36
Netzplan Erfurt	37

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
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. U. Sitka, Halle
Prof. Dr. W. Thal, Magdeburg
Prof. Dr. H. Wolf, Gießen

Arthur-Schlossmann-Preisträger

Johannes Breuer, Tübingen
Gesine Hansen, Halle
Ralf Knöfler, Dresden
Peter Müller, Leipzig
Ludwig Patzer, Halle
Eva Robel-Tillig, Leipzig
Axel Sauerbrey, Jena
Thomas Scholbach, Leipzig
Daniel Steinbach, Jena
Holm Uhlig, Leipzig
Christian Vogelberg, Dresden
Peter Vorwerk, Magdeburg

16. APRIL 2010

FREITAG

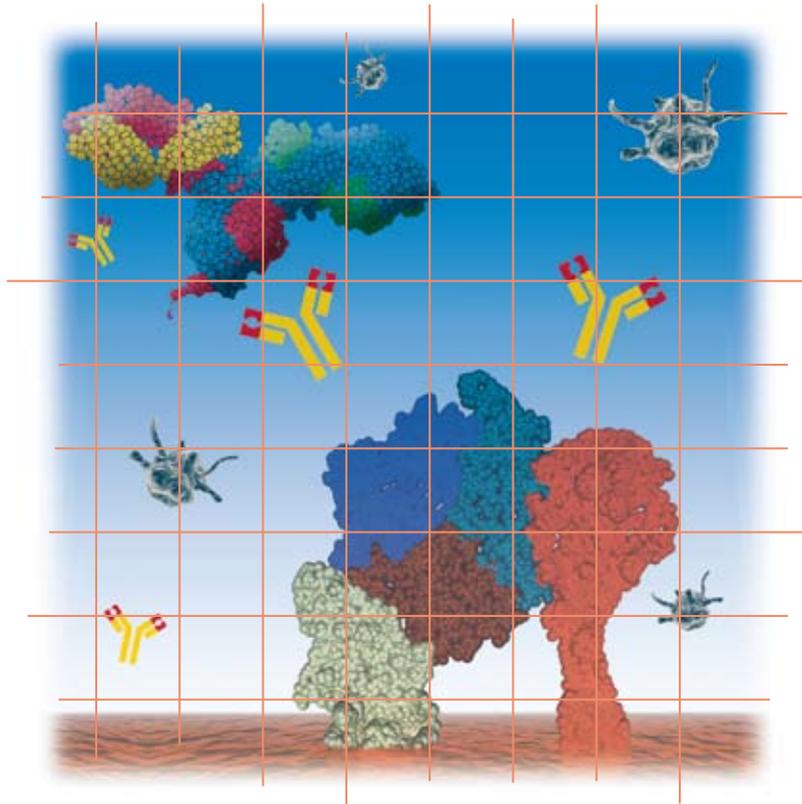
PROGRAMM

Ab 09.30 Uhr	Registrierung (Foyer Erdgeschoss)
10.00–12.00 Uhr	Praxisbezogene Weiterbildung
	W1 Reanimation im Säuglingsalter H.-J. Bittrich, Erfurt (Raum Christian Reichart I, 2. OG)
	W2 Neurologische Untersuchung des Säuglings F. Schulze, Erfurt (Raum Christian Reichart II, 2. OG)
12.00–13.00 Uhr	Pause und Besuch der Industrieausstellung (Foyerbereich, Carl-Zeiss-Saal II)
12.00–13.00 Uhr	Lunchsymposium Octapharma GmbH (Carl-Zeiss-Saal I) Gerinnungsstörungen in der Pädiatrie – Diagnose und Therapie Vorsitz: C. Mauz-Körholz, Halle
12.00–12.20 Uhr	LV1 Aktuelles zur ITP-Therapie im Kindes- und Jugendalter C. Dame, Berlin
12.20–12.40 Uhr	LV2 Prophylaktischer Einsatz von VWF/FVIII-Konzentrat bei Kindern und jungen Erwachsenen U. Nowak-Göttl, Münster
12.40–13.00 Uhr	LV3 Die gynäkologische Blutungsneigung bei jungen Frauen – eine neue Herausforderung in der pädiatrischen Hämos- taseologie C. Mauz-Körholz, Halle
13.00–13.15 Uhr	Eröffnung der Tagung (Carl-Zeiss-Saal I) T. Richter, Leipzig / A. Sauerbrey, Erfurt
	Musikalische Einleitung mit Ausschnitten aus dem Kindermusical »Vita mia und der Funke des Lebens«
13.15–14.15 Uhr	Weiterbildung I (Carl-Zeiss-Saal I)
13.15–13.45	EV1 Thrombophilie im Kindes- und Jugendalter U. Nowak-Göttl, Münster

13.45–14.15	EV2 Sinn und Unsinn präoperativer Gerinnungsdiagnostik C. Bidlingmeier, München
14.15–15.15 Uhr	HAUPTTAGUNG Hämostaseologie (Carl-Zeiss-Saal I) Vorsitz: K. Kentouche, Jena / R. Knöfler, Dresden
14.15–14.25	V01 Evaluation von Desmopressin-Testen bei Kindern mit von-Willebrand-Erkrankung – Daten des Netzwerkes »Hämorrhagische Diathesen Ost« A. Gneuß, B. Huhn, Dresden, V. Aumann, D. Franke, Magdeburg, A. Hofmann, Chemnitz, E. Holfeld, Cottbus, K. Kentouche, Jena, R. Klamroth, J. Koscielny, Berlin, B. Krammer-Steiner, Rostock, A. Sauerbrey, Erfurt, U. Scholz, Leipzig, K. Seeger, Berlin, H. Sirb, Lichtenstein, G. Syrbe, Stadtroda, R. Knöfler, Dresden
14.25–14.35	V02 Dysfibrinogenämie als Thromophiliefaktor: Missense- Mutation im Fibrinogen-Gen J. Johne, A. Sauerbrey, Erfurt
14.35–14.50	V03 Venöse thrombembolische Erkrankungen im Leberstrom- gebiet – Indikation zur Thrombophiliediagnostik und Antikoagulation mit niedermolekularem Heparin – drei Fallberichte S. Schmidt, A. Nordwig, Dresden, W. Luck, Berlin, U. Settmacher, Jena, R. Knöfler, N. Lorenz, M. Kabus, Dresden
14.50–15.05	V04 Gerinnungsstörung oder Kindesmisshandlung? Differen- tialdiagnostische Aspekte anhand von zwei Fallberichten J. Lohse, U. Flössel, C. Erfurt, S. Gehrlich, Dresden, M. Krause, D. Westrup, C. M. Kirchmaier, Wiesbaden R. Knöfler, Dresden
15.05–15.15	V05 Evaluation von Gerinnungs- und hämatologischen Parametern bei mit Valproat behandelten Kindern D. Schädlich, D. Friebel, J. Schallner, S. Gehrlich, G. Siegert, E. Kuhlisch, R. Knöfler, Dresden
15.15–16.00 Uhr	Pause und Besuch der Industrieausstellung (Foyerbereich, Carl-Zeiss-Saal II)

16.00–17.00 Uhr	Posterrundgang (siehe S. 19 ff.) (Carl-Zeiss-Saal II)	18.10–18.20	V10 Diabetes mellitus Typ I bei Kindern und Jugendlichen – Inzidenzen und klinische Charakteristika Daten aus dem Sächsischen Kinder-Diabetes-Register 1999 bis 2008 C. Vogel, Chemnitz, U. Rothe, Dresden
17.00–17.30 Uhr	Weiterbildung II (Carl-Zeiss-Saal I) EV3 Anämien im Kindes- und Jugendalter E. Kohne, Ulm	18.20–18.30	V11 Lina-Lebensstil und Umweltfaktoren und deren Einfluss auf das Neugeborenen-Allergierisiko M. Langhammer, U. Diez, G. Herberth, M. Bauer, S. Röder, T. Richter, I. Lehmann, M. Borte, Leipzig
17.30–18.30 Uhr	HAUPTTAGUNG Freie Vorträge (Carl-Zeiss-Saal I) Vorsitz: T. Richter, Leipzig / K. Mohnike, Magdeburg	14.00–17.00 Uhr	Pflegefortbildung (Parallelveranstaltung) (Raum Christian Reichart, 2. OG) Vorsitz: D. Abeck, München Mit freundlicher Unterstützung der Firmen Bübchen und Nestlé Nutrition
17.30–17.40	V06 Indikationsstellung zur Pankreasoperation bei congenitalem Hyperinsulinismus K. Mohnike, Magdeburg, T. Eberhardt, Berlin, S. Empting, Magdeburg, W. Mohnike, Berlin, L. v. Rohden, Magdeburg, T. Strom, München, W. Barthlen, Greifswald	14.00–14.45	PV1 Die kindliche Haut – häufige Probleme und kompetente Lösungen D. Abeck, München
17.40–17.50	V07 Mobiles Apnoemonitoring im Rahmen der Grundimmunisierung von extrem unreifen Frühgeborenen F. Pulzer, M. Quante, J. Kluge, C. Gebauer, M. Knüpfer, U. Thome, Leipzig	14.45–15.15	PV2 Auswahl von Pflegerohstoffen unter dem Aspekt der Reduktion möglichen Allergiepotentials T. Stiehm, Soest
17.50–18.00	V08 Inzidenz chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (CED) bei sächsischen Kindern – eine prospektive Zehnjahresuntersuchung des sächsischen CED-Kinder-Registers M. Zurek, Leipzig, U. Rothe, M. Laaß, Dresden, J. Quietzsch, Plauen, H. Uhlig, Leipzig, U. Winkler, Bautzen T. Richter, Leipzig	15.15–15.30 Uhr	Pause
18.00–18.10	V09 Morbidität, psychomotorische und soziale Entwicklung sowie Lebensqualität nach herzchirurgischen Eingriffen im Neugeborenenalter N. Wolf, C. Wörner, J. Schulze, S. Henjes, J. Janoušek, M. Kostelka, I. Dähnert, Leipzig	15.30–16.15	PV3 Allergien vorbeugen heute – neue Empfehlungen zeigen neue Denkansätze D. Kreft, Frankfurt
		16.15–17.00	PV4 Feinzeichen der Belastung bei Babys erkennen und darauf reagieren U. Hildebrand, Gründau
		Ab 19.30 Uhr	Gesellschaftsabend mit Verleihung der Ehrenmitgliedschaften im Palmenhaus Erfurt (siehe S. 34)

Ihr kompetenter Partner
für ausgewählte Plasmapräparate



- Faktor VIII SDH Intersero
- Ig Vena 50 g/l Infusionslösung
- Humanalbumin 200 g/l Kedrion

17. APRIL
2010

SAMSTAG

PROGRAMM

08.30–09.00 Uhr	Weiterbildung III (Carl-Zeiss-Saal I) EV4 Stellenwert von Biologicals in der Rheumatologie G. Horneff, St. Augustin
09.00–09.50 Uhr	HAUPTTAGUNG Autoimmunerkrankungen (Carl-Zeiss-Saal I) Vorsitz: G. Horneff, St. Augustin / M. Gahr, Dresden
09.00–09.10	V12 Die limbische Enzephalitis im Kindes- und Jugendalter A.-B. Hintz, A. Sauerbrey, Erfurt
09.10–09.20	V13 Behandlung von drei Patienten mit therapierefraktärer Uveitis bei juveniler idiopathischer Arthritis (JIA) mit Adalimumab M. Scheler, A. Sauerbrey, J. Walther, Erfurt
09.20–09.30	V14 Autoimmunopathien bei Patienten mit 18q23-Deletions-Syndrom P. Müller, Leisnig, C. Ramel, A. Junge, T. Richter, H. Reichenbach, Leipzig
09.30–09.40	V15 Autoimmunologische Begleiterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit einem Diabetes Typ I A. Lemmer, B. Funk, B. Grünwald, Erfurt
09.40–09.50	V16 Schwerste konnatale Kolitis als klinische Manifestation einer IL-10 Rezeptormutation A. Sauerbrey, K. Ende, H. Kosmehl, Erfurt C. Klein, Hannover
09.50–10.15 Uhr	Pause und Besuch der Industrieausstellung (Foyerbereich, Carl-Zeiss-Saal II)

10.15–11.30 Uhr	HAUPTTAGUNG Aktuelle Trends in der Kinderchirurgie (Carl-Zeiss-Saal I) Vorsitz: H. Till, Leipzig / U. Friedrich, Erfurt
10.15–10.20	Grußwort des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie D. Roesner, Dresden
10.20–10.30	V17 Kinderchirurgische Aspekte der nekrotisierenden Enterokolitis des Neugeborenen D. Roesner, Dresden
10.30–10.40	V18 Möglichkeiten und Grenzen der minimal-invasiven Kinderchirurgie H. Till, Leipzig
10.40–10.50	V19 Thermische Verletzungen im Kindesalter – Neue therapeutische Möglichkeiten R. Finke, Halle
10.50–11.00	V20 Ergebnisse nach endoskopischer Trichterbrustkorrektur F. Linke, Suhl
11.00–11.10	V21 Obstruktive Uropathie nach pränataler Diagnostik – Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen F. Eckoldt, Jena
11.10–11.20	V22 Differenziertes Vorgehen und Ergebnisse bei Laparochisis P. Göbel, Halle
11.20–11.30	V23 Minimal-invasive Therapie des Dunbar-Syndroms A. Klimas, Erfurt
11.30–12.30 Uhr	Pause und Besuch der Industrieausstellung (Foyerbereich, Carl-Zeiss-Saal II)

11.30 – 12.30 Uhr	Lunchsymposium Wyeth Pharma GmbH – ein Unternehmen der Pfizer-Gruppe (Raum Christian Reichart, 2. OG) Von der frühen Diagnose zur ambulanten und klinischen Langzeitbehandlung
11.30 – 12.00	LV4 Hämophilie K. Kentouche, Jena
12.00 – 12.30	LV5 Rheumatologie L. Hempel, Saalfeld
12.30 – 13.00 Uhr	Postervorträge und Preisverleihungen (Carl-Zeiss-Saal I)
13.00 – 13.20 Uhr	Verleihung des Arthur-Schlossmann-Preises (Carl-Zeiss-Saal I)
13.20 – 14.00 Uhr	Mitgliederversammlung (Carl-Zeiss-Saal I)
14.00	Tagungsende

SO KLEIN? MUSS NICHT SEIN!



Kleinwuchs kann zu schwerwiegenden medizinischen und sozialen Nachteilen führen. Wachstumsstörungen bei Kindern ab 4 Jahren in Folge einer vorgeburtlichen Wachstumsverzögerung (SGA*) sind behandelbar.

Mit Wachstumshormon.

Deshalb ist die frühzeitige Abklärung und Therapie in Zusammenarbeit mit dem pädiatrischen Endokrinologen so wichtig.

* SGA = Small for Gestational Age

Genotropin®

www.wachstum.de

GENOTROPIN® 5 mg/ml; GENOTROPIN® 12 mg/ml; GENOTROPIN® MiniQuick 0,2 mg, -0,4 mg, -0,6 mg, -0,8 mg, -1,0 mg, -1,2 mg, -1,4 mg, -1,6 mg, -1,8 mg, -2,0 mg. Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung. Wirkstoff: Somatotropin. Zusammensetzung: Arzneiwirkstoff Somatotropin enthält 5,0 mg/12 mg Somatotropin. 1 Zweikammerampulle enthält: 0,2 mg/0,4 mg/0,6 mg/0,8 mg/1,0 mg/1,2 mg/1,4 mg/1,6 mg/1,8 mg/2,0 mg Somatotropin. Sonstige Bestandteile: GENOTROPIN® 5 mg/ml Pulver (vordere Kammer): Glycin (E 640), Mannit (E 421), Natriumdihydrogenphosphat (E 339), Lösungsmittel (hintere Kammer): Wasser für Injektionszwecke, Metacresol (Konservierungsmittel), Mannit (E 421). GENOTROPIN® 12 mg/ml Pulver (vordere Kammer): Glycin (E 640), Mannit (E 421), Natriumdihydrogenphosphat (E 339), Lösungsmittel (hintere Kammer): Wasser für Injektionszwecke, Metacresol (Konservierungsmittel), Mannit (E 421). GENOTROPIN® MiniQuick: Pulver (vordere Kammer): Glycin (E 640), Natriumdihydrogenphosphat (E 339), Lösungsmittel (hintere Kammer): Wasser für Injektionszwecke, Metacresol (Konservierungsmittel), Mannit (E 421). **Anwendungsgebiete:** Kinder: Kleinwuchs durch fetale oder unzureichende Ausschüttung von Wachstumshormon (Wachstumshormonmangel, WH-Mangel), Kleinwuchs infolge eines Ulrich-Turner-Syndroms oder chronischer Niereninsuffizienz. Kleinwuchs als Folge einer intrauterinen Wachstumsverzögerung (SGA = Small for Gestational Age, Geburtsgewicht- und/oder Geburtslänge-SGS bezogen auf das Gestationsalter unterhalb von -2,0) bei Kindern mit einem aktuellen Körperliche-SGS unterhalb von -2,5 und mehr als 1,0 unterhalb des aktuellen Zielhöhe-SGS, die bis zum Alter von 4 Jahren oder später diesen Wachstumsrückstand nicht aufgehoben haben (Wachstumsgeschwindigkeit-SGS < 0 im letzten Jahr). Prader-Willi-Syndrom (PWS), zur Verbesserung des Wachstums und der Körperzusammensetzung. Die Diagnose des PWS sollte durch geeignete genetische Tests bestätigt sein. Erwachsene: Substitution von Wachstumshormon (WH) bei Erwachsenen mit ausgeprägtem Wachstumshormonmangel. Beginn im Erwachsenenalter: Patienten mit schwerem WH-Mangel in Verbindung mit anderen Hormonaufgaben einer bekannten Erkrankung des hypothalamischen oder hypophysären Systems und mindestens einem bekannten Hormonaufgaben der Hypophyse, außer Prolactin. Bei diesen Patienten sollte ein angemessener dynamischer Test durchgeführt werden, um einen WH-Mangel zu diagnostizieren und auszuschließen. Beginn in der Kindheit: Patienten mit WH-Mangel in der Kindheit infolge von angeborenen, erworbenen oder idiopathischen Ursachen. Bei Patienten, bei denen ein WH-Mangel bereits während der Kindheit festgestellt wurde, sollte nach Abschluss des Längenwachstums die Fähigkeit zur Wachstumshormonausschüttung erneut untersucht werden. Bei einigen Patienten besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit des fortbestehenden WH-Mangels, z. B. auf Grund einer angeborenen Ursache oder eines WH-Mangels zusätzlich zu einer hypophysären/hypothalamischen Erkrankung oder eines Schlaganfalls. Bei diesen Patienten sollte ein Insulinlike-Growth-FactorH (IGF-H)-SGS < 2 nach einer mindestens 4-wöchigen Pause der Wachstumshormon-Therapie als ausreichender Beleg eines ausgeprägten WH-Mangels angesehen werden. Alle übrigen Patienten sollten einer IGF-H-Testung und einem Wachstumshormon-Stimulationstest unterzogen werden. **Gegenanzeigen:** GENOTROPIN® darf nicht angewendet werden, wenn Anzeichen einer Tumorkrankheit vorliegen. Eine Tumorbildung muss ausgeschlossen sein, bevor eine Behandlung mit GENOTROPIN® beginnt. GENOTROPIN® darf bei Kindern mit geschlossenen Epiphysen nicht zur Verbesserung der Körpergröße eingesetzt werden. Patienten mit Komplikationen infolge einer akuten kritischen Erkrankung nach großen operativen Eingriffen am offenen Herzen bzw. im Abdominalbereich, akuter respiratorischer Insuffizienz oder ähnlichen Komplikationen sollten mit GENOTROPIN® nicht behandelt werden. Schwangerschaft. **Stilzeit:** strenge Indikationsstellung. **Nebenwirkungen:** Charakteristisch bei Patienten mit Wachstumshormonmangel ist ein extraxilläres Vokumentendel. Nach Beginn der Behandlung mit Somatotropin wird dieses Defizit schnell korrigiert. Bei erwachsenen Patienten zeigen sich häufig Nebenwirkungen aufgrund einer Wasserretention, wie periphere Ödeme, Steifheit in den Extremitäten, Arthralgie, Myalgie und Pruritus. Diese Nebenwirkungen sind im Allgemeinen mild bis moderat, treten innerhalb der ersten Behandlungsmonate auf und klingen spontan oder bei Dosisreduzierung wieder ab. Die Häufigkeit dieser Nebenwirkungen ist abhängig von der verabreichten Dosis und dem Alter der Patienten und steht möglicherweise im umgekehrten Zusammenhang mit dem Alter der Patienten bei Einsetzen des Wachstumshormonmangels. Bei Kindern treten häufig vorübergehende lokale Hautreaktionen an der Injektionsstelle auf. Seltene Fälle eines Diabetes mellitus Typ 2 oder einer benignen intrakraniellen Hypertension wurden berichtet. Gelegentlich traten bei erwachsenen Patienten auch Fälle eines Karpaltunnelsyndroms auf. Eine Antikörperbildung gegen Somatotropin wurde bei ca. 1 % der Patienten beobachtet. Die Bindungskapazität dieser Antikörper war gering, und ihre Bildung wurde nicht mit klinischen Veränderungen in Zusammenhang gebracht. Über eine Senkung des Serumcalciumspiegels durch Somatotropin, möglicherweise durch Wirkung auf Transportproteine oder durch eine erhöhte hepatische Clearance, wurde berichtet. Die klinische Relevanz dieser Erkenntnisse ist wahrscheinlich unbedeutend. Dennoch sollte eine Therapie mit Kortikosteroiden optimiert werden, bevor mit der GENOTROPIN®-Behandlung begonnen wird. Sehr seltene Fälle von Leukämien wurden bei Kindern mit Wachstumshormonmangel unter Somatotropin-Behandlung berichtet, jedoch ist die Häufigkeit des Auftretens offensichtlich vergleichbar mit der bei Kindern ohne Wachstumshormondefizit. Nach Markteinführung wurden seltene Fälle von plötzlichem Tod bei Patienten mit Prader-Willi-Syndrom unter Somatotropin-Behandlung berichtet, obwohl kein kausaler Zusammenhang nachgewiesen werden konnte. Häufig: Antikörperbildung; bei Erwachsenen: Parästhesie, Steifheit in den Extremitäten, Arthralgie, Myalgie, periphere Ödeme; bei Kindern: vorübergehende lokale Hautreaktionen. Gelegentlich: bei Erwachsenen: Karpaltunnelsyndrom; bei Kindern: Parästhesie, Steifheit in den Extremitäten, Arthralgie, Myalgie, periphere Ödeme. Seltene: Diabetes mellitus Typ 2, benigner intrakranieller Hypertension. Sehr selten: Leukämie. Bitte beachten Sie außerdem die Fachinformation. **Abgabestatus:** Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** PHARMACIA GmbH, PFIZER PHARMA GmbH, 10785 Berlin. **Stand:** November 2008.



Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Schwestern und Pfleger,

zur Jahrestagung 2011 laden wir Sie im Namen des Vorstandes der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie bereits heute ganz herzlich in die Otto-Dix-Stadt Gera ein. Am 1. und 2. April möchten wir gemeinsam mit Ihnen über die Schwerpunkte Onkologie, Neuropädiatrie sowie Neonatologie diskutieren. Außerdem sind auch im nächsten Jahr Komplexe zur Kinderchirurgie und zu freien Themen geplant.

Die seit einigen Jahren etablierte Fortbildungsveranstaltung für Pflegekräfte wird am 1. April parallel zum kinderärztlichen Programm stattfinden. Die praxisbezogenen Kurse sollen Kenntnisse in der Reanimation sowie in der neuropädiatrisch-neurologischen Untersuchung vermitteln. Zum traditionellen Gesellschaftsabend und Ausklang des ersten Konferenztages möchten wir Sie u. a. in den unterirdischen Höhlern Geras begrüßen.

Erstmals wird die Jahrestagung von Kliniken zweier Städte ausgerichtet. Wir sind sicher, dass wir durch die Zusammenarbeit der Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin des SRH Waldkrankenhauses Gera sowie des Universitätsklinikums Jena ein wissenschaftlich vielfältiges und spannendes Programm erleben werden und würden uns freuen, wenn Sie durch Ihre Vorträge und Poster zum Gelingen der Tagung beitragen.

Auch im Namen des Vorstandes der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie hoffen wir, Sie im nächsten Jahr in Gera begrüßen zu können und verbleiben bis dahin

mit herzlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Jörg Seidel
SRH Waldklinikum Gera

Prof. Dr. med. James Beck
Universitätsklinikum Jena

16. April, 16.00 – 17.00 Uhr

POSTER- RUNDGANG

(Carl-Zeiss-Saal II)



Hämostaseologie/Hämatologie/Onkologie

Vorsitz: A. Sauerbrey, Erfurt

-
- P01 Schwere Säuglingsanämie bei Vitamin B12-Mangel, bedingt durch vegane Ernährung der Mutter**
J. Dörner, M. Eulitz, I.-D. Eckart, S. Voigt, K. Milbredt, J. Seidel, Gera
-
- P02 Schwerste transiente Erythroblastopenie – zwei Fallberichte und Literaturübersicht**
H. Köhler, S. Eichholz, A. Nordwig, N. Lorenz, M. Kabus, Dresden
-
- P03 Interventioneller ASD-Verschluss bei Protein-C-Mangel: Management der Antikoagulation**
R. Bindermann, D. Vilser, K. Kentouche, H. R. Figulla, B. Hennig, Jena
-
- P04 Neonatale Alloimmunthrombozytopenie (NAIT) – Erfahrungen eines Zentrums**
V. Hermanns, J. Dinger, K. Hölig, A. Rosner, R. Knöfler, Dresden
-
- P05 Haploidente Stammzelltransplantation bei Kindern und Jugendlichen mit therapierefraktären onkologischen Erkrankungen**
C. Landefeld, K. Kentouche, D. Fuchs, A. Müller, J. F. Beck, B. Gruhn, Jena
-
- P06 Nephroblastom mit intracavaler und intrakardialer Ausbreitung**
M. Reitmann, U. Bierbach, H. Till, W. Hirsch, J. Janoušek, M. Kostelka, I. Dähnert, Leipzig
-
- P07 Progressive multifokale Leukenzephalopathie nach allogener Knochenmarktransplantation**
L. Kawan, K. Kentouche, J. F. Beck, B. Gruhn, Jena
-
- P08 Intrazerebrale Raumforderungen im Kindes- und Jugendalter: Vom initialen Symptom zur Diagnose – Erfahrungen der Kinderonkologie in Magdeburg**
A. Secker, U. Kluba, V. Aumann, N. Boxberger, A. Redlich, P. Vorwerk, Magdeburg
-
- P09 Therapie problematischer Hämangiome im Säuglings- und Kindesalter mit Propranolol**
T. Jürgens, T. Kosk, H. Belkin, R. Aschoff, D. Müller, C. Vogelberg, G. Fitze, M. Suttorp, D. Roesner, M. Gahr, Dresden

-
- P10 Propranolol-Therapie bei infantilen Hämangiomen – Erfahrungen über den Einsatz bei 24 Patienten**

A. Lambrecht, Borna, D. Brock, Leipzig, A. Möckel, Borna

-
- P11 Inflammatorisch-myofibroblastärer Tumor der Lunge**

K. Genzel, B. Henkel, A. Nemat, A. Sauerbrey, Erfurt

Immunologie/Infektiologie

Vorsitz: M. Gahr, Dresden

-
- P12 Assoziation zwischen Helicobacter pylori Kolonisation und atopischem Ekzem**

O. Herbarth, T. Richter, Leipzig

-
- P13 Pulmonale MDR-Tuberkulose bei einem Kleinkind – ein Fallbericht**

C. Winkel, A. Nordwig, R. Adler, T. Haufe, Dresden

K. Magdorf, Berlin, M. Kabus, Dresden

-
- P14 Nahrungsmittelallergien im Kindesalter – klinische Erfahrungen bei oralen Nahrungsmittelprovokationen**

C. Kielwagen, H. Knöfler, Wermisdorf, T. Richter, Leipzig

-
- P15 Reptilienassoziierte Salmonellose – eine zunehmende Gefahr?**

K. Gründler, S. Lau, A. Möckel, Borna

-
- P16 Rezidivierende Perikarditis im Kindesalter: zwei Fallberichte**

N. Bruck, B. Fiebig, C. Hedrich, M. Gahr, Dresden

-
- P17 Unklare Eosinophilie bei einem 30 Monate alten Jungen**

N. Pargac, J. Pfeilstetter, Meißen, J. Weichsel, R. Knöfler, M. Suttorp, Dresden

-
- P18 Eine seltene Differenzialdiagnose des M. Crohn – eine Kasuistik**

M. Zurek, I. Tröger, M. Borte, T. Richter, Leipzig

-
- P19 Akute milde Pankreatitis durch Coxsackie-Viren**

A. Hauenherm, E. Igenbergs, I. Tröger, M. Borte, T. Richter, Leipzig

P20 **Blickdiagnose: Neonatale kalte Staphylokokken-Abszesse**
C. M. Gebauer, S. Syrbe, D. Kluth, M. Knüpfer, U. Thome, Leipzig

P21 **Untersuchungen zum Verlauf von Interleukin-6-Serumspiegeln bei neonatalen Risikopatienten in der ersten Lebenswoche**
S. Bonitz, Weimar, A. Huster, Jena, T. Rusche, Weimar, A. Hübler, Jena

Autoimmunerkrankungen

Vorsitz: G. Horneff, St. Augustin

P22 **Therapeutische Strategien bei Purpura Schönlein-Henoch-Vasculitis/ Nephropathie – Erfahrungen eines kindernephrologischen Zentrums**
B. Mayer, M. Henn, S. Wygoda, T. Richter, Leipzig

P23 **Purpura Schönlein-Henoch und Morbus Crohn bei einem 9-jährigen Mädchen**
M. Laaß, S. Straub, Dresden

P24 **Wegener Granulomatose**
D. Schumann, A. Sauerbrey, Erfurt

P25 **Terminale Niereninsuffizienz bei Wegenerscher Granulomatose (WG) – Fallbericht zweier Jugendlicher mit erfolgreicher Nierentransplantation**
M. Henn, S. Wygoda, B. Maier, T. Richter, Leipzig

P26 **Kasuistik: Juveniler Mb. Behçet**
C. Armstroff, A.-B. Hintz, A. Sauerbrey, Erfurt

P27 **NMDA-Rezeptor-AK vermittelte Enzephalitis**
K. Neidhardt, A.-B. Hintz, A. Sauerbrey, Erfurt

P28 **Fallbericht eines Patienten mit Thalidomid-Langzeittherapie: ADEM – eine nicht primär erwartete Differentialdiagnose**
A. Hofmann, H. Elix, Chemnitz

P29 **Diffuse globale mesangiokapilläre Glomerulonephritis (Lupusnephritis WHO-Typ IV) bei einem 12-jährigen Mädchen mit systemischem Lupus erythematodes (SLE)**
M. Scheler, A. Sauerbrey, Erfurt

P30 **Behandlung einer therapieresistenten chronischen nicht-bakteriellen Osteomyelitis (CNO) mit MTX und Etanercept**
O. Zimmermann, Chemnitz

P31 **Das klinische Bild der Hashimoto-Thyreoiditis anhand zweier Fallberichte im Jugendalter**
J. Siebert, S. Eichholz, G. Leineweber, B. Tittel, M. Kabus, Dresden

Kardiologie/Neonatologie

Vorsitz: M. Kabus, Dresden

P32 **Blasse Affektkrämpfe (Pallid Breath-Holding Spells) mit Asystolie: Schrittmachertherapie bei Kleinkindern und Säuglingen**
B. Kolterer, T. Riede, R. Gebauer, P. Kinzel, Leipzig, B. Hennig, Jena
J. Janoušek, M. Kostelka, I. Dähnert, Leipzig

P33 **Erfolgreiche Behandlung eines Patienten mit Wolff-Parkinson-White Muster (WPW) und schwerer linksventrikulärer Dysfunktion mittels intravenöser Applikation von Propafenon (eine Fallbeschreibung)**
C. Paech, R. A. Gebauer, Leipzig

P34 **Fehlabbang der linken oder rechten Koronararterie aus der Pulmonalarterie (Alcapa/Arcapa): Ergebnisse 1999 – 2009**
P. Flosdorff, F. T. Riede, P. Suchowerskyj, M. Cho, M. Kostelka, I. Dähnert, Leipzig

P35 **Vorhofflattern als seltene Ursache einer fetalen Tachycardie**
G. Tiller, J. Stolle, Chemnitz, P. Suchowerskyj, Leipzig

P36 **Myokardischämie bei einer 16-jährigen Patientin mit FRIEDREICH-Ataxie**
D. Vilser, R. Bindermann, E. Lopatta, B. Hennig, Jena

-
- P37 **ARCAPA (anomalous right coronary artery from pulmonary artery) – Fehlmündung der rechten Koronararterie bei einer 16-jährigen Patientin**
M. Rohmann, E. Limpert, B. Hennig, Jena
-
- P38 **Morbidität und Risiken des späten Frühgeborenen der 34+0 bis 36+6 SSW**
H. Offermann, M. Knüpfer, Leipzig
-
- P39 **Nierenversagen in der Neonatalperiode mit unterschiedlichster Prognose – drei Kasuistiken**
H. Teichler, C. Heß, G. Bertram, L. Patzer, Halle
-
- P40 **Zwerchfelllähmung beim Neugeborenen**
P. Hartmann, A. Hübler, J. F. Beck, Jena
-
- P41 **Rezidivierender Hydro-/Chylothorax bei zwei Neugeborenen mit Noonan-Syndrom**
R. Hötzel, A. Kobelt, D. Müller, D. Kamprad, J. Schmidt, U. Ruhnke, Chemnitz
-
- P42 **Messung der Geweboxygenierung mittels INVOS 5100C während Bluttransfusion von Früh- und Neugeborenen**
D. Seidel, A. Bläser, C. Gebauer, F. Pulzer, U. Thome, M. Knüpfer, Leipzig

Kinderchirurgie

Vorsitz: U. Friedrich, Erfurt

-
- P43 **Die intravenöse PCA als Bestandteil eines Konzeptes zur postoperativen Schmerztherapie**
R. Böhm, H. Till, Leipzig
-
- P44 **Management, Probleme und Verlauf von zwei pränatal nichtdiagnostizierten Blasenexstrophiefällen an einem Städtischen Krankenhaus**
A. Rungenhagen, J. Schaarschmidt, M. Kabus, Dresden,
W. Rösch, Regensburg
-
- P45 **Das stumpfe Bauchtrauma – eine Domäne der konservativen Therapie unter dem besonderen Aspekt der Notwendigkeit eines pädiatrischen Trauma Centrums (PTC)**
J. Suß, Kassel

-
- P46 **Erste Erfahrungen über den Einsatz der SILS- (Single Incision Laparoscopic Surgery) Technik in der Kinderchirurgie**
U. Bühligen, R. Wachowiak, H. Till, Leipzig
-
- P47 **Therapiemanagement und Outcome von Übergangsfrakturen am Sprunggelenk**
T. Lehnert, U. Bühligen, M. Weisser, H. Till, Leipzig
-
- P48 **Einfluss der temporären Epiphyseodese mit einem eight-plate-System bei varisierender Wachstumsstörung von Frakturen am distalen Humerus**
U. Bühligen, Leipzig
-
- P49 **Achskorrektur und Kallusdistraktion nach Waterhouse-Friderichsen-Syndrom (Kasuistik)**
W. Müller, Halle
-
- P50 **Eine hypertrophe Pylorusstenose bei einem Patienten mit Situs inversus**
D. Sachwitz, H.-J. Haß, V. Aumann, H. Krause, Magdeburg
-
- P51 **Konnataler Chylothorax bei nichtimmunologischem Hydrops fetalis – Differentialdiagnosen**
A. Rollow, S. Hofmann, D. Roesner, G. Hahn, J. Dinger, Dresden
-
- P52 **Congenitale Pylorusatresie – eine seltene Fehlbildung des Gastrointestinaltraktes**
J. Hoyer-Schuschke, S. Pötzsch, H. Haß, H. Krause, C. Gerloff, Magdeburg

Genetik/Stoffwechsel

Vorsitz: J. Seidel, Gera

-
- P53 **Identifikation multipler DNA-Veränderungen mittels A-CGH bei einer Patientin mit Jacobson-Syndrom**
E. Bergmann, S. Starke, A. Weber, Leipzig, M. Krause, Marburg,
N. Christiansen, H. Christiansen, Leipzig
-
- P54 **Orale low-dose Therapie mit Risedronsäure bei einer 11-jährigen Patientin mit Osteogenesis imperfecta Typ I**
P. Müller, C. Ehlers, H. Reichenbach, Leisnig

P55 Adenylosuccinase-mangel – seltene Ursache für eine psychomotorische Entwicklungsverzögerung und symptomatische Epilepsie im Kindesalter
C. Pinkwart, A. Voigt, S. Butenhoff, K. Placzek, S. Heß, Halle

P56 Infantile neuronale Ceroidlipofuszinose
E. Kuscher, A.-B. Hintz, A. Sauerbrey, Erfurt

P57 Aufklärung komplexer Entwicklungsstörungen mittels Array-CGH-Technik
J. Seidel, I. Graneß, Gera, O. Bartsch, Mainz, J. Kohlhaase, Freiburg

P58 Zapfen-Stäbchen-Netzhautdystrophie und Amelogenesis imperfecta – das Jalili-Syndrom
D. Müller, T. Scholbach, Chemnitz

P59 Appendizitis mit Transaminasenerhöhung als Erstmanifestation eines Morbus Wilson
J. Hofmann, S. Kellermann, H. Jung, K. Großer, Dresden

P60 Kasuistik: Nonketotische Hyperglycinämie mit neuartiger Mutation im Exon 7 des AMT-Gen c.794G>A (p.R265H)
H. Reichelt, H.-J. Bittrich, Erfurt, A. Möckel, Gotha, S. Weidensee, A. Sauerbrey, Erfurt

P61 Fallbericht eines Neugeborenen mit Smith-Lemli-Opitz Syndrom, Diagnostik und Diskussion der Therapieoptionen
K. Roefke, A. Sauerbrey, Erfurt

P62 Neugeborenes mit einer Facio-Digito-Genitalen Dysplasie – Ein Aarskog-Scott-Syndrom konnte molekulargenetisch gesichert werden
S. Peter, A. Sauerbrey, Erfurt

Verschiedene Themen

Vorsitz: L. Patzer, Halle

P63 Elternratgeber im Wandel der Zeit: Deskriptive Ratgeberanalyse am Beispiel der sogenannten »klassischen Kinderkrankheiten« unter Berücksichtigung der Impfdebatte
J. Gärtner, Leipzig

P64 Seltene Differentialdiagnose eines Tinnitus und interventionelle Therapie in der Adoleszenz – eine durale arterio-venöse Fistel an der Schädelbasis
T. Scholbach, B. Manikowski, P. Duscha, Chemnitz, J. Klisch, Erfurt

P65 11-jähriges Mädchen mit derbem abdominellen Tumor
C. Dörfler, C. Basche, R. Aschenbach, U. Sundermann, U. Friedrich, A. Sauerbrey, Erfurt

P66 Risikofaktoren für Niereninsuffizienz bei Kindern mit posteriorer Urethral-klappe
M. Pohl, G. Rönnefarth, U. John, Jena

P67 Ingestion von Bleikügelchen bei Geschwistern – ein Notfall?
R. Adler, G. Leineweber, B. Plenert, N. Lorenz, M. Kabus, Dresden

P68 Sistieren von schweren Pleuraergüssen und Aszites bei einem Frühgeborenen mit Trisomie 21 mittels Eigenblutpleurodes: ein Fallbericht
S. Rützel, M. Knüpfer, H. Till, U. Thome, Leipzig

P69 Eine neuartige Methode zur globalen volumetrischen Perfusionsmessung von Feten
T. Scholbach, J. Stolle, Chemnitz

P70 Dreidimensionale Perfusionsmessung der Placenta mit der PixelFlux-Technik
T. Scholbach, Chemnitz, B. Huppertz, Graz, J. Konje, Leicester

P71 Massive periorale Infektion nach geringfügigem Trauma
C. Wenschuh, Wermisdorf

P72 Neonatales Lambert-Eaton Syndrom
J. Dinger, G. Kamin, U. Reuner, Dresden

1 Fachinformationen Enbrel® 50mg Injektionslösung im Fertigpen (MYCLIC), Enbrel® 25mg Fertigspritze, Enbrel® 50mg Fertigspritze, Enbrel® 25mg, Enbrel® 25mg/ml, Stand Juli 2009.

Enbrel® Wirkstoff: Etanercept (gentechnologisch aus d. Eierstockzelllinie d. Chinesischen Hamsters hergestellt). **Enbrel® 25 mg Pulver u. Lösungsmittel** zur Herstellung einer Injektionslösung. **Enbrel® 25 mg / 50 mg Injektionslösung** in Fertigspritze. **Enbrel® 50 mg Injektionslösung** im Fertigpen (MYCLIC). **Enbrel® 25 mg/ml Pulver u. Lösungsmittel** zur Herstellung einer Injektionslösung zur Anw. bei Kindern u. Jugendl. **Zusammensetzung:** Enbrel® 25 mg Durchstechflasche: 1 Durchstechfl. m. Pulver enth. 25 mg Etanercept. Sonst. Bestandteile Pulver: Mannitol, Sacrose, Trometamol. 1 Fertigspritze m. Lösungsmittel enth. Wasser f. Injektionszwecke. Enbrel® 25 mg / 50 mg Fertigspritze: 1 Fertigspritze enth. 25 mg bzw. 50 mg Etanercept. Sonst. Bestandteile: Sacrose, Natriumchlorid, Argininhydrochlorid, Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Wasser f. Injektionszwecke. Enbrel® 50 mg Fertigpen (MYCLIC): 1 Fertigpen enth. 50 mg Etanercept. Sonst. Bestandteile: Sacrose, Natriumchlorid, Argininhydrochlorid, Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Natriummonohydrogenphosphat-Dihydrat, Wasser f. Injektionszwecke. Enbrel® 25 mg/ml f. Kdr. u. Jugendl.: 1 Durchstechfl. m. Pulver enth. 25 mg Etanercept. Gebrauchsfertige Lösung enth. 25 mg Etanercept pro ml f. max. zwei Dosen. Sonst. Bestandteile Pulver: Mannitol, Sacrose, Trometamol. 1 Fertigspritze m. Lösungsmittel enth. Wasser f. Injektionszwecke u. Benzylalkohol. **Anwendungsgebiete:** Enbrel® 25 mg u. 50 mg: Rheumatoide Arthritis; Enbrel® ist in Komb. m. Methotrexat (MTX) zur Behandl. d. mittelschweren bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis bei Erw. indiziert, wenn Ansprechen auf Basistherapeutika (einschl. MTX - sofern nicht kontraind.) unzureichend ist. Enbrel® kann im Falle einer Unverträglichk. gegenüber MTX od. wenn eine Forts. d. Behandl. m. MTX nicht mögl. ist, als Monother. angewendet werden. Behandl. der schweren, aktiven u. progressiven rheumatoiden Arthritis bei Erw., die zuvor nicht m. MTX behandelt worden sind. Enbrel® verhindert als Monother. od. in Komb. m. MTX d. Fortschreiten d. radiolog. nachweisbaren strukturellen Gelenkschädig. u. verbessert d. körperl. Funktionsfähigk. Psoriasis-Arthritis (Arthritis psoriatica); Behandl. d. aktiven u. progressiven Psoriasis-Arthritis bei Erw., wenn Ansprechen auf vorhergehende Basisther. unzureichend ist. Enbrel® verbessert d. körperl. Funktionsfähigk. bei Pat. m. Psoriasis-Arthritis u. verhindert d. Fortschreiten d. radiolog. nachweisbaren strukturellen Schädig. peripherer Gelenke b. Pat. m. polyartikulären symmetrischen Subtypen d. Erkrank. Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans); Behandl. d. schweren aktiven Morbus Bechterew bei Erw., die unzureichend auf konventionelle Behandl. angesprochen haben. Plaque-Psoriasis; Behandl. Erwachsener m. mittel-schwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die auf eine andere syst. Ther. wie Ciclosporin, MTX od. Psoralen u. UVA-Licht (PUVA) nicht angesprochen haben od. bei denen eine Kontraind. od. Unverträglichk. einer solchen Ther. vorliegt. Enbrel® 25 mg/ml u. zusätzl. f. Enbrel® 25 mg u. 50 mg: Plaque-Psoriasis bei Kindern u. Jugendl.; Behandl. d. chron. schweren Plaque-Psoriasis bei Kindern u. Jugendl. ab 8 J., die unzureichend auf eine and. system. Ther. od. Lichtther. angesprochen haben od. sie nicht vertragen. Zusatzl. f. Enbrel® 25 mg u. Enbrel® 25 mg/ml: Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis; Behandl. d. aktiven polyartikulären juvenilen idiopathischen Arthritis bei Kindern u. Jugendl. ab 4 J., die unzureichend auf MTX-Behandl. angesprochen haben od. MTX-Behandl. nicht vertragen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichk. gegen den Wirkstoff od. einen d. sonst. Bestandteile. Nicht anv. bei Sepsis od. Risiko einer Sepsis (cave: mögl. Erhöhung d. Mortalität bei bestehender Sepsis). Ther.-Beginn nicht bei aktiven Infekt., einschl. chron. od. lokalisierter Infekt. od. bei Pat. m. aktiver Tuberkulose. Pat. m. inaktiver Tuberkulose nur nach entspr. Anti-Tuberkulose-Ther. u. sehr sorgf. Nutzen/Risiko-Abwägung. HBV-Überträger u. Pat. m. bes. HBV-Infekt.-Risiko überprüfen, ggf. Enbrel®-Anw. erst nach Anti-HBV-Ther.; Zusatzl. f. Enbrel® 25 mg/ml: Keine Anw. bei Früh- od. Neugeborenen, weil das Lösungsmittel Benzylalkohol enthält. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Pat. vor, währ. u. nach Enbrel®-Behandl. auf Infekt. hin untersuchen. Vorsicht walten lassen bei Pat. m. wiederkehrenden od. chron. Infekt. i. d. Vorgeschichte od. m. Begleit-erkrank., die Infekt. begünstigen können (z.B. fortgeschrittener oder schlecht eingestellter Diabetes), sowie bei neuentwickelten Infekt. Unter Anw. v. Enbrel® wurden schwerw. Infekt., Sepsis, Tuberkulose (Tb) u. opportunistische Infekt., einschl. invasiver Pilzinfekt. beobachtet (in einigen Fällen m. Todesfolge durch Nichterkennung u. verzögerte Behandl.). Patienten-Risiko für relevante opportunist. Infekt. berücksichtigen. Therapieabbruch bei Entwickl. v. schwerer Infekt., sowie bei Auftreten schwerw. allerg. od. anaphylakt. Reakt. Vor Behandlungsbeginn alle Pat. auf aktive u. inaktive (latente) Tb hin untersuchen. Pat. anweisen, bei Tb-Sympt. ärztl. Rat einzuholen. Reaktivierung d. Hepatitis-B-Virus (HBV) wurde v. Pat. berichtet, die chron. Träger dieses Virus sind u. TNF-Antagonisten, einschl. Enbrel®, erhalten haben. Besondere Vors. bei Pat. m. Blutdyskrasie in d. Anamnese, bei Auftreten v. Sympt. eindringl. Abklärung; bei nachweisl. Blutdyskrasie Enbrel® absetzen. Bei starker Exposition gegenüber Varizella-Viren Behandl. vorübergehend abbrechen, ggf. Prophylaxe m. Varizella-zoster-Immunglobulinen. Regeln. Hautuntersuch. empf. bei Pat. m. erhöhtem Risiko f. nicht-melanozytären Hautkrebs. Besondere Vors. bei Pat. m. Herzinsuffizienz; Pat. m. Hepatitis C i.d. Anamnese wg. mögl. Verschlecht.; Enbrel® nicht zur Behandl. v. Alkohol-Hepatitis anv.; Vorsicht b. Pat., die auch an mittelschw. bis schwerer Alkohol-Hepatitis leiden. Komb. Anw. v. Enbrel® m. Anakinra oder Abatacept sowie Anw. v. Enbrel® bei Wegener'schen Granulomatose wird nicht empf.; Keine gesicherten Erkenntnisse über Langzeitsicherheit v. Enbrel® bei gleichzeitiger Gabe m. anderen antirheumatischen Basistherapeutika (DMARD). Anw. in Schwangerschaft u. Stillzeit nicht empf. Mögl. Risiko f. die Entwickl. v. Lymphomen od. anderen malignen Erkrank. kann derzeit bei Ther. m. TNF-Antagonisten nicht ausgeschlossen werden. Sicherheit u. Wirksamk. v. Enbrel® bei Pat. m. Immunsuppression od. chron. Infekt. wurden bisher nicht untersucht. Lebendimpfstoffe sollten nicht gleichzeitig verabreicht werden. Sorgf. Nutzen-Risiko-Analyse, einschl. neuroplog. Untersuchung, bei bestehender od. jüngst neu aufgetretener ZNS-Entmarkungskrankheit od. evtl. erhöhtem Risiko f. Entwickl. einer ZNS-Entmarkungskrankheit. Anw. v. Enbrel® in Komb. m. anderen syst. Ther. od. Lichtther. zur Behandl. v. Psoriasis wurde nicht untersucht. Nur für Enbrel® 25 mg / 50 mg Fertigspritze u. Enbrel® 50 mg Fertigpen: Kanülenkappe d. Fertigspritze bzw. d. Fertigpens enth. Latex (Trockenkauschuk), das Überempfindlichkeitsreakt. verursachen kann. Nur für Enbrel® 25 mg/ml: Enbrel® enth. als sonst. Bestandteil Benzylalkohol, der bei Säugl. u. Kindern bis zum 3. Lebensj. tox. u. anaphylakt. Reakt. hervorrufen kann. Enbrel® nicht bei Früh- od. Neugeborenen anwenden. **Nebenwirkungen:** Basierend auf Beobachtungen aus klin. Studien bei Erw. u. Berichten n. Markteinf.: Sehr häufig: Reakt. an d. Inj.-stelle, ggf. passagere „Recall“-Reakt. an d. Inj.-stelle, Infekt. (einschl. Enfekt. d. oberen Atemwege, Bronchitis, Zystitis, Hautinfekt.), Häufig: Allerg. Reakt., Fieber, Bildung v. Autoantikörpern, Pruritus, Gele-gentl.: Schwere Infekt. (einschl. Pneumonie, Erysipel, septische Arthritis, Sepsis), Thrombozytopenie, Uveitis, interstitielle Lungenerkrankung (einschl. pulmonale Fibrose u. Pneumo-nitis, z.T. letal), nicht-melanozytärer Hautkrebs, Angiodödem, Urtikaria, Hautausschlag, psoriasisartiger Hautausschlag, Psoriasis (einschl. Erstmanifestationen u. pustulöse Formen, primär Handflächen u. Fußsohlen). Selten: Tuberkulose (inkl. Milliartuberkulose u. extrapulmonärer Tuberkulose), opportunistische Infektionen (einschl. invasive Pilz-, Protozoen-, Bakterien-, u. atypische Mycobakterien-Infekt.), Anämie, Leukozytopenie, Neutropenie, Panzytopenie, schwere allerg./anaphylakt. Reakt. (einschl. Angiodödem, Bronchospasmus), Anfälle, ZNS-entmyelinisierende Ereign. m. Verdacht auf multiple Sklerose od. lokalisierte entmyelinisierende Zustände wie Neuritis nervi optici u. Querschnittsmyelitis; Verschlecht. v. Herz-insuff., erhöhte Leberenzyme, kutane Vaskulitis (einschl. leukozytoklastische Vaskulitis), Stevens-Johnson-Syndrom, Erythema multiforme, subakuter, kutaner od. diskoider Lupus erythematosus, Lupus-ähnli. Syndrom. Sehr selten: Aplastische Anämie, toxische epidermale Nekrolyse. Häufigkeit nicht bekannt: Makrophagen-Aktivierungs-Syndrom, anti-neuro-trophile cytoplasmatische Antikörper-positive Vaskulitis. Schwere u. unerw. Ereignisse in klin. Studien umfassten: Maligne Erkrank., Asthma, Infekt., Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, Myokard-Ischämie, Schmerzen im Brustkorb, Synkope, zerebrale Ischämie, Hypertonie, Hypotonie, Cholezystitis, Pankreatitis, gastrointest. Blutungen, Bursitis, Verwirrtheit, Depres-sion, Dyspnoe, gestörte Wundheilung, Niereninsuff., Nierensteine, tiefe Venenthrombosen, Lungenembolie, membranöse Glomerulonephropathie, Polyomyositis, Thrombophlebitis, Leberschäden, Leukozytopenie, Parese, Parästhesie, Schwindel, allerg. Alveolitis, Angiodödem, Skleritis, Knochenfraktur, Lymphadenopathie, Colitis ulcerosa, Ileus, Eosinophilie, Hämaturie, Sarkoidose. In Studien m. einer Behandlungsdauer v. bis zu 48 Mon. wurden schwerw. Infekt. beobachtet einschl.: Abszess, Bakteriämie, Bronchitis, Bursitis, Erysipel, Cholezystitis, Diarrhoe, Divertikulitis, Endokarditis (vermutet), Gastroenteritis, Hepatitis B (Reaktivierung b. chron. HBV-Trägern), Herpes zoster, Unterschenkelgeschwür, Mundinfekt., Osteomyelitis, Otitis, Peritonitis, Pneumonie, Pylonephritis, Sepsis, septische Arthritis, Sinusitis, Hautinfekt., Hautge-schwür, Harnwegsinfekt., Vaskulitis, Wundinfekt.; Nach Markteinf. wurde über versch. Malignome (einschl. Brust- u. Lungenkarzinom sowie Lymphom) berichtet. Bei Komb. v. Enbrel® m. MTX (Studie): Raten d. schwerw. Infekt. waren ge-genüber d. Monother. ähnl., jedoch ist ein Anstieg d. Infektionsrate bei Kombi-Therapie mögl. In Studien zur Plaque-Pso-riasis: Schwere Infekt. wie Erysipel, Gastroenteritis, Pneumonie, Cholezystitis, Osteomyelitis, Gastritis, Appendizitis, Streptokokken-Fasziitis, Myositis, sept. Schock, Typ I Diabetes mellitus, Weichteilinfekt. u. postoperative Wundinfekt. wurden bei erw. Pat. ein erhöhtes Risiko f. schwerw. Infekt. u. Neutropenie beobachtet. Nebenwirk. bei Kdm. u. Jugendl. b. Be-handl. m. 25 mg Enbrel®: Diese waren i. A. denen d. Erw. ähnl. Häufiger als bei Erw. waren: Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen u. Unterleibsschmerzen. Schwere NW in einer Studie waren: Varizellen-Infektion m. Zeichen u. Sympt. v. aseptischer Meningitis (ohne Folgeschäden), Blinddarmentz., Gastroenteritis, Depression/Persönlichkeitsstör., Hautgeschwür, Ösophagitis, Gastritis, sept. Schock, Typ I Diabetes mellitus, Weichteilinfekt. u. postoperative Wundinfekt. Verschrei-bungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: Wyeth Europa Ltd., Huntercombe Lane South, Taplow, Maidenhead, Berkshire, SL6 0PH, Vereinigtes Königreich. Örtlicher Vertreter Deutschland: Wyeth Pharma GmbH, D-48136 Münster mik@wyeth.com Stand: Dezember 2009. Weitere Informationen siehe Fach- u. Gebrauchsinformation.

MIK Medizinisches Informations- und Kundenservicecenter
Tel. 0 18 02 – 78 39 93 (6 ct./Anruf)
Montag – Donnerstag 8.00 – 18.00 Uhr
Freitag 8.00 – 17.00 Uhr
mik@wyeth.com
Wyeth Pharma GmbH
ein Unternehmen der Pfizer-Gruppe



„Jetzt bin ich wieder am Ball!“

Enbrel®

Erstes und einziges Biologikum für Kinder und Jugendliche

Enbrel®: Praxisdaten aus 10 Jahren Therapieerfahrung.*

- mit **Juveniler Idiopathischer Arthritis*** ab 4 Jahren.¹
- mit **Plaque-Psoriasis*** ab 8 Jahren.¹

* Bei Kindern und Jugendlichen mit Polyartikulärer Juveniler Idiopathischer Arthritis
Bei Kindern und Jugendlichen mit Juveniler Plaque-Psoriasis



Erstautoren, Referenten und Vorsitzende

Abeck, D.	München	VS, PV1
Adler, R.	Dresden	P67
Armstroff, C.	Erfurt	P26
Bergmann, E.	Leipzig	P53
Bidlingmeier, C.	München	EV2
Bindermann, R.	Jena	P03
Bittrich, H.-J.	Erfurt	W1
Böhm, R.	Leipzig	P43
Bonitz, S.	Weimar	P21
Bruck, N.	Dresden	P16
Bühligen, U.	Leipzig	P46, P48
Dame, C.	Berlin	LV1
Dinger, J.	Dresden	P72
Dörfler, C.	Erfurt	P65
Dörner, J.	Gera	P01
Eckoldt, F.	Jena	V21
Finke, R.	Halle	V19
Flosdorff, P.	Leipzig	P34
Friedrich, U.	Erfurt	VS
Gahr, M.	Dresden	VS
Gärtner, J.	Leipzig	P63
Gebauer, C. M.	Leipzig	P20
Genzel, K.	Erfurt	P11
Gneuß, A.	Dresden	V01
Göbel, P.	Halle	V22
Gründler, K.	Borna	P15
Hartmann, P.	Jena	P40
Hauenherm, A.	Leipzig	P19
Henn, M.	Leipzig	P25
Herbarth, O.	Leipzig	P12
Hermanns, V.	Dresden	P04
Hildebrand, U.	Gründau	PV4
Hintz, A.-B.	Erfurt	V12
Hofmann, A.	Chemnitz	P28
Hofmann, J.	Dresden	P59
Höltzel, R.	Chemnitz	P41
Horneff, G.	St. Augustin	EV4, VS

Hoyer-Schuschke, J.	Magdeburg	P52
Johne, J.	Erfurt	V02
Jürgens, T.	Dresden	P09
Kabus, M.	Dresden	VS
Kawan, L.	Jena	P07
Kentouche, K.	Jena	VS
Kielwagen, C.	Leipzig	P14
Klimas, A.	Erfurt	V23
Knöfler, R.	Dresden	VS
Köhler, H.	Dresden	P02
Kohne, E.	Ulm	EV3
Kolterer, B.	Leipzig	P32
Kreft, D.	Frankfurt/M.	PV3
Kuscher, E.	Erfurt	P56
Laaß, M.	Dresden	P23
Lambrecht, A.	Borna	P10
Landefeld, C.	Jena	P05
Langhammer, M.	Leipzig	V11
Lehnert, T.	Leipzig	P47
Lemmer, A.	Erfurt	V15
Linke, F.	Suhl	V20
Lohse, J.	Dresden	V04
Mauz-Körholz, C.	Halle	VS, LV3
Mayer, B.	Leipzig	P22
Mohnike, K.	Magdeburg	VS, V06
Müller, D.	Chemnitz	P58
Müller, P.	Leisnig	V14, P54
Müller, W.	Halle	P49
Neidhardt, K.	Erfurt	P27
Nowak-Göttl, U.	Münster	LV2, EV1
Offermann, H.	Leipzig	P37
Paech, C.	Leipzig	P33
Pargac, N.	Meißen	P17
Patzner, L.	Halle	VS
Peter, S.	Erfurt	P62
Pinkwart, C.	Halle	P55
Pohl, M.	Jena	P66

Erstautoren, Referenten und Vorsitzende (Fortsetzung)

Pulzer, F.	Leipzig	V07
Reichelt, H.	Erfurt	P60
Reitmann, M.	Leipzig	P06
Richter, T.	Leipzig	VS
Roefke, K.	Erfurt	P61
Rohmann, M.	Jena	P37
Rollow, A.	Dresden	P51
Roesner, D.	Dresden	V17
Rungenhagen, A.	Dresden	P44
Rützel, S.	Leipzig	P68
Sachwitz, D.	Magdeburg	P50
Sauerbrey, A.	Erfurt	V16, VS
Schädlich, D.	Dresden	V05
Scheler, M.	Erfurt	V13, P29
Schmidt, S.	Dresden	V03
Scholbach, T.	Chemnitz	P64, P69, P70
Schulze, F.	Erfurt	W2
Schumann, D.	Erfurt	P24
Secker, A.	Magdeburg	P08
Seidel, D.	Leipzig	P42
Seidel, J.	Gera	VS, P57
Siebert, J.	Dresden	P31
Stiehm, T.	Soest	PV2
Suß, J.	Kassel	P45
Teichler, H.	Halle	P38
Till, H.	Leipzig	VS, V18
Tiller, G.	Chemnitz	P35
Vilser, D.	Jena	P36
Vogel, C.	Chemnitz	V10
Wenschuh, C.	Wernsdorf	P71
Winkel, C.	Dresden	P13
Wolf, N.	Leipzig	V09
Zimmermann, O.	Chemnitz	P30
Zurek, M.	Leipzig	V08, P18

Aussteller und Sponsoren

SILBERSPONSOREN

Astellas Pharma GmbH
Bayer Vital GmbH
Swedish Orphan International GmbH

BRONZESPONSOREN

Intersero GmbH
Pfizer Pharma GmbH
Talecris Biotherapeutics GmbH

WEITERHIN GILT UNSER DANK

biomedpark Medien GmbH
F. Stephan GmbH Medizintechnik
Octapharma GmbH
Sandoz Pharmaceuticals
Wyeth Pharma GmbH –
ein Unternehmen der Pfizer-Gruppe

FACH- UND INDUSTRIEAUSSTELLUNG

Folgende Aussteller freuen sich auf Ihren Besuch (Stand 16. März 2010):

Abbott GmbH & Co. KG	Hipp GmbH & Co. Vertrieb KG
APOGEPHA Arzneimittel GmbH	Humana GmbH
Ardeypharm GmbH	Ipsen Pharma GmbH
Astellas Pharma GmbH	Linde Gas Therapeutics GmbH
Bayer Vital GmbH	meetB Gesellschaft für Medizin- technik mbH
Charlottenhall – Rehabilitations- und Vorsorgeklinik für Kinder und Jugendliche gGmbH	Milupa GmbH
CSL Behring GmbH	Nestlé Deutschland AG/ Bereich Ernährungsstudio
Dräger Medical Deutschland GmbH	Nestlé Deutschland AG/ Bereich Nestlé Nutrition
Fehlbildungsmonitoring Sachsen- Anhalt	Octapharma GmbH
G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG	Orphan Europe (Germany) GmbH
GE Medical Systems Information Technologies GmbH	Sanofi Pasteur MSD GmbH
Genzyme GmbH	Swedish Orphan International GmbH
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG	Talecris Biotherapeutics GmbH
Heinen + Löwenstein GmbH	Wyeth Pharma GmbH – ein Unternehmen der Pfizer-Gruppe

Für die unterstützende Förderung der Jahrestagung möchten wir uns bei den genannten Firmen herzlich bedanken.

Allgemeine Hinweise

TAGUNGSGEBÜHREN – ANMELDUNG AB 01. MÄRZ 2010

Gesamttagung

Mitglieder der STGKJM	60,00 €
Nichtmitglieder	70,00 €
Ehrenmitglieder	frei
Studenten, Rentner	frei

Tageskarten

Mitglieder der STGKJM	40,00 €
Nichtmitglieder	50,00 €
Schwestern, Arzthelferinnen	15,00 €

RAHMENPROGRAMM

Gesellschaftsabend im Palmenhaus Erfurt	40,00 €
---	---------

INFORMATIONEN FÜR REFERENTEN UND VORTRAGENDE

Bitte beachten Sie, dass sich auch die Referenten und Posterpräsentatoren per Anmeldeformular anmelden müssen.

Im Vortragssaal sind Beamer und Laptop vorhanden. Bitte geben Sie Ihre Vorträge auf CD oder USB-Stick bis mindestens zwei Stunden vor Ihrer Präsentation im Mediencheck ab.

Für die Posterpräsentation stehen Posterwände zur Verfügung (maximale Größe der Poster: A0-Hochformat),

Befestigungsmaterial erhalten Sie im Tagungsbüro. Die Poster sind bitte am 16. April zwischen 9.00 und 13.00 Uhr anzubringen. Beim Posterrundgang am 16. April wird erwartet, dass ein Autor anwesend ist. Die Poster-Jury wird sieben Poster auswählen, die jeweils in 5-Minuten-Kurzvorträgen am 17. April ab 12.30 Uhr im Plenum vorgestellt werden. Halten Sie deshalb bitte auch eine Powerpoint-Präsentation bereit (max. vier Folien).

ZERTIFIZIERUNG

Die Jahrestagung wird durch die Landesärztekammer Thüringen als Fortbildungsveranstaltung anerkannt. Die Zertifizierung war jedoch bei Drucklegung noch nicht abgeschlossen.

Die Teilnahmebescheinigung erhalten Sie im Tagungsbüro. Bitte geben Sie Ihre Barcodeaufkleber im Tagungsbüro ab.

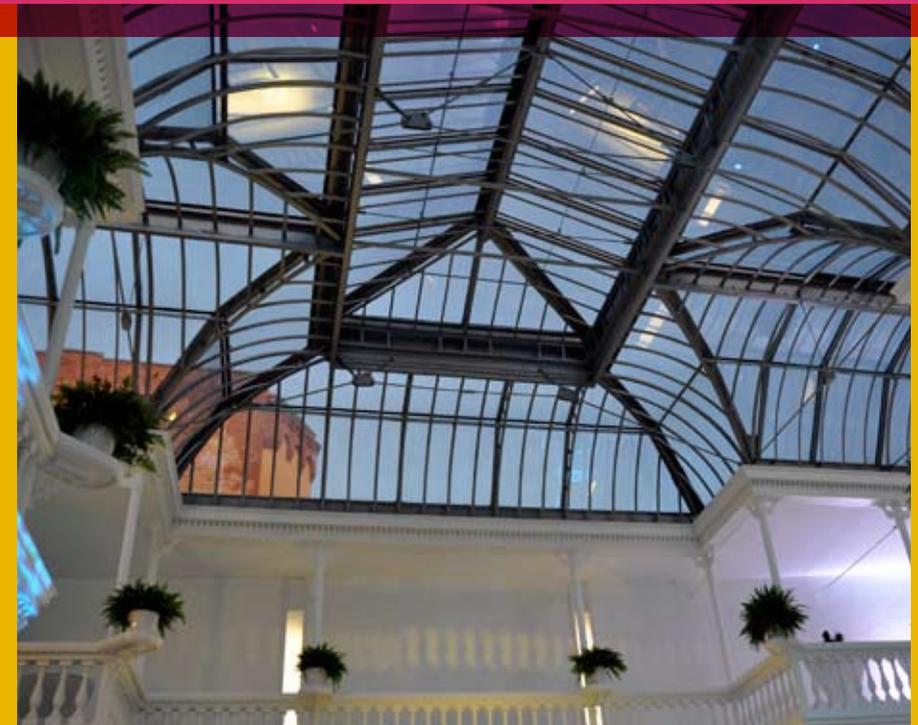
GESELLSCHAFTSABEND AM 16. APRIL 2010, AB 19.30 UHR

Der Gesellschaftsabend zur diesjährigen Jahrestagung findet im rekonstruierten Palmenhaus statt (Schlösserstr. 10, neben der Lorenzkirche, unmittelbar in Nähe des Angers). Neben Empfang und Abendessen erwartet die Gäste in der historischen Glashausarchitektur char-

mante Unterhaltung mit den Damen des Vocalensembles Iajuna. Des Weiteren werden die Ehrenmitgliedschaften der Gesellschaft verliehen.

Das Palmenhaus ist vom Congress Center mit der Straßenbahnlinie 2 erreichbar (Richtung »Ringelberg«, Haltestelle »Anger«). Für Gäste mit PKW stehen Parkhäuser in unmittelbarer Nähe zur Verfügung, z. B. Parkhaus in der Fleischgasse 7, ca. 5 Minuten vom Palmenhaus entfernt.

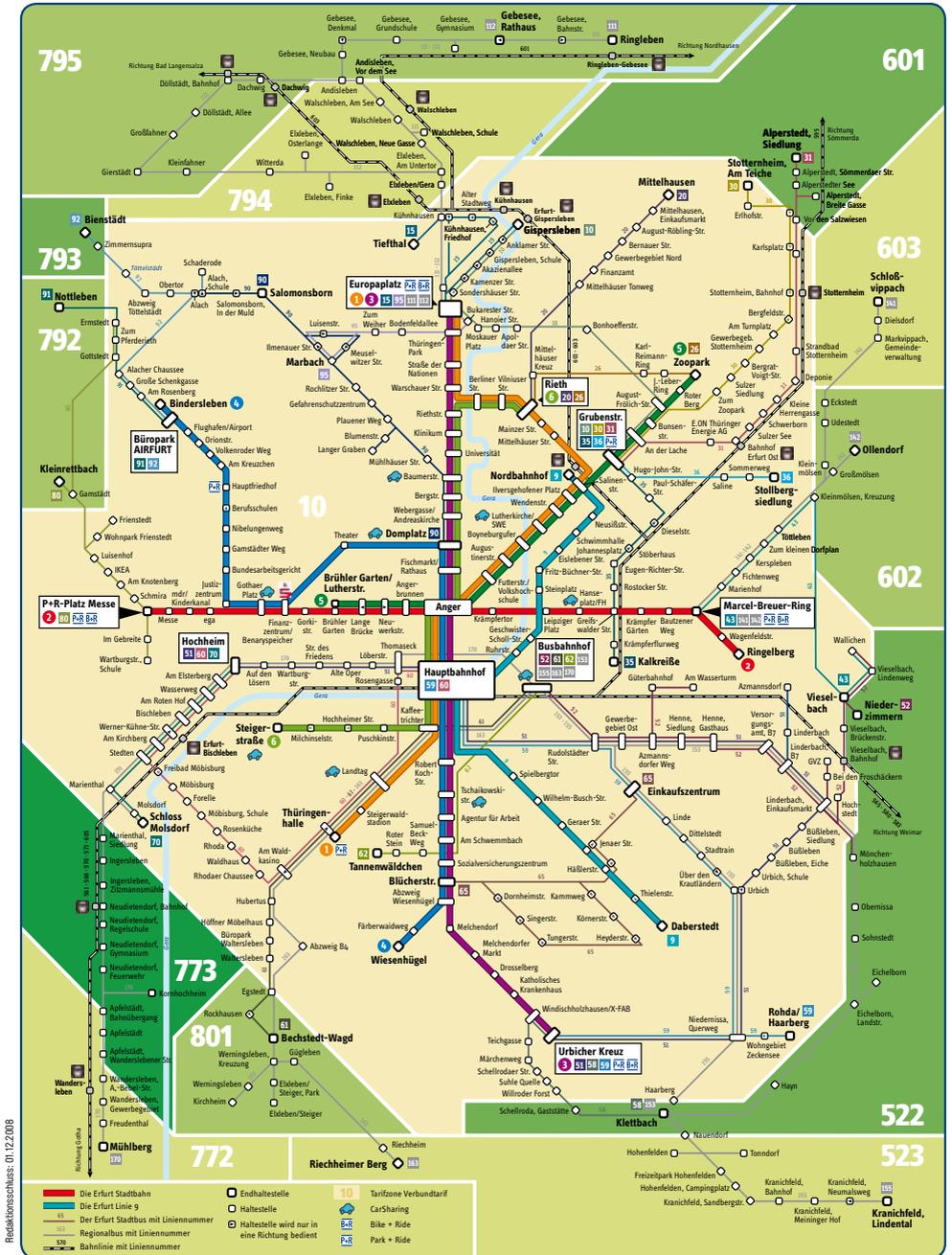
Palmenhaus Erfurt



Orientierungsplan



Netzplan Erfurt



i Verbundtarif Mittelthüringen
 Service-Telefon: 01805 130031 (14 Cent pro Minute)
 Internet: www.voll-mobil-ticket.de

i Erfurter Verkehrsbetriebe AG
 Service-Telefon: 0361 19449
 Internet: www.evag-erfurt.de · E-Mail: evag@stadtwerke-erfurt.de

Der entscheidende Impuls.

Die
Beweise
sind
erbracht



Breitestes zugelassenes
Indikationsspektrum aller IVIG.

Gamunex® 10%
i.v. Immunglobulinlösung

**Gamunex® 10% – Umfangreiche Studienlage:
gut verträglich¹, kürzeste Infusionszeit aller IVIG², kompetente Immunsubstitution³
und -modulation^{4,5}.**

¹ Hughes RA et al. Lancet Neurology 2008;7:136–144. ² Gamunex® 10% Fach- und Produktinformation, aktueller Stand. ³ Roifman CM et al. Int Immunopharmacol 2003;3:1325–1333. ⁴ Bussel JB et al. Thromb Haemost 2004;91:771–778. ⁵ Crow AR, Lazarus AH. Transfus Med Rev 2008;22(2):103–116.

Gamunex® 10%. Wirkstoff: Normales Immunglobulin G vom Menschen zur intravenösen Anwendung. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksame Bestandteile: 1 ml Gamunex® 10% enthält 100 mg Protein mit einem IgG-Anteil von mindestens 98% (durchschnittlicher IgA-Gehalt: 0,059 mg/ml; max.: 0,084 mg/ml; n=5). Sonstige Bestandteile: Glycerin. **Anwendungsgebiete:** Substitutionstherapie bei primären Immundefektsyndromen wie kongenitale Agammaglobulinämie und Hypogammaglobulinämie, Variablen Immundefektsyndrom (CVID), Schwere, kombinierter Immundefekt (SCID), Wiskott-Aldrich-Syndrom. Bei chronisch-lymphatischer Leukämie (CLL) oder Multiplem Myelom mit schwerer sekundärer Hypogammaglobulinämie und rezidivierenden Infektionen. Bei Kindern mit angeborenem AIDS und rezidivierenden schweren bakteriellen Infektionen. **Immunmodulation:** Idiopathische thrombozytopenische Purpura (ITP) bei Erwachsenen und Kindern mit hohem Blutungsrisiko oder vor chirurgischen Eingriffen zur Korrektur der Thrombozytenzahl, Kawasaki-Syndrom (in Verbindung mit einer Acetylsalicylsäure-Therapie), Guillain-Barré-Syndrom, Chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIDP). Allogene Knochenmarktransplantation. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder sonstige Bestandteile des Produktes, insbesondere bei Patienten mit äußerst selten vorkommendem selektivem IgA-Mangel, wenn der Patient Antikörper gegen IgA aufweist. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich: Schüttelfrost, Kopfschmerz, Schwindel, Fieber, Übelkeit und Erbrechen, Durchfall, niedriger Blutdruck, allergische Reaktionen wie Nesselsucht, Hautausschlag und Juckreiz, Gelenkschmerzen, Schwäche, leichte Rückenschmerzen und Reaktionen an der Einstichstelle. **Selten:** Überempfindlichkeitsreaktionen mit plötzlichem Blutdruckabfall und anaphylaktoide Reaktionen, in Einzelfällen bis zum anaphylaktischen Schock. **Sehr selten:** thromboembolische Reaktionen wie Myokardinfarkt, Schlaganfall, Lungenembolie, tiefe Beinvenenthrombose. **In Einzelfällen:** vor allem bei hochdosierter Anwendung von Immunglobulinen reversible Zeichen einer aseptischen Meningitis wie starke Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Nackensteifigkeit oder Bewusstseinsstrübung; Beeinträchtigung der Nierenfunktion mit Erhöhung des Serumkreatinins bis hin zum akuten Nierenversagen; reversible hämolytische Anämie/Hämolyse. **Verschreibungspflichtig. Stand: D/3 (Mai 2009).** Talecris Biotherapeutics GmbH, 60528 Frankfurt.

Talecris
BIOTHERAPEUTICS



IHR KOMPETENTER PARTNER
FÜR KONGRESSE UND TAGUNGEN

- Beratung, Planung, Organisation und Betreuung
- Erstellung von Kosten- und Finanzierungsplänen, Budgetverwaltung und Gebühreninkasso
- Design und Herstellung von Drucksachen und Werbung
- Internet-Präsentation
- Organisation von Ausstellungen und Messen
- Verwaltung wissenschaftlicher Beiträge
- Teilnehmerregistrierung
- Hotelreservierung
- Rahmenprogramme und Events

K.I.T.
Congress Incentives
GmbH Dresden

**K. I. T. Congress Incentives
GmbH Dresden**
Münzgasse 2
01067 Dresden
Telefon 0351/49 67 54 -0
Telefax 0351/49 56 11 -6
info@kitdresden.de
www.kitdresden.de

Weitere K.I.T. Büros in Berlin • Genf • Lissabon • München • Porto

ReFacto® AF 250 / 500 / 1000 / 2000 I.E.

Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung Wirkstoff: Morococog alfa **Zusammensetzung:** 1 Durchstechfl. m. Pulver enth. nominell: 250I.E. bzw. 500I.E. bzw. 1000I.E. bzw. 2000I.E. Morococog alfa (humaner Gerinnungsfaktor VIII); gentechnologisch hergestellt aus der Ovarial-Zelllinie des chinesischen Hamsters unter Verw. rekombinanter DNA-Technologie. **Sonstige Bestandteile:** Sucrose, Calciumchlorid-Dihydrat, L-Histidin, Polysorbat 80, Natriumchlorid. 1 Fertigspritze mit Lösungsmittel enth. 9mg/ml (0,9 %) Natriumchlorid-Lösung. Nach Rekonstitution 1,23mmol (29mg) Natrium je Durchstechfl. **Anwendungsgebiete:** Behandlung u. Prophylaxe von Blutungsereignissen bei Pat. mit Hämophilie A (angeborener Mangel an Faktor VIII). ReFacto AF ist zur Anw. bei Erw. u. Kdrn. aller Altersstufen, einschl. Neugeborener, geeignet. ReFacto AF enth. keinen von-Willebrand-Faktor u. ist folglich nicht für die Behandl. des von-Willebrand-Jürgens-Syndroms indiziert. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, einen der sonst. Bestandteile od. gegen Hamsterproteine. Strenge Nutzen-Risiko-Abwägung in Schwangerschaft u. Stillzeit. **Vorsichtsmaßnahmen und Warnhinweise:** Bei allerg. od. anaphylakt. Reakt. Verabreichung unterbrechen u. entspr. medizinische Behandl. einleiten. Pat. über frühe Anzeichen v. Überempfindlichkeitsreakt. aufklären. Bei Schock medizinische Standards zur Schockbehandl. beachten. Bildung v. neutralisierenden Antikörpern (Inhibitoren) gegen Faktor VIII ist eine bekannte Komplikation bei der Behandl. v. Pat. m. Hämophilie A. Risiko v. Inhibitor-Entwickl. korreliert m. Umfang der Anw. v. Faktor VIII (Risiko innerhalb der ersten 20 Expositionstage am größten). Bei vorbehandelten Pat. m. ≥ 100 Expositionstage u. Inhibitorenentwickl. i. d. Anamnese wurden beim Wechsel v. einem rekombinanten Faktor VIII-Produkt auf ein anderes Fälle v. Wiederauftreten v. Inhibitoren (niedrigtitrig) beobachtet. Pat. sorgf. durch geeignete klin. Beobacht. u. Laborunters. auf Entwickl. v. Inhibitoren überwachen. Bei hohen Inhibitorenspiegeln (über 10B.E.) kann die Faktor VIII-Ther. unwirksam sein; dann andere Therapiemöglichkeiten erwägen. Währ. klin. Studien u. nach Markteinführung v. ReFacto wurde über mangelhafte Wirksamkeit, bes. bei Pat. i. d. Prophylaxe, berichtet. Daher bei Umstellung auf ReFacto AF Dosis individuell einstellen u. Faktorenspiegel überwachen. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Faktor VIII-Hemmkörper bei zuvor unbeh. Pat., Erbrechen. *Häufig:* Faktor VIII-Hemmkörper bei vorbeh. Pat., Kopfschmerzen, Hämorrhagie/Hämatom, Übelkeit, Arthralgie, Asthenie, Pyrexie, Komplik. beim Legen des Gefäßzugangs. *Gelegentl.:* Anorexie, Neuropathie, Schwindel, Somnolenz, Stör. des Geschmackssinns, Angina pectoris, Tachykardie, Herzklappen, niedriger Blutdruck, Thrombophlebitis, Vasodilatation, Hitzegefühl, Atemnot, Husten, abdominale Schmerzen, Durchfall, Urtikaria, Hautjucken, Ausschlag, Hyperhidrosis, Myalgie, Schüttelfrost, Kältegefühl, Entzündung an der Inj.-stelle, Reakt. an der Inj.-stelle, Schmerz an der Inj.-stelle, Aspartat- Aminotransferase erhöht, Alanin-Aminotransferase erhöht, Bilirubin erhöht, Blutkreatinin-Phosphokinase erhöht. *Selten:* Überempfindlichkeitsreakt. od. allerg. Reakt. (einschl. Angioödem, brennendes od. stechendes Gefühl an der Infusionsstelle, Schüttelfrost, Hitzegefühl, generalisierte Urtikaria, Kopfschmerzen, Juckausschlag, niedrigen Blutdruck, Lethargie, Übelkeit, Ruhelosigkeit, Tachykardie, Enggefühl im Brustbereich, nervöses Zittern, Erbrechen, pfeifendes Atmen), in einigen Fällen schwere Anaphylaxie (einschl. Schock). *Sehr selten:* Entwickl. v. Antikörpern gegen Hamsterproteine (ohne klin. Folgen). Ferner traten auf: Parästhesie, Müdigkeit, Sehstörungen, Akne, Gastritis, Gastroenteritis u. Schmerz. Ein Einzelfall v. Zystenbildung u. Verwirrtheit steht u. U. m. ReFacto-Behandl. in Zusammenhang. Bei Kdrn. im Alter v. 7–16 J. Tendenz zu höheren NW-Raten. Bei mögl. NW je nach Reakt. d. Pat. Applikationsrate verringern od. Anw. abbrechen. **Hinweise:** Behandlung sollte unter Aufsicht eines in der Hämophilie A-Behandl. erfahrenen Arztes begonnen werden. Während der Behandl. entspr. Kontr. der Faktor VIII-Spiegel empf. **Verschreibungspflichtig.** **Pharmazeutischer Unternehmer:** Wyeth Europa Ltd., Huntercombe Lane South, Taplow, Maidenhead, Berkshire SL 6 0PH, UK **Örtlicher Vertreter Deutschland:** Wyeth Pharma GmbH, D-48136 Münster, e-mail: mik@wyeth.com **Weitere Informationen s. Fach- u. Gebrauchsinformation. Stand:** April 2009

BeneFix® 250 I.E./500 I.E./1000 I.E./2000 I.E. Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung. Wirkstoff: Nonacog alfa (rekombinanter Blutgerinnungsfaktor IX), gentechnol. aus d. Ovarial-Zelllinie d. chinesischen Hamsters hergestellt. **Zusammensetzung: BeneFix 250 I.E.:** Jede Durchstechfl. m. Pulver enth. nominell 250 I.E. Nonacog alfa. Nach Rekonstitution mit den mitgelieferten 5 ml (0,234 %) Natriumchlorid-Lösung zur Injektion enthält jeder Milliliter der Lösung etwa 50 I.E. Nonacog alfa. **BeneFix 500 I.E.:** Jede Durchstechfl. m. Pulver enth. nominell 500 I.E. Nonacog alfa. Nach der Rekonstitution mit den mitgelieferten 5 ml (0,234 %) Natriumchlorid-Lösung zur Injektion enthält jeder Milliliter der Lösung etwa 100 I.E. Nonacog alfa. **BeneFix 1000 I.E.:** Jede Durchstechfl. m. Pulver enth. nominal 1.000 I.E. Nonacog alfa. Nach der Rekonstitution mit den mitgelieferten 5 ml (0,234 %) Natriumchlorid-Lösung zur Injektion enthält jeder Milliliter der Lösung etwa 200 I.E. Nonacog alfa. **BeneFix 2000 I.E.:** Jede Durchstechfl. m. Pulver enth. nominal 2.000 I.E. Nonacog alfa. Nach der Rekonstitution mit den mitgelieferten 5 ml (0,234 %) Natriumchlorid-Lösung zur Injektion enthält jeder Milliliter der Lösung etwa 400 I.E. Nonacog alfa. **Sonst. Bestandteile** Pulver: 40 mg Sucrose, Glycerin, L-Histidin, Polysorbat 80. Fertigspritze mit Lösungsmittel: Natriumchlorid-Lösung. **Anwendungsgebiete:** Therapie und Prophylaxe von Blutungen bei Patienten mit Hämophilie B (angeborener Mangel an Faktor IX). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichk. gegen den Wirkstoff od. einen der sonst. Bestandteile. Bekannte allerg. Reaktion gegen Hamsterproteine. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Mit BeneFix behandelte Pat. müssen sorgfältig auf die Bildung v. Faktor IX-Hemmkörpern überwacht werden (Titration in Bethesda-Einheiten (B.U.) unter Verw. geeigneter biol. Testverf. erforderl.). Zur Behandl. v. Pat., die zuvor noch nicht m. Faktor IX-Präparaten behandelt wurden, liegen keine ausreichenden Ergeb. aus laufenden klin. Studien vor. Wie bei allen i.v. verabreichten Proteinprodukten können allerg. Überempfindlichkeitsreakt. auftreten. Das Produkt enth. Spuren v. Hamsterproteinen. Es wurden bei Faktor IX-Produkten, einschl. BeneFix, potentiell lebensbedrohliche anaphylakt./anaphylaktoide Reakt. beobachtet, deshalb müssen Pat. über frühe Anz. v. Überempfindlichkeitsreakt. aufgeklärt werden. Sofortiger Abbruch d. Verabreichung v. BeneFix bei Auftreten v. allerg. od. anaphylakt. Reakt. u. geeignete Behandl. einleiten. Bei Schock muss die Behandl. nach den Regeln der modernen Schockther. erfolgen. Bei schweren allerg. Reakt. alternative hämostatische Maßn. ergreifen. Pat., die eine allerg. Reakt. entwickeln, auf Anwesenheit eines Hemmkörpers untersuchen. Pat. m. Faktor IX-Hemmkörpern können ein erhöhtes anaphylakt. Risiko bei fortgesetzter Behandl. m. Faktor IX aufweisen. Pat. m. erheblichen Deletionsmutationen innerhalb des Faktor IX-Gens sollten engmaschig auf Anzeichen und Sympt. akuter Überempfindlichkeitsreakt. hin überwacht werden, insb. währ. der Frühphasen der erstmaligen Exposition. Anfängl. Behandl. mit Faktor IX sollte unter medizin. Beobachtung erfolgen, um Möglichkeit einer angemessenen Ther. der allerg. Reakt. sicherzustellen. Dosierung muss an die pharmakokinet. Daten eines jeden Pat. angepasst werden. Risiko v. Thrombosebildung u. Verbrauchskoagulopathie (DIC) muss berücksichtigt werden. Bei Verwendung v. Faktor IX-Komplex-Konzentraten wurden thromboembolische Komplikationen beobachtet; diese können daher eine pot. Gefährdung für Pat. darstellen, die Anz. einer Fibrinolyse aufweisen od. unter Verbrauchskoagulopathie leiden (DIC). Bei Pat. m. Lebererkrank., frisch operierten Pat., Neugeborenen u. Pat. m. Risiko f. thrombot. Ereign. od. Verbrauchskoagulopathie ist eine klin. Beobachtung m. geeigneten biol. Testverf. erf., Nutzen u. Risiken einer BeneFix-Behandl. müssen abgewogen werden. Bei Agglutination v. roten Blutkörperchen im Schlauchsystem od. in der Spritze muss das ganze Material (Schlauchsystem, Spritze, BeneFix-Lsg.) verworfen u. die Applik. m. einer neuen Packung wiederholt werden. Sicherheit u. Wirksamk. v. BeneFix zur Immuntoleranzinduktion wurden nicht nachgewiesen. Wenn mögl. bei jeder Anw. v. BeneFix, Produktnamen u. Chargen-Nr. vermerken. Anw. in Schwangerschaft u. Stillzeit nur b. eindeutiger Indikationsstellung. **Nebenwirkungen:** *Erkrank. d. Nervensystems:* Gelegentl. Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Geschmackstör., Benommenheit. *Erkrank. d. Gastrointestinaltrakts:* Gelegentl. Übelkeit, selten Erbrechen. *Allg. Erkrank. u. Beschwerden am Verabreichungsort:* Gelegentl. Gewebesentzündung, Phlebitis, Reakt. an der Einstichstelle (einschl. Brennen u. Stechen an der Infusionsstelle), Beschwerden an der Infusionsstelle, selten Fieberzustände. *Erkrank. d. Immunsystems:* Gelegentl. neutralisierende Antikörper (Faktor IX-Hemmung), selten Überempfindlichkeits-/allerg. Reakt. [u.a. Anaphylaxie, Bronchospasmus/respiratorische Insuffizienz (Dyspnoe), Hypotonie, Angioödem, Tachykardie, Enggefühl i. d. Brust, Urtikaria, Nesselsucht, Hautausschlag, Brennen im Kiefer u. Schädel, Schüttelfrost (Rigor), Juckreiz, Flush, Lethargie, Ruhelosigkeit, trockener Husten/Niesen u. verschwommenes Sehen]. Pat. m. Hämophilie B können neutralisierende Antikörper (Inhibitoren) gegen Faktor IX entwickeln u. in der Folge unzureichend klin. ansprechen (Konfataufnahme m. Hämophilie-Zentrum empf.). Bei Pat. m. Faktor IX-Hemmkörpern u. anamnestisch bekannter allerg. Reakt. liegen das Auftreten eines nephrot. Syndroms nach Gaben v. hohen Dosen v. aus Plasma hergestelltem Faktor IX zur Induktion einer Immuntoleranz vor. In einer klin. Studie trat 12 Tage nach BeneFix-Gabe bei einem Pat. ein Niereninfarkt auf (Zusammenhang m. BeneFix-Gabe unsicher). Berichte liegen vor über Thrombosen (einschl. des lebensbedrohli. SVC-Syndr. bei kritisch kranken Neugeborenen, die eine kontinuierl. Infusion v. BeneFix über einen zentralvenösen Katheter erhielten) u. über Fälle v. peripherer Thrombophlebitis u. tiefer Venenthrombose (zumeist nach kontinuierl. Infusion). Unzureichendes Ther.-Ansprechen u. unzureichende Faktor IX-Recovery wurden berichtet. Es liegen nur ungenügende Daten vor, um BeneFix f. Kinder unter 6 J. zu empf. **Sonstige Hinweise:** BeneFix nicht mit anderen Arzneimitteln mischen. Nur das beige packte Infusionsset verwenden. Anw. als kontinuierliche Infusion ist nicht zugelassen u. wird nicht empf. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Wyeth Europa Ltd., Huntercombe Lane South, Taplow, Maidenhead, Berkshire, SL6 0PH, Vereinigtes Königreich. **Örtlicher Vertreter Deutschland:** Wyeth Pharma GmbH, D-48136 Münster, mik@wyeth.com. **Weitere Informationen siehe Fach- u. Gebrauchsinformation. Stand:** Oktober 2009



Das A und B der Hämophilie

Wyeth – der einzige Anbieter von rekombinantem Faktor VIII und Faktor IX

ReFacto AF®
einfach. sicher. rein.™

BeneFix®
wirksam. sicher. rein.™

Den Basistext finden Sie auf Seite 40

Referenzen: **1.** ReFacto AF® morococog alfa (recombinant coagulation factor VIII) Summary of Product Characteristics, Wyeth Pharmaceuticals Inc. **2.** Jakubik JJ, Vclic SM, Tannatt MM and Kelley BD, West Nile Virus inactivation by the solvent/detergent steps of the second and third generation manufacturing processes for B-domain deleted recombinant factor VIII. *Haemophilia* 2004;10:69–74. **3.** Kelley BD, Tannatt M, Magnusson R, et al. Development and validation of an affinity chromatography step using a peptide ligand for cGMP production of factor VIII. *Bioelectron Bioeng.* 2004;87:400–412. **4.** Jankowski MA, Patel H, Rouse JC, Defining full-length recombinant factor VIII: a comparative structural analysis. *Haemophilia* 2007;13:30–37.

1. Ragni MV, Pasi KJ, White GC, et al, and the Recombinant FIX Surgical Study Group. Use of recombinant factor IX in subjects with haemophilia B undergoing surgery. *Haemophilia*. 2002; 8: 91–97. **2.** Roth DA, Kessler CM, Pasi KJ, et al, for the Recombinant Factor IX Study Group. Human recombinant factor IX: safety and efficacy studies in hemophilia B patients previously treated with plasmaderived factor IX concentrates. *Blood*. 2001; 98: 3600–3606. **3.** Shapiro AD, DiPaola J, Cohen A, Pasi KJ et al, and the Recombinant Factor IX Study Group. The safety and efficacy of recombinant human blood coagulation factor IX in previously untreated patients with severe or moderately severe hemophilia B. *Blood*. 2005; 105: 518–525. **4.** Lambert T, Reicht M, Valentino LA, Powell JS, Udata C, Sullivan ST, Roth DA. Reformulated BeneFix, efficacy and safety in previously treated patients with moderately severe to severe haemophilia B. *Haemophilia*. 2007; 13: 233–243. **5.** Adamson S, Charlebois T, O'Connell B, et al. Viral safety of recombinant factor IX. *Semin Hematol*. 1998; 35(suppl 2): 22–27. **6.** Bond et al. 2003–2004. *Annals of Hematology* (1998); 35, suppl 2, 11–17.

*sicher = virussicher: das biotechnologische Herstellungsverfahren birgt kein Risiko einer Übertragung von Krankheitserregern aus menschlichem Blut in sich.



Hämophilie A-Therapie ist

VERTRAUENS-Sache

**Gute Wirksamkeit, Verträglichkeit und Sicherheit
für Ihre Patienten mit KOGENATE® Bayer.**



Bayer HealthCare

KOGENATE® Bayer

Der Natur einen Schritt voraus

KOGENATE® Bayer 250/500/1000/2000 I.E. Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung **Zusammensetzung:** *Arzneilich wirksame Best.:* Rekombinanter Blutgerinnungsfaktor VIII, (Octocog alpha) 250/500/1000/2000 I.E./Durchstechflasche bzw. 100/200/400 I.E./ml gebrauchsfertiger Lösung. *Sonstige Bestandteile:* Pulver: Glycerin, Natriumchlorid, Calciumchlorid, Histidin, Polysorbate 80, Saccharose. Lösungsmittel: Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung und Prophylaxe von Blutungen bei Patienten mit Hämophilie A (angeborener Faktor VIII-Mangel). Dieses Arzneimittel enthält keinen von-Willebrand-Faktor und ist deshalb bei von-Willebrand-Jürgens-Syndrom nicht angezeigt. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, Maus- oder Hamsterproteine oder einen der Hilfsstoffe, Schwangerschaft und Stillzeit; nur bei zwingender Indikation. **Nebenwirkungen:** Geschmacksveränderungen, Übelkeit, lokale Reaktionen an der Injektionsstelle, Fieber, Überempfindlichkeitsreaktionen, Blutdruckänderungen, Schwindel, Juckreiz und Hautausschlag. Weiterhin kann die Möglichkeit eines anaphylaktischen Schocks nicht vollständig ausgeschlossen werden. Die Bildung von neutralisierenden Antikörpern gegen Faktor VIII (Hemmkörpern) ist eine bekannte Komplikation bei der Behandlung von Patienten mit Hämophilie A. In Studien mit rekombinanten Faktor VIII-Präparaten wird die Entwicklung neutralisierender Antikörper vorrangig bei nicht vorbehandelten Hämophilie-Patienten beobachtet (PUPs). Die Patienten sollten sorgfältig klinisch beobachtet und geeigneten Labortests auf Hemmkörperbildung unterzogen werden. In klinischen Studien mit KOGENATE® Bayer entwickelten 9 von 60 (15%) nicht vorbehandelten (PUPs) und minimal vorbehandelten Hämophilie-Patienten (MTPs) neutralisierende Antikörper (PUP: 5 von 37 (14%); MTP: 4 von 23 (17%)). In klinischen Studien mit 73 vorbehandelten Hämophilie-Patienten (PTP), die über 4 Jahre durchgeführt wurde, wurde kein de-novo Hemmkörper beobachtet. In umfangreichen, nach Erhalt der Zulassung mit KOGENATE® Bayer durchgeführten Untersuchungen mit mehr als 1000 Patienten wurde folgendes beobachtet: Weniger als 0,2 % der vorbehandelten Hämophilie-Patienten (PTP) entwickelten einen de-novo Hemmkörper. Während der Studien hat kein Patient klinisch relevante Antikörper-Titer gegen die in Spuren im Präparat vorhandenen Maus- oder Hamsterproteine gebildet. Es besteht jedoch bei bestimmten prädisponierten Patienten die Möglichkeit einer allergischen Reaktion auf Bestandteile dieses Präparates z. B. auf die in Spuren vorhandenen Maus- oder Hamsterproteine.

Verschreibungspflichtig

Stand: (DE/8) / Februar 2010

Bayer Schering Pharma AG, 13342 Berlin, Deutschland

**Weitere Informationen unter:
www.kogenate.de**