

# 2019

Sächsisch-Thüringische  
Gesellschaft für Kinder-  
und Jugendmedizin und  
Kinderchirurgie e.V.



# JAHRESTAGUNG

22./ 23. MÄRZ 2019 IN CHEMNITZ



[www.stgkjm.de](http://www.stgkjm.de)

GEBURTSHILFE & INTEGRATIVE NEUGEBORENENVERSORGUNG

SCHWANGERSCHAFT & STILLEN

ENTWICKLUNGSFÖRDERNDE PFLEGE

NEONATOLOGIE & PÄDIATRISCHE INTENSIVMEDIZIN

ANÄSTHESIE & OPERATIVES WÄRMEMANAGEMENT



Ihr **KOMPLETTANBIETER** für innovative Medizintechnik und kindgerechte Verbrauchsmaterialien im Bereich der **NEONATOLOGIE, PÄDIATRIE** und **GEBURTSMEDIZIN**.

MedCare Visions<sup>®</sup> GmbH  
Franz-Lehner-Str. 3  
85716 Unterschleißheim

Telefon: +49 (0)89 / 2000 433 - 0  
Fax: +49 (0)89 / 2000 433 - 99  
E-Mail: [info@medcarevisions.de](mailto:info@medcarevisions.de)  
[www.medcarevisions.de](http://www.medcarevisions.de)

Programmübersicht	2
Grußwort	3
Allgemeine Informationen	4
Übersicht Tagungsbereich	7
Sponsoren und Aussteller	8
Transparenzvorgabe gemäß FSA-Kodex und AKG-Richtlinie	10
<b>Tagungsprogramm Freitag, 22. März 2019</b>	<b>13</b>
Workshops	14
Multidisziplinäre Fortbildung: Entwicklungsförderung im multiprofessionellen Team	15
Eröffnung der Jahrestagung	16
Notfall- und Intensivmedizin	16
Posterrundgänge	16
Psychosomatische Erkrankungen	16
<b>Tagungsprogramm Samstag, 23. März 2019</b>	<b>19</b>
Mitgliederversammlung der STGKJM e. V.	20
Pädiatrische Praxis	20
Vortrag des Arthur-Schlossmann-Preisträgers 2019	20
Kinderchirurgie	20
Präsentation und Verleihung der Posterpreise	21
Endokrinologie und Diabetologie	22
<b>Posterpräsentationen</b>	<b>23</b>
Infektiologie / Immunologie (P01–P08)	24
Kinderchirurgie (P09–P16)	25
Neuropädiatrie / Endokrinologie (P17–P24)	26
Pädiatrische Diagnostik und Therapie (P25–P32)	27
<b>Abstracts</b>	<b>29</b>
<b>Abstracts – Vorträge</b>	<b>30</b>
Multidisziplinäre Fortbildung – Teil 1: Das chronisch kranke Kind	30
Psychosomatische Erkrankungen	30
Pädiatrische Praxis	30
Kinderchirurgie	31
<b>Abstracts – Poster</b>	<b>33</b>
Infektiologie / Immunologie (P01–P08)	33
Kinderchirurgie (P09–P16)	36
Neuropädiatrie / Endokrinologie (P17–P24)	40
Pädiatrische Diagnostik und Therapie (P25–P32)	43
Ehrenmitglieder der STGKJM und Arthur-Schlossmann-Preisträger	50
<b>Verzeichnis der Erstautoren, eingeladenen Referenten und Vorsitzenden</b>	<b>51</b>

# PROGRAMMÜBERSICHT

## » Freitag, 22.03.2019

	Großer Saal	Klinikum Chemnitz	Klinikum Chemnitz	Klinikum Chemnitz	Klinikum Chemnitz
09:00	<b>09:00-10:30 Uhr</b> Multidisziplinäre Fortbildung Teil 1: Das chronisch kranke Kind (S. 15)	<b>09:00-10:30 Uhr</b> Workshop 1: Kinesio- Tape (S. 14)	<b>09:00-10:30 Uhr</b> Workshop 2: Reanimation Neugeborene (S. 14)		
10:00					
11:00	<b>10:45-12:15 Uhr</b> Multidisziplinäre Fortbildung Teil 2: Das Risiko- neugeborene (S. 15)			<b>10:45-12:15 Uhr</b> Workshop 3: Reanimation Kinder (S. 14)	<b>10:45-12:15 Uhr</b> Workshop 3: Reanimation Kinder (S. 14)
12:00					
13:00					
	<b>13:15-13:30 Uhr</b> Eröffnung				
	<b>13:30-15:10 Uhr</b> Notfall- und Intensivmedizin (S. 16)				
14:00					
15:00					
	<b>15:10-16:15 Uhr</b> Posterrundgang im unteren Foyer (S. 16)				
16:00					
	<b>16:15-17:45 Uhr</b> Psychosomatische Erkrankungen (S. 16/17)				
17:00					

## » Samstag, 23.03.2019

	Großer Saal
08:00	<b>08:00-09:00 Uhr</b> Mitgliederversammlung der STGKJM e. V. (S. 20)
09:00	<b>09:00-10:30 Uhr</b> Pädiatrische Praxis (S. 20)
10:00	
	<b>10:30-10:45 Uhr</b> Vortrag des Arthur-Schlossmann-Preisträgers 2019 (S. 20)
11:00	
	<b>11:15-12:45 Uhr</b> Kinderchirurgie (S. 20/21)
12:00	
	<b>12:30-12:45 Uhr:</b> Verleihung Posterpreise (S. 21)
13:00	
	<b>13:15-14:45 Uhr</b> Endokrinologie und Diabetologie (S. 21)
14:00	
	<b>14:45-15:00 Uhr</b> Verabschiedung



PD Dr. med. habil. Axel Hübler



Dr. med. Christian Vogel

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Pflegende,

im Namen des Vorstandes der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin begrüßen wir Sie auf das Herzlichste zur 111. Jahrestagung in Chemnitz. Nach elf Jahren findet die Fachveranstaltung nun erneut in der Stadt der Moderne statt.

Unserer Jahrestagung vorangestellt ist das mittlerweile zur Tradition gewordene Vorbereitungsseminar zur Facharztprüfung, bei dem sich unsere jungen Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung an zwei Tagen einen kompakten und differenzierten Überblick über das aktuelle pädiatrische Aufgabenspektrum verschaffen können. Die Behandlung der uns anvertrauten Patienten an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung gelingt nur im multiprofessionellen Team und in interdisziplinärer Zusammenarbeit. Diesem Ansatz möchten wir mit dem vorliegenden Programm sowohl bei der Praxisbezogenen Weiterbildung am Freitagvormittag als auch im wissenschaftlichen Teil Rechnung tragen.

Es ist uns eine große Freude, Vertreter verschiedener Berufsgruppen und aller drei kindermedizinischen Fächer für die aktive Gestaltung der Vorträge und Workshops begrüßen zu können. Das Spektrum der Themen von Notfall- und Intensivmedizin über psychosomatische Erkrankungen, praktische Pädiatrie und Kinderchirurgie bis zur Endokrinologie und Diabetologie zeigt, welche vielfältigen Anforderungen wir Kindermediziner uns im klinischen Alltag zu stellen haben.

Nutzen Sie bitte auch die Gelegenheit, beim Gesellschaftsabend am Freitag in entspannter Atmosphäre miteinander ins Gespräch zu kommen. Möglicherweise entsteht beim abendlichen Besuch des Museums Gunzenhauser bei Ihnen darüber hinaus auch Lust, sich das vielfältige kulturelle und künstlerische Angebot der Stadt Chemnitz ausführlicher erschließen zu wollen.

Wir haben Ihnen ein ansprechendes Tagungsprogramm zusammengestellt und hoffen, dass Sie eine interessante und erfolgreiche Tagung hier in Chemnitz haben werden.

Mit herzlichen Grüßen

PD Dr. med. habil. Axel Hübler  
Tagungsleiter

Dr. med. Christian Vogel  
Tagungsleiter

## »» Tagungsleitung

PD Dr. med. habil. Axel Hübler  
Tagungsleiter

Chefarzt

Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin,  
Schlafmedizin  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Klinikum Chemnitz gGmbH  
Flemmingstr. 4  
09116 Chemnitz

Telefon: 0371 33324-100  
E-Mail: A.Huebler@skc.de

Dr. med. Christian Vogel  
Tagungsleiter

Leitender Oberarzt

Päd. Endokrinologie und Diabetologie/ Päd.  
Intensivmedizin  
Klinikum Chemnitz gGmbH  
Flemmingstr. 4  
09116 Chemnitz

Telefon: 0371 33324-230  
E-Mail: ch.vogel@skc.de

## »» Tagungsort

**Jahrestagung der STGKJM**  
LUXOR  
Kongress- und  
Veranstaltungszentrum  
Hartmannstr. 9–11  
09111 Chemnitz  
www.luxor-chemnitz.de

**Workshops** Klinikum Chemnitz, Flemmingstr. 2/4, 09116 Chemnitz  
Workshop 1: Flemmingstr. 2, Dr.-Panofsky-Haus/  
Bildungszentrum/Haus 7, Raum 1  
Workshop 2: Flemmingstr. 4, Haus A, 3. Etage, Festsaal der  
Frauenklinik  
Workshop 3: Flemmingstr. 4, Haus A, 3. Etage, Festsaal der  
Frauenklinik  
Workshop 4: Flemmingstr. 4, Kinderklinik Haus D, EG, Raum D00.05  
(Bibliothek der Kinderklinik)

## »» Organisation/ Tagungsbüro

K.I.T. Group GmbH Dresden  
Christina Norkus  
Bautzner Str. 117–119  
01099 Dresden  
Telefon: 0351 4842722  
Telefax: 0351 4956116  
E-Mail: stgkjm@kitdresden.de  
Internet: www.kit-group.org

### Öffnungszeiten des Tagungsbüros und der Registrierung:

Freitag, 22.03.2019: 08:00–18:00 Uhr  
Samstag, 23.03.2019: 07:45–15:00 Uhr

## »» Anreise

### Öffentliche Verkehrsmittel:

→ Fußweg vom Hauptbahnhof ca. 15 min

→ ÖPNV: Hst. Hohe Brücke

Buslinien 32 (Bahnhofstr.) und 650  
(Omnibusbahnhof), zum Hbf. ca. 5 min.

**PKW:** Kostenpflichtige Parkplätze befinden sich  
in der umliegenden Tiefgarage oder auf dem  
Hartmannplatz (ca. 3 Gehminuten).

## »» Internet/ WLAN

Den Teilnehmern und Ausstellern steht im  
Ausstellungsbereich/Foyer kostenfreies WLAN  
zur Verfügung.

Wählen Sie das **WLAN Luxor public** und geben  
das **Passwort LuxOr911** (das 0 ist eine Null) ein.

## »» Tagungsgebühren (Standardgebühr)

Mitglieder der STGKJM	120,00 €	Ehrenmitglieder	frei
Nichtmitglieder	150,00 €	Studenten, Rentner	frei
Pflegepersonal	25,00 €	Workshops	60,00 €
Tageskarte Mitglieder/ Nichtmitglieder	75,00 €		

## »» Zertifizierung

### Ärzte:

Die Veranstaltung wird von der Sächsischen Landesärztekammer als Fortbildungsveranstaltung anerkannt.

22.03.2019, Vormittag:	4 Punkte
22.03.2019, Nachmittag:	4 Punkte
23.03.2019:	7 Punkte

### Pflegekräfte:

Die *Registrierung beruflich Pflegender (RbP)* erkennt die Veranstaltung ebenfalls an.

Teilnahme an einem Tag:	6 Punkte
Teilnahme an zwei Tagen:	10 Punkte

Die Teilnahmebescheinigungen erhalten Sie im Tagungsbüro.

## »» Gesellschaftsabend am Freitag, 22. März 2019

Wir laden Sie zu einem Abend mit Kollegen und Freunden ein. Eine Führung durch das Museum Gunzenhauser lässt uns einige Werke aus der klassischen Moderne und der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts der privaten Sammlung des Dr. Alfred Gunzenhauser entdecken. Anschließend werden wir im Restaurant Michaelis zu Abend essen. Der Arthur-Schlossmann-Preis wird an diesem Abend verliehen.

Treffpunkt im Museum Gunzenhauser: 19:00 Uhr (Beginn der Führungen)  
Stollberger Straße 2, 09119 Chemnitz

Danach gemeinsamer Spaziergang zum Restaurant.

Restaurant Michaelis: ca. 20:15 Uhr  
Düsseldorfer Platz 1, 09111 Chemnitz

*Karten können nach Verfügbarkeit im Tagungsbüro erworben werden. Der Kartenpreis beträgt 55,00 € inkl. Führung durch das Museum Gunzenhauser, Abendessen und einem Begrüßungsgetränk. Weitere Getränke sind auf Selbstzahlerbasis zu bestellen.*

*Alle Leistungen des Gesellschaftsabends sind mit dem Kartenpreis abgedeckt; auch eine anteilige Finanzierung der Abendveranstaltung durch die Sponsoren erfolgt nicht.*

## »» Vorstand STGKJM e. V.

1. Vorsitzender:	Prof. Dr. med. Klaus Mohnike, Magdeburg
2. Vorsitzende:	Dr. med. Simone Pöttsch, Plauen
Schatzmeister:	Dr. med. Gunther Gosch, Magdeburg
Schriftführer:	Dr. med. Andreas Baudach, Leipzig
1. Beisitzerin:	Prof. Dr. med. Felicitas Eckoldt, Jena
2. Beisitzer:	Prof. Dr. med. Reinhard Berner, Dresden
Kooptiertes Mitglied:	Prof. Dr. med. Hans Proquitté, Jena

## »» Informationen für Referenten, Vortrags- und Posterautoren

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

**Referenten:** Im Vortragssaal sind Beamer und Notebook (Microsoft Office 2016) vorhanden. Das Leinwandformat ist 4:3. Bitte geben Sie Ihren Vortrag auf CD oder USB-Stick bis mindestens eine Stunde vor Ihrer Präsentation beim Saaltechniker ab.

Hinweis für Mac-Nutzer: Sollten Sie Ihre Präsentation auf einem Mac-Rechner erstellt haben, so möchten wir Sie bitten, Ihren Rechner und – wenn möglich – einen Adapter auf VGA - mitzubringen.

**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/ an der Registrierung.

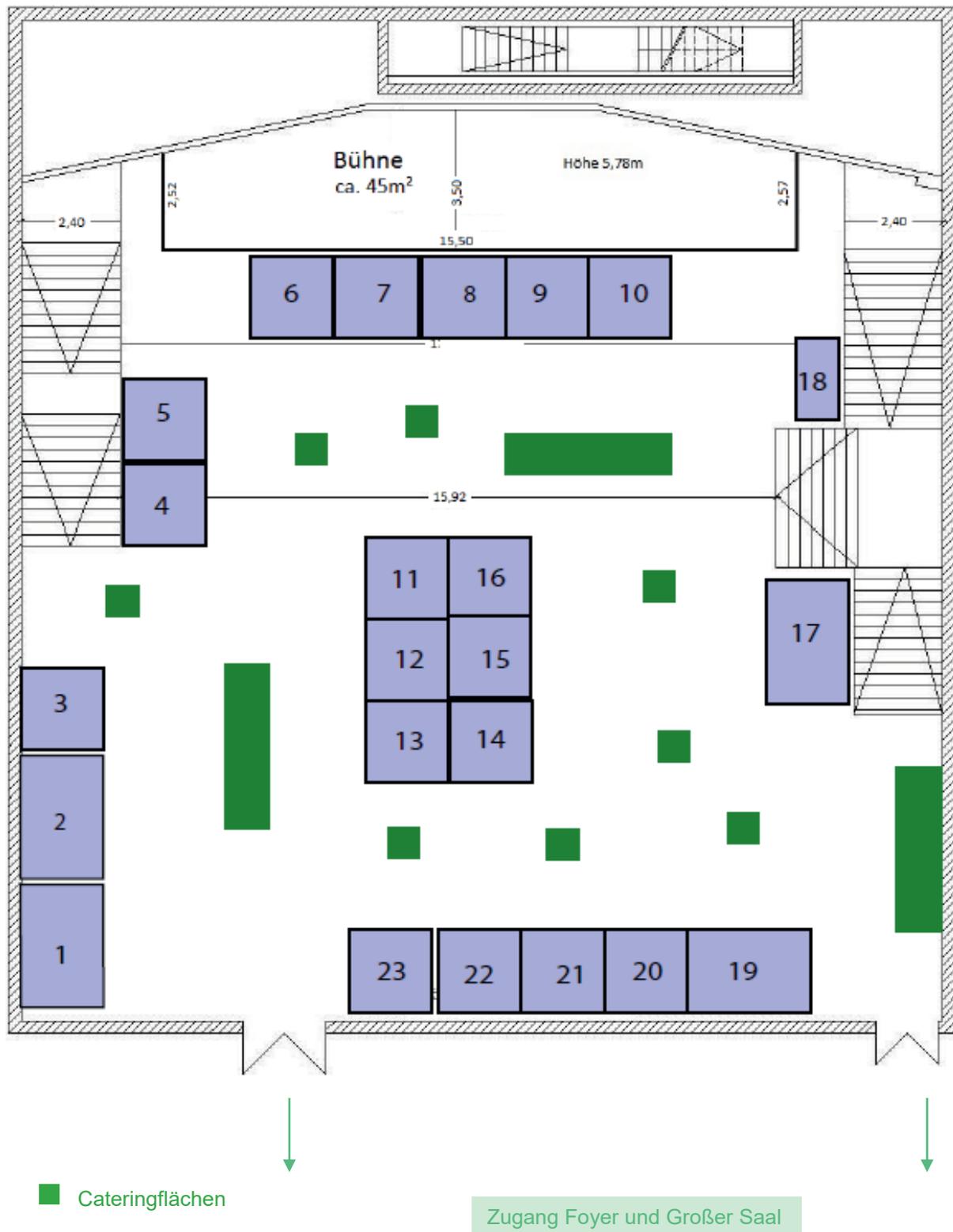
Die Poster sind bitte am 22.03.2019 bis 14:30 Uhr anzubringen. Die Posternummer entnehmen Sie den Seiten 23ff. Wir bitten Sie, die Poster bis zum 23.03.2019 15:00 Uhr wieder abzunehmen. Poster, die bis zum Tagungsende nicht abgehängt wurden, werden entsorgt.

Die Posterrundgänge finden am 22.03.2019 15:10 bis 16:15 Uhr statt. Es wird erwartet, dass ein Autor anwesend ist und wesentliche Inhalte des Posters vorstellt; dafür sind jeweils ca. 5 Minuten je Poster vorgesehen.

**Die Postervorsitzenden werden nach den Rundgängen aus jeder Postergruppe jeweils ein Poster für den Posterpreis nominieren. Daraus ermittelt die Posterjury die drei besten Poster. Die Autoren werden mittels Aushangs informiert und gebeten, ihre Arbeit im Rahmen der Posterpreissitzung am 23.03.2019 12:30 bis 12:45 Uhr vorzustellen. Halten Sie deshalb bitte auch eine Powerpoint-Präsentation bereit. Mit maximal drei Folien sollen Fragestellung, Patienten und Methode, Ergebnisse und Schlussfolgerung dargestellt werden. Die Posterpreise werden mit jeweils 250,00 € prämiert.**

# ÜBERSICHT TAGUNGSBEREICH

## »» Kongress- und Veranstaltungszentrum LUXOR



## »» Sponsoren

Wir bedanken uns herzlich für die freundliche Unterstützung und Förderung bei den nachfolgend genannten Firmen.

Silbersponsor



Bronzesponsoren



Sponsor

Novo Nordisk Pharma GmbH



## »» Aussteller

Wir bedanken uns für die freundliche Unterstützung und Förderung bei den nachfolgend genannten Ausstellern.

	Standnummer
AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG .....	6
Aidamed e. K. ....	5
BioMarin Deutschland GmbH.....	20
Canon Medical Systems GmbH .....	1
Charlottenhall Rehabilitations- und Vorsorgeklinik für Kinder und Jugendliche.....	8
Chiesi GmbH .....	17
HiPP GmbH & Co. Vertrieb KG .....	19
Humana GmbH .....	11
Ipsen Pharma GmbH .....	7
Klinik Bavaria Zscheckwitz .....	9
Kyowa Kirin GmbH.....	4
Lilly Deutschland GmbH .....	14
Löwenstein Medical GmbH & Co. KG .....	3
MedCare Visions GmbH .....	18
Milupa Nutricia GmbH.....	23
MSD Sharp & Dohme GmbH .....	15
Orphan Europe (Germany) GmbH.....	12
PARI GmbH .....	21
Saegeling Medizintechnik Service- und Vertriebs GmbH .....	2
Sanofi-Aventis Deutschland GmbH .....	13
Shire Deutschland GmbH .....	16
Swedish Orphan Biovitrum GmbH .....	22
 <i>Gemeinnütziger Verein:</i>	
Turner Syndrom Vereinigung .....	10

## »» Transparenzvorgabe gemäß FSA-Kodex und AKG-Richtlinie

Gemäß den Vorgaben des FSA (Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.) müssen die Bedingungen und der Umfang der Unterstützung von Mitgliedsunternehmen den Teilnehmern gegenüber sowohl bei der Kongressankündigung als auch -durchführung transparent dargestellt werden.

Gemäß den Richtlinien des AKG (Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen e. V.) müssen die Mitgliedsunternehmen darauf hinwirken, dass ihre Unterstützung sowohl bei der Kongressankündigung als auch -durchführung vom Veranstalter offengelegt wird. Die Veröffentlichung von Art und Umfang der Gesamtunterstützung stellt keine Verpflichtung für die AKG-Mitgliedsunternehmen dar und erfolgt hier freiwillig.

Bei den nachfolgend genannten Industriepartnern informieren wir über deren Gesamtunterstützung exkl. MwSt. im Rahmen der 111. Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie 2019 gemäß ihrer Mitgliedschaft im FSA bzw. AKG.

<b>Industriepartner</b>	<b>Umfang</b> zzgl. MwSt.	<b>Zweck der Unterstützung</b>
AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG	1.130,00 €	Standfläche, Standmobiliar
Chiesi GmbH	2.330,00 €	Standfläche und Sponsoring, Standmobiliar
Ipsen Pharma GmbH	1.000,00 €	Standfläche
Kyowa Kirin GmbH	1.130,00 €	Standfläche, Standmobiliar
Lilly Deutschland	1.100,00 €	Standfläche
MSD Sharp & Dohme GmbH	1.140,00 €	Standfläche, Standmobiliar
Novo Nordisk Pharma GmbH	650,00 €	Taschenbeilage, Gestaltung einer Pausenfolie
Sanofi-Aventis Deutschland GmbH	1.130,00 €	Standfläche, Standmobiliar
Shire Deutschland GmbH	1.130,00 €	Standfläche, Standmobiliar
Swedish Orphan Biovitrum GmbH	1.390,00 €	Standfläche und Sponsoring, Standmobiliar



Association & Conference  
Management Group



# K.I.T. Group

With more than 25 years of expertise in the organisation of conferences and strategic alliances, we are now based in Germany with Europe at our feet and operational offices worldwide. Over 2,500 congresses, organised across 5 continents, from 50 to 28,000 participants!

We can be everywhere for you!

[www.kit-group.org](http://www.kit-group.org)

K.I.T. Group GmbH Dresden • Bautzner Straße 117–119 • 01099 Dresden  
Phone +49 351 4967540 Fax +49 351 4956116 [info@kitdresden.de](mailto:info@kitdresden.de)



DIE WELT ENTDECKEN

# PKU

BIOMARIN® HAT ES SICH ZUR AUFGABE GEMACHT,  
BEHANDLUNGSLÜCKEN ZU SCHLIESSEN  
UND PATIENTEN, FAMILIEN SOWIE ÄRZTEN  
ENTSPRECHENDE THERAPIEN BEREITZUSTELLEN

Bei einer Vielzahl schwerwiegender Erkrankungen, wie beispielsweise der Phenylketonurie, liegt der Fokus von BioMarin auf der Forschung, inspiriert durch die Patienten und die möglichen Auswirkungen einer Therapie auf ihr Leben.

BioMarin entwickelt "First-in-class" - bzw. "Best-in-class" Therapeutika, die für kleine Patientenpopulationen von großer Bedeutung sein können.



BIOMARIN

# Tagungsprogramm



Freitag, 22.03.2019

**09:00–12:15 Uhr Workshops (Parallelveranstaltungen)**  
Hinweis: Eine vorherige kostenpflichtige Anmeldung ist erforderlich.

**09:00–10:30 Uhr Workshop 1: Kinesio-Tape** (Klinikum Chemnitz, Flemmingstr. 2, Dr.-Panofsky-Haus/Bildungszentrum/Haus 7, Eingang E7, Raum 1)

J. Leibiger  
*Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum Chemnitz*

**09:00–10:30 Uhr Workshop 2: Reanimation Neugeborene** (Klinikum Chemnitz, Flemmingstr. 4, Haus A, 3. Etage, Festsaal der Frauenklinik)

A. Ander<sup>1</sup>, I. Neustädter<sup>2</sup>, N. Lorenz<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz*  
<sup>2</sup>*Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Klinik Hallerwiese/Cnopfsche Kinderklinik*  
<sup>3</sup>*Perinatalzentrum Dresden, Städtisches Klinikum Dresden*

**10:45–12:15 Uhr Workshop 3: Reanimation Kinder** (Klinikum Chemnitz, Flemmingstr. 4, Haus A, 3. Etage, Festsaal der Frauenklinik)

D. Spittel<sup>1</sup>, C. Heß<sup>2</sup>, M. Tietz<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>*Kinder- und Jugendmedizin, Helios Klinikum Erfurt*  
<sup>2</sup>*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth & St. Barbara*  
<sup>3</sup>*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz*

**10:45–12:15 Uhr Workshop 4: Echokardiographie** (Klinikum Chemnitz, Flemmingstr. 4, Kinderklinik Haus D, EG, Raum D00.05 (Bibliothek der Kinderklinik))

Der theoretische Teil wird in der Bibliothek der Kinderklinik stattfinden (Haus D, EG, Raum D00.05, der praktische Teil findet im gleichen Gebäude in den Räumen D10.07, D10.04 und B10.25 statt.

S. Lobstein<sup>1</sup>, R. Wagner<sup>2</sup>, G. Tiller<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz*  
<sup>2</sup>*Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig*

Alle Vorträge der Jahrestagung finden im Vortragssaal „Großer Saal“ statt.

**09:00–12:15 Uhr**    **Multidisziplinäre Fortbildung**  
**Entwicklungsförderung im multiprofessionellen Team**

**09:00-10:30 Uhr**    **Teil 1: Das chronisch kranke Kind**  
Vorsitz: M. von der Hagen (Dresden)

**09:00 Uhr**            **Bedürfnisse chronisch kranker Kinder und Jugendlicher**  
M. von der Hagen  
*Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden*

**09:30 Uhr**            **Kinaesthetics Infant Handling – Wieso mit dem kranken Kind?**  
M. Meyer  
*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena*

**10:00 Uhr**            **Unterstützungsmöglichkeiten des Jugend- und Sozialamtes**  
(Abstract s. S.31)  
G. Georgi  
*Amt für Jugend und Familie, Stadt Chemnitz*

---

**10:30–10:45 Uhr**    **Pause**

---

**10:45-12:15 Uhr**    **Teil 2: Das Risikoneugeborene**  
Vorsitz: B. Seipolt (Dresden), A. Reuchsel (Chemnitz)

**10:45 Uhr**            **Entwicklungsbesonderheiten neonatologischer Risikopatienten**  
B. Seipolt  
*Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden*

**11:15 Uhr**            **Familienzentrierte Betreuungskonzepte**  
A. Hübler  
*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz*

**11:45 Uhr**            **Elternbegleitung auf der NICU aus pflegerischer Sicht**  
A. Reuchsel  
*Elternverein Chemnitzer Frühstarter e.V., Chemnitz*

---

**12:15–13:15 Uhr**    **Mittagspause und Besuch der Industrieausstellung**

---

**13:15–13:30 Uhr**    **Eröffnung der Jahrestagung**  
K. Mohnike (Magdeburg), A. Hübler (Chemnitz), C. Vogel (Chemnitz)

**13:30–15:10 Uhr**    **Notfall- und Intensivmedizin**  
G. Jorch (Magdeburg), U. Thome (Leipzig)

**13:30 Uhr**            **Kardiogener Schock**  
R. Wagner  
*Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig*

**13:50 Uhr**            **Bildgebung beim kindlichen Notfall**  
H.-J. Mentzel  
*Kinderradiologie, Universitätsklinikum Jena*

**14:10 Uhr**            **Anaphylaxie**  
C. Vogelberg  
*Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden*

**14:30 Uhr**            **Außerklinische Geburt aus notärztlicher Sicht**  
H. Höger-Schmidt  
*Zentrale Notaufnahme, Klinikum Chemnitz*

**14:50 Uhr**            **Polytrauma**  
S. Wolke  
*Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Jena*

**15:10–16:15 Uhr**    **Posterrundgang (Unteres Foyer) und Besuch der  
Industrierausstellung**

**Infektiologie/ Immunologie P01–P08** (s. Seite 24)  
Vorsitz: L. Patzer (Halle (Saale))

**Kinderchirurgie P09–P16** (s. Seite 25)  
Vorsitz: J.-U. Straßburger (Chemnitz), F. Eckoldt (Jena)

**Neuropädiatrie / Endokrinologie P17–P24** (s. Seite 26)  
Vorsitz: G. Heubner (Dresden)

**Pädiatrische Diagnostik und Therapie P25–P32** (s. Seite 27)  
Vorsitz: M. Laaß (Dresden)

**16:15–17:45 Uhr**    **Psychosomatische Erkrankungen**  
Vorsitz: F. Zepf (Jena), T. Rusche (Weimar)

**16:15 Uhr**            **Bio-psycho-soziales Modell in der Psychosomatik**  
J. Meister  
*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Helios Klinikum Aue*

**16:45 Uhr**

**Multidisziplinäre Behandlung kinderpsychiatrischer Erkrankungen**

F. Zetzschke

*Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Klinikum Chemnitz*

**17:15 Uhr**

**Psychosomatische Aspekte chronischer Schmerzstörungen im Kindes- und Jugendalter (Abstract s. S. 31)**

E. Zillesen

*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sophien und Hufeland Klinikum Weimar*

**Ab 19:00 Uhr**

**Gesellschaftsabend mit Führung im Museum Gunzenhauser und anschließendem Abendessen im Restaurant Michaelis**

Weitere Informationen finden Sie auf Seite 5.



SAVE  
THE  
DATE

# **impfmedizin.aktuell** *MAGDEBURG 2019*

---

Magdeburg, 19. Oktober 2019

Leitung  
Dr. Gunther Gosch  
Dr. Constanze Gottschalk

[www.stgkjm.de](http://www.stgkjm.de)

# Tagungsprogramm



Samstag, 23.03.2019

08:00–09:00 Uhr **Mitgliederversammlung des STGKJM e. V.**

09:00–10:30 Uhr **Pädiatrische Praxis**  
J.-H. Klusmann (Halle/Saale), M. Borte (Leipzig)

09:00 Uhr **Das onkologisch erkrankte Kind in der Ambulanz**  
J.-H. Klusmann  
*Universitätsklinik und Poliklinik für Pädiatrie I, Universitätsklinikum Halle (Saale)*

09:15 Uhr **Impfungen beim chronisch kranken Säugling**  
G. Gosch  
*Kinderarztpraxis am Domplatz, Magdeburg*

09:35 Uhr **Brauchen wir die Einführung einer Masern-Pflichtimpfung?**  
(Abstract s. S. 30)  
M. Borte  
*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg, Leipzig*

09:55 Uhr **Impfungen bei Kindern mit Blutungsneigung**  
R. Knöfler  
*Pädiatrische Hämostaseologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden*

10:15 Uhr **Tauchmedizin bei Kindern und Jugendlichen**  
B. Kretzschmar  
*Kinder- und Jugendmedizin, Poliklinik Eisenach, St. Georg Klinikum Eisenach*

10:30–10:45 Uhr **Vortrag des Arthur-Schlossmann-Preisträgers 2019**

10:30 Uhr **Non-canonical Caspase-1 signaling drives RIP2 dependent, TNF- $\alpha$  mediated inflammation *in vivo***  
S. Winkler  
*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden*

---

10:45–11:15 Uhr **Pause und Besuch der Industrieausstellung**

---

11:15–12:45 Uhr **Kinderchirurgie**  
Vorsitz: J.-U. Straßburger (Chemnitz)

11:15 Uhr **Die suprakondyläre Humerusfraktur: Möglichkeiten der konservativen und operativen Therapie sowie Nachbehandlung** (Abstract s. S.32)  
K. Großer  
*Kinderchirurgie und Kinderurologie, Helios Klinikum Erfurt*

11:30 Uhr **Schwerpunkt zur Diagnostik und Therapie der akuten und veralteten Monteggia-Fraktur** (Abstract s. S. 30)  
U. Bühligen  
*Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig*

**11:45 Uhr**

**Konservative Therapie von distalen Unterarmfrakturen**

G. Fitze

*Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Dresden*

**12:00 Uhr**

**Übergangsfrakturen der distalen Tibia**

B. Wilkens

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

P. Göbel

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

**12:15 Uhr**

**[18F]F-DOPA-PET/MRT bzw. CT bei 230 Patienten mit congenitalem  
Hyperinsulinismus (Abstract s. S. 31)**

S. Empting<sup>1</sup>, W. Mohnike<sup>3</sup>, I. Wieland<sup>2</sup>, W. Barthlen<sup>4</sup>, P. Michel<sup>5</sup>, M. Zenker<sup>2</sup>, K.  
Mohnike<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätskinderklinik, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

<sup>2</sup>Institut für Humangenetik, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

<sup>3</sup>DTZ Berlin Am Frankfurter Tor, Berlin

<sup>4</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Universität Greifswald

<sup>5</sup>Sana-Klinikum, Berlin-Lichtenberg

**12:30–12:45 Uhr**

**Präsentation und Verleihung der Posterpreise**

**12:45–13:15 Uhr**

**Mittagspause und Besuch der Industrieausstellung**

## 13:15–14:45 Uhr Endokrinologie und Diabetologie

Vorsitz: C. Vogel (Chemnitz)

### 13:15 Uhr Erkrankungen der Schilddrüse – ein Update

A. Dost

*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena*

### 13:40 Uhr Trends in der modernen Diabetes-Therapie bei Kindern und Jugendlichen – Insulinpumpentherapie und kontinuierliches Glucose-Monitoring

T. Kapellen

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

### 14:05 Uhr Auch an seltene Diabetes-Formen denken – die Chemnitzer MODY-Patienten

C. Rauh

*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz*

### 14:25 Uhr Transgender-Wunsch – praktisches Vorgehen in der Kindermedizin

J. Gesing

*Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche, Universitätsklinikum Leipzig*

## 14:45 Uhr Verabschiedung

# Posterpräsentationen

## Infektiologie / Immunologie

Vorsitz: L. Patzer (Halle (Saale))

### P01 Oligoarthritis mit Biss

L. Plichta<sup>1</sup>, M. Laaß<sup>1</sup>, F. Lander<sup>1</sup>, G. Hahn<sup>2</sup>, A. Thürmer<sup>3</sup>, R. Berner<sup>1</sup>, N. Brück<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sektion Kindernephrologie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Uni Jena

<sup>2</sup>Sektion Neonatologie und Intensivmedizin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Uni Jena

<sup>3</sup>Sektion Kinderradiologie, Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie Uni Jena

### P02 Akute infektiöse Osteomyelitis des Säuglingsalters

S. Bodendieck<sup>1</sup>, M. Pohl<sup>1</sup>, W. Müller<sup>2</sup>, A. Polednia<sup>3</sup>, Ch. P. Geyer<sup>2</sup>, M. Borte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

<sup>2</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

<sup>3</sup>Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Klinikum St. Georg, gGmbH, Leipzig

### P03 Synoviale Chondromatose – Eine seltene Differentialdiagnose bei der Abklärung chronischer Arthritiden großer Gelenke

A. Hauenherm<sup>1</sup>, A. Schlöcker<sup>1</sup>, A. Polednia<sup>2</sup>, C. Müller<sup>3</sup>, W. Müller<sup>4</sup>, Ch. Geyer<sup>4</sup>, M. Borte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,

<sup>2</sup>Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie,

<sup>3</sup>Klinik für Unfallchirurgie Orthopädie und Spezialisierte Septische Chirurgie,

<sup>4</sup>Klinik für Kinderchirurgie

Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

### P04 Was ist wichtig für die Praxis – Diagnostik angeborener Immundefekte und Abgrenzung hämatologischer Erkrankungen

S. Borte<sup>1,2</sup>, J. Wolf<sup>1,3</sup>, S. Kupis<sup>2</sup>, N. Kellner<sup>2,4</sup>, A. Pöge<sup>3</sup>, M. Faßhauer<sup>1,2</sup>, M. Borte<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>2</sup>ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL) am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>3</sup>Zentrum für Klinische Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>4</sup>Klinik für Infektiologie, Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

### P05 Diagnostisches & Therapeutisches Vorgehen bei Verdacht auf Immundefekt mit pulmonalen Komplikationen

S. Borte<sup>1,2</sup>, J. Wolf<sup>1,3</sup>, S. Kupis<sup>2</sup>, N. Kellner<sup>2,4</sup>, A. Pöge<sup>3</sup>, M. Faßhauer<sup>1,2</sup>, A. Polednia<sup>5</sup>, M. Borte<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>2</sup>ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL) am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>3</sup>Zentrum für Klinische Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>4</sup>Klinik für Infektiologie, Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>5</sup>Klinik für Radiologie am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

- P06 Seltene Komplikation einer viralen Gastroenteritis  
M. Tienken, M. Gleißner  
*Zentrum für Kinderheilkunde, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg*
- P07 Infektion mit Gonokokken im Kindesalter – Woran muss man denken?  
A. Schlesinger, I. Tempel, Y. Vorweg, K. Gröger  
*Muldentalkliniken GmbH, Krankenhaus Wurzen, Abteilung Kinder- und Jugendmedizin*
- P08 Hyperurikämie mit Gichtanfall – wie der Vater so der Sohn  
B. Mayer, M. Heyde, J.S. Weber, K. Buder  
*Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Carl-Gustav-Carus, Dresden*

## Kinderchirurgie

Vorsitz: J.-U. Straßburger (Chemnitz), F. Eckoldt (Jena)

- P09 Ureterabgangsstenose bei Kindern – Vergleich der stationären Outcomes in Bezug auf OP-Methode und Fachdisziplin in Deutschland  
G. Goetz<sup>1</sup>, M. Klora<sup>2</sup>, J. Zeidler<sup>2</sup>, S. Eberhard<sup>3</sup>, S. Bassler<sup>4</sup>, S. Mayer<sup>1</sup>, J.-H. Gosemann<sup>1</sup>, M. Lacher<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, Leipzig*  
<sup>2</sup>*CHERH – Center for Health Economics Research Hannover, Leibniz Universität Hannover, Hannover*  
<sup>3</sup>*AOK Niedersachsen, Hannover*  
<sup>4</sup>*AOK Plus, Dresden*
- P10 Histoacryl®-Injektionstherapie bei lebensbedrohlichen Dünn- und Dickdarmvarizenblutungen  
N. Händel, M. Thöle, C. Goldhardt, M. Zurek, I. Wallstabe  
*Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin und Interdisziplinäre Endoskopie, Klinikum St. Georg Leipzig*
- P11 Mekoniumperitonitis mit Pseudozyste: Eine wichtige Blickdiagnose beim Neugeborenen  
R. Ascherl<sup>1</sup>, D. Pimentel<sup>2</sup>, P. Zimmermann<sup>2</sup>, U. Thome<sup>1</sup>, M. Lacher<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>*Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Leipzig*  
<sup>2</sup>*Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig*
- P12 Eine seltene Fehlbildung der Halsregion – Fallbericht  
I. Alhussami, F. Eckoldt  
*Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Jena*

- P13**      **Symptomatische Meckel-Divertikel: Eine ungewöhnliche Häufung einer seltenen Entität**  
C. Möller, G. Mall, H. J. Mentzel, F. Eckoldt  
*Klinik für Kinderchirurgie*  
*Institut für Pathologie*  
*Sektion Kinderradiologie des IDIR*  
*am Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena*
- P14**      **Ungewöhnlich komplizierter Bauchwanddefekt einer intrauterin rupturierten Omphalocele**  
A. Sosa Vizcaino, J. Beyer, K. Dawczynski, F. Eckoldt  
*Klinik für Kinderchirurgie am Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena*
- P15**      **Hyperspectral Imaging (HSI) – eine neue Methode zur intraoperativen Perfusionsanalyse von gastrointestinalen Anastomosen bei Kindern**  
L. Merten, D. Vaz Pimentel, B. Jansen-Winkel, I. Gockel, M. Lacher, J.-H. Gosemann  
*Universitätsklinikum Leipzig*
- P16**      **Nabelvenenperforation nach Katheteranlage als Ursache eines akuten Abdomens bei einem kleinen Frühgeborenen**  
M. Tietz<sup>1</sup>, J. Leibiger<sup>2</sup>, J.-U. Straßburger<sup>2</sup>, A. Hübler<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz gGmbH*  
<sup>2</sup>*Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum Chemnitz gGmbH*

## Neuropädiatrie / Endokrinologie

Vorsitz: G. Heubner (Dresden)

- P17**      **Psychometric properties of the fear of progression questionnaire for children (FoP-Q-SF-C)**  
K. Luz<sup>1</sup>, J. Martini, H<sup>2,3</sup>. H. Christiansen<sup>1</sup>, F. Schepper<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Department of Pediatric Oncology, Hematology and Hemostaseology, University of Leipzig, Leipzig, Germany*  
<sup>2</sup>*Department of Child and Adolescent Psychiatry, Faculty of Medicine, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany*  
<sup>3</sup>*Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany*
- P18**      **Fallbericht einer seltenen Biotin/Thiamin-Responsiven Basalganglienerkrankung**  
R. Spinnler<sup>1</sup>, N. Händel<sup>1</sup>, M. Zurek<sup>1</sup>, E. Braun<sup>1</sup>, A. Polednia<sup>2</sup>, M. Borte<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig*  
<sup>2</sup>*Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig*
- P19**      **Generalisierte, atone Krampfanfälle als Komplikation einer fehlenden Prophylaxe**  
J. Sobbe<sup>1</sup>, S. Fest<sup>1</sup>, M. Gleißner<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>*Allgemeinpädiatrie, Universitätsklinikum Magdeburg*  
<sup>2</sup>*Kinderintensivmedizin, Universitätsklinikum Magdeburg*

- P20 Das Spinalis-anterior-Syndrom als seltene Ursache einer akuten Querschnittssymptomatik im Kindesalter – ein Fallbericht  
R. Hofmann<sup>1</sup>, S. Eichholz<sup>1</sup>, S. Schmidt<sup>1</sup>, G. Heubner<sup>1</sup>, T. Haufe<sup>2</sup>, R. Knöfler<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Städtisches Klinikum Dresden, Standort Trachau/Neustadt  
<sup>2</sup>Klinik für Radiologie, Städtisches Klinikum Dresden, Standort Trachau/Neustadt  
<sup>3</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl-Gustav-Carus Dresden
- P21 4 Jahre Pädiatrische Psychosomatik Dresden-Neustadt – Erste Auswertung der Patienten- und Elternevaluation  
A. Lachnit, B. Schwab, G. Heubner  
Bereich Pädiatrische Psychosomatik, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Städtisches Klinikum Dresden
- P22 Einfluss von BMI und körperlicher Aktivität auf den Knochenstoffwechsel bei Kindern und Jugendlichen  
D. Vaz Pimentel<sup>1</sup>, A. Suttkus<sup>1</sup>, M. Lacher<sup>1</sup>, T. Alberti<sup>2</sup>, M. Vogel<sup>2</sup>, A. Jurkutat<sup>2</sup>, T. Poulain<sup>2</sup>, U. Ceglarek<sup>3</sup>, J. Kratzsch<sup>3</sup>, W. Kiess<sup>2,4</sup>, A. Körner<sup>4</sup>, S. Mayer<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig  
<sup>2</sup>Leipziger Forschungszentrum für Zivilisationserkrankungen (LIFE)  
<sup>3</sup>Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik  
<sup>4</sup>Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsklinikum Leipzig
- P23 Übergewichtige Kinder sind präpubertär größer aufgrund von höherem Geburtsgewicht und IGF1-Serumspiegeln  
T. Vogel<sup>1</sup>, E. Kempf<sup>1</sup>, J. Stanik<sup>2</sup>, A. Körner<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pädiatrisches Forschungszentrum, Kinderklinik Universität Leipzig  
<sup>2</sup>Department für Kinderheilkunde, Medizinische Fakultät der Comenius Universität und DIABGENE Labor, Institut für experimentelle Endokrinologie, Biomedizinisches Forschungszentrum, Slowakische Akademie der Wissenschaften, Bratislava, Slowakei
- P24 Alternative Knochenanalyse bei Neugeborenen – Quantitativer Ultraschall des peripheren Skeletts  
E. Basemann<sup>1</sup>, K. Dawczynski<sup>2</sup>, H. Proquitté<sup>2</sup>, A. Hübler<sup>3</sup>, H.-J. Mentzel<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Sektion Kinderradiologie, IDIR, Universitätsklinikum Jena  
<sup>2</sup>Sektion Neonatologie u. Pädiatrische Intensivmedizin, Universitätsklinikum Jena  
<sup>3</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz

## Pädiatrische Diagnostik und Therapie

Vorsitz: M. Laaß (Dresden)

- P25 Mortalität im Zusammenhang mit angeborenen Fehlbildungen  
A. Reißmann, A. Köhn, J. Hoffmann, D. Götz, C. Vogt, C. Spillner  
Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt, Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

- P26** Fulminantes acute-on-chronic Leberversagen bei Erstdiagnose eines Morbus Wilson  
C. Goldhardt<sup>1</sup>, N. Händel<sup>1</sup>, M. Thöle<sup>1</sup>, A. Polednia<sup>2</sup>, M. Melter<sup>3</sup>, M. Borte<sup>1</sup>, M. Zurek<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig  
<sup>2</sup>Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig  
<sup>3</sup>Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Regensburg
- P27** Wann gehört ein Kind auf die Intensivstation?  
S. Lüss, H. Rathert, M. Gleißner  
Universitätskinderklinik Magdeburg
- P28** Letaler Verlauf einer Hirnblutung bei einem Jugendlichen mit chronischer Immunthrombozytopenie  
T. Dietrich<sup>1</sup>, S. Brenner<sup>2</sup>, K. N. Pargac<sup>3</sup>, J. Stächele<sup>1</sup>, J. Lohse<sup>1</sup>, R. Knöfler<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Bereich Hämatologie, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Onkologie und Hämostaseologie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden  
<sup>2</sup>Bereich Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden  
<sup>3</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Elblandklinikum Meißen
- P29** Semiquantitative Analyse der cerebralen Magnetresonanztomografie bei Kindern mit Achondroplasie mittels Dornheim Segmenter  
K. Schmidt-Bremme<sup>1</sup>, G. Neumann<sup>2</sup>, K. Mohnike<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Bereich Pädiatrische Endokrinologie und Stoffwechsel der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
<sup>2</sup>Klinik für Radiologie der Medizinischen Fakultät Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
- P30** Qualitäts- und Dosisvergleich der Felsenbeinbildgebung mit Dyna-CT und Multi-Slice-CT bei Kindern  
A. Bobeva<sup>1</sup>, M. Waginger<sup>1</sup>, B. Steiniger<sup>1</sup>, O. Guntinas-Lichius<sup>2</sup>, H.-J. Mentzel<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Sektion Kinderradiologie, IDIR, Universitätsklinikum Jena  
<sup>2</sup>Klinik für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Jena
- P31** Morbus Fallot mit progredienter infundibulärer Pulmonalstenose bei einem kleinen Zwillingsfrühgeborenen  
A. Hauffe<sup>1</sup>, M. Tietz<sup>1</sup>, G. Tiller<sup>1</sup>, I. Dähnert<sup>2</sup>, A. Hübler<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz gGmbH  
<sup>2</sup>Universitätsklinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig
- P32** Vermeidung von Transfusionen bei einer jugendlichen Zeugin Jehovas (ZJ) unter intensiver Polychemotherapie – Ein Erfahrungsbericht  
R. Beck<sup>1</sup>, L. Freudenberg<sup>2</sup>, B. S. Lange<sup>1</sup>, M. Suttorp<sup>1</sup>, R. Knöfler<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Bereich Pädiatrische Hämatologie/Onkologie,  
<sup>2</sup>Abteilung für Neuropädiatrie,  
Klinik und Poliklinik für Kinder- Jugendmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

# Abstracts

der Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen  
Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und  
Kinderchirurgie, 22. bis 23. März 2019 in Chemnitz

## »» Multidisziplinäre Fortbildung – Teil 1: Das chronisch kranke Kind

---

### **Unterstützungsmöglichkeiten des Jugend- und Sozialamtes**

G. Georgi

*Amt für Jugend und Familie, Stadt Chemnitz*

Ausgehend von Informationen über vorrangige Leistungsträger werden im Vortrag die Anspruchsvoraussetzungen und die Zuständigkeiten für die Hilfen der Eingliederungshilfe, der Hilfen zur Erziehung und der Hilfen für junge Volljährige erläutert.

Sie erfahren, wie Bedarfe ermittelt werden, in welcher Frist Hilfen zu gewähren sind und welche Kosten daraus insbesondere für die Eltern entstehen.

Zudem lernen Sie unterschiedliche Hilfemöglichkeiten, die es in der Praxis gibt, kennen. Sie erfahren, welche Rolle die Eltern und die Fachkräfte im Unterstützungsprozess haben und wie der Prozess der Hilfe beim Leistungsträger geführt wird.

An Praxisbeispielen wird Ihnen der Umgang mit chronisch kranken Kindern in Kita und Schule sowie das Zusammenspiel unterschiedlicher Unterstützungsmöglichkeiten vorgestellt.

## »» Psychosomatische Erkrankungen

---

### **Psychosomatische Aspekte bei Chronischen Schmerzstörungen im Kindes- und Jugendalter**

E. Zillessen

*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sophien und Hufeland Klinikum Weimar*

Neben der Behandlung akuter Schmerzstörungen bedarf die Behandlung chronischer Schmerzen im Kindes- und Jugendalter besonders eines psychosomatischen Ansatzes. Eine Chronische Schmerzstörung kann sich als Folge, aber auch ohne körperliche Erkrankung als eigenständiges Krankheitsbild entwickeln. Unabhängig davon ist für den Therapieerfolg eine ganzheitliche „psychosomatische“ Behandlung der Kinder- und Jugendlichen und deren Familien essentiell. Neben fundierter Aufklärung anhand des „bio-psycho-sozialen Modells“ und des „Schmerzteufelskreises“, sind Strategien zur Ablenkung, Entspannung, „Vermeidung von Vermeidung“, Umgang mit dem „Schmerz als Familienmitglied“ und Therapie komorbider Störungen, wie Angst oder Depression, wichtige Therapiebausteine. Voraussetzung zum Gelingen dieser komplexen psychosomatischen Therapie ist eine sichere therapeutische Beziehung zu einem multidisziplinären, bzgl. der Therapie chronischer Schmerzstörungen erfahrenen Therapeutenteam.

Der Vortrag soll ein Verständnis für die bio-psycho-soziale Komplexität Chronischer Schmerzstörungen für Patienten und deren Familien vermitteln und auf typische Denkfallen und gelingende Therapieansätze hinweisen.

## »» Pädiatrische Praxis

---

### **Wie weit sind wir mit der Masern-Elimination in Deutschland? Brauchen wir die Einführung einer Pflichtimpfung?**

M. Borte

*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL) am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig*

Die WHO hat sich zum Ziel gesetzt, die Masern bis 2020 in Europa zu eliminieren. Das RKI konstatiert aktuell: Deutschland ist von diesem Ziel so weit entfernt wie schon lange nicht mehr.

Masernimpfungen finden in Deutschland nicht zeitgerecht statt. Außerdem reichen die Impfquoten weder bei Kindern noch bei Erwachsenen aus, um das Ziel einer Masernelimination zu erreichen. Trotz steigender Impfquoten im Kindesalter wurden in Deutschland in den letzten Jahren mehrfach Masernausbrüche registriert; so gab es im Jahr 2015 fast 2500 gemeldete Masernfälle (3,1/100.000), wodurch Deutschland

das Eliminationsziel der WHO ( $<0,1/100.000$  und Ausbruchsunterbrechung für  $>36$  Monate) deutlich verfehlt hätte.

Die Frage, warum Deutschland, unter anderem neben Rumänien, Frankreich, Italien und Georgien, weiterhin zu den europäischen Ländern zählt, in denen Masern immer noch nicht eliminiert sind, soll hier diskutiert werden. Erst kürzlich haben Frankreich und Italien dafür wieder eine Impfpflicht eingeführt.

## »» Kinderchirurgie

---

### **Die supracondyläre Humerusfraktur: Möglichkeiten der konservativen und operativen Therapie sowie Nachbehandlung**

K. Großer

*Klinik für Kinderchirurgie, Helios Klinikum Erfurt*

Die supracondyläre Humerusfraktur ist die zweithäufigste kindliche Fraktur mit ca. 16%. Diese Fraktur resultiert oft nach Sturz aus größerer Höhe, insbesondere von Sport- und Klettergeräten. Dabei sind die Laxizität des Ellenbogengelenks mit seiner besonderen Überstreckbarkeit im Alter von 4 und 9 Jahren sowie die Lenkung des Trauma-Vektors auf die schmalste Stelle des distalen Humerusknochens für die Häufigkeit dieser Fraktur verantwortlich. Dadurch entstehen vornehmlich typische Extensionsfrakturen zu ca. 95%. Die seltenen Beugefrakturen sind Folge eines Sturzes auf das Olecranon bei gebeugtem Ellenbogengelenk. Trotz der Häufigkeit dieser Fraktur kann die Versorgung dieser Frakturen immer wieder eine Herausforderung sein.

Die aktuell gebräuchliche Einteilung nach v.Laer in 4 Typen (Basel 1-4) lässt eine Entscheidung zur konservativen oder operativen Therapie leicht zu. Während der Typ-1 eine Domäne der konservativen Therapie entweder mittels Blount-Verband (Cuff-and-Collar) oder mittels Gipslonguette ist, sollte der Typ-2 semi-operativ als konservative Therapie mit geschlossener Reposition in Op-Bereitschaft ausgeführt werden. Die schweren Formen des Typs 3 und 4 sind immer primär operativ anzugehen. Dabei bleibt aber die geschlossene Reposition mit transkutaner Kirschner-Draht-Osteosynthese bevorzugt wann immer dies geht. Wenn dennoch eine offene Reposition indiziert ist, dann nur bei fehlender Reponierbarkeit oder erkennbaren Nerven-Gefäß-Schäden. In seltenen Fällen ist ein Kompartment-Syndrom und eine Volkmann-Ischämie zusätzlich zu beachten.

Die Art der Osteosynthese ist aktuell etwas im Fluss: neben der klassischen K-Draht-Osteosynthese haben sich die deszendierende Prevotnagel-Retention und die Mini-Fixateur-Anlage weiter ins Gespräch gebracht. Die funktionellen Ergebnisse sind bei regelrecht ausgeführter Technik identisch.

Für die Nachbehandlung dieser Fraktur ist eine initiale Ruhigstellung für 3-4 Wochen üblich. Danach ist eine frühfunktionelle Behandlung zu beginnen und nach K-Draht-Entfernung in Tagesklinik fortzusetzen. Bei anatomischer Reposition, bevorzugt geschlossen, ist die volle Wiederherstellung von Funktion und Achse zu erwarten.

---

### **Schwerpunkte zur akuten und veralteten Monteggiafraktur**

U. Bühligen

*Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig*

Einleitung: Als Monteggiafraktur wird eine Kombination von Ulnafraktur und Radiuskopfluxation bezeichnet. Diese Kombination ist typisch und verpflichtet bei Vorliegen einer Ulnafraktur nach der Luxationsstellung des Radiuskopfes zu suchen.

Diagnostik: Nach Unfallanamnese und Schmerzen im Unterarmbereich ist die Röntgenaufnahme das Mittel der Wahl zur Diagnosesicherung. Bei Nachweis einer Ulnafraktur muss die röntgenologische Darstellung des Ellenbogengelenkes gefordert werden um gezielt die Position des Radiuskopfes darzustellen. Gegebenenfalls sind Zusatzaufnahmen notwendig.

Ein Hauptgrund zur Fehlinterpretation des Röntgenbildes ist die ungenügende Beachtung der Gelenksituation des Radiuskopfes. Die meist gut sichtbare Ulnafraktur kann von der Beurteilung des Radiuskopfes ablenken. Die zentrale Achse des Radiusknochens muss in jeder Gelenkstellung durch das Zentrum des Capitulum humeri führen.

Therapie: Die Therapie besteht zumeist in der Reposition der Ulna, der Osteosynthese mit einer Markraumschienung und der Reposition des Radiuskopfes.

Schlußfolgerung: Wird die Monteggiafraktur übersehen, bleibt die Luxationsstellung am Radiuskopf bestehen. Es folgt eine Längenzunahme des Radius, eine sekundäre Reposition wird damit unmöglich. Nur eine aufwändige Kallusdistraktion der Ulna erlaubt den Längenausgleich beider Unterarmknochen und die Gelenkreposition. Eine vollständige Restitution kann nur in ca. 80% erreicht werden, so dass Störungen der Gelenkkongruenz resultieren können.

---

## **[18F]F-DOPA-PET/MRT bzw. CT bei 230 Patienten mit congenitalem Hyperinsulinismus**

S. Empting<sup>1</sup>, W. Mohnike<sup>3</sup>, I. Wieland<sup>2</sup>, W. Barthlen<sup>4</sup>, P. Michel<sup>5</sup>, M. Zenker<sup>2</sup>, K. Mohnike<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitätskinderklinik, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

<sup>2</sup>Institut für Humangenetik, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

<sup>3</sup>DTZ Berlin Am Frankfurter Tor, Berlin

<sup>4</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Universität Greifswald

<sup>5</sup>Sana-Klinikum, Berlin-Lichtenberg

Der kongenitale Hyperinsulinismus (CHI) ist eine komplexe heterogene Erkrankung mit einer Prävalenz von etwa 1:40.000 Neugeborenen. Infolge rezidivierender hypoketotischer Hypoglykämien wird bei 30-40% der Kinder ein dauerhafter Hirnschaden verursacht. Histopathologisch werden drei Formen differenziert, fokal, diffuse und atypisch. Die Bildgebung mittels [18F]F-DOPA-PET/MRT bzw. CT wird seit 2003 durchgeführt und hat frühere invasive Verfahren abgelöst. Zur Differenzierung der fokalen von nicht-fokalen CHI wird die selektive Aufnahme und Retention von 18-Fluor markiertem DOPA in solitären fokalen Läsionen beurteilt. Damit wird eine gewebesparende Fokusentfernung ermöglicht und subtotale Pankreasresektion vermieden.

Wir führten seit 2003 bei 200 Patienten [18F]F-DOPA-PET-CT und bei 30 [18F]F-DOPA-PET-MRT durch. Eine fokale Anreicherung von [18F]F-DOPA wurde bei 93 Patienten identifiziert, bei 137 Patienten wurde eine nicht-fokale Anreicherung gezeigt. 111 Patienten wurden operiert: mit fokaler Entfernung (n=89), partieller (n=16) oder subtotaler Pankreatektomie (n=5) und Biopsie (n=1). Histopathologisch konnten die Ergebnisse des [18F]F-DOPA-PET-CT in 95 % der fokalen und 100 % der nicht-fokalen Form bestätigt werden. Die Lokalisation des Fokus war in allen histopathologisch fokalen Fällen korrekt. Der kongenitale Hyperinsulinismus bedarf einer engen, interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen.

## »» Infektiologie / Immunologie

---

### **P01 Oligoarthritis mit Biss**

L. Plichta<sup>1</sup>, M. Laaß<sup>1</sup>, F. Lander<sup>1</sup>, G. Hahn<sup>2</sup>, A. Thürmer<sup>3</sup>, R. Berner<sup>1</sup>, N. Brück<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sektion Kinderneurologie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Uni Jena

<sup>2</sup>Sektion Neonatologie und Intensivmedizin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Uni Jena, <sup>3</sup>Sektion Kinderradiologie, Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie Uni Jena

Die bakterielle Arthritis ist eine wichtige Differenzialdiagnose bei akuten Gelenkbeschwerden. Typische Erreger sind Staphylokokken, Streptokokken und *Kingella kingae*. Ein 2-jähriger Junge stellte sich mit Fieber, Hautausschlag und Arthritis der rechten Großzehe und Hand vor, begleitet von einer geringen CRP-Erhöhung. Die MRT der re. Hand zeigte eine deutliche Arthritis, das eitrige imponierende Gelenkpunktat eine deutlich erhöhte Zellzahl. Bei V.a. septischer Arthritis erfolgte eine i.v. Antibiotikatherapie mit Cefuroxim. Kulturell gelang der Keimnachweis nicht, in der PCR wurde *Streptobacillus moniliformis*, der Erreger des Rattenbissfiebers, nachgewiesen. Leitsymptome sind plötzliches Fieber, makulopapulöses Exanthem und Gelenkschmerzen, häufig mit nachweisbarer Arthritis eines oder mehrerer Gelenke. Anamnestisch ließ sich eruieren, dass die Familie des Patienten im Besitz zweier Farbratten ist, die dem Kind auch an den Fingern knabberten. Unter anfangs parenteraler Therapie mit Cefuroxim kam es zur kompletten Genesung. Neben typischen Erregern einer bakteriellen Arthritis müssen – insbesondere bei steriler Kultur – auch atypische Erreger in Erwägung gezogen und mittels PCR gesucht sowie eine gezielte Anamnese durchgeführt werden. Das Rattenbissfieber wird in Europa hauptsächlich über Kratzer/Bisse übertragen. Serologische Tests stehen nicht zur Verfügung. Der Erreger ist schwer kultivierbar, so dass hier in der Regel tatsächlich nur die PCR-Methode erfolgreich ist.

---

### **P02 Akute infektiöse Osteomyelitis des Säuglingsalters**

S. Bodendieck<sup>1</sup>, M. Pohl<sup>1</sup>, W. Müller<sup>2</sup>, A. Polednia<sup>3</sup>, Ch. P. Geyer<sup>2</sup>, M. Borte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

<sup>2</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

<sup>3</sup>Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Klinikum St. Georg, gGmbH, Leipzig

Einleitung: Vorstellung eines 8 Monate alten Säuglings mit Verdacht auf Osteomyelitis der linken Tibia. Erstvorstellung bei Mobilisationsverweigerung und lokalem Druckschmerz, kein Fieber, guter Allgemeinzustand.

Verlauf: Röntgenologische Darstellung einer inhomogenen Spongiosareaktion und medialer Periostreaktion. Im MRT zeigte sich selbige und kleinere entzündliche Reaktionen des Markraums der distalen Tibiametaphyse. Initiale Leuko- und Thrombozytose bei normwertigem CRP und erhöhter BSG, Blutkulturen steril. Bei Osteomyelitis Beginn der parenteralen Therapie mit Cefotaxim und Clindamycin, Ruhigstellung des linken Beines. Darunter weiterhin kein Fieber, die Entzündungswerte waren rückläufig. Kontroll-MRT nach 15 Tagen Therapie. Es zeigte sich eine inkomplette Tibiaschrägfraktur ohne Nachweis einer Einschmelzung im Markraum. Fraglich ist, ob die Fraktur im Rahmen der Osteomyelitis auftrat oder es sich um eine vorbestehende Torsionsfraktur handelte. Nach Entlassung für weitere 15 Tage orale antibiotische Therapie mit Clindamycin sowie engmaschiger Betreuung. Bisher kein Hinweis auf ein Rezidiv oder weitere Frakturen.

Zusammenfassung: Die infektiöse Osteomyelitis muss insbesondere im Säuglingsalter als mögliche Differentialdiagnose bei akut auftretender Mobilitätshemmung und Schmerzen erwogen werden. Die weiteren klinischen Symptome können in diesem Alter unspezifisch sein oder gänzlich fehlen. Die MRT kann zum Ausschluss einer akuten Osteomyelitis angewandt werden.

## **P03 Synoviale Chondromatose – Eine seltene Differentialdiagnose bei der Abklärung chronischer Arthritiden großer Gelenke**

A. Hauenherm<sup>1</sup>, A. Schlöcker<sup>1</sup>, A. Polednia<sup>2</sup>, C. Müller<sup>3</sup>, W. Müller<sup>4</sup>, Ch. Geyer<sup>4</sup>, M. Borte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,

<sup>2</sup>Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie,

<sup>3</sup>Klinik für Unfallchirurgie Orthopädie und Spezialisierte Septische Chirurgie,

<sup>4</sup>Klinik für Kinderchirurgie

Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Bei einer 16-jährigen Jugendlichen bestehen seit über einem Jahr Schmerzen und Bewegungseinschränkung im rechten Kniegelenk. Bisher wurden radiologisch eine Traumafolge ausgeschlossen und bei auffälliger Chlamydien Serologie im Sinne einer reaktiven Arthritis antibiotisch behandelt. Im Verlauf im MRT Gelenkerguss mit synovialen Enhancement beschrieben. Diagnostische Kniegelenkpunktion zeigt zellarmen Erguss mit vereinzelt Rhagozyten – vereinbar mit einer "low-grade"-Synovialitis. Unter NSAR Therapie jedoch keine wesentliche Besserung. Bei untypischem Verlauf entschieden wir uns zur Arthroskopie. Hier zeigten sich multiple weißlich knorpelähnliche Knoten an der Synovia, zum Teil auch freie Gelenkkörper. Der pathologische Befund beschreibt mit multiplen kleinen Knorpelinseln, gelegentlichen Verkalkungen und knöchernen Metaplasien das Bild einer primären synovialen Chondromatose. Bei unserer Patientin führten wir eine subtotale Synovektomie durch. Postoperativ entsprechendes Procedere mit passiver und aktiver Mobilisierung. Wir planen langfristig klinische und sonographische Verlaufskontrollen obgleich das Risiko für ein Rezidiv oder sarkomatöse Entartung als sehr gering eingestuft wird. Schlussfolgerung: Die ungewöhnliche Altersmanifestation unserer Patientin birgt das Risiko, diese Erkrankung zu übersehen. Die Kasuistik zeigt, dass bei unklaren klinischen und radiologischen Befunden die Indikation zur arthroskopischen Abklärung großzügiger zu stellen ist.

## **P04 Was ist wichtig für die Praxis – Diagnostik angeborener Immundefekte und Abgrenzung hämatologischer Erkrankungen**

S. Borte<sup>1,2</sup>; J. Wolf<sup>1,3</sup>; S. Kupis<sup>2</sup>; N. Kellner<sup>2,4</sup>; A. Pöge<sup>3</sup>; M. Faßhauer<sup>1,2</sup>; M. Borte<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>2</sup>ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL) am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>3</sup>Zentrum für Klinische Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>4</sup>Klinik für Infektiologie, Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Angeborene genetische Störungen des Immunsystems (primäre Immundefekte, PID) sind eine relevante klinische Differentialdiagnose wiederkehrender und oft schwerwiegender Infektionen, organspezifischer Autoimmunität und maligner Entartungen im Kindes- und Jugendalter. Die Früherkennung und adäquate Diagnostik stellt eine Herausforderung für Allgemeinmediziner und Kinderärzte, aber auch für pädiatrische Gastroenterologen, Rheumatologen, Allergologen, Infektiologen und Pneumologen dar, da PID häufig nicht als Krankheitsentitäten bekannt und labordiagnostisch bedacht werden. Das ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL) hat als überregionales Therapie- und Behandlungszentrum für PID neue Konzepte für die funktionelle Immundiagnostik und genetische Bestätigungsdiagnostik entwickelt. Hierbei werden einzelzellbasierte durchflusszytometrische Methoden zur Immunphänotypisierung und zur Testung intrazellulärer Signalwege, sowie dem Nachweis krankheitsspezifischer Biomarker in Hochdurchsatzverfahren angewendet. Durch den frühzeitigen Einsatz immunfunktioneller Untersuchungen kann so der Aufwand genetischer Such- und Bestätigungstests reduziert und bisher genetisch nicht näher beschriebene PID initial charakterisiert werden. Wir schlussfolgern aus unseren Erfahrungen mit diesen neuartigen diagnostischen Konzepten, dass die Versorgungsqualität für Patienten aufgrund frühzeitiger und zielgerichteter Diagnose und Behandlung deutlich verbessert werden kann.

---

## **P05 Diagnostisches & Therapeutisches Vorgehen bei Verdacht auf Immundefekt mit pulmonalen Komplikationen**

S. Borte<sup>1,2</sup>; J. Wolf<sup>1,3</sup>; S. Kupis<sup>2</sup>; N. Kellner<sup>2,4</sup>; A. Pöge<sup>3</sup>; M. Faßhauer<sup>1,2</sup>; A. Polednia<sup>5</sup>; M. Borte<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>2</sup>ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL) am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>3</sup>Zentrum für Klinische Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>4</sup>Klinik für Infektiologie, Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>5</sup>Klinik für Radiologie am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Angeborene Störungen der Immunfunktion (primäre Immundefekte, PID) prädisponieren zu progredient-destruktiven pulmonalen Komplikationen auf der Basis einer infektiösen (bspw. bei Antikörpermangel) und autoimmunologischen Genese (bspw. Lymphozyteninfiltration).

Die initiale und therapiebegleitende Diagnostik umfasst neben dem klinischen Verlauf immunzelluläre und mikrobiologische bronchioläre Lavageuntersuchungen und feinstrukturelle bildgebende Verfahren. Da PID allerdings auf der Basis von DNA-Reparaturstörungen/Chromosomenbrüchigkeitssyndromen entstehen können (bspw. Rad50, NBS, AT), ist eine kritische Indikationsstellung vor jeglicher Röntgen- oder CT-Untersuchungen unerlässlich; unsere lokale Erfahrung zeigt hierbei die Validität von modernen Laboruntersuchungen (gamma-H2AX Assay) zur vorherigen Risikostratifizierung.

Therapeutisch berichten wir über Möglichkeiten der intensivierten Substitution von Immunglobulinen, der inhalativen antimikrobiellen Anwendung von Colistin/Tobramycin und der Moderierung autoimmunologischer Komplikationen unter Mycophenolatmofetil (MMF) und nach anti-CD20 B-Zell-Depletion (Rituximab), sowie über die theoretische Perspektive einer sekretorischen IgA-Inhalationstherapie.

---

## **P06 Seltene Komplikation einer viralen Gastroenteritis**

M. Tienken, M. Gleißner

*Zentrum für Kinderheilkunde, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg*

Kasuistik 1: Ein 15-jähriger Junge stellte sich mit Übelkeit nach jeder Mahlzeit, raschem Sättigungsgefühl und Gewichtsverlust von ca. 20 kg in unserer gastroenterologischen Sprechstunde vor. Die Symptomatik bestand seit einer Gastroenteritis durch Noroviren vor 7 Monaten. Mittels Ösophaguspassage und Magendurchleuchtung konnte 4 Wochen nach Beginn der Beschwerden eine Gastroparese diagnostiziert werden. Ein Therapieversuch mit Antiemetika und Ernährungsumstellung mit kleinen, ballaststoffreichen Mahlzeiten führte zunächst nicht zur Besserung. Wir begannen die erfolgreiche Therapie mit Mirtazapin.

Kasuistik 2: Ein 9-jähriger Junge wurde aufgrund eines Norovirus pos. Gastroenteritis stationär behandelt. Nach Sistieren der Diarrhoe bestanden bei dem Jungen im stationären Verlauf weiterhin starke Übelkeit und Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme sowie zunehmend krampfartige abdominelle Schmerzen. In der Magendarmpassage mit Gastrografin zeigte sich eine ausgeprägte Magenentleerungsstörung. Eine Ernährungsumstellung verschaffte bereits nach wenigen Tagen eine deutliche Linderung der Symptomatik. Schlussfolgerung: Bei andauernden gastrointestinalen Beschwerden nach viraler Gastroenteritis sollte differenzialdiagnostisch eine postinfektiöse Gastroparese erwogen werden. Die längerfristige Mirtazapin Gabe stellt eine wichtige und effektive Therapieoption der Gastroparese dar.

---

## **P07 Infektion mit Gonokokken im Kindesalter – Woran muss man denken?**

A. Schlesinger, I. Tempel, Y. Vorweg, K. Gröger

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

Gonokokken sind humanpathogene, gramneg. Diplokokken. Sie werden bei direktem Kontakt von Schleimhäuten übertragen, selten durch Schmierinfektion über die Hände sowie peripartal von der Mutter auf das Neugeborene. Die Inkubationszeit beträgt 2-7 Tage und peripartal 2 Tage bis 3 Wochen. Gonokokken verursachen vor allem lokale Entzündungen der Schleimhäute bevorzugt des

Urogenitalsystems, aber auch anderer Schleimhäute. Die Gonokokkeninfektion kann je nach Lokalisation auch asymptomatisch verlaufen. Wir berichten von Freundinnen, die beide an genitalem Fluor im Alter von 7 Jahren erkrankten. Bei einem der Mädchen erfolgte der ambulante kulturelle Nachweis von Gonokokken im Vaginalabstrich und nachfolgend die stationäre Einweisung. Auch die zweite Patientin wurde uns vorgestellt, stationär aufgenommen und auch bei ihrem Nachweis von Gonokokken mittels PCR vaginal, oral und anal. Bei beiden Kindern fehlender Nachweis anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen. Beide Kindselternpaare wurden untersucht, mit Nachweis von Gonokokken bei Mutter und Vater des 2. Mädchens. Einsatz eines multidisziplinären Teams bei VD sexueller Missbrauch. Die Kinder wurden bis zur Klärung des Sachverhaltes stationär betreut und erst nach Zustimmung von Jugendamt und Polizei in die häusliche Umgebung entlassen zur vollständigen Klärung ambulant. Bei Infektionen bei präpubertären bzw. sexuell nicht aktiven Kindern und Jugendlichen sollte immer ein sexueller Missbrauch ausgeschlossen werden.

---

## **P08 Hyperurikämie mit Gichtanfall – Wie der Vater so der Sohn**

B. Mayer, M. Heyde, J. S. Weber, K. Buder

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

Während Gichtanfälle im Erwachsenenalter sehr häufig auftreten sind sie im Kindes- und Jugendalter trotz zunehmender Prävalenz der Hyperurikämie bei übergewichtigen Kindern weiterhin eine Seltenheit. Neben erworbenen Ursachen der Hyperurikämie sowie Stoffwechselstörungen wie dem Lesch-Nyhan-Syndrom sind in den letzten Jahren zahlreiche Gene im komplexen Regelwerk tubulärer Harnsäuresekretion und -resorption entdeckt worden, deren Mutation eine Hyperurikämie bedingen kann. (1)

Wir stellen den Fall eines bei Erstvorstellung 11 9/12 Jahre alten Patienten vor, bei welchem im Rahmen der Abklärung eines Gichtanfalls neben einer ausgeprägten Hyperurikämie eine moderate Niereninsuffizienz mit entsprechenden Sekundärkomplikationen festgestellt werden konnten. Die im Verhältnis zur vorliegenden Niereninsuffizienz sehr stark erhöhte Serumharnsäure (vgl. 1,2) sowie die Familienanamnese mit ähnlichen Beschwerden beim Vater (Gichtanfall mit 12 Jahren, Z.n. Nierentransplantation im Alter von 22 Jahren) lenkten den Verdacht auf die ehemals als familiäre juvenile hyperurikämische Nephropathie (FJHN) bekannte Erkrankung mit auslösender Mutation im UMOD-Gen; welche wir molekulargenetisch bestätigen konnten.

Bei frühzeitiger Diagnose (CAVE: Familienanamnese) und entsprechenden therapeutischen Interventionen scheint zumindest eine Verzögerung der für die Patienten typischerweise ab dem Teenageralter langsam progredienten Niereninsuffizienz möglich. (1,3,4,5)

## »» Kinderchirurgie

---

## **P09 Ureterabgangsstenose bei Kindern – Vergleich der stationären Outcomes in Bezug auf OP-Methode und Fachdisziplin in Deutschland**

G. Goetz<sup>1</sup>, M. Klor<sup>2</sup>, J. Zeidler<sup>2</sup>, S. Eberhard<sup>3</sup>, S. Bassler<sup>4</sup>, S. Mayer<sup>1</sup>, J.-H. Gosemann<sup>1</sup>, M. Lacher<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig AöR, Leipzig

<sup>2</sup>CHERH – Center for Health Economics Research Hannover, Leibniz Universität Hannover, Hannover

<sup>3</sup>AOK Niedersachsen, Hannover

<sup>4</sup>AOK Plus, Dresden

Einleitung: In Deutschland wird die Ureterabgangsstenose (UAS) bei Kindern durch Kinderchirurgen (KCH) und Urologen (URO) operiert. Ziel dieser Studie war eine Analyse der Ergebnisse hinsichtlich OP-Methode und operierender Fachdisziplin.

Methode: Patientendaten (Alter 0-18J) der AOK Niedersachsen und AOK PLUS (Thüringen, Sachsen) im Zeitraum 2009-2016 wurden deskriptiv analysiert zu soziodemographischen Variablen, OP-Technik und behandelnder Facharztgruppe. Es erfolgte eine logistische Regressionsanalyse für das Risiko einer chirurgischen Komplikation im 1. Jahr.

Ergebnisse: 229 Kinder (31,0% w.) wurden eingeschlossen. Eine laparoskopische Pyeloplastik (LP) wurde in 58 (25,3%) Patienten (8,6 ± 6,4J) durchgeführt, eine offene Pyeloplastik (OP) in 171 (74,7%; 4,6 ± 5,9J). LP war die dominierende Methode bei Mädchen (p<0,02), OP bei Jungen (p<0,02). Die Verweildauern waren

bei LP 4,3 Tage ( $p = 0,0005$ ) kürzer als bei OP, besonders bei Kindern  $\leq 2J$  (6,7 Tage,  $p = 0,007$ ). KCH operierten 162 (70,7%) und URO 67 (29,3%) Kinder. Das mittlere Alter bei den KCH ( $3,5 \pm 4,7J$ ) war jünger als bei den URO ( $10,8 \pm 6,5J$ ,  $p < 0,0001$ ). Die Komplikationsraten waren unabhängig von chirurgischer Technik und Fachdisziplin. Schlussfolgerung: In Deutschland erfolgt in 25,3% eine LP, welche - besonders bei Kindern unter 2 Jahren - eine kürzere Verweildauer aufweist mit ähnlichem Komplikationslevel. Die weitere Verbreitung der LP zur Behandlung der UAS gerade bei kleinen Kindern sollte gefördert werden.

---

## **P10 Histoacryl®-Injektionstherapie bei lebensbedrohlichen Dünn- und Dickdarmvarizenblutungen**

N. Händel, M. Thöle, C. Goldhardt, M. Zurek, I. Wallstabe

*Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin und Interdisziplinäre Endoskopie, Klinikum St. Georg Leipzig*

Einleitung: Dünn- und Dickdarmvarizen als seltene Komplikationen von Infektionen oder Eingriffen. Injektion von Histoacryl als Behandlungsoption für blutende ösophageale und gastrale Varizen etabliert. Kaum Anwendungsberichte an Varizen jenseits des Magens.

Kasuistik 1: 11-jähriger Junge mit Trisomie 21, Analtresie, multiplen Voroperationen und Transversotoma. Kreislaufrelevante Massenblutung am sichtbaren Stomarand. Schnittbildgebung zeigte Pfortaderthrombose, variköse Transformation der hilusnahen Gefäße, portale Umgehungskreisläufe am Ösophagus und Rektum sowie großkalibrige Varizen, welche in peristomales submuköses Gefäßkonvolut drainierten. Ultraschallgestützte perkutane Injektion von Histoacryl/Lipiodol-Gemisch und Fibrinkleber in peristomale sowie drainierende Varizen.

Kasuistik 2: 25-jährige Patientin mit VACTERL-Assoziation. Komplizierte Pankreatitis im Kindesalter. Pankreaskopfresektion mit Duodenojejunostomie. Infolgedessen Entwicklung von portalvenösen Kollateralen und Duodenalvarizen, aus denen die Patientin nun rezidivierend kreislaurelevant blutete. Endoskopische Injektionen von Adrenalin nur temporär erfolgreich. Endosonographische Identifikation von zuführenden portalvenösen Kollateralen und streng intravaskuläre Injektion von Histoacryl/Lipiodol-Gemisch.

Schlussfolgerung: Injektion von Histoacryl als minimal-invasive Therapieoption bei blutenden Dünn- und Dickdarmvarizen im Kindesalter. In beiden Fällen keine Komplikationen oder Nachblutungen.

---

## **P11 Mekoniumperitonitis mit Pseudozyste: Eine wichtige Blickdiagnose beim Neugeborenen.**

R. Ascherl<sup>1</sup>, D. Pimentel<sup>2</sup>, P. Zimmermann<sup>2</sup>, U. Thome<sup>1</sup>, M. Lacher<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Leipzig

<sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig

Einleitung: Die Mekoniumperitonitis ist eine sterile Peritonitis infolge einer intrauterinen Darmperforation. Durch Austritt von Darminhalt bildet sich eine zystische Höhle (Mekoniumpseudozyste; MPZ). Meist ist die Darmkontinuität an der Perforationsstelle im Sinne einer Dünndarmatresie unterbrochen.

Fallbericht: Wir berichten über einen 3,41 kg schweren Jungen der 36. SSW mit bereits pränatal bekannten dilatierten Darmschlingen und Polyhydramnion. Nach Spontangeburt aus grünem Fruchtwasser und mittelgradiger Depression (Apgar 7/9/9) fand sich eine derbe Resistenz im Unterbauch bei ansonsten unbeeinträchtigtem Kind. Sonografisch stellte sich eine zystische Raumforderung von 5,5 x 4,5 x 3 cm mit echoreichem Randsaum dar. In der Röntgen-Abdomen-Leeraufnahme zeigten sich typische randständige Verkalkungen (sog. „eggshell calcifications“). Bei zusätzlicher Dünndarmatresie erfolgte am 3. Lebenstag die explorative Laparotomie. Hierbei bestätigte sich die MPZ, die entzündlich mit der Ileumatresie sowie weiteren Darmschlingen und dem umliegenden Peritoneum verwachsen war. Nach Tapering der proximalen Jejunalschlinge erfolgte eine primäre „end-to-back“ Anastomose mit dem aboralen, kleinkalibrigen Ileum. Der orale Kostaufbau wurde am 7. postoperativen Tag begonnen und die orale Zielmenge am 23. postoperativen Tag erreicht.

Schlussfolgerung: Die charakteristischen radiologischen Zeichen einer MPZ sollten jedem Kinderchirurgen und Neonatologen bekannt sein. Nach elektiver chirurgischer Entfernung der Zyste und Korrektur der assoziierten Dünndarmatresie ist die Prognose exzellent.



---

## **P12 Eine seltene Fehlbildung der Halsregion – Fallbericht**

I. Alhussami, F. Eckoldt

*Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Jena*

Kasuistik: Wir berichten von einem reifen Neugeborenen bei dem postnatal eine mediane Halsfehlbildung aufgefallen ist, sodass die Verlegung in unsere Klinik erfolgte. Klinisch zeigte sich median am Hals ein 3 cm langer mit Schleimhaut bedeckter offener Sinus, am kaudalen Pol stellte sich eine fragliche Fistel dar. In der Sonographie zeigte sich diese ohne sichere Verbindung zu den tiefer gelegenen Strukturen. Es wurde bei dem sonst gesunden Kind die Indikation der chirurgischen Exstirpation gestellt. Intraoperativ präsentierte sich die Fehlbildung als mediane Halsspalte mit kaudal gelegenem Gang, welcher suprasternal blind endete. Es erfolgten die vollständige chirurgische Exstirpation der Halsspalte und der Verschluss des Hautdefektes mittels Z-Hautplastik. Histologisch bestätigte sich der klinische Befund einer medianen Halsspalte ohne Hinweis auf Fistelgangstrukturen oder Speicheldrüsenparenchym. Die regelmäßigen Verlaufskontrollen der Wundheilung zeigten einen gut kosmetischen und funktionellen postoperativen Befund.

Zusammenfassung: Die CMCC-Läsion (CMCC: „congenital midline cervical cleft“, mediane Halsspalte) ist eine sehr seltene Läsion, die zwischen Kinn und suprasternaler Region lokalisiert ist. Diese Fehlbildung wird häufig fehldiagnostiziert und mit anderen Hals Fehlbildungen verwechselt. Nur rund 200 Fälle sind in der Literatur beschrieben.

---

## **P13 Symptomatische Meckel-Divertikel: Eine ungewöhnliche Häufung einer seltenen Entität**

C. Möller, G. Mall, H.J. Mentzel, F. Eckoldt

*Klinik für Kinderchirurgie*

*Institut für Pathologie*

*Sektion Kinderradiologie des IDIR*

*am Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena*

Als Meckel-Divertikel (MD) bezeichnet man einen embryonalen Rest des Ductus omphaloentericus, welcher sich als Ausstülpung antimesenterial im terminalen Ileum befindet. Ein MD tritt mit einer Inzidenz von 2 % auf, wovon lediglich 4% Symptome entwickeln. 50% der symptomatischen Patienten sind jünger als 2 Jahre. Klinisch auffällig werden die Patienten in 40-60% der Fälle durch perianale Blutungen (frischblutig, Teerstuhl), seltener mit akuten Bauchschmerzen oder Ileussyndromatik. 2% aller Invaginationen haben ihre Ursache in einem MD. Neben der Anamnese und klinischen Untersuchung, können Sonografie und ein Meckel-Scan hinweisend sein.

Wir möchten über 3 Patienten mit MD berichten, welche in einem Zeitraum von 2 Monaten (11.2018-01.2019) vorstellig wurden. 1. Fall: 6-jähriger Junge, mit seit dem Vortag bestehenden diffusen Bauchschmerzen. Kein Erbrechen, Fieber oder Stuhlveränderungen. Lokalisierte Peritonitis im rechten Unterbauch auf. Sonografisch außer vermehrten mesenterialen Lymphknoten keine Auffälligkeiten. Intraoperativ 6x6 cm großes perforiertes MD. Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos.

2. Fall: 7-jähriger Junge mit seit 2 Tagen bestehenden kolikartigen Bauchschmerzen und mehrfachen Erbrechen, ohne Stuhlauffälligkeiten. Die Sonografie ergab freie Flüssigkeit und eine kurzstreckige Invagination, am ehesten ileocolisch. Bei zunehmender peritonitischer Symptomatik und massiv erhöhten Entzündungswerten Operation. Hier phlegmonös verändertes, b

---

## **P 14 Ungewöhnlich komplizierter Bauchwanddefekt einer intrauterin rupturierten Omphalocele**

A. Sosa Vizcaino, J. Beyer, K. Dawczynski, F. Eckoldt

*Klinik für Kinderchirurgie am Universitätsklinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena*

Wir berichten von einem hypotrophen Frühgeborenen der 34+5 SSW (GG 2300 g) mit einer ungewöhnlichen Präsentation eines kongenitalen Bauchwanddefektes. Wir stellen einen umfassenden Überblick über die pränatale Diagnose und Differentialdiagnose, den primären und sekundären chirurgischen Verlauf, Komplikationen und den klinischen Verlauf dar.

In der 13. SSW fiel im pränatalen Ultraschall die Eventration des Intestinums mit Magen und Dünndarm auf. Zusätzlich war eine große, sich in dem Defekt hinein entwickelnde Kugelleber auffällig. Somit konnte in der Kombination aus den Befunden auf das Vorliegen einer rupturierten Omphalocele geschlossen werden. In

der Erstversorgung war die Patientin mit schwerer respiratorischer Anpassungsstörung, respiratorischer Insuffizienz, Atemnotsyndrom und katecholamin-pflichtiger Kreislaufinsuffizienz auffällig.

Nach initialer Stabilisierung und Lagerung im sterilen Beutel erfolgte die erste chirurgische Versorgung mit Bauchdeckenplastik, Verlagerung der Milz, der Harnblase und eines Teils des Darmes in den Bauchraum. Intraoperativ bestätigte sich die pränatale Verdachtsdiagnose einer rupturierten Omphalocele. Auf Grund der Ausprägung des Befunds mit gelappter Kugelleber konnte der Verschluss nur schrittweise mit Goretex®-Patches bzw. temporärem Vakuumverband erfolgen.

Unter zunächst intensivtherapeutischen Maßnahmen stabilisierte sich das Kind zunehmend, tolerierte schließlich die orale Nahrung und könnte im Alter von 6 Monaten entlassen werden.

---

### **P15 Hyperspectral Imaging (HSI) – eine neue Methode zur intraoperativen Perfusionsanalyse von gastrointestinalen Anastomosen bei Kindern**

L. Merten, D. Vaz Pimentel, B. Jansen-Winkeln, I. Gockel, M. Lacher, J.-H. Gosemann  
*Universitätsklinikum Leipzig, Leipzig*

Einleitung: Eine der Hauptursachen für Insuffizienzen von gastrointestinalen Anastomosen ist eine Perfusionsminderung der zu verbindenden Darmabschnitte. Hyperspectral Imaging (HSI) ist eine neue Methode der Perfusionsmessung, die die Visualisierung der Gewebedurchblutung und Sauerstoffsättigung in Echtzeit ohne Kontrastmittel ermöglicht. In den folgenden Fallberichten wurde diese Technik erstmalig bei kinderchirurgischen Patienten evaluiert. Material und Methoden: Bei dem ersten Patient erfolgte bei Ösophagusatresie Typ II ein Magenhochzug. Die zweite Patientin erhielt bei Colitis ulcerosa einen J-Pouch. Bei einem weiteren Patienten wurde bei M. Hirschsprung ein laparoskopisch assistierter, transanaler Durchzug durchgeführt. Ergebnisse: Bei allen Patienten wurde intraoperativ die Gewebeoxygenierung, der Gewebe-Hämoglobin-Index, der Nahinfrarot-Perfusions-Index und der Gewebe-Wasser-Index mit der TIVITA™ tissue system HSI Kamera (Diaspective Vision GmbH) evaluiert. Es zeigte sich jeweils eine suffiziente Durchblutung der Anastomose, die dem umliegenden Gewebe entsprach. Alle Anastomosen verheilten regelrecht ohne Insuffizienzen oder Stenosen. Schlussfolgerung: HSI ist eine nichtinvasive und kontrastmittelfreie Methode zur objektiven Real-time-Perfusionsmessung. Diese neue Technik könnte zur Determinierung der optimalen Lokalisation von gut perfundierten, gastrointestinalen Anastomosen beitragen.

---

### **P16 Nabelvenenperforation nach Katheteranlage als Ursache eines akuten Abdomens bei einem kleinen Frühgeborenen**

M. Tietz<sup>1</sup>; J. Leibiger<sup>2</sup>, J.-U. Straßburger<sup>2</sup>, A. Hübler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,

<sup>2</sup>Klinik für Kinderchirurgie,

Klinikum Chemnitz gGmbH

Die Anlage eines Nabelvenenkatheters stellt eine Standardtherapie zur raschen Versorgung eines Risikoneugeborenen mit einem zentralvenösen Zugang dar, ist jedoch nicht risikofrei.

Als Komplikationen sind bei Katheterisierung der Nabelvene Infektionen, Thrombembolien, Gefäß- und Myokardperforationen, Pleura- und Perikardeffusionen, bei Fehllage traumatische Leberparenchymläsionen sowie Leberabszesse beschrieben. Bei Nabelarterienkatheterisierung kann es außerdem zu Aortenaneurysmen, Gefäßperforationen und Ischämien der Extremitäten kommen.

Wir berichten über ein männliches Frühgeborenes (Gestationsalter 26+3 SSW, Geburtsgewicht 925 Gramm), das im Rahmen der Erstversorgung intubiert, mit Surfactant versorgt und künstlich beatmet wurde. Die Anlage eines Nabelvenenkatheters war technisch schwierig, sowohl wegen der Darstellbarkeit als auch Sondierbarkeit der Nabelvene, gelang jedoch schließlich bei radiologisch unklarer Lage der Katheterspitze. Aufgrund eines vorzeitigen Blasensprungs wurde mit einer antibiotischen Abschirmung begonnen, der Flüssigkeits- und Energieaufbau erfolgte nach einem klinikinternen Standard. Bei guter Stabilisierung konnte der kleine Patient nach 30 Lebensstunden extubiert werden und erhielt eine non-invasive Atmungsunterstützung. Nach 84 Lebensstunden entwickelte sich in kurzer Zeit eine akute Bauchsymptomatik mit progredienter Verschlechterung über 2-3 Stunden. Der Nabelvenenkatheter wurde entfernt, ein peripher-venöser Einschwemmkatheter vom linken Arm aus angelegt und die Indikation zur

Laparotomie gestellt. Intraoperativ zeigten sich eine perforierte Nabelvene und erheblich Mengen an Infusionsmaterial im Abdomen. Der enterale Nahrungsaufbau wurde am vierten postoperativen Tag eingeleitet und war zwei Wochen später komplettiert. Ein hämodynamisch relevanter Ductus konnte medikamentös behandelt werden. Nach drei Lebensmonaten wurde der Patient stabil und ohne neurologische Auffälligkeiten mit einem Körpergewicht von 2560 Gramm nach Hause entlassen.

Gestaltet sich die Anlage eines Nabelvenenkatheters schwierig und ist dessen Lage unsicher, sollte dieser zur Vermeidung von Sekundärkomplikationen im Zweifelsfall entfernt und frühzeitig ein alternativer Gefäßzugang, beispielsweise ein peripher-venöser Einschwemmkatheter, gelegt werden.

## »» Neuropädiatrie / Endokrinologie

---

### P17 Neuropädiatrie / Endokrinologie

K. Luz<sup>1</sup>, J. Martini<sup>2,3</sup>, H. Christiansen<sup>1</sup>, F. Schepper<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Pediatric Oncology, Hematology and Hemostaseology, University of Leipzig, Leipzig, Germany

<sup>2</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Faculty of Medicine, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany

<sup>3</sup>Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany

Objectives: To adapt the adult's version of the Fear of Progression Questionnaire - Short Form (FoP-Q-SF) for children and to examine the psychometric properties in paediatric cancer patients.

Design: cross-sectional study

Sample: 32 paediatric cancer patients between 10 and 18 years with different cancer diagnoses.

Methods: Participants completed the Fear of Progression Questionnaire - Short Form – for Children (FoP-Q-SF/C) and additional self-report measures assessing quality of life (ILK), depression (DIKJ), fear (PHOKI), coping with fear (adapted coping scale of FoP-Q), and emotion regulation (FEEL-KJ). Sociodemographic and illness related characteristics were gathered from parents.

Findings: Exploratory factor analysis yielded one factor (41.40 % explained variance) and internal consistency was good (Cronbach's  $\alpha = .86$ ). One-fifth of the sample was classified as having high FoP with values over 37. Significant medium to large correlations of children's FOP was observed with quality of life ( $r = -.37$ ), depression ( $r = .52$ ), fear ( $r > .33$ ) and coping with fear ( $r = -.44$ ).

Conclusion: The FoP-Q-SF-C is a short, economic questionnaire applicable in children and adolescents with cancer. Future studies are needed to explore risk and protective factors for FoP. Specific treatment approaches for FOP in paediatric cancer patients are warranted.

Implication for Psychosocial Providers or Policy: FOP should be assessed during the course of disease.

---

### P18 Fallbericht einer seltenen Biotin/Thiamin-Responsiven Basalganglienerkrankung

R. Spinner<sup>1</sup>, N. Händel<sup>1</sup>, M. Zurek<sup>1</sup>, E. Braun<sup>1</sup>, A. Polednia<sup>2</sup>, M. Borte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>2</sup>Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Einleitung: Wir berichten über ein 2-jähriges Mädchen konsanguiner, syrischer Eltern mit einer erneut aufgetretenen krisenhaften Enzephalopathie. Klinische Merkmale: Fallneigung, Ataxie, fehlende Rumpfkontrolle, Ophthalmoplegie, sowie Dysphagie und massive Unruhe. In den vergangenen Tagen bestanden weder Fieber noch andere Infektionszeichen, kein Meningismus.

Zielstellung: Wir versuchen unsere differentialdiagnostischen Überlegungen darzustellen.

Methoden: Die Schnittbildgebung zeigte symmetrische, supra- und infratentorielle Veränderungen der Großhirnrinde, der Basalganglien und des Kleinhirns im Sinne eines diffusen zytotoxischen Ödems mit vereinzelt Mikroblutungen. Durch eine Lumbalpunktion konnte eine Infektion ausgeschlossen werden. Nach kritischer Analyse der Therapie in der 1. Episode und radiologischer Bildrecherche wurde die Verdachtsdiagnose einer Biotin/Thiamin-responsiven Basalganglienerkrankung gestellt.

Ergebnisse: Nach hochdosierter Substitutionsbehandlung mit Biotin/Thiamin kam es binnen weniger Tage zu einer raschen Besserung der o.g. Symptomatik. Es gelang der genetische Nachweis einer pathogenen Variante im Gen SLC19A3.

Diskussion: Bei Konsanguinität der Eltern, krisenhaften Enzephalopathien und den o.g. diffusen cerebralen Veränderungen muss an die seltene Biotin/Thiamin-responsive Basalganglienerkrankung gedacht werden. Schlussfolgerung: Bei frühzeitiger Diagnose und lebenslanger hochdosierter Biotin und Thiamin Substitution hat die Erkrankung eine gute Prognose.

---

## **P19 Generalisierte, atone Krampfanfälle als Komplikation einer fehlenden Prophylaxe**

J. Sobbe<sup>1</sup>, S. Fest<sup>1</sup>, M. Gleißner<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Allgemeinpädiatrie, Universitätsklinikum Magdeburg

<sup>2</sup>Kinderintensivmedizin, Universitätsklinikum Magdeburg

Einleitung: In der Diagnostik von Krampfanfällen sind zur Klärung der Genese eine detaillierte Anamnese und körperliche Untersuchung essentiell.

Kasuistik: Eine syrische Mutter stellte einen 10 Monate alten männlichen Säugling vor, der rezidivierend je ca. 1 Minute lang plötzlich schlaff im Arm lag und starr nach rechts blickte. Die Geburt und postnatale Entwicklung waren unauffällig. Das Kind wurde vollgestillt. In der körperlichen Untersuchung war der Junge pädiatrisch-internistisch und neurologisch unauffällig. Gewicht 63. Perz., Länge 15. Perz., Kopfumfang 74. Perz. Laborchemisch zeigten sich eine Hypokalzämie, Calcium ionisiert 0,76 mmol/l, Calcium gesamt 1,31 mmol/l, ein 25-OH-Vitamin D Mangel sowie ein Hyperparathyreoidismus. Im Röntgenbild des linken Unterarms fielen gebecherte, ausgefrante und vermehrt sklerosierte, distale Metaphysen auf. Ein Schlaf-EEG zeigte Hinweise auf eine fokale erhöhte cerebrale Anfallsbereitschaft. Anamnestisch stellte sich heraus, dass von den Eltern keine Rachtsprophylaxe mit Vitamin D geführt wurde.

Schlussfolgerung: Die Episoden von plötzlichem Tonusverlust werteten wir abschließend als symptomatische, generalisierte, atone Krampfanfälle auf dem Boden eines alimentären Vitamin-D-Mangels mit sekundärem Hyperparathyreoidismus und hypokalzämischer Rachitis. Nach adäquater Vitamin D- und Calcium-Substitution sistierten die Krampfanfälle und die Laborwerte stabilisierten sich.

---

## **P20 Das Spinalis-anterior-Syndrom als seltene Ursache einer akuten Querschnittssymptomatik im Kindesalter – ein Fallbericht**

R. Hofmann<sup>1</sup>, S. Eichholz<sup>1</sup>, S. Schmidt<sup>1</sup>, G. Heubner<sup>1</sup>, T. Haufe<sup>2</sup>, R. Knöfler<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Städtisches Klinikum Dresden, Standort Trachau/Neustadt

<sup>2</sup>Klinik für Radiologie, Städtisches Klinikum Dresden, Standort Trachau/Neustadt

<sup>3</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl-Gustav-Carus Dresden

Einleitung: Das Spinalis anterior Syndrom (SAS) ist eine sehr seltene Ursache der akuten Paraparese. Die arterielle Minderperfusion führt zur Ischämie der anterioren zwei Drittel des Rückenmarkes unter Erhalt der Columnae posteriores. Klinisch imponiert eine akute, schmerzhaft Myelopathie mit schlaffer Paraparese der caudoläsionellen Innervationsgebiete inklusive Blasen- und Mastdarmfunktionsstörung sowie dissoziierte sensorische Ausfälle mit Verlust der protopathischen aber erhaltener epikritischen Sensibilität.

Fallbericht: Vorgestellt wird der Fall einer 13-Jährigen mit akuter, schmerzloser Querschnittssymptomatik. Die initiale Behandlung erfolgte unter Verdacht auf Myelitis transversa. Differentialdiagnostische Überlegungen beinhalteten neben entzündlicher, vaskulärer sowie mechanischer Genese auch eine dissoziative Störung. Durch eine MR-Angiographische Verlaufskontrolle und den typischen neurophysiologischen Befund konnte die Diagnose SAS gesichert werden. Unter dualer Aggregationshemmung mit ASS und Clopidogrel sowie intensiver Physiotherapie konnte im Verlauf nur eine minimale Besserung der Parese erreicht werden, auch die Blasenfunktionsstörung blieb bestehen.

Schlussfolgerung: Das SAS sollte als seltene Ursache einer akuten Paraparese erwogen werden, insbesondere bei dissoziierter Sensibilitätsstörung und fehlender Besserung unter Therapie. Die neurologische Prognose ist meistens schlecht. Intensive Rehabilitation und psychologische Begleitung sind erforderlich.

---

## **P21 4 Jahre Pädiatrische Psychosomatik Dresden-Neustadt – Erste Auswertung der Patienten- und Elternevaluation**

A. Lachnit, B. Schwab, G. Heubner

*Bereich Pädiatrische Psychosomatik, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Städtisches Klinikum Dresden*

Im Januar 2015 eröffnete in unserer Klinik der Bereich Pädiatrische Psychosomatik (PPS). Seitdem wurden bis Ende 2018 insg. 169 Patienten stationär betreut im Alter von 7 bis 18 Jahren (MW 13;8 Jahre) und einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 7,0 Wochen, wobei sich die durchschnittliche Therapiedauer seit 2015 um 60% verlängerte. 79,8% der Patienten beendeten die Therapie regulär.

Im Rahmen der Vorstellung erfolgt eine Auswertung zweier Erfassungen mittels selbst erstellter Fragebögen zur Evaluation unserer Behandlung sowohl seitens der Patienten als auch seitens der Eltern: 1. zeitnah zum Entlassungszeitpunkt und 2. nach einem mehrmonatigen Intervall. Der Rücklauf betrug 47% bzw. 37%.

Die Ergebnisse liefern Belege über die Wirksamkeit der Therapie und unterstützen das Konzept unserer PPS, zeigen allerdings auch den Bedarf eines verbesserten Evaluationskonzeptes.

---

## **P22 Einfluss von BMI und körperlicher Aktivität auf den Knochenstoffwechsel bei Kindern und Jugendlichen**

D. Vaz Pimentel<sup>1</sup>, A. Suttkus<sup>1</sup>, M. Lacher<sup>1</sup>, T. Alberti<sup>2</sup>, M. Vogel<sup>2</sup>, A. Jurkutat<sup>2</sup>, T. Poulain<sup>2</sup>, U. Ceglarek<sup>3</sup>, J. Kratzsch<sup>3</sup>, W. Kiess<sup>2,4</sup>, A. Körner<sup>4</sup>, S. Mayer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig

<sup>2</sup>Leipziger Forschungszentrum für Zivilisationserkrankungen (LIFE)

<sup>3</sup>Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik

<sup>4</sup>Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsklinikum Leipzig

Einleitung: Körperliche Aktivität (KA) in der Kindheit erhöht die Knochenmasse und reduziert das lebenslange Frakturrisiko. Bei adipösen Kindern zeigt sich diese erniedrigt, was durch vermehrte Inaktivität oder metabolisch bedingt sein könnte. Wir untersuchten den Knochenstoffwechsel von Kindern in Bezug auf BMI SDS und körperliche Aktivität.

Methode: Demographische und biometrische Daten, Biomarker für Ca-Homöostase (Vitamin D, PTH), Knochenumbau (Alk. Phosphatase, Osteocalcin, P1NP) und -resorption (Beta-Crosslaps) sowie körperliche Aktivität (SenseWear-Akzelerometer; MET/d) von 397 Probanden der LIFE Child Kohortenstudie wurden mittels eines linearen Modells analysiert.

Ergebnisse: 192 Mädchen und 205 Jungen (5-18J) wurden eingeschlossen, 55% Normal- bzw. Übergewichtige und 45% Adipöse. Mit steigendem BMI SDS zeigte sich bei beiden Geschlechtern eine signifikante Verringerung des Knochenumsatzes (VitD, OC,  $\beta$ -CL, PTH). Eine Steigerung der KA war nur bei weiblichen Probanden mit vermehrtem Knochenumbau (AP, OC, P1NP) und vermindertem -abbau ( $\beta$ -CL) assoziiert.

Diskussion: Der kindliche Knochenstoffwechsel wird geschlechtsunabhängig vom Ernährungsstatus beeinflusst. Körperliche Aktivität war hingegen nur bei normalgewichtigen und adipösen Mädchen mit signifikanten Veränderungen der Serumparameter assoziiert.

Schlussfolgerung: Eine Erhöhung der körperlichen Aktivität bei Mädchen sowie die Reduktion des BMI SDS beider Geschlechter begünstigen den Knochenstoffwechsel.

---

## **P23 Übergewichtige Kinder sind präpubertär größer aufgrund von höherem Geburtsgewicht und IGF1-Serumspiegeln**

T. Vogel<sup>1</sup>, E. Kempf<sup>1</sup>, J. Stanik<sup>2</sup>, A. Körner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pädiatrisches Forschungszentrum, Kinderklinik Universität Leipzig

<sup>2</sup>Department für Kinderheilkunde, Medizinische Fakultät der Comenius Universität und DIABGENE Labor, Institut für experimentelle Endokrinologie, Biomedizinisches Forschungszentrum, Slowakische Akademie der Wissenschaften, Bratislava, Slowakei

Körpergröße und Wachstum sind wichtige Parameter der kindlichen Entwicklung, die durch Genetik und Umwelt, vor allem Ernährung, beeinflusst werden. Bei steigender, kindlicher Adipositas-Prävalenz kommt

der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Wachstum und Übergewicht daher besondere Bedeutung bei.

Ziel: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Wachstum, IGF1 und Adipositas bei Kindern.

Methode: Anthropometrische Daten mit IGF1-Serumspiegeln von 7968 Probanden mit 24561 Stichproben zwischen 3 – 20 Jahren aus verschiedenen Kohorten der Universität Leipzig.

Ergebnis: Übergewichtige Kinder sind präpubertär größer als schlanke Kinder, haben eine leicht erhöhte Geburtslänge und präpubertär eine höhere Wachstumsgeschwindigkeit und höhere IGF1-Serumspiegel-SDS. Ihnen fehlt allerdings der pubertätstypische Wachstumsschub trotz normaler IGF1-Serumspiegel.

Diskussion: Das Wachstumsverhalten von schlanken und übergewichtigen Kindern unterscheidet sich prä-, peri- und postpubertär vor allem in den IGF1-Spiegeln und der damit verbundenen Wachstumsgeschwindigkeit. Aufgrund des bei übergewichtigen Kindern ausbleibenden peripubertären Wachstumsschubs können die schlanken Kinder die präpubertären Körpergrößenunterschiede wieder ausgleichen. Schlussfolgerung: Die höheren IGF1-Serumspiegel bei übergewichtigen Kindern können nicht nur das veränderte Wachstum beschreiben, sondern auch ein Erklärungsansatz für die Entwicklung von mit Übergewicht assoziierten Komorbiditäten sein.

---

## **P24 Alternative Knochenanalyse bei Neugeborenen - Quantitativer Ultraschall des peripheren Skeletts**

E. Basemann<sup>1</sup>, K. Dawczynski<sup>2</sup>, H. Proquitté<sup>2</sup>, A. Hübler<sup>3</sup>, H.-J. Mentzel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sektion Kinderradiologie, IDIR, Universitätsklinikum Jena

<sup>2</sup>Sektion Neonatologie u. Pädiatrische Intensivmedizin, Universitätsklinikum Jena

<sup>3</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz

Ziel: Bestimmung des quantitativen Ultraschallparameters Schallgeschwindigkeit (Speed of Sound, SOS) bei Neugeborenen zur Erhebung von Referenzdaten und Untersuchung von Einflussfaktoren.

Material und Methoden: 219 Neu- und 14 Frühgeborene (28. - 41. Schwangerschaftswoche) mit Geburtsgewicht zwischen 590 und 4930 g wurden in den ersten Lebenstagen mit Sunlight Omnisense 7000P untersucht. Referenzdaten für SOS wurden bei 178 eutrophen Neugeborenen an der Tibia erhoben.

Ergebnisse: SOS-Referenzwerte an der Tibia liegen bei  $3028 \pm 92$  m/s < 40. SSW und  $3057 \pm 96$  m/s  $\geq$  40. SSW. Zwischen SOS und Gestationsalter besteht eine signifikante Korrelation, männliche Neugeborene weisen signifikant höhere SOS auf. Bei Geburtsgewicht < 3800 g besteht eine Korrelation zwischen SOS und Gewicht ( $p < 0,05$ ). Frühgeborene haben signifikant niedrigere SOS als eutrophe Neugeborene ( $p < 0,05$ ).

Schlussfolgerungen: Der Ultraschallparameter SOS kann bei Früh- und Neugeborenen suffizient an der Tibia ermittelt werden. Die erhobenen Referenzdaten von kaukasischen Neugeborenen sind geeignet, um eine Frühgeborenen-Osteopenie zu identifizieren.

## **»» Pädiatrische Diagnostik und Therapie**

---

### **P25 Mortalität im Zusammenhang mit angeborenen Fehlbildungen**

A. Reißmann, A. Köhn, J. Hoffmann, D. Götz, C. Vogt, C. Spillner

*Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt, Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg*

Einleitung: Die Säuglingssterblichkeit ist einer der wichtigsten Indikatoren zur allgemeinen Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und der Beurteilung der medizinischen Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen. Die Sterblichkeit von Kindern, besonders derer mit angeborenen Fehlbildungen konnte in den letzten 30 Jahren deutlich reduziert werden. Internationale Studien konnten aufzeigen, dass das Überleben mit angeborenen großen Fehlbildungen durch die Verbesserung der medizinischen Interventionsmöglichkeiten steigt.

Zielstellung: Darstellung des europäischen Trends der Mortalität ausgewählter Fehlbildungen.

Methode: Auswertung der Daten des Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt zur Mortalität im Zusammenhang mit angeborenen Fehlbildungen im Zeitraum 1980-2016.

Ergebnisse: Die Daten seit 1980 zeigen in den einzelnen Fehlbildungskategorien den europäischen Trend für das Überleben aller Geborenen von der Schwangerschaft bis zum Ende des 5. Lebensjahres.

Fazit: Eine Datenanalyse des Verlaufs der Sterblichkeit im Zusammenhang mit angeborenen Fehlbildungen hat aus Public-Health-Sicht eine hohe gesundheitspolitische Bedeutung. Die angeborenen Fehlbildungen sind in Deutschland die zweithäufigste Ursache für die Säuglingssterblichkeit nach der Frühgeburtlichkeit. In den USA stehen sie bereits an erster Stelle.

---

## **P26 Fulminantes acute-on-chronic Leberversagen bei Erstdiagnose eines Morbus Wilson**

C. Goldhardt<sup>1</sup>, N. Händel<sup>1</sup>, M. Thöle<sup>1</sup>, A. Polednia<sup>2</sup>, M. Melter<sup>3</sup>, M. Borte<sup>1</sup>, M. Zurek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

<sup>2</sup>Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

<sup>3</sup>Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Regensburg

Einleitung: Aufnahme eines 14-jährigen Patienten bei unklarer Leberwerterhöhung. Vor 14 Tagen fiel erstmals ein zunehmender Bauchumfang auf begleitet von Übelkeit, Ikterus sowie gelegentlichen rechtsseitigen Oberbauchschmerzen. Verlauf: Klinisch sahen wir einen Jugendlichen in reduziertem Allgemeinzustand mit Ödemen der unteren Extremitäten, Haut- und Sklerenikterus sowie palpatorischem Aszites. Laborchemisch deutliche Leberfunktionsstörung mit hochgradiger Syntheseeinschränkung im Sinne eines Leberversagens. Bildmorphologisch Nachweis einer bereits ausgeprägten Leberzirrhose mit Aszites, Splenomegalie und portaler Hypertension. Im Rahmen der umfangreichen Diagnostik letztlich Diagnose eines Morbus Wilson mit akuter Dekompensation (niedriger Serumkupferspiegel, pathologischer D-Penicillamin-Belastungstest). Nach intensivmedizinischer Betreuung mit Einleitung der medikamentösen Therapie erfolgte am 6. BHT die Verlegung an ein LTX-Transplantationszentrum. Dort erfolgte nach HUListung die fullsize Lebertransplantation. Zusammenfassung: Das Leberversagen im Kindes- und Jugendalter stellt eine Rarität dar. Symptome einer kompensierten Leberzirrhose sind sehr unspezifisch und werden häufig erst spät wahrgenommen. Auch bei rascher Diagnosestellung und adäquater Therapie kann bei fulminantem Verlauf eine Lebertransplantation nicht immer verhindert werden.

---

## **P27 Wann gehört ein Kind auf die Intensivstation?**

S. Lüss, H. Rathert, M. Gleißner

Universitätskinderklinik Magdeburg

Die klinische Einschätzung von Kindern mit akuten Erkrankungen ist schwierig, insbesondere wenn es darum geht vorherzusagen, ob eine maschinelle Beatmung oder eine Reanimation droht. Um Kinder zu identifizieren, die ein hohes Risiko haben sich akut rasch zu verschlechtern, wurde der Bedside Pediatric Early Warning Score (BPEWS) entwickelt. Mit dem BPEWS wird ein Score durch die Bestimmung und Beurteilung von 7 Parametern erhoben: Herzfrequenz, Atemfrequenz, systolischer Blutdruck, Sättigung, Sauerstoffbedarf, Vorhandensein von Einziehungen und Rekapillarierungszeit. Erste Validierungsstudien haben gezeigt, dass der BPEWS Kinder mit einem erhöhten Risiko für ungünstige Krankheitsverläufe bereits 24 Stunden vor einer relevanten klinischen Verschlechterung erkennt. Der Score ist sowohl prä- als auch innerklinisch sicher anwendbar. Hierbei verbessert der BPEWS durch die Standardisierung der klinischen Beurteilung die Kommunikation zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal. Die Arbeitsbelastung nimmt durch die Erhebung des Scores nicht zu. Fazit: Die Implementierung des BPEWS in den klinischen Alltag kann Kinder identifizieren, die im Rahmen ihrer akuten Erkrankung eine Behandlung auf der Intensivstation benötigen. Durch die Früherkennung von Risikopatienten können optimale Rettungswege gebahnt und eine adäquate Therapie eingeleitet werden.

---

## **P28 Letaler Verlauf einer Hirnblutung bei einem Jugendlichen mit chronischer Immunthrombozytopenie**

T. Dietrich<sup>1</sup>, S. Brenner<sup>2</sup>, K. N. Pargac<sup>3</sup>, J. Stächele<sup>1</sup>, J. Lohse<sup>1</sup>, R. Knöfler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bereich Hämatologie, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Onkologie und Hämostaseologie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

<sup>2</sup>Bereich Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

<sup>3</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Elblandklinikum Meißen

Einleitung: Die primäre ITP ist eine Autoimmunerkrankung mit isolierter Thrombozytopenie <100 GpT/L im peripheren Blut. Bei Persistenz > 12 Monate liegt ein chronischer Verlauf vor. Lebensbedrohliche Blutungen treten selten auf. Die intracerebrale Hämorrhagie (ICH) ist die schwerwiegendste Blutungskomplikation der ITP. Die Therapieindikation ist vor allem anhand der klinischen Blutungssymptomatik zu stellen. Zunehmend stehen Thrombopoetin-Rezeptoragonisten (Eltrombopag, Romiplostim) als Therapie der chronischen ITP im Fokus, welche zu einem Anstieg der Thrombozyten führen können, jedoch lebensbedrohliche Blutungen nicht signifikant senken. Kasuistik: Ein 15-jähriger Junge mit seit dem 8. Lebensjahr bestehender chronischer ITP, rezidivierenden Thrombozytopenien mit leichten bis mäßigen Haut- und Schleimhautblutungen und thrombozytären Antikörpern, entwickelt unter Eltrombopag-Therapie infekt-assoziiert einen plötzlichen Thrombozytenabfall und eine letal verlaufende ICH. Trotz sofortiger operativer Hämatomausräumung, Einlage einer externen Ventrikeldrainage, strikter neuroprotektiver und hirndrucksenkender intensivmedizinischer Maßnahmen kam es zu einer progredienten unteren und oberen Einklemmung und zum Versterben des Jungen. Schlussfolgerung: Das Management der chronischen ITP bleibt schwierig. Wichtig ist das rechtzeitige Identifizieren der besonders blutungsgefährdeten und somit auch therapiebedürftigen Patienten. Die Entwicklung eines Risikoscores ist wünschenswert.

---

### **P29 Semiquantitative Analyse der cerebralen Magnetresonanztomografie bei Kindern mit Achondroplasie mittels Dornheim Segmenter**

K. Schmidt-Bremme<sup>1</sup>, G. Neumann<sup>2</sup>, K. Mohnike<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bereich Pädiatrische Endokrinologie und Stoffwechsel der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

<sup>2</sup>Klinik für Radiologie der Medizinischen Fakultät

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Bei der Achondroplasie (ACH) kann die Hypoplasie der Schädelbasisknochen mit Stenose des Foramen magnum zu Schlafapnoe, Atemaussetzer bis hin zum Kindstod führen. Bislang gibt es keine einheitliche Indikation zur operativen Erweiterung des Foramen magnum. Gleichzeitig wird an medikamentösen Therapieoptionen geforscht, welche einen systemischen Ansatzpunkt bieten.

Für die vorliegende retrospektiven Studie wurden T2-cMRT Aufnahmen von 29 Kindern mit ACH und 26 Kontrollkindern analysiert. Die Bildanalysesoftware Dornheim Segmenter erlaubt 3D-Modelle von DICOM-Daten zu erstellen und Volumenberechnungen aus cMRT-Bildern von RoI. Wiederholte Messungen (n=5) ergaben Abweichungen von 2,4 bis 6%. Bei Kindern mit ACH zeigt sich ein vergrößerter III. Ventrikel von 3,4ml 95%-KI [1,8;5,5], ein gleichgroßer IV. Ventrikel 0,7ml 95%-KI [0,47;0,85] und ein steilerer Winkel des Tentoriums 62,5° 95%-KI [59,4;65,6].

Neben der Ventrikulomegalie des III. Ventrikels, ohne Hydrocephalus, fanden wir ein Volumen des IV. Ventrikels wie in der Referenzgruppe. Hervorzuheben ist der steilere Winkel des Tentoriums entsprechend der verkleinerten hinteren Schädelgrube. Das Kleinhirn wird komprimiert und übt Druck auf benachbarte Strukturen aus und wirkt einer Ventrikulomegalie des IV. Ventrikels entgegen.

Der Dornheim Segmenter eignet sich für objektivierbare reproduzierbare Messungen des III., IV. Ventrikels und der Winkel des Tentorium, um einen objektivierbaren radiologischen Befund zu erstellen.

---

### **P30 Qualitäts- und Dosisvergleich der Felsenbeinbildgebung mit Dyna-CT und Multi-Slice-CT bei Kindern**

A. Bobeva<sup>1</sup>, M. Wager<sup>1</sup>, B. Steiniger<sup>1</sup>, O. Guntinas-Lichius<sup>2</sup>, H.-J. Mentzel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sektion Kinderradiologie, IDIR, Universitätsklinikum Jena

<sup>2</sup>Klinik für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Jena

Zielsetzung:

Wie gut können anatomische Strukturen am kindlichen Felsenbein im DynaCT und MSCT beurteilt werden?

Kann mittels Dyna-CT Strahlenexposition reduziert?

Material und Methodik:

Es wurden Felsenbein-Untersuchungen von 16 mit DynaCT und 20 mit MSCT untersuchten Kindern von 0 bis 17 Jahren bezüglich Bildqualität verglichen. Sechs HNO-relevante Felsenbeinstrukturen wurden mittels dreistufiger Likert-Skala durch drei Auswerter analysiert und je ein Summenscore zur Beurteilbarkeit

ermittelt. Die Dosis bei 19 DynaCT und 40 MSCT wurde für 5 Altersgruppen verglichen. Dosis-Flächen-Produkt ( $\mu\text{Gym}^2$ ) und Dosis-Längen-Produkt ( $\text{mGycm}$ ) wurden in effektive Dosis ( $\text{mSv}$ ) umgerechnet. Die Signifikanz der Dosiswerte wurde mittels eines Mann-Whitney-U-Tests überprüft.

Ergebnisse:

Es bestand kein signifikanter Unterschied bzgl. Bildqualität und diagnostische Aussagekraft zwischen DynaCT und MSCT. Bei Beurteilbarkeit der Mittelohrknochen wies die MSCT (MW = 2,75; SD = 0,63) gegenüber der DynaCT (MW = 2,56; SD = 0,8) im Trend Vorteile bezüglich der Bildqualität auf ( $T = -1,112$ ;  $p = 0,27$ ). Im Dosisvergleich war die DynaCT bei Kindern zwischen 2 und 6 Jahren überlegen (Effektstärke  $r > 0,5$ ). Bei Kindern  $< 2$  J. und  $> 6$  J. wurden tendenziell niedrigere Dosiswerte erhoben

Zusammenfassung: Die DynaCT ist bei Fragestellungen am Felsenbein eine gute Alternative, die bei geringerer Strahlenexposition eine vergleichbare Bildqualität und diagnostische Aussagekraft bietet.

---

## **P31 Morbus Fallot mit progredienter infundibulärer Pulmonalstenose bei einem kleinen Zwillingsfrühgeborenen**

A. Hauffe<sup>1</sup>, M. Tietz<sup>1</sup>, G. Tiller<sup>1</sup>, I. Dähnert<sup>2</sup>, A. Hübler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Chemnitz gGmbH

<sup>2</sup>Universitätsklinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig

Moderne interventionelle Techniken in der Kinderkardiologie eröffnen zunehmend die Möglichkeit, sehr kleine Patienten zu therapieren, für die bis vor wenigen Jahren rein palliative Behandlungsansätze verfügbar waren.

Wir berichten über ein Zwillingsfrühgeborenes (Gestationsalter 29 SSW, Geburtsgewicht 1120 Gramm) mit einem Morbus Fallot IV. Postnatal erforderte ein höhergradiges Atemnotsyndrom die zweimalige Surfactantgabe und maschinelle Beatmung bis zum vierten Lebenstag, gefolgt von non-invasiver Atmungsunterstützung bis zum zehnten Lebenstag. Nach passagerer kardiorespiratorischer Stabilisierung verschlechterte sich die klinische Situation am Ende der dritten Lebenswoche, der erneute Beginn einer Beatmungstherapie war notwendig. Echokardiografisch zeigte sich eine zunehmende Pulmonalstenose. Eine Therapie mit Minprog führte nur zu einer geringen Wiedereröffnung des Ductus arteriosus. Die Patientin wurde akut ins Herzzentrum verlegt, wo ein Stent in den rechtsventrikulären Ausflusstrakt gelegt wurde. Nach guter Stabilisierung konnte das kleine Frühgeborene bereits am Tag nach dem Eingriff in die wohnortnahe Neonatologie zurück übernommen werden. In den folgenden Wochen zeigte sich unter rein enteraler Ernährung und guter Eigenatmung ein stabiles Gedeihen. Nach zwei Lebensmonaten traten erneut über mehrere Tage schwere Hypoxämien auf, die sich auch nach Dosisanpassung der Dauermedikation mit Propranolol nicht besserten. Eine erneute Verlegung in das Herzzentrum wurde erforderlich, wo die Anlage eines zweiten Stents in den rechtsventrikulären Ausflusstrakt durchgeführt wurde. Vier Tage danach war der Rücktransport in das Perinatalzentrum der Heimatregion möglich, eine Woche später mit einem Körpergewicht von 2680 Gramm die Entlassung nach Hause. Im Herzzentrum konnte im Lebensalter von zehn Monaten die Korrekturoperation durchgeführt werden.

Beim Zusammentreffen von extremer Frühgeburtlichkeit und komplexem Herzfehler sollte durch Neonatologen frühzeitig der Kontakt mit einem Herzzentrum hergestellt werden. Die Abwägung von Chancen und Risiken für eine frühzeitige Intervention kann dabei nur unter enger Einbeziehung der Patienteneiten erfolgen. Bei der vorgestellten Patientin war die Kooperation zwischen Herzzentrum und Perinatalzentrum eine Voraussetzung, um neben der medizinischen Stabilisierung die besondere psychosoziale Situation der Zwillingsfrühgeburt zu berücksichtigen und in den ersten Lebensmonaten eine gemeinsame wohnortnahe Betreuung beider Kinder unter Mitaufnahme der Mutter zu ermöglichen.

---

## **P32 Vermeidung von Transfusionen bei einer jugendlichen Zeugin Jehovas (ZJ) unter intensiver Polychemotherapie - Ein Erfahrungsbericht**

R. Beck<sup>1</sup>, L. Freudenberg<sup>2</sup>, B.S. Lange<sup>1</sup>, M. Suttorp<sup>1</sup>, R. Knöfler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Bereich Pädiatrische Hämatologie/Onkologie,*

<sup>2</sup>*Abteilung für Neuropädiatrie,*

*Klinik und Poliklinik für Kinder- Jugendmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden*

**Einleitung:** Das pädiatrische Non-Hodgkin-Lymphom (NHL) hat mittels intensiver Polychemotherapie eine sehr gute Heilungschance. Die Chemotherapie (CTx) bedingte Knochenmarkaplasie erfordert die Substitution mit Blutprodukten und stellt eine besondere Herausforderung bei der Therapie von ZJ dar.

**Fallbericht:** Bei einer 15-jährigen ZJ mit großem Tumor im linken Lungenoberlappen mit zervikaler Metastasierung wurde ein diffus großzelliges B-NHL diagnostiziert. Eltern und Patientin stimmten der CTx zu, forderten aber ein restriktives Transfusionsregime. Während der CTx nach dem DA-EPOCH-R-Schema des NHL-BFM 2012 Registerprotokolls wurden daher Hämatokritwerte bis 0,18 und Thrombozytenwerte bis 10 Gpt/l toleriert. Im Anschluss an insgesamt 6 Blöcke CTx erfolgte jeweils die Gabe von Erythropoetin (EPO 36 E/kg umtäglich) und von Granulozyten-Wachstumsfaktor (G-CSF 5,5 µg/kg täglich) mit Beginn am 1. Tag nach den Therapieblöcken bis zum sicheren Anstieg der Werte nach dem Nadir. Hierunter betragen die Minimalwerte für den Hämatokrit 0,16 und die der Thrombozyten 13 Gpt/l. Im Verlauf traten keine relevanten Infektionen auf und es waren keine Transfusionen erforderlich. Nach Therapieende verblieb ein avitaler Restbefund ohne Anhalt für Progress mit einem bisherigen Follow-up von 9 Monaten.

**Schlussfolgerung:** Eine ZJ mit B-NHL konnte durch Stimulation der Hämatopoese mit EPO und G-CSF ohne Transfusionen und wesentliche Komplikationen kurativ behandelt werden.





## » Ehrenmitglieder der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie

Prof. Dr. N. Bannert, Magdeburg	SR Dr. I. Meinhard, Magdeburg
Prof. Dr. K. Bock, Leipzig	Prof. Dr. J. Misselwitz, Jena
Prof. Dr. W. Braun, Leipzig	Prof. Dr. J. Oehme, Wolfenbüttel
Prof. Dr. H.-J. Dietzsch, Dresden	Dr. F. M. G. Otto, Dessau
Prof. Dr. R. Finke, Halle (Saale)	Prof. Dr. H. Patzer, Erfurt
Dr. E. Fukala, Halle (Saale)	Prof. Dr. W. Plenert, Jena
Prof. Dr. E. Häßler, Jena	Prof. Dr. W. Raue, Leipzig
Prof. Dr. M. Kabus, Dresden	Prof. Dr. D. Roesner, Dresden
Dr. A. Klinghammer, Chemnitz	Prof. Dr. G. Scheerschmidt, Bad Salzungen
Prof. Dr. H. Köditz, Magdeburg	Prof. Dr. U. Sitka, Halle (Saale)
Prof. Dr. W. Leupold, Dresden	Prof. Dr. W. Thal, Magdeburg
Prof. Dr. S. Liebe, Leipzig	Prof. Dr. H. Wolf, Gießen
Prof. Dr. K. Lorenz, Dresden	Prof. Dr. F. Zintl, Jena

## »» Arthur-Schlossmann-Preisträger

2019	Stefan Winkler, Dresden
2018	Diane Renz, Jena
2017	Stephan Borte, Leipzig
2016	Valentin Schriever, Dresden
2014	Susann Blüher, Leipzig
2013	Kathrin Fahr, Radebeul
2011	Christine Mauz-Körholz, Halle (Saale)
2010	Rüdiger Mund, Halle (Saale)
2009	Christian Vogelberg, Dresden
2007	Holm Uhlig, Leipzig
2006	Ralf Knöfler, Dresden
2005	Daniel Steinbach, Jena Peter Vorwerk, Magdeburg
2004	Ludwig Patzer, Halle (Saale)
2003	Peter Müller, Leipzig
2001	Gesine Hansen, Halle (Saale)
2000	Eva Robel-Tillig, Leipzig
1998	Thomas Scholbach, Leipzig
1997	Johannes Breyer, Tübingen
1996	Axel Sauerbrey, Jena

<b>Alhussami, I.</b> (Jena) _____	25, 38	<b>Kapellen, T.</b> (Leipzig) _____	21
Ander, A. (Chemnitz) _____	14	Knöfler, R. (Dresden) _____	20
Ascher, R. (Leipzig) _____	25, 37	Kretzschmar, B. (Eisenach) _____	20
<b>Basemann, E.</b> (Magdeburg) _____	27, 43	<b>Laaß, M.</b> (Dresden) _____	16, 27
Beck, R. (Dresden) _____	28, 47	Lachnit, A. (Dresden) _____	27, 42
Bobeva, A. (Jena) _____	28, 45	Leibiger, J. (Chemnitz) _____	14
Bodendieck, S. (Leipzig) _____	24, 33	Lobstein, S. (Chemnitz) _____	14
Borte, M. (Leipzig) _____	20, 30	Lorenz, N. (Dresden) _____	14
Borte, S. (Leipzig) _____	24, 35	Lüss, S. (Magdeburg) _____	28, 44
Bühligen, U. (Leipzig) _____	20, 31	Luz, K. (Leipzig) _____	26, 40
<b>Dietrich, T.</b> (Dresden) _____	28, 44	<b>Mayer, B.</b> (Dresden) _____	25, 36
Dost, A. (Jena) _____	22	Meister, J. (Aue) _____	16
<b>Eckoldt, F.</b> (Jena) _____	16, 25	Mentzel, H.-J. (Jena) _____	16
Empting, S. (Magdeburg) _____	21, 32	Merten, L. (Leipzig) _____	26, 39
<b>Goldhardt, C.</b> (Leipzig) _____	28, 44	Meyer, M. (Jena) _____	15
Gesing, J. (Leipzig) _____	22	Mohnike, K. (Magdeburg) _____	16
Göbel, P. (Halle (Saale)) _____	21	Möller, C. (Jena) _____	26, 39
Goetz, G. (Leipzig) _____	25, 36	<b>Neustädter, I.</b> (Nürnberg) _____	14
Georgi, G. (Chemnitz) _____	15, 30	<b>Patzer, L.</b> (Halle (Saale)) _____	16, 24
Gosch, G. (Magdeburg) _____	20	Plichta, L. (Jena) _____	24, 33
Großer, K. (Erfurt) _____	20, 31	<b>Rauh, C.</b> (Chemnitz) _____	22
<b>Händel, N.</b> (Leipzig) _____	25, 37	Reuchsel, A. (Chemnitz) _____	15
Hauenherm, A. (Leipzig) _____	24, 34	Rißmann, A. (Magdeburg) _____	27, 43
Hauffe, A. (Chemnitz) _____	28, 46	<b>Schlesinger, A.</b> (Wurzen) _____	25, 35
Heß, C. (Halle) _____	14	Schmidt-Bremme, K. (Magdeburg) _____	28, 45
Heubner, G. (Dresden) _____	16, 26	Seipolt, B. (Dresden) _____	15
Hofmann, R. (Dresden) _____	27, 41	Sobbe, J. (Magdeburg) _____	26, 41
Höger-Schmidt, H. (Chemnitz) _____	16	Sosa Vizcaino, A. (Jena) _____	26, 38
Hübler, A. (Chemnitz) _____	15, 16	Spinnler, R. (Leipzig) _____	26, 40
<b>Jorch, G.</b> (Magdeburg) _____	16		

Spittel, D. (Erfurt) _____	14	Vogel, T. (Leipzig) _____	27, 42
Straßburger, J.-U. (Chemnitz) _____	16, 20, 25	Vogelberg, C. (Dresden) _____	16
<b>T</b> horne, U. (Leipzig) _____	16	von der Hagen, M. (Dresden) _____	15
Tienken, M. (Magdeburg) _____	25, 35	<b>W</b> agner, R. (Leipzig) _____	14, 16
Tietz, M. (Chemnitz) _____	14, 26, 39	Wilkens, B. (Halle (Saale)) _____	21
Tiller, G. (Chemnitz) _____	14	Wolke, S. (Jena) _____	16
<b>V</b> az Pimentel, D. (Leipzig) _____	27, 42	<b>Z</b> etzschke, F. (Chemnitz) _____	17
Vogel, C. (Chemnitz) _____	16, 22	Zillessen, E. (Weimar) _____	17, 30



# 2020

Sächsisch-Thüringische  
Gesellschaft für Kinder-  
und Jugendmedizin und  
Kinderchirurgie e.V.

# JAHRESTAGUNG

13./14. MÄRZ 2020 IN HALLE (SAALE)

[www.stgkjm.de](http://www.stgkjm.de)



KJM



# CHIESI – IHR PARTNER IN DER NEONATOLOGIE

Poractant Alfa



LISAcath®



**Curosurf® 120mg/Curosurf® 240mg. Wirkstoff:** Phospholipidfraktion aus Schweinelunge. **Arzneilich wirksamer Bestandteil: Curosurf® 120 mg:** 1 Einzeldosisbehältnis mit 1,5 ml Suspension enthält: Phospholipidfraktion aus Schweinelunge 120 mg, entsprechend 111 mg Gesamtpospholipide. **Curosurf® 240 mg:** 1 Einzeldosisbehältnis mit 3 ml Suspension enthält: Phospholipidfraktion aus Schweinelunge 240 mg, entsprechend 222 mg Gesamtpospholipide. **Sonstige Bestandteile:** Natriumchlorid, Natriumhydrogencarbonat, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiet/e:** Therapie der Frühphase des Atemnotsyndroms (RDS) bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von mindestens 700 g. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. Erfahrungen bei Frühgeborenen mit Atemstörungen infolge von Aspirationssyndromen liegen bisher nicht vor. **Nebenwirkungen:** Sepsis, intrakranielle Blutungen, Pneumothorax, Bradykardie, Hypotonie, Bronchopulmonale Dysplasie, pulmonale Blutungen, erniedrigte Sauerstoffsättigung, Hyperoxie, neonatale Zyanose, Apnoe, abnormes Elektroenzephalogramm, Komplikation bei endotrachealer Intubation, Schaum vor dem Mund, Husten, Würgen und Niesen. Apnoe und Sepsis können als Folge der Unreife der Neugeborenen auftreten. Das Auftreten intrakranieller Blutungen nach der Curosurf-Verabreichung wurde mit der Verringerung des mittleren arteriellen Blutdrucks und frühen Peaks des arteriellen Sauerstoffdrucks (PaO<sub>2</sub>) in Verbindung gebracht. In den bisher durchgeführten klinischen Studien wurde eine höhere Inzidenz eines offen gebliebenen Ductus Arteriosus Botalli bei den mit Curosurf behandelten Neugeborenen beobachtet (wie auch bei anderen Surfactants). Eine Bildung von Antikörpern gegen die Proteinkomponenten von Curosurf wurde beobachtet, jedoch konnte keine klinische Relevanz festgestellt werden. **Verschreibungspflichtig.** Stand: Oktober 2016.

**Peyona 20mg/ml Infusionslösung und Lösung zum Einnehmen. Wirkstoff:** Citronensäure-Coffein-Gemisch (Coffeincitrat). **Zus.:** 1 ml enthält: 20 mg Citronensäure-Coffein-Gemisch (1:1) (Coffeincitrat), entsprechend 10 mg Coffein. **Sonst. Best.:** Citronensäure-Monohydrat, Natriumcitrat, Wasser für Injektionszwecke. **Anw.:** Behandlung der primären Apnoe bei Frühgeborenen. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile. **Nebenw.:** lokale Entzündungsreaktionen an der Infusionsstelle, Hyperglykämie, Tachykardie, Krämpfe, Arrhythmie, Überempfindlichkeitsreaktion, Sepsis, Hypoglykämie, Gedeihstörung, Ernährungsunverträglichkeit, Reizbarkeit, Nervosität, Ruhelosigkeit, Hirnschädigung, Taubheit, erhöhter linksventrikulärer Auswurf, Regurgitation, vermehrte Aspiration von Mageninhalt, nekrotisierende Enterokolitis, vermehrte Urinproduktion, Natrium und Calcium im Urin erhöht, Hämoglobin vermindert, Thyroxin vermindert. **Verschreibungspflichtig.** Stand: September 2017.

Chiesi GmbH, Gasstraße 6, 22761 Hamburg, Telefon: 040 89724-0, Fax: 040 89724-212, E-Mail: [info.de@chiesi.com](mailto:info.de@chiesi.com)