



Editorial	235
Aktuell	
Praxiskolumne	238
Meldungen aus Wissenschaft und Politik	240
Fortbildung	
Diagnose und Differentialdiagnose der Zerebralpareesen <i>Knut Brockmann</i>	245
Ein Säugling mit multifokaler hämorrhagischer Enzephalopathie – erworben oder genetisch? <i>Peter Huppke</i>	255
Früherkennung der Zerebralparese: Wen, Wie und Warum untersuchen <i>Knut Brockmann</i>	257
Sensomotorische Reorganisation bei kongenitaler Hemiparese <i>Martin Staudt</i>	266
Leserbrief	273
Consilium infectiorum	274
Sozialpädiatrie aktuell	
Wie viele Sozialpädiatrische Zentren braucht das Land	276
Datteln: Arbeitskreis Pädiatrische Palliativversorgung hat sich formiert	280
Mitgliederzahlen der DGSPJ im Jahr 2007 weiterhin stabil	280
Tagungsberichte	281
Bücher	282
Termine	283
Fundsachen	239, 284
Kurz & bündig	239, 241, 244, 270, 273
Impressum	284
 www.kinderaerztliche-praxis.de	

© Titelbild: Fotolia

235 Nicht jede „Spastik“ ist eine Zerebralparese ...
 ...und nicht jede vermeintliche Zerebralparese ist eine. Diese an sich banale Binsenweisheit fasst die diagnostischen Herausforderungen bei der Zerebralparese zusammen. Die Diagnose der Zerebralparese ist eine klinische Diagnose, die darüber hinaus anamnestische Faktoren berücksichtigt. Wie bei jeder klinischen Diagnose muss berücksichtigt werden, dass möglicherweise ganz unterschiedliche Ursachen sich unter dem Bild ähnlicher Krankheitsbilder darstellen. Entscheidend ist es also, die diagnostischen Kriterien der Zerebralparese exakt zu berücksichtigen und darüber die wichtigsten Differentialdiagnosen zu kennen. Die Kenntnis dieser Differentialdiagnosen ist von besonderer Bedeutung, da manche dieser Störungen gezielt behandelbar sind und andere eine genetische Beratung erfordern. Eine aktuelle Übersicht zu diesem Themenkomplex gibt der Beitrag von Herrn PD. Dr. Brockmann auf **Seite 245.**

Multifokale hämorrhagische Enzephalopathie
 Die wichtigsten Differenzialdiagnosen bei hämorrhagischen Enzephalopathien sind Kindesmisshandlung, Hirnblutungen bei Frühgeborenen und, wenn auch sehr viel seltener, angeborene Gerinnungsstörungen. Alle 3 Differenzialdiagnosen können in Einzelfällen jedoch nicht zutreffen, wie der Beitrag von Herrn PD Dr. Huppke (Seite 255) verdeutlicht. Dass die Bestimmung der Harnsäure – in diesem Fall ein deutlich erniedrigter Wert – diagnostisch wegweisend sein kann, ist sicher nur wenigen bekannt. **Seite 255**

Zauberwort „Frühdiagnose“
 Es gehört zu den Glaubenssätzen in der Medizin, dass Frühdiagnose etwas Gutes sei. Dass ist die Frühdiagnose aber nur dann, wenn sie mit einiger Sicherheit möglich ist und eine gezielte Frühtherapie erlaubt, die zu einer besseren Prognose führt als eine späte Therapie, die erst dann einsetzt, wenn das Krankheitsbild klinisch diagnostizierbar ist. In den 70er Jahren wurde eine erhebliche Anzahl von Kindern mit „Frühzeichen“ einer Zerebralparese erfolgreich therapiert. Da die Zahl der behandelten Kinder um ein vielfaches höher war als die Rate der Zerebralpareesen, muss angenommen werden dass viele gesunde Kinder „erfolgreich“ behandelt wurden. Bei welchen Kindern sollte man besonders sensibel nach Zeichen einer Zerebralparese schauen? Ist es gerechtfertigt ein generelles Screening auf Zerebralparese durchzuführen, oder nur für Risikogruppen? Diese und andere Fragen werden in dem Beitrag von Herrn PD Dr. Brockmann auf Seite 257 und folgende beantwortet. **Seite 257**

Ausgeprägter unilateraler MRT-Befund – nur wenig auffällige klinische Symptomatik
 Kann eine Reorganisation des Gehirns bei früh erworbenen unilateralen Hirnläsionen die zu erwartenden Defekte weitgehend kompensieren? Wann tritt so eine Reorganisation auf? Wann ist sie besonders effektiv? Wie lässt sich dies klinisch und in bildgebenden Verfahren erkennen? Eine Übersicht zu diesen Fragen gibt der Beitrag von PD Dr. Staudt. **Seite 266**