

Aus dem Inhalt

	Seite
► Schwerpunkt Neuropädiatrie	
<i>Neurologische Entwicklung nach neonataler Herz-OP</i>	
Hohe Prävalenz kognitiver, sprachlicher und motorischer Verzögerungen.....	2
<i>Diagnosealter bei Chromosom-15-Störungen</i>	
Hohe Variabilität je nach Erkrankung und Subtyp.....	4
<i>Magnesiumsulfat bei hypoxisch-ischämischer Enzephalopathie</i>	
Schwache Evidenz, aber Hinweise auf bessere neurologische Outcomes	5
► Schwerpunkt Atemwegsinfekte/Impfen	
<i>Invasive Meningokokken-Infektionen</i>	
Vollständige Impfung mit 4CMenB schützt wirksam vor Erkrankung.....	6
<i>Invasive Pneumokokken-Erkrankungen bei Frühgeborenen</i>	
15-valenter Konjugatimpfstoff ist gut verträglich und wirksam	8
<i>Symptomlast bei viralen Atemwegsinfekten</i>	
Auch humane Rhinoviren/Enteroviren bedürfen klinischer Aufmerksamkeit.....	8
► Neonatologie	
<i>Prophylaxestrategien bei Frühgeborenen</i>	
Probiotika, Präbiotika oder Kombinationspräparate senken die Mortalität.....	10
<i>Spät einsetzende Sepsis bei Säuglingen mit geringem Geburtsgewicht</i>	
Deutlicher Rückgang erregerspezifischer Erkrankungsraten.....	12
► Diagnostik	
<i>Diagnose primärer Immundefekte</i>	
Whole-Exom-Sequenzierung zeigt großes Potenzial.....	13
<i>Funktionelle Bauchschmerzen beurteilen</i>	
Piktogramme helfen nur, wenn Übelkeit und Erbrechen vorliegen.....	13
► Gastroenterologie	
<i>Akute Hepatitis unbekannter Ursache bei immunkompetenten Kindern</i>	
Adenovirus spielt allein oder in Kombination mit anderen Faktoren eine Rolle....	14
<i>Fetale Diagnose intrahepatischer Gefäßfehlbildungen</i>	
Shunts schließen sich meist von selbst.....	14
► Sonstiges	
<i>Fieberhafte Harnwegsinfekte bei Kindern</i>	
Kürzere Antibiotikagabe ist längerer Kur nicht unterlegen	16
<i>Absetzen lebenserhaltender Maßnahmen auf der Kinderintensivstation</i>	
Wissenslücken zum Sterbeprozess machen allen Beteiligten zu schaffen.....	18
<i>Wenn die Smartwatch Herzrhythmusstörungen meldet</i>	
Nur selten verbirgt sich ein medizinisches Problem dahinter.....	18
<i>Pädiatrisches Cushing-Syndrom</i>	
Kohortenstudie sammelt klinische und biochemische Merkmale	19
► Industrie	20
► Termine	23

Editorial

Sehr verehrte Leserinnen und Leser,

in einem meiner ersten Nachtdienste wird ein 6 Monate alter Säugling mit Fieber vorgestellt. Nach allen Regeln der Kunst untersuche ich das Kind. Von Kopf bis Fuß. Als wäre es heute, kann ich mich erinnern, dass ich damals, fern jeglicher Digitalisierung, den gesamten Befund handschriftlich auf den Aufnahmebogen notiere. Bei Herzfrequenz trage ich 206 pro Minute ein. Zusätzlich notiere ich einige kleine, blaßrote Flecken an den Streckseiten der Unterschenkel. Ich bin froh, dass der Zugang und die Blutabnahme unkompliziert klappen. Der Säugling liegt ruhig auf der Untersuchungsfläche. Die Eltern sind zufrieden.

Keine 2 Stunden später halte ich den Faxausdruck des Labors in Händen. Der Quick ist <6%: nicht-messbar niedrig. Glücklicherweise kommt mein erster Dienst gerade vorbei und erschrickt. Er flüstert: „Wir brauchen sofort Frischplasma.“ Als wir zum Kind kommen, sind die Flecken deutlich größer und dunkel verfärbt. Das Kind ist somnolent.

Der niedrige Quick zeigt eine Verbrauchskoagulopathie. Das Kind ist im septischen Schock. Auf dem Arm transportieren wir es auf die Intensivstation. Der Oberarzt kommt und intubiert, legt Katheter. Antibiotika, Volumen und Kreislaufmedikamente werden gegeben. Wenige Stunden später stirbt das Kind unter Maximaltherapie. In der Blutkultur und im Liquor werden Meningokokken der Serogruppe B nachgewiesen.

Seit nun 23 Jahren berichte ich in fast jedem Studenten- und PJ-Unterricht von diesem Fall. Ich bin überzeugt, dass wir aus Fehlern am meisten lernen. Und dazu sollten wir sie berichten, um ähnliche Fehler vermeidbar zu machen.

Pädiatrie ist durch die Bandbreite der Erkrankungen und die eingeschränkte Anamnese bei kleinen Patienten hoch komplex. Ein „schlafender Säugling“ entpuppt sich unter den Augen des erfahrenen Pädiaters als „somnolent“. Für den Berufsanfänger kaum zu unterscheiden. Und doch auch so einfach. Jede hochpathologische Tachykardie, jeder hochpathologische Vitalparameter muss kon-

Herausgeber Patrick Gerner

sequent abgeklärt werden. So kann auch ein Berufseinsteiger in vielen Fällen rechtzeitig gewarnt werden.

Erfreulicherweise sind schwere Meningokokkeninfektionen in den vergangenen Jahrzehnten seltener geworden. Durch die neue STIKO-Empfehlung vom 18.01.2024 werden nun sogar die gefürchteten Meningokokken-B-Infektionen umfassender angegangen. Gerade Säuglinge sind für invasive Meningokokkeninfektionen anfällig. So wurde seit vergangenem Jahr erwartet, dass die Impfung endlich nicht mehr nur für Risikogruppen, sondern für alle Säuglinge empfohlen wird. Die Impfung erfolgt für Säuglinge nach 2, 4 und 12 Monaten mit dem proteinbasierten 4-Komponenten-Impfstoff 4CMenB. Frühgeborene werden nach gleichem Schema geimpft. Kinder zwischen 12 und 23 Monaten erhalten 2 Impfdosen in einem Mindestabstand von 2 Monaten und eine 3. Dosis 12–23 Monate nach der 2. Dosis. Ab dem 3. Lebensjahr werden bislang ungeimpfte Kinder nur noch mit 2 Impfstoffdosen mit einem Mindestabstand von einem Monat geimpft. Ab dem 5. Lebensjahr dagegen ist eine Impfung eine Einzelfallentscheidung, da die Inzidenz dieser Erkrankung hier deutlich abnimmt.

Eine der für die STIKO-Empfehlung ausschlaggebenden Studien finden Sie auf Seite 6 dieser Ausgabe.

