

# 2017

SÄCHSISCH-THÜRINGISCHE GESELLSCHAFT  
FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN  
UND KINDERCHIRURGIE

## Jahrestagung

07./08. April 2017 in Leipzig



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



SAVE  
THE  
DATE

# **impftag.aktuell**

*MAGDEBURG 2017*

---

Magdeburg, 21. Oktober 2017

Leitung  
Dr. Gunther Gosch  
Dr. Constanze Gottschalk

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

Grußwort	2
Allgemeine Informationen	3
Übersicht Tagungsbereich	6
Aussteller und Sponsoren	7
Transparenzvorgabe gemäß FSA-Kodex und AKG-Richtlinie	8
<b>Tagungsprogramm Freitag, 07. April 2017</b>	<b>9</b>
Praxisbezogene Weiterbildungen	10
Multidisziplinäre Fortbildung: Pädiatrische Palliativversorgung und Kinderhospizarbeit – ein Überblick	10
Eröffnung der Tagung	12
Ist Timing alles? Eingriffe bei Kindern zum richtigen Zeitpunkt	12
Posterrundgang	12
Zu klein, zu groß, zu ... – Wachstumsstörungen mehrdimensional	13
<b>Tagungsprogramm Samstag, 08. April 2017</b>	<b>15</b>
Mitgliederversammlung der STGKJM e. V.	16
Kontroversen in der Kinderchirurgie	16
Freie Vorträge „Leipziger Freiheit“	16
Vortrag des Arthur-Schlossmann-Preisträgers 2017	17
Vorträge und Verleihung der Posterpreise	17
Zu hoch? Zu niedrig? – Blutdruckregulation im Kindesalter	18
Verabschiedung	18
<b>Posterpräsentation</b>	<b>19</b>
Gastroenterologie und Nephrologie (P01–P07)	20
Onkologie und Endokrinologie (P08–P15)	21
Kardiovaskuläre Erkrankungen (P16–P23)	22
Immunologie und Infektiologie (P24–P31)	23
Psychologie, Neurologie und Sonstige I (P32–P38-1)	24
Psychologie, Neurologie und Sonstige II (P39–P45)	26
Neonatologie (P46–P53)	27
Kinderchirurgie I (P54–P59)	28
Kinderchirurgie II (P60–P65)	29
<b>Abstracts</b>	<b>33</b>
<b>Abstracts – Vorträge</b>	<b>34</b>
Multidisziplinäre Fortbildung: Pädiatrische Palliativversorgung und Kinderhospizarbeit – ein Überblick	34
Ist Timing alles? Eingriffe bei Kindern zum richtigen Zeitpunkt	34
Kontroversen in der Kinderchirurgie	35
Freie Vorträge: „Leipziger Freiheit“	35
<b>Abstracts – Poster</b>	<b>38</b>
Gastroenterologie und Nephrologie (P01-P07)	38
Onkologie und Endokrinologie (P08-P15)	41
Kardiovaskuläre Erkrankungen (P16-P23)	44
Immunologie und Infektiologie (P24-P31)	47
Psychologie, Neurologie und Sonstige (P32-P45)	51
Neonatologie (P46-P53)	57
Kinderchirurgie (P54-P65)	60
Ehrenmitglieder der STGKJM und Arthur-Schlossmann-Preisträger	66
<b>Verzeichnis der Erstautoren, eingeladenen Referenten und Vorsitzenden</b>	<b>67</b>



Prof. Dr. med. Ingo Dähnert



Dr. med. Robert Wagner

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
liebe Schwestern und Pfleger,

im Namen des Vorstandes der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie und im Namen der Mitarbeiter der Klinik für Kinderkardiologie des Herzzentrums Leipzig dürfen wir Sie ganz herzlich in Leipzig begrüßen.

Es freut uns ganz besonders, dass die 109. Jahrestagung in unserer stetig wachsenden tausendjährigen Messe- und Universitätsstadt, die mit Ihrer Geschichte symbolisch für Wissenschaft, Sport und Kultur, Vernetzung und Aufbruch, Dynamik und Innovation steht, stattfinden kann.

Als Schwerpunkte der Tagung wurden bewusst und ganz besonders Schnittstellenbereiche zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bzw. zwischen den verschiedenen pädiatrischen Spezialdisziplinen heraus-gearbeitet. Aktuelle Kontroversen auf dem Gebiet der Kinderchirurgie werden in einem separaten Themenkomplex erörtert und dürften ebenso interessante fachliche Diskussionen anregen. Außerdem bestand wie in vielen Tagungsjahren vorher die Möglichkeit zur Einreichung freier Beiträge, die wir unter das geschichtsträchtige Motto „Leipziger Freiheit“ stellen möchten. Zum Beginn der Tagung werden in bewährter Weise einerseits pädiatrische und kinderchirurgische Workshops angeboten. Zum anderen ist parallel hierzu der multidisziplinär organisierte Themenkomplex zur pädiatrischen Palliativ-versorgung und Hospizarbeit nicht nur für Pflegekräfte, sondern für alle interessierten Berufsgruppen geöffnet.

Gleich, ob Sie in Klinik, Praxis, Forschung oder Pflege tätig sind, wir hoffen, für Jede und Jeden eine interessante und anregende Tagung zu bieten. Wie immer haben wir versucht, Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur für Sie zusammenzufügen.

Am Freitagabend laden wir Sie zum Gesellschaftsabend in die „Kiwara-Lodge“ in einen der schönsten und artenreichsten zoologischen Gärten in Europa ein. Sie erhalten die einmalige Möglichkeit, an einem abendlichen geführten Spaziergang zum und nach dem Empfang mit Abendessen am „afrikanischem Buffet“ teilzunehmen und mit uns im geselligen Beisammensein den Abend ausklingen zu lassen.

Wir bedanken uns bereits im Voraus bei Ihnen für Ihr Interesse und Kommen und freuen uns auf angenehme Begegnungen und angeregte Diskussionen mit alten und neuen Freunden in unserer wachsenden Metropole und traditionsreichen Messe- und Universitätsstadt. Wir wünschen allen Kongressbesuchern eine erfolgreiche und spannende Tagung und einen angenehmen Aufenthalt in unserer Heimatstadt Leipzig.

Mit herzlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Ingo Dähnert  
Tagungspräsident

Dr. med. Robert Wagner  
Tagungssekretär

## »» Tagungsleitung

Prof. Dr. med. Ingo Dähnert  
Tagungsleiter

Klinik für Kinderkardiologie  
Herzzentrum, Universität Leipzig  
Strümpellstraße 39  
04289 Leipzig

Telefon: 0341 8651036  
E-Mail: kika.herzzentrum@helios-kliniken.de

Dr. med. Robert Wagner  
Tagungssekretär

Klinik für Kinderkardiologie  
Herzzentrum, Universität Leipzig  
Strümpellstraße 39  
04289 Leipzig

Telefon: 0341 864253009  
E-Mail: robert.wagner@med.uni-leipzig.de

## »» Tagungsort

### Jahrestagung der STGKJM

pentahotel Leipzig  
Großer Brockhaus 3  
04103 Leipzig  
www.pentahotels.com

### Praxisbezogene Weiterbildung\*

Workshop 1  
Universität Leipzig  
Herzzentrum, Hörsaal  
Strümpellstraße 39  
04289 Leipzig

Workshop 2  
Universitätsklinikum Leipzig  
Haus 6, Raum Döderlein  
Liebigstr. 20a  
04103 Leipzig

\*Die Workshops 3 und 4 finden im pentahotel Leipzig statt

## »» Organisation/ Tagungsbüro

K.I.T. Group GmbH Dresden  
Christina Norkus, Dr. Jessica Heimbecher  
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, 07.04.2017: 08:00–18:30 Uhr  
Samstag, 08.04.2017: 07:30–15:00 Uhr

## »» Anreise

### Öffentliche Verkehrsmittel:

→Fußweg vom Hauptbahnhof Leipzig:  
ca. 10 min (850 m)

→Straßenbahnhaltestelle Johannisplatz  
(150 m) oder Augustusplatz (250 m)

### PKW:

Kostenpflichtige Parkplätze sind in der  
Tiefgarage des pentahotels Leipzig verfügbar.

## »» Internet/ WLAN

Übernachtungsgäste im pentahotel erhalten  
einen kostenfreien WLAN-Zugang bei der  
Anreise.

Tagungsgäste können einen WLAN-Zugang für  
7,50 € pro Tag an der Hotelrezeption erwerben.

## » Tagungsgebühren (Standardgebühr)

Mitglieder der STGKJM	120,00 €	Ehrenmitglieder	frei
Nichtmitglieder	150,00 €	Studenten, Rentner	frei
Pflegepersonal	25,00 €	Praxisbezogene Weiterbildungen	40,00 €
Tageskarte Mitglieder/ Nichtmitglieder			
	75,00 €		

## » Zertifizierung

**Ärzte:** Die Jahrestagung und die praxisbezogenen Weiterbildungen werden durch die Sächsische Landesärztekammer als Fortbildungsveranstaltungen in der Kategorie A wie folgt anerkannt:

Jahrestagung, Freitag, 07.04.2017 13:30–18:30 Uhr	<b>6 Punkte</b>
Samstag, 08.04.2017 09:00–14:30 Uhr	<b>5 Punkte</b>
Praxisbezogene Weiterbildung:	<b>4 Punkte pro Kurs</b>

Die Teilnahmebescheinigungen erhalten Sie im Tagungsbüro. Bitte halten Sie Ihren Barcodeaufkleber zum Einscannen bereit.

**Pflegekräfte:** Im Rahmen der *Registrierung beruflich Pflegender* können für diese Veranstaltung insgesamt 10 Fortbildungspunkte angerechnet werden (Teilnahme an einem Tag 6 Punkte, Teilnahme an zwei Tagen 10 Punkte).

Die Teilnahmebescheinigungen erhalten Sie im Tagungsbüro.

## » Gesellschaftsabend am Freitag, 7. April 2017 im Kiwara-Lodge Restaurant im Zoo Leipzig

Am Abend des ersten Konferenztages nehmen wir Sie auf eine einstündige Tour durch den Zoo Leipzig mit. Danach laden wir Sie herzlich zu einem geselligen Beisammensein in das Kiwara-Lodge Restaurant ein. Das Restaurant, welches für seine afrikanischen Spezialitäten bekannt ist, liegt mitten in der Zoo-Savanne. Im Laufe des Abends wird außerdem der Arthur-Schlossmann-Preis 2017 verliehen.

Bitte denken Sie an festes Schuhwerk!

Treffpunkt:	Haupteingang Leipziger Zoo
Zoorundgang:	19:15 Beginn
Kiwara-Lodge:	ca. 20:15 Uhr Eintreffen im Restaurant

*Die Reservierung eines Tickets ist erforderlich; Preis pro Ticket 60,00 € inkl. Eintritt, Führung und Begrüßungsgetränk. Getränke sind auf Selbstzahlerbasis zu bestellen. Die Karten können je nach Verfügbarkeit an der Registrierung erworben werden.*

## » Vorstand STGKJM e. V.

1. Vorsitzender:	Prof. Dr. med. Klaus Mohnike, Magdeburg
2. Vorsitzender:	Dr. med. Simone Pötzsch, Plauen
Schatzmeister:	Dr. med. Gunther Gosch, Magdeburg
Schriftführer:	Dr. med. Andreas Baudach, Leipzig
1. Beisitzer:	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 erfolgt nicht automatisch durch die Einreichung des Abstracts.

**Referenten:** Im Vortragssaal sind Beamer und Notebook (Microsoft Office 2013) vorhanden. Das Leinwandformat ist 16:9. Bitte geben Sie Ihre Vorträge auf CD oder USB-Stick bis mindestens eine Stunde vor Beginn 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.

Die Poster sind bitte am 07.04.2017 zwischen 08:00 und 15:30 Uhr anzubringen. Die Posternummer entnehmen Sie den Seiten 19ff. Wir bitten Sie, die Poster am 08.04.2017 bis 13:00 Uhr wieder abzunehmen. Poster, die bis zum Tagungsende nicht abgehängt wurden, werden entsorgt.

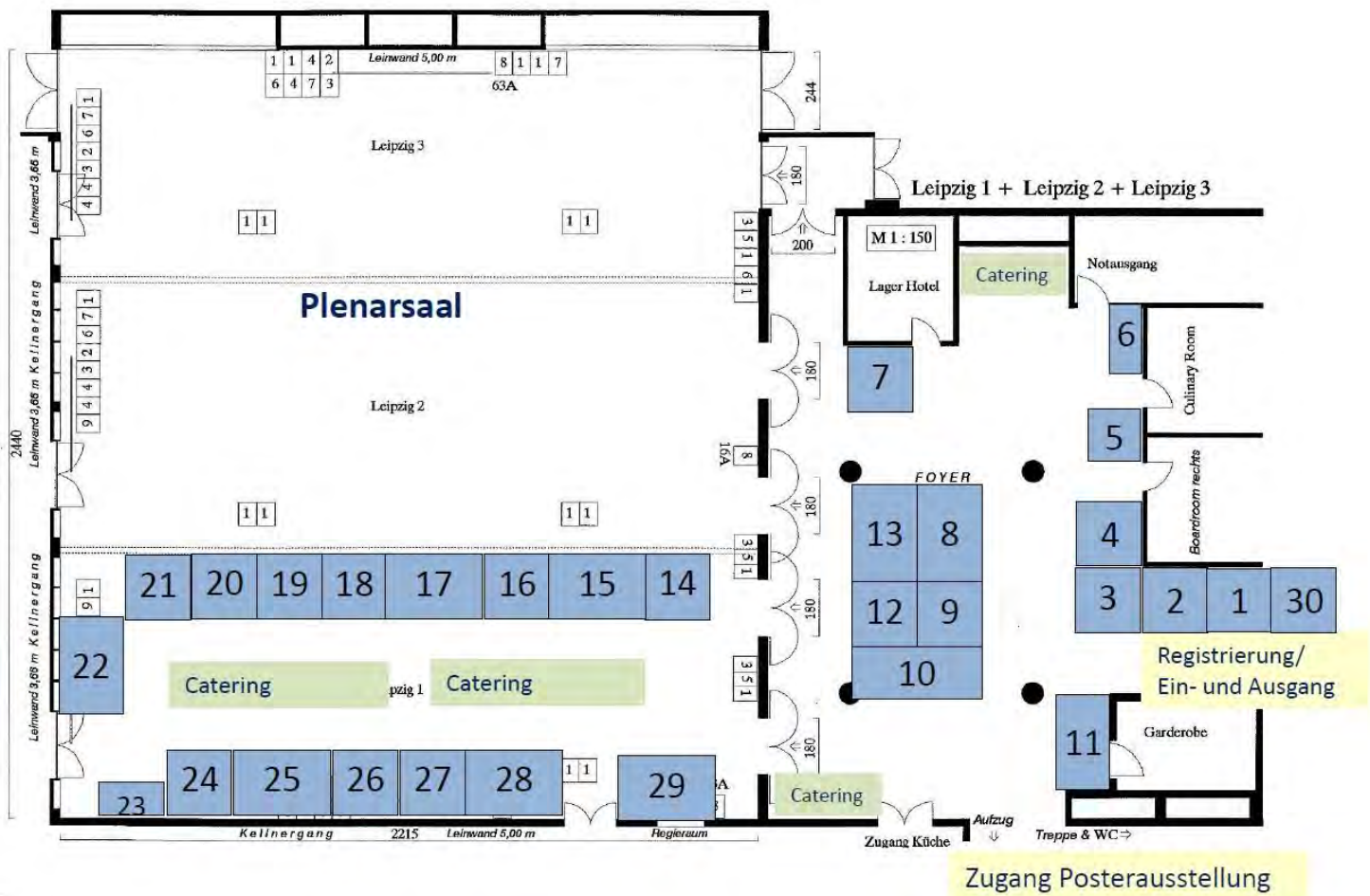
Beim Posterrundgang am 07.04.2017 von 15:45 bis 16:45 Uhr wird erwartet, dass ein Autor anwesend ist und wesentliche Inhalte des Posters vorstellt; dafür sind ca. 5 Minuten je Poster vorgesehen.

**Die Postervorsitzenden werden nach dem Rundgang aus jeder Postergruppe jeweils ein Poster für den Posterpreis nominieren. Daraus ermittelt die Posterjury die drei besten Poster. Die Autoren werden mittels Aushang informiert und gebeten, ihre Arbeit im Rahmen der Posterpreissitzung am Samstag von 12:00 bis 12:15 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.**



# ÜBERSICHT TAGUNGSBEREICH

## » pentahotel Leipzig





## » Sponsoren

Wir bedanken uns herzlich für die freundliche Unterstützung.



Kindertraum Schlafausstattungen GmbH

## » Aussteller

**Folgende Aussteller freuen sich auf Ihren Besuch:**

**Standnummer**

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG .....	9
Actelion Pharmaceuticals Deutschland GmbH .....	15
Alexion Pharma Germany GmbH .....	3
bio.logis Zentrum für Humangenetik .....	1
BioMarin Deutschland GmbH.....	30
Ferring Arzneimittel GmbH .....	12
GHD Gesundheits GmbH Deutschland – Region Keicare .....	20
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG .....	13
Harzer Medical Handelsvertretung .....	23
Heinen + Löwenstein GmbH & Co. KG .....	27
Hexal AG .....	21
HiPP GmbH & Co. Vertrieb KG, Pfaffenhofen .....	28
Ipsen Pharma GmbH .....	10
Impromediform GmbH.....	11
Klinik Bavaria Zscheckwitz .....	19
Lilly Deutschland GmbH .....	7
Merck Serono GmbH .....	14
Milupa Nutricia GmbH.....	17
MSD Sharp & Dohme GmbH .....	2
Nestlé Nutrition GmbH.....	25
Novartis Pharma GmbH.....	18
Novo Nordisk Pharma GmbH .....	16
PTC Therapeutics Germany GmbH.....	22
Saegeling Medizintechnik Service- und Vertriebs GmbH .....	26
Swedish Orphan Biovitrum GmbH .....	8
Toshiba Medical Systems GmbH .....	29
Trusetal Verbandstoffwerk GmbH .....	24
 <i>Gemeinnützige Vereine:</i>	
D·A·CH-Gesellschaft Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e. V. ....	4
SLO Deutschland e. V. Elterninitiative Smith-Lemli-Opitz.....	5
Turner Syndrom Vereinigung Deutschland e. V.....	6

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

Im Sinne der Verhaltenskodizes der Vereine „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.“ (FSA) und „Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen e. V.“ (AKG) werden die geleisteten Unterstützungen zur Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie 2017 der folgenden Mitgliedsunternehmen offengelegt:

Mitgliedsunternehmen	Umfang*
AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG (FSA)	1.140,00 €
Actelion Pharmaceuticals Deutschland GmbH (FSA)	1.680,00 €
Alexion Pharma Germany GmbH (AKG)	1.100,00 €
Ferring Arzneimittel GmbH (AKG)	1.200,00 €
GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG (FSA)	2.000,00 €
Hexal AG (FSA)	1.380,00 €
Ipsen Pharma GmbH (FSA)	1.000,00 €
Lilly Deutschland GmbH (FSA)	1.500,00 €
Merck Serono GmbH (FSA)	1.100,00€
MSD Sharp & Dohme GmbH (FSA)	1.250,00 €
Novartis Pharma GmbH (FSA)	975,00 €
Novo Nordisk Pharma GmbH (FSA)	1.100,00 €
Swedish Orphan Biovitrum GmbH (FSA)	1.675,00 €

\* Die genannten Beträge verstehen sich zzgl. MwSt.

Die Gegenleistung umfasst für alle Firmen die Standfläche und Werbemöglichkeiten.

# Tagungsprogramm

Freitag, 07. April 2017

## 09:30–12:30 Uhr **Praxisbezogene Weiterbildungen**

(Parallelveranstaltungen)

Hinweis: Eine vorherige kostenpflichtige Anmeldung ist erforderlich.

### **Workshop 1: Pädiatrische Reanimation** (Herzzentrum Leipzig, Hörsaal)

Simulationsbasiertes Training im PALS

W. Wiederanders, F. Wagner

*Herzzentrum Leipzig*

### **Workshop 2: Lungenfunktionsdiagnostik** (Universitätsklinikum Leipzig, Haus 6, Raum Döderlein)

Lungenfunktionsdiagnostik – Qualitätskriterien und Konsequenzen für die Therapie (mit praktischen Übungen)

F. Prenzel, C. Henn, L. Kobelt, T. Lipek

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

### **Workshop 3: EKG-Kurs – Was der Pädiater wissen sollte (muss) ...**

(pentahotel Leipzig, Raum P10-P11)

C. Paech

*Herzzentrum Leipzig*

### **Workshop 4: Workshop in minimalinvasiver Chirurgie** (pentahotel Leipzig, Raum P6)

Simulationsbasierte Einführung in die MIC (Pelvitainer)

M. Lacher, U. Bühligen, P. Zimmermann, R. Wachowiak

*Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig*

Mit freundlicher Unterstützung von:



## 09:30–12:30 Uhr **Multidisziplinäre Fortbildung** (Raum Leipzig)

Pädiatrische Palliativversorgung und Kinderhospizarbeit – ein Überblick  
Organisation: A. Müller (Dresden)

09:30 Uhr

### **Begrüßung**

A. Müller, Dresden

*Leiter spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden*

09:35–10:00 Uhr

### **Grundlagen der pädiatrischen Palliativversorgung**

Vorsitz: T. Bernig (Halle (Saale)), A. Müller (Dresden)

S. Nolte-Buchholtz

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

- 10:00–11:00 Uhr**    **Strukturen der pädiatrischen Palliativversorgung und Kinder- und Jugendhospizarbeit**  
Vorsitz: T. Bernig (Halle), A. Müller (Dresden)
- 10:00 Uhr**            **Die Arbeit des ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienstes**  
M. Globisch  
*Inhalte und Entwicklung, Deutscher Kinderhospizverein e. V., Olpe*
- 10:15 Uhr**            **Die Arbeit des stationären Kinderhospizes Bärenherz Leipzig**  
U. Ludwig  
*Pflegedienstleistung, Kinderhospiz Bärenherz Leipzig*
- 10:30 Uhr**            **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**  
A. Müller  
*Leiter Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden*
- 10:45 Uhr**            **Die Arbeit der Kinderpalliativstation Datteln**  
D. Garske  
*Kinderpalliativzentrum Datteln, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln, Universität Witten/ Herdecke*
- 
- 11:00–11:20 Uhr**    **Pause**
- 
- 11:20–12:00 Uhr**    **Was macht multiprofessionelles Handeln aus?**  
Vorsitz: A. Bläser (Leipzig), A. Müller (Dresden)
- 11:20 Uhr**            **... aus pflegerischer Sicht**  
C.-M. Müller  
*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden*
- 11:33 Uhr**            **... aus ärztlicher Sicht**  
J. Kästner  
*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena*
- 11:46 Uhr**            **... aus psychosozialer Sicht**  
K. Mühler  
*Zentrum für Frauen- und Kindermedizin, Psychosoziale Elternberatung und Nachsorgeteam der Neonatologie, Universitätsklinikum Leipzig*
- 12:00 Uhr**            **Was brauchen die Betroffenen? – Sichtweise der Eltern**  
(Abstract s. Seite 34)  
Vorsitz: A. Bläser (Leipzig), A. Müller (Dresden)  
A. Lasch  
*Germanistisches Seminar, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel*
- 
- 12:30–13:30 Uhr**    **Pause und Besuch der Industrieausstellung**
-

- 13:30–13:45 Uhr**    **Eröffnung der Tagung** (Raum Leipzig)  
K. Mohnike (Magdeburg), I. Dähnert (Leipzig)
- 13:45–15:30 Uhr**    **Ist Timing alles? Eingriffe bei Kindern zum richtigen Zeitpunkt**  
(Raum Leipzig)  
Vorsitz: G. Heubner (Dresden), L. Patzer (Halle (Saale))
- 13:45 Uhr**            **Elektiveingriffe bei Kindern – Hämostasiologische Betrachtungen**  
(Abstract s. Seite 34)  
  
L. Fischer  
*Selbstständige Abteilung für Pädiatrische Onkologie, Hämatologie und Hämostaseologie, Universitätsklinikum Leipzig*
- 14:03 Uhr**            **Präoperative Nüchternheit – Wunsch und Wirklichkeit**  
  
S. Mertz  
*Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Magdeburg*
- 14:20 Uhr**            **Wer wird Pneumo- und Allergionär? – Das Update-Quiz mit Blick auf den richtigen Zeitpunkt**  
  
F. Prenzel  
*Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderpneumologie und Allergologie, Universitätsklinikum Leipzig*
- 14:38 Uhr**            **Empfehlungen zu Impfungen im Zusammenhang mit Operationen**  
(Abstract s. Seite 34)  
  
M. Borte  
*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg, Leipzig*
- 14:55 Uhr**            **Nicht-kardiale Elektiveingriffe bei herzkranken Kindern – das Wie, Wo und Warum dort?**  
  
C. Bevilacqua  
*Herzzentrum Leipzig*
- 15:13 Uhr**            **Das erkältete Kind – Die Sicht des Kinderanästhesisten**  
  
N. N.
- 15:30–15:45 Uhr**    **Pause und Besuch der Industrieausstellung**
- 
- 15:45–16:45 Uhr**    **Posterrundgang** (Raum Dresden)  
Die Postergruppen entnehmen Sie bitte den Seiten 19 ff.
-



**16:45–18:30 Uhr**    **Zu klein, zu groß, zu ... – Wachstumsstörungen mehrdimensional (Raum Leipzig)**  
Vorsitz: A. Näke (Dresden), A. Sauerbrey (Erfurt)

**16:45 Uhr**            **... zu klein? – SHOX assoziierter Kleinwuchs**  
K. Mohnike  
*Universitätskinderklinik, Universitätsklinikum Magdeburg*

**17:06 Uhr**            **... zu dick? – Adipositas im Kindesalter**  
W. Kiess  
*Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Leipzig*

**17:27 Uhr**            **... zu dünn? – psychiatrische Erkrankungen**  
S. Ehrlich  
*Psychosoziale Medizin und Entwicklungsneurowissenschaften, Universitätsklinikum Dresden*

**17:48 Uhr**            **... zu groß? – genetisch assoziierte Erkrankungen**  
J. Lemke  
*Institut für Humangenetik, Universitätsklinikum Leipzig*

**18:09 Uhr**            **... zu früh und zu klein – Probleme mit SGA-Frühgeborenen**  
M. Knüpfer  
*Abteilung für Neonatologie, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Leipzig*

---

**Ab 19:15 Uhr**        **Gesellschaftsabend im Kiwara-Lodge Restaurant im Zoo Leipzig**  
Weitere Informationen finden Sie auf Seite 4.

---



# Tagungsprogramm

Samstag, 08. April 2017

**08:00–09:00 Uhr Mitgliederversammlung des STGKM e. V. (Raum Leipzig)**

**09:00–10:30 Uhr Kontroversen in der Kinderchirurgie (Raum Leipzig)**

Vorsitz: R. Finke (Halle (Saale)), P. Göbel (Halle (Saale))

**Therapie der Appendizitis – bald ohne Chirurgen?**

**09:00 Uhr** „Die Zukunft gehört der Pädiatrie“ (Abstract s. Seite 35)

G. Flemming

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

**09:15 Uhr** „Die Zukunft gehört der Kinderchirurgie“

J.-H. Gosemann

*Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig*

anschließend gemeinsame Diskussion

**09:36 Uhr Therapie der Leistenhernie – „Meine Methode ist besser als deine.“**

**Pro laparoskopische Chirurgie**

M. Lacher

*Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig*

**09:54 Uhr Pro offene Chirurgie**

G. Fitze

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

**10:12 Uhr Zirkumzision – „Darf man das überhaupt noch?“  
(Bei welchen Kindern besteht eine Indikation?)**

F. Eckoldt

*Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Jena*

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

**11:00–11:48 Uhr Freie Vorträge „Leipziger Freiheit“ (Raum Leipzig)**

Vorsitz: K. Mohnike (Magdeburg), S. Pöttsch (Plauen)

**11:00 Uhr Longitudinale Wachstums- und Gewichtsentwicklungsbeurteilung für die Pädiatrie (Abstract s. Seite 35)**

R. Gausche, C. Beger, R. Müller, R. Pfäffle

*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universität Leipzig*

- 11:08 Uhr**      **Diagnostik angeborener Immundefekte – Neue Konzepte des ImmunDefektCentrums Leipzig** (Abstract s. Seite 35)  
S. Borte<sup>1,2</sup>, A. Pöge<sup>3</sup>, N. Kellner<sup>1,4</sup>, M. Faßhauer<sup>1,2</sup>, M. Borte<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL) am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig  
<sup>2</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig  
<sup>3</sup>Zentrum für Klinische Chemie, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig  
<sup>4</sup>Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig
- 11:16 Uhr**      **Endoskopisch-assistierte laparoskopische Gastrostomie im Kindesalter – eine Alternative?** (Abstract s. Seite 36)  
T. Lehnert<sup>1</sup>, M. Zurek<sup>2</sup>, C. Spranger<sup>2</sup>, C. Hempel<sup>2</sup>, C. P. Geyer<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig  
<sup>2</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig
- 11:24 Uhr**      **Laparoskopische abdominelle v.-p.-Shuntrevision bei Kindern in SILS-Technik (Ei-Optik)** (Abstract s. Seite 36)  
O. Deffaa, M. Weißer, M. Lacher, U. Bühligen  
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig
- 11:32 Uhr**      **Laparoskopische Varikozelen-Dissektion bei Kindern und Jugendlichen, 3-Trokarertechnik vs. Einkanal Technik „LEVD mit Ei-Optik“** (Abstract s. Seite 37)  
F. Potthast, U. Bühligen  
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universität Leipzig
- 11:40 Uhr**      **Das Mikrobiom der akuten Appendizitis im Kindesalter** (Abstract s. Seite 37)  
S. Schülin, N. Schlichting, C. Blod, S. Opitz, A. Suttkus, M. Lacher, U. Bühligen, S. Mayer  
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig

---

**11:48–12:00 Uhr**      **Vortrag des Arthur-Schlossmann-Preisträgers 2017**

**Neugeborenencreening für schwere angeborene Immundefekte**

S. Borte  
ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL), Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin,  
Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

---

**12:00–12:15 Uhr**      **Vorträge und Verleihung der Posterpreise**

---

**12:15–13:00 Uhr**      **Pause und Besuch der Industriausstellung**

---

**13:00–14:30 Uhr**    **Zu hoch? Zu niedrig? – Blutdruckregulation im Kindesalter**  
(Raum Leipzig)  
Vorsitz: G. Jorch (Magdeburg), H. Proquitté (Jena)

**13:00 Uhr**            **... kardiovaskuläre Probleme**  
N. Lorenz  
*Kinder- und Jugendmedizin, Städtisches Klinikum Dresden-Neustadt*

**13:18 Uhr**            **... endokrinologische Probleme**  
R. Pfäffle  
*Abteilung Pädiatrische Endokrinologie, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Leipzig*

**13:36 Uhr**            **... Lifestyle der Kinder und Jugendlichen von heute – Bewegungsmangel, Ernährungsverhalten und damit zusammenhängende kardiovaskuläre Gesundheit**  
R. Oberhoffer  
*Fakultät Sport- und Gesundheitswissenschaften, Lehrstuhl Präventive Pädiatrie, Technische Universität München*

**13:54 Uhr**            **... aus Sicht des pädiatrischen Nephrologen**  
K. Dittrich  
*Abteilung Päd. Transplantationsmedizin und Nephrologie, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Leipzig*

**14:12 Uhr**            **... aus Sicht des Neonatologen**  
A. Heilmann  
*Kinderkardiologie, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden*

---

**14:30 Uhr**            **Verabschiedung (Raum Leipzig)**

---



# Posterpräsentationen

## Gastroenterologie und Nephrologie

Vorsitz: S. Reinsch (Jena), F. Schmidt (Halle (Saale))

- P01 **Interstitielle Nephritis mit Uveitis (TINU) bei einem 15jährigen Knaben – ein ungewöhnlicher Krankheitsverlauf**  
S. Wygoda<sup>1</sup>, M. Henn<sup>1</sup>, S. Hollenbach<sup>1</sup>, B. Schulz<sup>1</sup>, T. Wiech<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Klinikum St.Georg gGmbH Leipzig, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und KfH Nierenzentrum für Kinder- und Jugendliche  
<sup>2</sup>Sektion Nephropathologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- P02 **Akute Glomerulonephritis bei Einnierigkeit**  
B. Schulz<sup>1,2</sup>, S. Wygoda<sup>2</sup>, M. Henn<sup>1,2</sup>, S. Hollenbach<sup>1,2</sup>, M. Borte<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum "St. Georg" gGmbH, Leipzig  
<sup>2</sup>KfH Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche am Klinikum "St. Georg" gGmbH, Leipzig
- P03 **Choledocholithiasis im Kindesalter – interventionelle ERCP**  
C. Goldhardt<sup>1</sup>, I. Wallstabe<sup>2</sup>, A. Polednia<sup>3</sup>, C. Spranger<sup>1</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 Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig  
<sup>3</sup>Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig
- P04 **Akutes Nierenversagen infolge exzessiver Rhabdomyolyse auf dem Boden einer Glycogenose Typ 5 (Morbus McArdle)**  
M. Henn<sup>1</sup>, J. Lube<sup>1</sup>, S. Hollenbach<sup>1</sup>, B. Schulz<sup>1</sup>, S. Wygoda<sup>1</sup>, T. Kraya<sup>2</sup>, I. Schneider<sup>2</sup>, Th. Wiech<sup>3</sup>, M. Borte<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin mit KfH-Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig  
<sup>2</sup>Universitätsklinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Halle (Saale)  
<sup>3</sup>Nierenregister, Institut für Pathologie, Diagnostikzentrum, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg
- P05 **Diarrheal diseases among Nepalese children**  
N. Benecke<sup>1</sup>, C. Vogelberg<sup>1</sup>, A. Joshi<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Department of Paediatrics, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Germany  
<sup>2</sup>Department of Paediatrics, Dhulikhel Hospital, Kathmandu University Teaching Hospital
- P06 **Septische Enterocolitis mit extraintestinaler Ursache**  
M. Rose<sup>1</sup>, J. Jochim<sup>2</sup>, M. Landauer<sup>2</sup>, M. Borte<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg, Leipzig  
<sup>2</sup>Klinik für Kinder und Jugendmedizin, Sana Klinikum Offenbach, Offenbach am Main

- P07 Dysplasia associated mass (DALM) eines 17-jährigen Patienten mit Colitis ulcerosa  
M. Zurek<sup>1</sup>, C. Spranger<sup>1</sup>, G. Barreton<sup>2</sup>, V. Wiechmann<sup>3</sup>, M. Borte<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig  
<sup>2</sup>Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
<sup>3</sup>Institut für Pathologie und Tumordiagnostik, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

## Onkologie und Endokrinologie

Vorsitz: S. Weihrauch-Blüher (Halle (Saale)), T. Bernig (Halle (Saale))

- P08 PNET ist nicht gleich PNET  
L. Lehmann<sup>1</sup>, D. Jechorek<sup>2</sup>, C. Scherlach<sup>3</sup>, A. Redlich<sup>1</sup>, V. Aumann<sup>1</sup>, P. Vorwerk<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Zentrum für Kinderheilkunde, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg  
<sup>2</sup>Institut für Pathologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg  
<sup>3</sup>Institut für Neuroradiologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
- P09 Schilddrüsenonografie bei Hyperkalzämie und Nephrolithiasis  
M. Pommerenke, D. Windschall  
Asklepios Klinik Weißenfels, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
- P10 SKORBUT – Eine vergessene Folge einseitiger Ernährung  
C. Markl, S. Bulk, L. Patzer  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin "St. Elisabeth und St. Barbara" Halle (Saale)
- P11 Behandlung des Kasabach-Merritt-Phänomens (KMP) bei Riesenhämangiom mit Sirolimus  
K. Kentouche<sup>1</sup>, F. Eckoldt<sup>2</sup>, H.-J. Mentzel<sup>3</sup>, H. Proquitté<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena  
<sup>2</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Jena  
<sup>3</sup>Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie – Kinderradiologie, Universitätsklinikum Jena
- P12 Erfolgreiche Hepatitis C-Viruselimination während der zytostatischen AML-Dauertherapie durch die Sofosbuvir/ Velpatasvir (Epclusa®)-Kombination  
K. Kentouche, S. Reinsch, J. F. Beck  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena
- P13 Wachstumshormontherapie bei 726 reifgeborenen Kindern mit vorgeburtlicher Wachstumsverzögerung – Auswertung der CrescNet-Dokumentation  
L. Doßow<sup>1</sup>, R. Gausche<sup>2</sup>, E. Keller<sup>2</sup>, F.-W. Röhl<sup>3</sup>, C. Beger<sup>2</sup>, R. Pfäffle<sup>2</sup>, K. Mohnike<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pädiatrische Endokrinologie und Stoffwechsel, Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.  
<sup>2</sup>Wachstumsnetzwerk CrescNet, Medizinische Fakultät Universität Leipzig  
<sup>3</sup>Institut für Biometrie und Medizinische Informatik, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg Medizinische Fakultät

- P14 **Enteraler Eiweißverlust als Erstmanifestation eines Neuroblastoms**  
A. Geißler<sup>1</sup>, A. Polednia<sup>2</sup>, L. Fischer<sup>3</sup>, H. Christiansen<sup>3</sup>, M. Borte<sup>1</sup>, C. Geyer<sup>4</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>Selbstständige Abteilung für Pädiatrische Onkologie, Hämatologie und Hämostaseologie, Universitätsklinikum Leipzig AöR  
<sup>4</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig
- P15 **Hämophagozytische Lymphohistiozytose bei einer Patientin mit akuter lymphoblastischer Leukämie und einer CMV-Reaktivierung**  
A. Petrou, L. Lehmann, A. Redlich, V. Aumann, P. Vorwerk  
Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Universitätskinderklinik Magdeburg

## Kardiovaskuläre Erkrankungen

Vorsitz: D. Vilser (Jena), R. Grabitz (Halle (Saale)), R. Wagner (Leipzig)

- P16 **Adipositas und Leistenschmerz**  
J.-P. Streidl<sup>1</sup>, L. Fischer<sup>2</sup>, A. Richter<sup>3</sup>, Y. Vorwerk<sup>1</sup>, K. Gröger<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin, Muldentalkliniken gGmbH, Krankenhaus Wurzen  
<sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Leipzig  
<sup>3</sup>Praxis für Radiologie, Wurzen
- P17 **Supraventrikuläre Mikro-Reentry-Tachykardie beim Neugeborenen mit großem Vorhofseptumaneurysma**  
F. Wagner, R. Gebauer, R. Wagner, C. Paech  
Abteilung für Kinderkardiologie, Universitätsklinikum Leipzig, Herzzentrum Leipzig
- P18 **Sinusknotendysfunktion bei einem Patienten mit Katecholaminsensitiver polymorpher ventrikulärer Tachykardie durch RYR2-Mutation**  
N. Lorenz<sup>1</sup>, C. Paech<sup>2</sup>, R. Gebauer<sup>2</sup>, G. Heubner<sup>1</sup>, T. Paul<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Städtisches Klinikum Dresden  
<sup>2</sup>Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig  
<sup>3</sup>Kinderherzzentrum, Universität Göttingen
- P19 **Pulmonale Komplikation einer chronischen Lebererkrankung**  
A. Redlich<sup>1</sup>, V. Aumann<sup>1</sup>, L. Lehmann<sup>1</sup>, A. Petrou<sup>1</sup>, I. Adams<sup>2</sup>, J. Schreiber<sup>3</sup>, P. Vorwerk<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Universitätskinderklinik Magdeburg  
<sup>2</sup>Pädiatrische Pneumologie, Universitätskinderklinik Magdeburg  
<sup>3</sup>Universitätsklinik für Pneumologie, Magdeburg
- P20 **Transposition der großen Arterien (d-TGA) und Frühgeburtlichkeit – Darstellung der problematischen Kombination an 2 Kasuistiken**  
N. Wolf<sup>1</sup>, M. Knüpfer<sup>1</sup>, M. Weidenbach<sup>2</sup>, I. Dähnert<sup>2</sup>, U. Thome<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Selbstständige Abteilung Neonatologie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Leipzig  
<sup>2</sup>Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig

- P21 **Behandlung von Kindern mit angeborenen Herzfehlern aus Entwicklungsländern**  
B. Wannemacher<sup>1</sup>, B. Lück<sup>1</sup>, N. Bigl<sup>1</sup>, M. Kostelka<sup>2</sup>, I. Dähnert<sup>1</sup>, M. Weidenbach<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig GmbH  
<sup>2</sup>Klinik für Herzchirurgie, Herzzentrum Leipzig GmbH
- P22 **Thoraxhypoplasie und Vitium cordis – Fallbericht Ellis-van-Creveland-Syndrom**  
C. Siegel, M. Knüpfer, U. Thome  
Selbständige Abteilung Neonatologie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Leipzig
- P23 **Pränatal diagnostizierte Herzfehler im Vergleich zum postnatalen oder pathologisch-anatomischen Befund**  
P. Kinzel<sup>1</sup>, C. Springer<sup>2</sup>, H. Stepan<sup>3</sup>, T. Springer<sup>1</sup>, I. Dähnert<sup>1</sup>, R. Faber<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Universität Leipzig  
<sup>2</sup>St. Elisabeth Krankenhaus Leipzig  
<sup>3</sup>Universitätsfrauenklinik Leipzig  
<sup>4</sup>Zentrum für Pränatale Medizin Leipzig

## Immunologie und Infektiologie

Vorsitz: M. Rose (Leipzig), A. Bigl (Leipzig)

- P24 **Pulmonale Aspergillose bei einem immungesunden Kind**  
A. Avila<sup>1</sup>, A. Polednia<sup>2</sup>, S. Borte<sup>1,3</sup>, M. Zurek<sup>1</sup>, M. Borte<sup>1,3</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>ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL) am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig
- P25 **Welche Bedeutung haben Kernschatten im Differenzialblutbild?**  
T. Dietrich, J. Lohse, R. Knöfler, M. Suttorp  
Pädiatrische Hämato-Onkologie, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Dresden
- P26 **Chronische Sinusitis als Schlüssel zur Diagnose**  
M. Hagenberg<sup>1</sup>, T. Bernig<sup>2</sup>, L. Patzer<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)  
<sup>2</sup>Universitätsklinikum Halle (Saale)
- P27 **Komplizierter Verlauf einer septischen Arthritis**  
S. Zill<sup>1</sup>, G. Heubner<sup>1</sup>, A. Rungenhagen<sup>2</sup>, T. Haufe<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Städtisches Klinikum Dresden Neustadt/Trachau  
<sup>2</sup>Abteilung für Kinderchirurgie, Städtisches Klinikum Dresden Neustadt/Trachau  
<sup>3</sup>Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie, Städtisches Klinikum Dresden Neustadt/Trachau

**P28**      **Komplikationen ambulant erworbener Pneumonie – Spektrum und Management**

A. Geißler<sup>1</sup>, A. Polednia<sup>2</sup>, M. Borte<sup>3</sup>, C. Geyer<sup>3</sup>, M. Rose<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg, Leipzig

**P29**      **Persistierende Oberlappenatektase – Erstmanifestation einer atypischen Mykobakteriose**

K. Stamos<sup>1</sup>, G. Hahn<sup>2</sup>, J. Roesler<sup>3</sup>, C. Vogelberg<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Abteilung Pädiatrische Pneumologie/ Allergologie, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Dresden

<sup>2</sup>Abteilung Kinderradiologie, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Dresden

<sup>3</sup>Abteilung Immunologie, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Dresden

**P30**      **Tularämie – eine seltene Diagnose im Kindesalter**

M. Schönleben<sup>1</sup>, M. Lorenz<sup>1</sup>, H.-J. Mentzel<sup>2</sup>, K. Kentouche<sup>1</sup>, S. Hagel<sup>3</sup>, T. Bitter<sup>4</sup>, B. Müller<sup>4</sup>, S. Pötzsch<sup>5</sup>, S. Reinsch<sup>1</sup>, J. F. Beck<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Sektion Kinderradiologie, IDIR, Universitätsklinikum Jena

<sup>3</sup>Zentrum für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Jena

<sup>4</sup>Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Friedrich-Schiller-Universität Jena

<sup>5</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Helios Vogtland-Klinikum Plauen

**P31**      **Streptokokken – häufig, aber nicht immer harmlos**

R. Jähnig, C. Kielwagen, T. Woller, A. Möckel

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sana Klinikum Borna

## **Psychologie, Neurologie und Sonstige I**

Vorsitz: A. Bertsche (Leipzig), S. Semmig-Könze (Leipzig)

**P32**      **Was macht ein Pferd in der Kinderarztpraxis?**

K. Amm

Kinderarztpraxis, Leipzig

**P33**      **Frühkindliche Essstörung mit Mangelgedeißen bei Mutter-Kind-Interaktionsstörung**

M. Raabe, I. Riemer, T. Rusche

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Arbeitsbereich Eltern-Kind-Psychosomatik, Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar



- P34 [„www.kinderschutzmedizin-sachsen.de“](http://www.kinderschutzmedizin-sachsen.de) – Etablierung und Vernetzung des medizinischen Kinderschutzes in Sachsen  
A. Zscheschang<sup>1</sup>, A. Heilmann<sup>2</sup>, F. Schwier<sup>1</sup>, J. Straube-Krüger<sup>1</sup>, U. Schmidt<sup>3</sup>, C. Erfurt<sup>3</sup>, R. Berner<sup>2</sup>, G. Fitze<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden  
<sup>2</sup>Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden  
<sup>3</sup>Institut für Rechtsmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden
- P35 [Reduktionsdefekte der unteren Extremität](#)  
S. Halletz<sup>1,2</sup>, A. Köhn<sup>1</sup>, R. Hajji<sup>2</sup>, A. Reißmann<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg  
<sup>2</sup>Fachbereich Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien, Hochschule Magdeburg-Stendal
- P36 [Kohlenmonoxid \(CO\)-Intoxikation nach Besuch einer Shishabar. Wasserpfeifenkonsum in der Differentialdiagnose der Synkope](#)  
R. Twal, R. Grabitz, U. Issa, U. Liebaug  
Department für operative und konservative Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsmedizin Halle (Saale)
- P37 [Eine de novo frameshift-Variante in PUF60 bei einem Mädchen mit globaler Entwicklungsverzögerung, Herzfehler und Mikrozephalie](#)  
F. Rößler, R. Abou Jamra  
Institut für Humangenetik am Universitätsklinikum Leipzig AöR
- P38 [Klinische Präsentation myasthener Syndrome](#)  
H. Knöfler<sup>1</sup>, M. Heruth<sup>1</sup>, A. Möckel<sup>1</sup>, A. Reinshagen<sup>2</sup>, D. Boeckler<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sana Klinikum Borna  
<sup>2</sup>Klinik für Neurologie, Sana Klinikum Borna
- P38-1 [Makrocephalie, Hydrocephalus und Opticusatrophie: Genetische Untersuchung statt Ableitungsdrainage – ein Fallbericht](#)  
S. Patzer<sup>1</sup>, T. Neumann<sup>2</sup>, P. Göbel<sup>3</sup>, T. Pörmann<sup>4</sup>, L. Patzer<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin "St. Elisabeth und St. Barbara" Halle (Saale)  
<sup>2</sup>Praxis Halle, Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik  
<sup>3</sup>Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie "St. Elisabeth und St. Barbara" Halle (Saale)  
<sup>4</sup>Praxis für Radiologie am Krankenhaus "St. Elisabeth und St. Barbara" Halle (Saale)

## Psychologie, Neurologie und Sonstige II

Vorsitz: C. Kretzschmar (Dresden)

- P39 Depressionen und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen mit Herzschrittmachern (PM) und implantierten Defibrillatoren (ICD)  
V. Herbsleb<sup>1</sup>, A. Klein<sup>2</sup>, M. Döhnert<sup>2</sup>, T. Matuschek<sup>2</sup>, S. Stadelmann<sup>2</sup>, I. Dähnert<sup>1</sup>, R. Gebauer<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig  
<sup>2</sup>Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes/Jugendalters, Universitätsklinikum Leipzig
- P40 Schallleitungsschwerhörigkeiten im Vorschulalter  
M. Loderstedt<sup>1</sup>, K. Thiele<sup>2</sup>, A. Reißmann<sup>3</sup>, U. Vorwerk<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>HNO-Universitätsklinik Magdeburg  
<sup>2</sup>Gesundheitsamt Magdeburg  
<sup>3</sup>Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt
- P41 Inkomplette Querschnittssymptomatik als erstes Zeichen einer akuten parainfektösen transversen Myelitis  
D. Krone<sup>1</sup>, S. Patzer<sup>1</sup>, T. Porrman<sup>2</sup>, L. Patzer<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)  
<sup>2</sup>Radiologische Praxis am Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)
- P42 Typ-1-Narkolepsie mit frühem Beginn im Kindesalter – 2 Falldarstellungen  
S. Eichholz<sup>1</sup>, S. Zill<sup>1</sup>, J. Moritz<sup>2</sup>, M. Hofmann<sup>3</sup>, G. Heubner<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Städtisches Klinikum Dresden, Standort Neustadt/Trachau  
<sup>2</sup>Abteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und Kieferchirurgie, Seelands Universitätsklinikum, Køge/Dänemark  
<sup>3</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, DRK-Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein
- P43 Rasmussen-Enzephalitis bei einem 6-jährigen Jungen  
A. Sauerbrey, B. Müller, A.-B. Hintz  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Helios Klinikum Erfurt
- P44 Akute nekrotisierende Encephalopathie bei einem 5jährigen Mädchen  
C. Kunze<sup>1</sup>, E. Boltshauser<sup>2</sup>, A. Kühn<sup>3</sup>, T. Lange<sup>3</sup>, T. G. Müller<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Klinik f. Diagnostische Radiologie, Universitätsklinikum Halle (Saale), M.-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
<sup>2</sup>Kinderklinik, Universitätsklinikum Zürich  
<sup>3</sup>Department f. operative und konservative Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Halle (Saale), M.-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- P45 Etablierung einer psychosomatischen Abteilung in der Kinderklinik – Erfahrungen und Auswertungen nach 2 Jahren  
A. Lachnit, B. Schwab, G. Heubner  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Städtisches Klinikum Dresden

## Neonatologie

Vorsitz: H.-J. Bittrich (Erfurt), C. Huster (Zwickau)

- P46 Neonatales Nierenversagen nach Therapie mit Angiotensin II-Rezeptor-Blockern (Sartanen) während der Schwangerschaft  
S. Hollenbach<sup>1,2</sup>, M. Henn<sup>1,2</sup>, U. Fleischer<sup>2</sup>, M. Rose<sup>2</sup>, S. Wygoda<sup>1</sup>, M. Borte<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>KfH-Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche am Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig  
<sup>2</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig
- P47 Vergleich der Auswirkungen des Opiat- vs. Methamphetamin-Abusus Schwangerer auf die Neugeborenen  
A. Gebauer, E. Robel-Tillig  
Neonatologie, Klinikum St. Georg Leipzig
- P48 Ökonomie versus Risiko – Critical Incident (Near Miss) durch Ausfall eines Patientenmonitors  
N. Lorenz<sup>1,3</sup>, S. Schmidt<sup>1</sup>, K. Rauer<sup>2</sup>, J. U. Kliemann<sup>2</sup>, G. Heubner<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Bereich Neonatologie, Städtisches Klinikum Dresden  
<sup>2</sup>Medizin- und Informationstechnik  
<sup>3</sup>Klinisches Risikomanagement, Perinatalzentrum Dresden, Städtisches Klinikum Dresden
- P49 Hypothermiebehandlung eines asphyktischen Frühgeborenen mit Fallot'scher Tetralogie  
B. Ackermann<sup>1</sup>, N. Wolf<sup>1</sup>, B. Lück<sup>2</sup>, U. Thome<sup>1</sup>, M. Knüpfer<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Selbständige Abteilung Neonatologie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Zentrum für Frauen- und Kindermedizin, Leipzig  
<sup>2</sup>Klinik für Kinderkardiologie, Universitätsklinik – Herzzentrum Leipzig
- P50 Intrauterine Metamphetamin-Exposition als Ursache einer Schizenzephalie?  
F. Weber<sup>1</sup>, N. Näther<sup>1</sup>, G. Hahn<sup>2</sup>, M. Rüdiger<sup>1</sup>, J. Dinger<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
<sup>2</sup>Abteilung für Kinderradiologie, Universitätsklinik Carl Gustav Carus Dresden
- P51 Kurzzeitprognose des posthämorrhagischen Hydrocephalus (PHHC)  
S. Sörgel<sup>1</sup>, M. Krause<sup>2</sup>, A. Bläser<sup>1</sup>, U. Thome<sup>1</sup>, M. Knüpfer<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Selbständige Abteilung Neonatologie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Leipzig  
<sup>2</sup>Klinik für Neurochirurgie, Universitätsklinik Leipzig

**P52 Fördert olfaktorische Stimulation die orale Nahrungsaufnahme von Frühgeborenen?**

J. Gellrich<sup>1</sup>, N. Rochor<sup>1</sup>, T. Hummel<sup>2</sup>, M. Rüdiger<sup>3</sup>, V. A. Schriever<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Abteilung Neuropädiatrie, Universitätsklinikum Dresden

<sup>2</sup>Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Interdisziplinäres Zentrum für Riechen und Schmecken, Universitätsklinikum Dresden

<sup>3</sup>Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Abteilung Neonatologie, Universitätsklinikum Dresden

**P53 Neugeborenencreening auf Mukoviszidose (CF) – 6 Monate Erfahrung aus Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen**

C. Henn<sup>1</sup>, J. Hammermann<sup>2</sup>, U. Ceglarek<sup>3</sup>, M. Stoppsack<sup>4</sup>, S. Rönicke<sup>5</sup>, I. Adams<sup>6</sup>, U. Issa<sup>7</sup>, J. Mainz<sup>8</sup>, D. Schuhmann<sup>9</sup>, K. Thoß<sup>10</sup>, J. Meister<sup>11</sup>, G. Lohse<sup>12</sup>, M. Käding<sup>13</sup>, J. Hentschel<sup>14</sup>, F. Prenzel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mukoviszidose-Ambulanz, Klinik für Kinder und Jugendliche am Universitätsklinikum Leipzig

<sup>2</sup>UMC „Christiane Herzog“, Kinderklinik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

<sup>3</sup>Screeningzentrum Sachsen, Standort Leipzig

<sup>4</sup>Screeningzentrum Sachsen, Standort Dresden

<sup>5</sup>Screeninglabor, Universitätsklinikum Magdeburg

<sup>6</sup>Mukoviszidose-Ambulanz, Universitätskinderklinik der Otto-von Guericke-Universität Magdeburg

<sup>7</sup>Mukoviszidose-Zentrum, Klinikum der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

<sup>8</sup>Mukoviszidose-Zentrum, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena

<sup>9</sup>Mukoviszidose-Ambulanz, Kinderklinik, Helios-Klinikum Erfurt

<sup>10</sup>Mukoviszidose-Ambulanz, Kinderklinik Greiz

<sup>11</sup>Mukoviszidose-Ambulanz, Kinderklinik, Helios-Klinikum Aue

<sup>12</sup>Mukoviszidose-Ambulanz, Kinderklinik, Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau

<sup>13</sup>Mukoviszidose-Ambulanz, Poliklinik gGmbH Chemnitz

<sup>14</sup>Institut für Humangenetik, Universitätsklinikum Leipzig

## Kinderchirurgie I

Vorsitz: C. Lacher (Leipzig), P. Göbel (Halle (Saale))

**P54 Volvulus bei einem 15-jährigen Jungen**

Y. Vorweg<sup>1</sup>, A. Schlesinger<sup>1</sup>, K. Gröger<sup>1</sup>, H. Gröger<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Abteilung Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus Wurzen, Muldentalkliniken

<sup>2</sup>Abteilung Chirurgie, Krankenhaus Wurzen, Muldentalkliniken

**P55 Postnataler Dünndarm-Ileus durch persistierenden Ductus omphaloentericus**

M. Raudonat, J.-H. Haß, H. Krause

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

**P56 Leitliniengerechtes Timing der Operation des Hodenhochstandes**

S. Ommer

Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Jena

- P57 Spondylodiszitis – seltene Ursache einer Laufverweigerung beim Kleinkind**  
 A. Hauenherm<sup>1,2</sup>, A. Polednia<sup>3</sup>, C. Goldhardt<sup>1</sup>, C. Geyer<sup>4</sup>, M. Borte<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig  
<sup>2</sup>ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL), Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig  
<sup>3</sup>Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig  
<sup>4</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig
- P58 Gastrostomie bei Epidermolys bullosa – eine interdisziplinäre Herausforderung**  
 C. Spranger<sup>1</sup>, M. Zurek<sup>1</sup>, T. Lichtenberger<sup>3</sup>, T. Lehnert<sup>2</sup>, C. 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 Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig
- P59 Operationszeitpunkt und Besonderheiten für die Versorgung von Leistenbrüchen bei Frühgeborenen**  
 I. Alhussami  
 Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Jena

## Kinderchirurgie II

Vorsitz: K. Großer (Erfurt), C. Geyer (Leipzig)

- P60 Potts Puffy Tumor bei einem 12 Jahre alten Jungen mit protrahierter Sinusitis maxillaris et frontalis mit nachfolgendem Epiduralsabszess frontal und Osteomyelitis durch Streptokokkus intermedius**  
 M. Fasshauer<sup>1,2</sup>, S. Borte<sup>1,2</sup>, A. Polednia<sup>3</sup>, S. Prager<sup>4</sup>, L. Günther<sup>5</sup>, C. Geyer<sup>6</sup>, M. Borte<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig  
<sup>2</sup>ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL), Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig  
<sup>3</sup>Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig  
<sup>4</sup>Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig  
<sup>5</sup>Klinik für Neurochirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig  
<sup>6</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig
- P61 Hämorrhagisch-nekrotisierende Pankreatitis (HNP) bei Systemischem Lupus erythematodes (SLE) – der seltene Fall**  
 B. Grünwald<sup>1</sup>, J. Lube<sup>2</sup>, S. Hollenbach<sup>2</sup>, M. Zurek<sup>2</sup>, M. Henn<sup>2</sup>, C. Spranger<sup>2</sup>, T. Lehnert<sup>1</sup>, M. Kohl<sup>1</sup>, A. Polednia<sup>4</sup>, A. Weimann<sup>5</sup>, I. Wallstabe<sup>6</sup>, M. Fuchs<sup>3</sup>, T. Wiech<sup>7</sup>, M. Borte<sup>2</sup>, C. P. Geyer<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig  
<sup>2</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig  
<sup>3</sup>Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig  
<sup>4</sup>Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig  
<sup>5</sup>Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig  
<sup>6</sup>Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig  
<sup>7</sup>Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

- P62      Überbrückung großer Knochendefekte mit dem Taylor-Frame und Segmenttransport mit Seilzugsystem (Kasuistik)  
W. Müller<sup>1</sup>, T. Porrmann<sup>2</sup>, C. P. Geyer<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik f. Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig  
<sup>2</sup>Radiologische Praxis am Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale)
- P63      Eine seltene Torticollis-Ursache im Kindesalter  
E. Papatsoutsos, U. Vorwerk  
HNO-Klinik, Universitätsklinikum Magdeburg
- P64      Blasenverletzungen im Rahmen der offenen Leistenherniotomie: vermeidbare Komplikation mit hoher Morbidität  
M.-C. Schaller<sup>1</sup>, I. Sorge<sup>2</sup>, M. Lacher<sup>1</sup>, P. Puri<sup>3</sup>, J.-H. Gosemann<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Leipzig  
<sup>2</sup>Abteilung für Kinderradiologie, Universitätsklinik Leipzig  
<sup>3</sup>National Children's Research Centre, Our Lady's Children's Hospital, Dublin, Ireland
- P65      Interdisziplinäres Management von komplexen Hand- und Fußverletzungen durch unsachgemäßen Umgang mit Knallkörpern  
R. Böhm<sup>1</sup>, M. Weißer<sup>1</sup>, S. Langer<sup>2</sup>, C. Josten<sup>2</sup>, U. Bühligen<sup>1</sup>, M. Lacher<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Klinikum der Universität Leipzig AöR  
<sup>2</sup>Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie, Klinikum der Universität Leipzig AöR







# Abstracts

der Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen  
Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und  
Kinderchirurgie, 07. bis 08. April 2017 in Leipzig

## »» Multidisziplinäre Fortbildung: Pädiatrische Palliativversorgung und Kinderhospizarbeit – ein Überblick

---

### Was brauchen die Betroffenen? – Die Sichtweise der Eltern

A. Lasch

*Germanistisches Seminar, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel*

Im Januar 2014 erhielt unsere Familie die Verdachtsdiagnose "Morbus Krabbe" für unseren jüngsten Sohn Lewin (<https://biglewinski.wordpress.com/>), die erst im September 2014 bestätigt werden konnte. Auf dem langen und eindrücklichen Weg bis zu seinem Tod im Januar 2015 begleitete und half uns das Brückenteam des Universitätsklinikums Dresden in allen für uns im Januar 2014 noch unerdenklichen Fällen und darüber hinaus. In meinem knappen Beitrag möchte ich auf diese besonderen Erfahrungen eingehen und stehe für Ihre Fragen gern zur Verfügung.

## »» Ist Timing alles? Eingriffe bei Kindern zum richtigen Zeitpunkt

---

### Elektiveingriffe bei Kindern – Hämostasiologische Betrachtungen (Präoperative Gerinnungsdiagnostik bei Kindern)

L. Fischer

*Selbständige Abteilung für Pädiatrische Onkologie, Hämatologie und Hämostaseologie, Universitätsklinikum Leipzig*

Die meisten operativen Eingriffe bei Kindern sind elektiver Natur. Häufig ist ein HNO-Eingriff die erste Operationsindikation bei Kindern. Durch das vielfach durchgeführte präoperative Laborscreening bestehend aus Quick, aPTT und Thrombozytenzahl kann das perioperative Blutungsrisiko nicht sicher bewertet werden. Im Jahr 2006 wurde im Deutschen Ärzteblatt eine Konsensusempfehlung veröffentlicht, die der standardisierten Gerinnungsanamnese vor Adenotomie einen höheren Stellenwert einräumt. Hieraus leitet sich bei auffälliger Anamnese eine gerichtete und erweiterte Laboranalytik ab. Dieses Vorgehen wurde 2010 in der Universitätsklinik Leipzig eingeführt. In der Praxis zeigen sich jedoch häufig Anamnesehemmnisse durch Sprachbarrieren und getrennt lebende Eltern. Die erweiterte Gerinnungsanalytik, die vor allem den von-Willebrand-Faktor beinhalten muss, generiert neue Fragen. Auch ist die verlängerte aPTT bei anamnestisch Gerinnungsgesunden weiterhin eine häufige Fragestellung in der Gerinnungsambulanz.

---

### Empfehlungen zu Impfungen im Zusammenhang mit Operationen

M. Borte

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

Die häufigen Anfragen zum Thema Impfungen und Operationen sind Ausdruck einer großen Unsicherheit von Eltern, Patienten, aber auch Impfähzten, Chirurgen, Anästhesisten und begründen die Notwendigkeit von Empfehlungen. Bei dringender Indikation kann ein operativer Eingriff jederzeit durchgeführt werden, auch wenn eine Impfung vorausgegangen ist. Bei Wahleingriffen sollte nach Gabe von Totimpfstoffen ein Mindestabstand von 3 Tagen und nach Verabreichung von Lebendimpfstoffen ein Mindestabstand von 14 Tagen eingehalten werden. Weder klinische Beobachtungen noch theoretische Erwägungen geben Anlass zu der Befürchtung, dass Impfungen und operative Eingriffe inkompatibel sind. Um aber mögliche Impfreaktionen von Komplikationen der Operation unterscheiden zu können, wird empfohlen, diese Mindestabstände einzuhalten. Nach Operationen sind keine bestimmten Zeitabstände einzuhalten. Impfungen können erfolgen, sobald der Patient in einem stabilen Allgemeinzustand ist. Impfungen aus vitaler Indikation (z. B. Tetanus-, Tollwut-, Hepatitis-B-Schutzimpfung) können jederzeit gegeben werden. Impfungen nach Operationen, die mit einer immunsuppressiven Behandlung verbunden sind, z. B. Transplantationen, sind mit dem behandelnden Zentrum zu planen.

## »» Kontroversen in der Kinderchirurgie

---

### **Therapie der Appendizitis – bald ohne Chirurgen? Die Zukunft gehört der Pädiatrie!**

G. Flemming

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

Die akute Appendizitis (AA) ist einer der häufigsten chirurgischen Notfälle weltweit. Das Lebenszeitrisiko liegt bei 7-8%, wobei der Peak der Inzidenz in der zweiten Lebensdekade liegt. Die AA ist der häufigste Notfall bei Kindern und betrifft 1-8% der Kinder die in einer Notfallambulanz wegen akuter Bauchschmerzen vorgestellt werden. Früher war die AA eine klare Domäne der Kinderchirurgie, denn bei fast allen Kindern und Jugendlichen war eine Operation notwendig. Eine Appendektomie gilt als risikoarmer Eingriff, aber die Komplikationsrate liegt bei ca. 7%[1, 2] und es besteht die Notwendigkeit einer Narkose mit entsprechenden Risiken. Im Lauf der Zeit und mit der Entwicklung moderner Antibiotika kam es zu einem Dogma-Wechsel vom operativen Management (OM) zur konservativen Therapie (nicht-operative Therapie, NOT) bei der akuten unkomplizierten Appendizitis (AUA). Anhand aktueller Studien[3, 4] zeigt sich, dass NOT sowohl als initiale Therapie der AUA bei 97% der Kinder, als auch bei einem Großteil der Patienten (82%) in der Langzeitbeobachtung effektiv ist (keine Notwendigkeit einer Appendektomie). Die Komplikationsrate, die Gesamt-Krankenhausaufenthaltsdauer und die Gesamtkosten bei NOT und Appendektomie sind vergleichbar. Somit sollte eine NOT bei jeder AUA als primäre Therapie erwogen werden.

## »» Freie Vorträge „Leipziger Freiheit“

---

### **Longitudinale Wachstums- und Gewichtsentwicklungsbeurteilung für die Pädiatrie**

R. Gausche, C. Beger, R. Müller, R. Pfäffle

*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universität Leipzig*

Einleitung: 256 Kindermediziner engagieren sich im CrescNet für eine frühestmögliche Diagnostik von Wachstumsstörungen. Eine Datenbank mit entsprechenden Schnittstellen ermöglicht den Datentransfer aus unterschiedlichen Einrichtungen. Ziele: Durch die Vernetzung verschiedener Versorgungsebenen wird die permanente Beurteilung von Wachstumsentwicklungen unterstützt. Wachstum wird als ein Indikator für gesunde Entwicklung zur frühen Abklärung von gesundheitlichen Störungen genutzt. Methode: Kinder- und Jugendärzte liefern Wachstumsdaten, die einem Screening unterzogen werden. Spezialsprechstunden arbeiten mit diesen Daten weiter. Die Wachstumsverläufe bilden eine Grundlage für die Qualitätssicherung von Diagnostik und Therapie. Ergebnisse: 2016 wurden 116.433 Patienten mit 193.854 Visiten geprüft, 88.307 übertragen aus Kinderarztpraxen. In 4295 Fällen (4,9%) wurden Auffälligkeiten ermittelt und in 1.132 Fällen (1,3%) Handlungsempfehlungen ausgesprochen. Die Datenbank verfügt über 4,5 Mio. Visiten von 830.000 Individuen. Diskussion: Ein konsequent dokumentierter Wachstumsverlauf liefert Hinweise auf das Vorliegen von Erkrankungen. Die für die Beurteilung erforderliche Datendichte wird durch ein Netzwerk realisiert. Schlussfolgerung: Wachstum, Gewichts- und Kopfumfangsentwicklung sind gut beobachtbare Merkmale. Ein Netzwerk schafft die Voraussetzungen für Dokumentation und Aufbereitung an unterschiedlichen Standorten und unterstützt die frühzeitige Diagnostik von Störungen.

### **Diagnostik angeborener Immundefekte – Neue Konzepte des ImmunDefektCentrums Leipzig**

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

<sup>1</sup>*ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL) am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig*

<sup>2</sup>*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig*

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

<sup>4</sup>*Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin, Nephrologie und Rheumatologie. 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 transkriptomweite 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.

---

### **Endoskopisch-assistierte laparoskopische Gastrostomie im Kindesalter – eine Alternative?**

T. Lehnert<sup>1</sup>, M. Zurek<sup>2</sup>, C. Spranger<sup>2</sup>, C. Hempel<sup>2</sup>, C. P. Geyer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

<sup>2</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

Hintergrund: Die Button-Gastrostomie ist Therapie der Wahl bei Kindern mit Ernährungsproblemen. Dabei hat sich die PEG zum bevorzugten Therapieverfahren entwickelt, gleichwohl eine zweite Sitzung vonnöten ist. Darüberhinaus stellt die PEG-Anlage für junge Säuglinge sowie Patienten mit abdominalen Voroperationen, ausgeprägter Skoliose, liegendem ventrikulo-peritonealem sowie Peritonealdialysekatheter ein erhöhtes Risiko dar. Fragestellung: Können endoskopisch assistierte laparoskopische Gastrostomieverfahren (EALG) eine Alternative darstellen? Methode: 6 Patienten mit EALG in 1-3 Trokarteknik. Dabei kamen unterschiedliche Verfahren hinsichtlich Pexienahtplatzierung, Nahtverankerung, Stomietechnik zur Anwendung und werden dargestellt. Ergebnisse: 6 Patienten (4xm,2xw) wurden mittels EALG im Alter von 65.5 Monaten(10-191) versorgt. 3/6 mit initialer Einlage 15Fr Gastrotube, 3/6 temporäre Einlage eines Blasenkatheters mit nachfolgender Button-Einlage. SN-Zeit 64 Minuten(28-107). Keine Hepar- oder Intestinalbegleitverletzung. Keine Konversion. Zeitgerechter enteraler Kostaufbau. Im Follow-up von 10 Wochen(4-32) 1/6 mit lokaler Hypergranulation, keine Nahtinsuffizienz, keine Redo-Gastropexie. Schlussfolgerung: EALG scheint eine machbare und effektive Alternative zur PEG darzustellen. Bei jungen Säuglingen und Patienten mit erhöhtem Risiko einer PEG-Anlage ermöglicht EALG in einer operativen Sitzung eine sichere Gastrostomie und führt zu einem guten funktionellem und ästhetischen Ergebnis.

---

### **Laparoskopische abdominelle v.-p.-Shuntrevision bei Kindern in SILS-Technik (Ei-Optik)**

O. Deffaa, M. Weißer, M. Lacher, U. Bühligen

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Leipzig

Einleitung: Im Rahmen von Revisionen eines VP-Shunts ist häufig auch die Revision des peritonealen Katheters notwendig. Ziel dieser Studie war die Untersuchung unserer laparoskopischen Shuntrevisionen. Methode: 1996–1999 erfolgten die Revisions-OPs in Multitrokarteknik. Seit 2000 wird eine Eintrokarteknik mittels „Ei-Optik“ durchgeführt (5.5mm Trokar mit integriertem 3.5mm Arbeitskanal; Fa. Richard Wolf). Der neu einzubringende Peritonealkatheter wird entweder mithilfe des in situ befindlichen Katheters von zervikal nach intraabdominell durchgezogen ("Pull-through-Technik"). Alternativ erfolgt eine erneute Punktion der Peritonealhöhle unter laparoskopischer Kontrolle. Ergebnisse: 95 abdominelle Shuntrevisionen (Alter: 2-17 Jahre) wurden analysiert. Ursachen der Dysfunktion waren zu kurze periphere Ableitungen (n=63), Diskonnektion (n=17, 18%), peritoneale Pseudozysten (n=11, 12%) und v.a. insuffiziente abdominelle Liquorresorption (n=4, 4%). In 6 (6%) Fällen war aufgrund von peritonealen Pseudozysten oder starken intraabdominellen Verwachsungen das laparoskopische Einbringen des peripheren Shunt-Systems nicht möglich. Im frühen postoperativen Verlauf wurden keine Komplikationen beobachtet, insbesondere keine Infektionen. Schlussfolgerung: Die Laparoskopie als Methode zur

abdominellen VP-Shuntrevision ist sicher und mit sehr gutem Erfolg durchführbar. Dies gilt auch für die Eintrokarntechnik mittels „Ei-Optik“, die unser Klinikstandard geworden ist.

---

### **Laparoskopische Varikozelen-Dissektion bei Kindern und Jugendlichen, 3-Trokartechnik vs. Einkanal Technik „LEVD mit Ei-Optik“**

F. Potthast, U. Bühligen

*Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universität Leipzig*

Einleitung: Die laparoskopische transabdominale Gefäßdissektion (Palomo) wird untersucht. Methode: Studie von Januar 1996/Dezember 2014; 156 Patienten mit laparoskopischer Varikozelendissektion; Durchschnittsalter  $13,5 \pm 2,0$  Jahre (7,2 - 18,6).

1. Dreitrokartechnik, 10mm Trokar umbilical, 2x5mm Trokar re./li. Unterbauch; Clippung, Durchtrennung der Testikulargefäße, Naht parietales Peritoneum (n= 130).
2. Dreitrokartechnik, 10mm Trokar umbilical, 2x5mm Trokar re./li. Unterbauch; Gefäßdissektion mit Ultracision/BiClamp ohne Peritonealverschluß (n= 24).
3. Eintrokar-/ Einkanaltechnik 5mm (0° Optik Wolf®, 3,5mm Arbeitskanal); bipolare Koagulation und Gefäßdissektion ohne Peritonealverschluß (n= 26).

Ergebnis: Gruppe 1 (Clippung; n=130): sechs Rezidive (4,6%); 12 Hydrozelen (9,2%); drei leichte Wundinfektionen(2,3%). Gruppe 2 (Ultracision® /BiClamp®; n=24): ein Rezidiv (4,1%), zwei Hydrozelen (8,2%). Sechs Parästhesien der Inguinalregion (25%). Gruppe 3 LEVD (Einhandtechnik, Eioptik; n=26): kein Rezidiv, keine Hydrozele, keine Wundinfektion oder Parästhesie. Die Operationszeit mit 35 Minuten niedriger als in Gruppe 1 (54min) und Gruppe 2 (50min). Schlussfolgerung: Die LEVD mit bipolarer Koagulation hat postoperative Probleme minimiert, die Operationszeit verkürzt. Bei geringem Operationstrauma als „narbenlose“ Methode nutzen wir die laparoskopische Einhand- Eintrokarntechnik durch den Nabel als ambulante Operation. Das 3,5 mm Instrumentarium ist voll wiederverwendbar.

---

### **Das Mikrobiom der akuten Appendizitis im Kindesalter**

S. Schülin<sup>1</sup>, N. Schlichting<sup>1</sup>, C. Blod<sup>1</sup>, S. Opitz<sup>2</sup>, A. Suttikus<sup>1</sup>, M. Lacher<sup>1</sup>, U. Bühligen<sup>1</sup>, S. Mayer<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>*Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Leipzig*

Einleitung. Bakterien des Magen-Darmtraktes sind an diversen metabolischen Prozessen sowie der Entstehung der akuten Appendizitis beteiligt. Ziel dieser Studie war die Charakterisierung des Mikrobioms der Appendix bei Kindern mit akuter Appendizitis. Methoden. Zwischen 01-06/2015 wurden 29 Kinder (Alter  $10,7 \pm 3,4$ J, m:w=2.6:1) mit akuter Appendizitis und laparoskopischer Appendektomie eingeschlossen. Intraoperativ wurde die Appendix extra- und intraluminal abgestrichen, Standardkulturen (n=29) entnommen und eine 16S rDNA Sequenzierung (n=16) durchgeführt. Der Schweregrad der Entzündung wurde histologisch in katarrhalisch, phlegmonös und gangränös (Carr, Ann Diagn Pathol 2000) eingeteilt. Ergebnisse. Intraluminal wurden durch Kultivierung 17 und mittels Sequenzierung 267 Spezies identifiziert. Die Häufigkeit und Diversität der Spezies unterschied sich zwischen den 3 Entzündungsstadien in Kultur signifikant (p=0.001) jedoch nicht in der Sequenzierung. Extraluminal konnten nur bei zwei Patienten Bakterien kulturell nachgewiesen werden, eine Sequenzierung gelang aufgrund der geringen DNA-Menge nicht. Schlussfolgerung. Im Lumen der akut entzündeten Appendix konnte die Sequenzierung ein umfangreiches Mikrobiom nachweisen, dessen einzelne Spezies nur in 6% auch in Kultur nachgewiesen werden konnten. Der spärliche extraluminale Nachweis von Bakterien weist auf eine Ausbreitung der Entzündung von „innen nach außen“ hin.

## »» Gastroenterologie und Nephrologie

---

### **P01 Interstitielle Nephritis mit Uveitis (TINU) bei einem 15jährigen Knaben – ein ungewöhnlicher Krankheitsverlauf**

S. Wygoda<sup>1</sup>, M. Henn<sup>1</sup>, S. Hollenbach<sup>1</sup>, B. Schulz<sup>1</sup>, T. Wiech<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Sektion Nephropathologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Einleitung: Die akute tubulointerstitielle Nephritis im Kindesalter ist eine der häufigsten Ursachen für das akute Nierenversagen mit überwiegend günstiger Prognose. Krankheitsauslösend sind Infektionen, Medikamente als auch Autoimmunerkrankungen. Die idiopathische Form assoziiert mit einer Uveitis (TINU) ist ein selten beschriebenes Krankheitsbild. Fallvorstellung: Wir berichten über einen 15 jähriger Knaben mit einem akuten dialysepflichtigen Nierenversagen mit TINU Syndrom. Die Nierenbiopsie zeigte eine schwere diffuse, teils chronische, teils floride interstitielle Nephritis. Medikamente, Infektionen oder Autoimmunerkrankung als Auslöser konnten ausgeschlossen werden. Es erfolgte eine Therapie mit Methylprednison intravenös, nachfolgen oral Prednison für 4 Wochen. Nach Beendigung der Immunsuppression verschlechterte sich erneut die Nierenfunktion, so dass die orale Prednisontherapie fortgeführt und nach 3 Monaten auf Cylosporin A umgestellt wurde. Im Verlauf entwickelte der Patient 8 Monate nach der Nephritis unter laufender systemischer Immunsuppression eine Uveitis anterior. Ergebnis: 18 Monate nach der Akuterkrankung hat der Pat eine chronische Niereninsuffizienz Stadium II, die Uveitis ist mit zusätzlicher lokaler Dexamethasontherapie ausgeheilt. Schlussfolgerung: Bei Patienten mit idiopathischer tubulointerstitieller Nephritis sollten im Langzeitverlauf regelmässige augenärztliche Kontrollen erfolgen.

---

### **P02 Akute Glomerulonephritis bei Einnierigkeit**

B. Schulz<sup>1,2</sup>, S. Wygoda<sup>2</sup>, M. Henn<sup>1,2</sup>, S. Hollenbach<sup>1,2</sup>, M. Borte<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>KfH Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche am Klinikum "St. Georg" gGmbH, Leipzig

Einleitung: Kinder und Jugendliche mit einseitiger Nierenagenesie werden in unserer Dispensaire-Sprechstunde bis zur Beendigung ihres 18. Lebensjahres betreut, um Einschränkungen der globalen Nierenfunktion und eine evtl. auftretende renale Hypertonie zu erkennen und zu behandeln. Akute nephrologische Erkrankungen treten dabei äußerst selten auf. Die Durchführung einer Nierenbiopsie bei Einnierigkeit ist in Anbetracht des stets vorhandenen Blutungsrisikos als hohe Gefahr für den Verlust einer normalen Nierenfunktion anzusehen. Falldarstellung: Ein 10-jähriger Junge mit Nierenagenesie links wird mit akuter Rotavirus-Enteritis eingewiesen. Gleichzeitig bietet er periphere Ödeme und eine Gewichtszunahme von ca. 4,5 kg bei einem akuten Nephritisches Syndrom mit Mikrohämaturie und großer Proteinurie / Hypoalbuminämie. Ebenfalls Nachweis einer Pleuropneumonie durch Parainfluenzaviren und EBV-Infektion serologisch. Anamnestisch sowie aktuell kein Bild einer Tonsillitis. Die akute Glomerulonephritis geht mit deutlichem Komplementverbrauch und leicht erhöhtem ASL-Titer bei stets normalem Kreatinin und negativen Auto-AK einher. Unter antibiotischer Therapie mit Cefuroxim und Behandlung der Ödeme und renalen Hypertonie mit Furosemid und Nifedipin kommt es zur kontinuierlichen Ödemausschwemmung und spontanem raschen Rückgang der Proteinurie. Der Verzicht auf eine Nierenbiopsie war möglich. Diskussion: Es besteht am ehesten der Verdacht auf eine Postinfektiöse Glomerulonephritis.



---

### **P03 Choledocholithiasis im Kindesalter – interventionelle ERCP**

C. Goldhardt<sup>1</sup>, I. Wallstabe<sup>2</sup>, A. Polednia<sup>3</sup>, C. Spranger<sup>1</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 Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

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

Einleitung: Vorstellung einer 1jährigen Patientin mit Verdacht auf Gastroenteritis. Seit 2 Tagen rezidivierendes Erbrechen, krampfartige Bauchschmerzen und Fieber. Bei Aufnahme sahen wir ein Kleinkind in akut reduziertem Allgemeinzustand mit beginnenden Exsikkosezeichen ohne Hinweis auf ein akutes Abdomen. Verlauf: Während des stationären Aufenthaltes wiederholt Phasen starker Unruhe mit krampfartigen Schmerzen und Erbrechen. Laborchemisch erhöhte Transaminasen und eine erhöhte  $\gamma$ GT. Sonographisch auffälliges Gangsystem. In der nachfolgenden MRCP Nachweis eines Konkrementes im DHC und erweiterte zentrale Gallenwege. Beginn einer Therapie mit Ursodeoxycholsäure. Bei anhaltenden Beschwerden Indikation zur ERCP. Hierbei zeigte sich eine prominente Majorpapille mit klaffendem Ostium. Es folgte die Papillotomie und Steinextraktion in Fragmenten. Komplikationsloser postinterventioneller Verlauf. Rascher Rückgang der sonographischen Pathologien und auffälligen Laborparameter. Die Patientin befindet sich in engmaschiger Betreuung. Bisher kein Hinweis auf ein Rezidiv, die erweiterte Diagnostik blieb unauffällig. Zusammenfassung: Gallensteine müssen auch im Kindesalter als Differentialdiagnose akuter Bauchschmerzen mit Erbrechen erwogen werden. Bei Versagen der konservativen Therapie und Beschwerdepersistenz muss ein interventionelles Vorgehen forciert werden. Die interventionelle ERCP durch einen erfahrenen Untersucher stellt auch im frühen Kleinkindalter eine sichere Methode dar.

---

### **P04 Akutes Nierenversagen infolge exzessiver Rhabdomyolyse auf dem Boden einer Glycogenose Typ 5 (Morbus McArdle)**

M. Henn<sup>1</sup>, J. Lube<sup>1</sup>, S. Hollenbach<sup>1</sup>, B. Schulz<sup>1</sup>, S. Wygoda<sup>1</sup>, T. Kraya<sup>2</sup>, I. Schneider<sup>2</sup>, T. Wiech<sup>3</sup>, M. Borte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin mit KfH-Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>2</sup>Universitätsklinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Halle (Saale)

<sup>3</sup>Nierenregister, Institut für Pathologie, Diagnostikzentrum, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg

Einleitung: Eine Rhabdomyolyse kann vielfältigste Ursachen haben von der benignen Exercise-Rhabdomyolyse und Trauma über Medikamente bis hin zu Stoffwechseldefekten, Myopathien und Tubulopathien mit Hypokaliämie. Hereditäre Formen sind beschrieben. Die Komplikationen reichen von Elektrolytverschiebungen, Hypovolämie bis zu disseminierter intravasaler Gerinnungsstörung, Kompartmentsyndrom, akutem Nierenversagen. Fallbericht: Wir berichten über einen 14jährigen Jugendlichen mit anamnestisch rezidivierenden Makrohämaturieschüben in Zusammenhang mit sportlicher Belastung. Akutaufnahme bei Oligo-/Anurie, Makrohämaturie und Erbrechen. Dialysepflichtiger Anstieg der Retentionsparameter. CK-Erhöhung auf 3077  $\mu\text{mol/l}\cdot\text{s}$  und Myoglobin 2892  $\mu\text{g/l}$ . In der Muskelbiopsie: Glycogenose Typ V. Die Nierenbiopsie bot einen schweren diffusen, reversiblen tubulointerstitiellen Rindenschaden vom myoglobinurischen Typ. Verlauf: Unter forcierter Diurese, Hämodialyse, Flüssigkeitszufuhr bis 3,5l/d Auswaschung von Myoglobin. Gewichtsabnahme 12 kg. Der Patient entwickelte eine passagere renale Hypertonie und Proteinurie. Beendigung der Dialyse. Aktuell vollständige Erholung der Nierenfunktion unter kohlenhydratreicher Nahrung, submaximaler Belastung nach Steigerungsschema und ausreichender Flüssigkeitszufuhr. Diskussion: Bei rezidivierenden Makrohämaturieschüben nach Belastung sollte die Bestimmung von CK und Mb erfolgen und hereditäre Stoffwechseldefekte/ Myopathien erwogen werden.

---

### **P05 Diarrheal diseases among Nepalese children**

N. Benecke<sup>1</sup>, C. Vogelberg<sup>1</sup>, A. Joshi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Paediatrics, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Germany

<sup>2</sup>Department of Paediatrics, Dhulikhel Hospital, Kathmandu University Teaching Hospital

Background. According to the WHO, 15% of the postneonatal deaths in Nepal are caused by diarrhea. Many infections remain poorly diagnosed and therefore also poorly treated. Methods. In a hospital based, prospective study in Dhukikhel Hospital, Nepal, a total of 100 children under 5 years with acute onset of watery diarrhea were studied. Parents were asked to respond to questionnaires regarding socioeconomic factors. Stool was analysed for the common pathogens.

Results. The incidence of diarrhea was highest below 24 months of age. Lack of safe drinking water, poor sanitation and poor living conditions were associated risk factors. Exclusive breast feeding and good nutritional status decreases the incidence of diarrhoea. Rotavirus was the most common cause of acute childhood diarrhea. Most cases were not dehydrated and could be managed using oral rehydration solutions. Discussion. Worldwide, rotavirus is the most important pathogen for diarrhea, but local Nepalese studies are rare. A study about persistent diarrhea in Nepal showed protozoal infections to be a major cause. Another reason for diarrhea associated with a poor hygienic situation could be bacterial infections like enteric fever. Conclusion. With improved knowledge about acute diarrheal diseases, treatment can be better adjusted. Stool microscopy should be performed routinely. The need of rotavirus immunization in a developing country like Nepal should be discussed. The use of oral rehydration should be reinforced.

---

### **P06 Septische Enterocolitis mit extraintestinaler Ursache**

M. Rose<sup>1</sup>, J. Jochim<sup>2</sup>, M. Landauer<sup>2</sup>, M. Borte<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Klinik für Kinder und Jugendmedizin, Sana Klinikum Offenbach, Offenbach am Main

Einleitung: Akute Gastroenteritiden sind im frühen Kindesalter eine der häufigsten Ursachen für Hospitalisierungen und in der Regel viraler Genese. Bei septischer Präsentation sind auch Bakterien zu berücksichtigen. Wir berichten einen schweren Verlauf mit differentialdiagnostischen Herausforderungen. Kasuistik: Vorstellung eines 2 2/12 j männlichen Kleinkindes, Immunisierung komplett inkl. Rotaviren, seit 5 Tagen Fieber, Durchfall, Erbrechen und zunehmend weniger Spontanmotorik. Bei enterokolitischem Subileus und basaler Pneumonie mit Érguß Nachweis von S.aureus mit resistogramorientierter Antiinfektiva-Therapie; protrahierte Besserung, aber fortbestehende Bewegungseinschränkung. Im MRT letztlich perineuradikulärer Abszess. Keine Hinweise auf Immundefizienz. Diskussion: Die abszessbedingte parasymphatische Innervationsstörung erklärt die abdominelle Symptomatik, die basale Pneumonie ist als sympathische Begleitreaktion zu deuten. Staphylokokken verursachen zwar typischerweise Erkrankungen bei Abwehrgeschwächten, doch gerade bei jungen und immunologisch unreifen Kindern können lokale und systemische Infektionen auftreten. Schlussfolgerung: Ungewöhnlich und schwer verlaufende gastrointestinale Infektionen erfordern breites differentialdiagnostisches Vorgehen, wobei auch bei Patienten ohne immunkompromittierende Grunderkrankungen respektive -Therapien Staphylokokken als ursächliche Erreger zu berücksichtigen sind.

---

### **P07 Dysplasia associated mass (DALM) eines 17-jährigen Patienten mit Colitis ulcerosa**

M. Zurek<sup>1</sup>, C. Spranger<sup>1</sup>, G. Barreton<sup>2</sup>, V. Wiechmann<sup>3</sup>, M. Borte<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

<sup>3</sup>Institut für Pathologie und Tumordiagnostik, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Anamnese: Wir berichten über einen 17jährigen Patienten mit ED einer Colitis ulcerosa vor 10 Jahren. Bei steroidabhängigem Verlauf Einstellung auf Adalimumab. 2014 Durchführung einer Koloskopie (auswärtig): Nachweis einer Sigmastenose und Polypen im Sigma/Rektum, keine Polypektomie, Diskussion einer Sigmoidektomie. Diagnostik: Koloskopie: passierbare Stenose im Sigma über 10cm, Schlingenextraktion mehrerer Polypen im Rektum/Sigma (histol. Pseudopolypen). Bei ausgeprägter Entzündung und Blutungsneigung erfolgte vor Resektion der weiteren Polypen eine intensiviertere Lokalthherapie mit Hydrocortison rektal. Abtragung der restlichen Polypen im Intervall ohne Komplikationen. Histologisch Nachweis von High-Grade Dysplasien i.S. eines DALM (Wien Klassifikation 4.1), Bestätigung mittels Referenzpathologie. Weiterer Verlauf: Transfer zum Erwachsenengastroenterologen. Bei adenomatöser DALM erfolgte eine Kontrollendoskopie ohne Nachweis weiterer intraepithelialer Neoplasien, zunächst abwartendes Verhalten hinsichtlich einer Proktokolektomie. Schlussfolgerung: Das Risiko eines

Kolonkarzinoms ist bei Patienten mit Colitis ulcerosa deutlich erhöht (2% nach 10 J., 8% nach 20 J., 18% nach 30 J.). Spätestens nach 8 Jahren andauernder Erkrankung sollten regelmäßige Kontrollendoskopien erfolgen. Intraepitheliale Neoplasien im Kindes- und Jugendalter sind eine Rarität. Die Betreuung junger Patienten sollte in kindergastroenterologisch spezialisierten Zentren erfolgen.

## »» Onkologie und Endokrinologie

---

### **P08 PNET ist nicht gleich PNET**

L. Lehmann<sup>1</sup>, D. Jechorek<sup>2</sup>, C. Scherlach<sup>3</sup>, A. Redlich<sup>1</sup>, V. Aumann<sup>1</sup>, P. Vorwerk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zentrum für Kinderheilkunde, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

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

<sup>3</sup>Institut für Neuroradiologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Ein 19-Jähriger wurde uns aufgrund einer linksseitigen Fazialisparese vorgestellt. Die Felsenbein-CT zeigte eine weichteildichte Verlegung der linken Paukenhöhle mit knöcherner Destruktion des Paukenhöhlendachs. In der MRT fand sich dementsprechend temporobasal eine ausgedehnte Raumforderung, die den Temporallappen verlagerte. Im Rahmen der Tympanotomie zeigte sich ein ödematöser Schleimhautpolyp. Die Histologie ergab einen peripheren primitiven neuroektodermalen Tumor (pPNET). Molekulargenetisch konnte die für pPNET charakteristische t(11;22)-Translokation nachgewiesen werden. Es wurde eine Chemotherapie eingeleitet, worauf der Tumor ein gutes Ansprechen zeigte. Der Patient befindet sich seither in kompletter Remission. In der interdisziplinären Tumorkonferenz wurde der sofortige Beginn der Chemotherapie kontrovers diskutiert. Zur Debatte stand auch die primäre operative Tumorsektion, wie sie beispielsweise für supratentorielle PNET (stPNET) indiziert ist. Durch die Molekulargenetik konnte der Tumor jedoch eindeutig den pPNET zugeordnet werden. Daher wurde die Chemotherapie ohne vorherigen neurochirurgischen Eingriff begonnen. Fazit: Bei pPNET und stPNET handelt es sich um zwei vollkommen verschiedene Tumorentitäten die sich klinisch deutlich voneinander unterscheiden. Die t(11;22)-Translokation ist beweisend für die Herkunft des Tumors und sollte therapieentscheidend sein. Bei Tumorverdacht sollte immer primär die Vorstellung in einem kideronkologischen Zentrum erfolgen.

---

### **P09 Schilddrüsenonografie bei Hyperkalzämie und Nephrolithiasis**

M. Pommerenke, D. Windschall

*Asklepios Klinik Weißenfels, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin*

Einleitung: Ein symptomatischer primärer Hyperparathyreoidismus (pHPT) ist eine Rarität im Kindesalter. Der pHPT ist die häufigste Ursache einer Hyperkalzämie und verläuft meist oligo- oder asymptomatisch. In 85% ist ein solitäres autonomes Adenom ursächlich, 5% treten im Rahmen hereditärer Formen auf. Nephrolithiasis ist die häufigste Organmanifestation. Bei 5% aller Patienten mit Nierensteinen besteht ein pHPT. Patient: Ein 16-jähriges Mädchen stellte sich mit Flankenschmerzen rechts und Erbrechen vor. Nach sonografischem Nachweis der Nephrolithiasis rechtsseitig erfolgte die erweiterte Diagnostik und Therapie. Methode: Calcium und Parathormon waren erhöht. In der Schilddrüsenonografie zeigte sich kranial der rechten Schilddrüse anliegend eine ovale, scharf begrenzte echoarme Struktur. Größe 2,1 cm im Längsdurchmesser. Es wurde die Verdachtsdiagnose eines Nebenschilddrüsenadenoms gestellt. Szintigrafisch bestätigte sich der Verdacht und es erfolgte die fokussierte Parathyreoidektomie mit intraoperativ prompt fallendem Parathormon. Nach histologischer Sicherung des Befundes wurde die genetische Diagnostik veranlasst. Schlussfolgerung: Bei Nephrolithiasis und/oder Hyperkalzämie ist eine erweiterte Diagnostik erforderlich. Die Schilddrüsenonografie sollte als initiale Lokalisationsdiagnostik bei Verdacht auf einen pHPT durchgeführt werden (Sensitivität 70-100%). Bei Nachweis eines Nebenschilddrüsenadenoms sollten die Patienten einer operativen Therapie zugeführt werden.

---

## **P10 SKORBUT – Eine vergessene Folge einseitiger Ernährung**

C. Markl, S. Bulk, L. Patzer

*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin "St. Elisabeth und St. Barbara" Halle (Saale)*

Wir berichten von einer 7-jährigen global retardierten Patientin aus Syrien, welche ausschließlich mit Milch und Butterkeksen ernährt wurde. Die Vorstellung erfolgte akut bei Nahrungsverweigerung, zusätzlich bestanden seit 3 Wochen Übellaunigkeit und schmerzhafte Bewegungseinschränkung. Aufgrund einer ausgeprägten hypertrophen Gingivostomatitis mit häufigem Zahnfleischbluten befand sich das Mädchen in zahnärztlicher Behandlung. In der klinischen Untersuchung waren auf der trockenen Haut kleine braune Papeln an Knien und Unterschenkeln auffällig. Laborchemisch zeigten sich eine Eisenmangelanämie, deutlich erniedrigte Vitamin C-Werte, ein niedriger Vitamin D3-Spiegel, sowie pathologische Lebersynthese- und Gerinnungsparameter. Die Malnutrition hatte zu Skorbut und weiteren Hypovitaminosen geführt. Es folgten die Substitution von Vitamin C mittels Sondenkost und Multivitaminpräparat und die zusätzliche Gabe von Vitamin K, Vitamin D3 und Eisen. Hierunter besserte sich der Allgemeinzustand zügig, die Gingivitis war langsam rückläufig und die Patientin wurde zunehmend mobiler. Nach ca. drei Wochen normalisierten sich die Vitamin C-Werte und die restlichen Laborparameter besserten sich. Skorbut ist eine seltene Hypovitaminose. Besonders Kinder mit schwerer Entwicklungsverzögerung und Autismus sind aufgrund einseitiger Ernährungsgewohnheiten gefährdet. Nach Substitution von Vitamin C ist die Symptomatik schnell rückläufig.

---

## **P11 Behandlung des Kasabach-Merritt-Phänomens (KMP) bei Riesenhäangiom mit Sirolimus**

K. Kentouche<sup>1</sup>, F. Eckoldt<sup>2</sup>, H.-J. Mentzel<sup>3</sup>, H. Proquitté<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>*Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Jena*

<sup>3</sup>*Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie -Kinderradiologie, Universitätsklinikum Jena*

Das KMP ist eine Gerinnungsstörung mit Thrombozytopenie und Verbrauch von Gerinnungsfaktoren durch riesige Hämangiome. Der Erfolg von Operation oder Embolisation ist abhängig von der Lokalisation des Hämangioms; medikamentöse Therapieoptionen sind Steroide oder Zytostatika. Erste Kasuistiken beschreiben mit Sirolimus einen erfolgversprechenden Therapieansatz. Fallbericht: Bei einem weiblichen Neugeborenen mit das rechte Knie umspannendem Hämangiom, tritt ein wachsendes Kephälhämatom auf. Es besteht eine Thrombozytopenie (6 Gpt/l), Hypofibrinogenämie (1 g/l) und aPTT-Verlängerung (62 s). Bei stehender Blutung wird ein Therapieversuch mit Propranolol und Prednison initiiert, ohne Anstieg der Thrombozytenzahl über 4 Wochen. Nach Einwilligung der Eltern wird der off-label Einsatz von Sirolimus (Rapamune 2 x 0,04mg/kg) begonnen. Innerhalb einer Woche kommt es zum Anstieg der Plättchen und im weiteren Verlauf zu einer Rückbildung des Hämangioms. Die spiegelkontrollierte Sirolimustherapie führte zu einer Hyperlipidämie und Transaminasenanstieg, wurde aber insgesamt bei gutem Gedeihen des Kindes toleriert. Schlussfolgerung: Sirolimus stellt bei therapierefraktären oder durch ein KMP komplizierten Hämangiomen eine gute Therapieoption dar.

---

## **P12 Erfolgreiche Hepatitis C-Viruselimination während der zytostatischen AML-Dauertherapie durch die Sofosbuvir/ Velpatasvir (Epclusa®)-Kombination**

K. Kentouche, S. Reinsch, J. F. Beck

*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena*

Die Hepatitis C ist eine bekannte Komplikation durch Transfusion kontaminierter Blutprodukte z.B. im Rahmen einer Leukämiebehandlung. Ribavirin mit Interferon gilt als Standardbehandlung, jedoch sind für Erwachsene neue Substanzen mit höheren Heilungsraten und besserer Verträglichkeit zugelassen. Fallbericht: Eine 14jährige wurde zur Fortsetzung ihrer Erhaltungstherapie vorgestellt. Sie hatte in Syrien eine intensive AML-Chemotherapie erhalten. Die Dauertherapie wurde durch Krieg und Flucht unterbrochen. Zum Zeitpunkt der Vorstellung hier musste ein Rezidiv der AML FAB M4 eo und zugleich eine Hepatitis C (Subtyp 4) festgestellt werden. Die Behandlung erfolgte nach AML-BFM-2012 Protokoll. Auf eine Behandlung der Hepatitis wurde zunächst verzichtet. In der Tat kam es während der immunsuppressiven Therapie zu keinem Anstieg der Viruskopien, die Hepatotoxizität war vertretbar. Mit Beginn der AML-

Dauertherapie (Cytosin und Thioguanin) kam es zu einem deutlichen Anstieg beider Parameter. Aufgrund der Chemotherapie wurde von einem Interferonhaltigen Therapieregime Abstand genommen und für eine 12wöchige Behandlung mit Eplusa entschieden. Binnen 4 Wochen fiel die Viruskopienzahl unter die Nachweisgrenze und blieb auch nach Therapieende negativ (4 Wochen). Die Behandlung wurde toleriert. Aufgrund von Zytopenien wurde die Dauertherapie mit niedrigeren bzw. ausgesetzten Dosen fortgeführt und wird Mitte 2017 beendet. Es bleibt eine anhaltende Remission beider Erkrankungen abzuwarten.

---

### **P13 Wachstumshormontherapie bei 726 reifgeborenen Kindern mit vorgeburtlicher Wachstumsverzögerung – Auswertung der CrescNet-Dokumentation**

L. Doßow<sup>1</sup>, R. Gausche<sup>2</sup>, E. Keller<sup>2</sup>, F.-W. Röhl<sup>3</sup>, C. Beger<sup>2</sup>, R. Pfäffle<sup>2</sup>, K. Mohnike<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pädiatrische Endokrinologie und Stoffwechsel, Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.*

<sup>2</sup>*Wachstumsnetzwerk CrescNet, Medizinische Fakultät Universität Leipzig*

<sup>3</sup>*Institut für Biometrie und Medizinische Informatik, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg Medizinische Fakultät*

Einleitung: Bei Small for Gestational Age (SGA)-geborenen Kindern wurde 2003 die Therapie mit Wachstumshormon (GH) durch die Europäische Arzneimittel-Agentur zugelassen. Zielstellung: Auswertung der Wachstumsdaten von SGA-Kindern unter Therapie mit GH. Ermittlung von Faktoren für den Erfolg einer GH-Therapie. Methode: Daten von 946 Patienten wurden von CrescNet zur Verfügung gestellt. Davon waren 726 Reifgeborene, 212 (22%) Frühgeborene und 8 Kinder mit spezifischen Krankheiten. Die SGA-Diagnose erfolgte im CrescNet automatisiert nach den Referenzen von Voigt et al. bei einer Größen-/Gewichtsabweichung < 3.Perzentile. Ergebnisse: Die Therapie der reifgeborenen SGA-Kinder wurde durchschnittlich im Alter von 8,5 Jahren und bei einer Größenabweichung von -3,1 SDS begonnen. Nach einer Therapiedauer von durchschnittlich 5,4 Jahren wurde die GH-Therapie bei 367 Patienten (51%) beendet (mittleres Lebensalter 14,9 Jahre). Die Größenabweichung bei Therapieende entsprach -2,2 SDS, die Differenz zwischen Therapiebeginn und -ende lag bei 0,9 SDS. Diskussion und Schlussfolgerung: Die Aussage von in der Studiengröße kleiner angelegten Studien, dass Größenabweichung und Alter bei Therapiebeginn und GH-Therapiedauer entscheidende Faktoren für die Prognose und den Therapieerfolg sind, konnte mit unserer großen Kohorte bestätigt werden. Dies sollte bei der Indikation einer GH-Therapie berücksichtigt werden.

---

### **P14 Enteraler Eiweißverlust als Erstmanifestation eines Neuroblastoms**

A. Geißler<sup>1</sup>, A. Polednia<sup>2</sup>, L. Fischer<sup>3</sup>, H. Christiansen<sup>3</sup>, M. Borte<sup>1</sup>, C. Geyer<sup>4</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>*Selbstständige Abteilung für Pädiatrische Onkologie, Hämatologie und Hämostaseologie, Universitätsklinikum Leipzig AöR*

<sup>4</sup>*Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig*

Einleitung: Das Neuroblastom ist als häufigster extrakranieller solider Tumor des Kleinkindalters oft ein Zufallsbefund. Ein enteraler Eiweißverlust als Erstsymptom ist selten und wurde bisher nur in wenigen Fachpublikationen beschrieben. Falldarstellung: Vorstellung eines 4 Monate alten Säuglings mit septischem Krankheitsbild bei Diarrhoe seit 7 Tagen. Bisher symptomorientierte Therapie. Akutes Abdomen. Sonografisch Subileus, verdickte Kolon- und Dünndarmwand und Ascites. Unter intensivmedizinischer Therapie klinische Besserung jedoch anhaltend wässrige Diarrhoe, periphere Ödeme, Aszites und massive Hypalbuminämie. Kein Erregernachweis im Stuhl. Bei anhaltendem Eiweißverlust erweiterte Diagnostik mit ÖGD, Koloskopie und MRT. Makroskopisch und histologisch intestinale Lymphangiiektasie. In der MRT Darstellung eines paravertebralen Tumors im Retroperitoneum mit Ummauerung des Truncus coeliacus und umliegender arterieller Gefäße, Verdrängung venöser Gefäße. Histologisch gering differenziertes Neuroblastom mit hohem MKI. Im Verlauf V.a. Lebermetastasierung (Stadium 4S). Ambulante Weiterbetreuung, hier Spontanregression des Tumors ohne notwendige onkologische Therapie. Die enterale Eiweiß- und MCT-Supplementation konnte beendet werden. Schlussfolgerung: Als Erstsymptom eines Neuroblastoms ist der enterale Eiweißverlust selten. Zur differentialdiagnostischen Klärung einer sekundären Lymphangiiektasie ist eine erweiterte interdisziplinäre Diagnostik indiziert.



---

## **P15 Hämophagozytische Lymphohistiozytose bei einer Patientin mit akuter lymphoblastischer Leukämie und einer CMV-Reaktivierung**

A. Petrou, L. Lehmann, A. Redlich, V. Aumann, P. Vorwerk  
*Universitätskinderklinik Magdeburg, Pädiatrische Hämatologie und Onkologie*

Die hämophagozytische Lymphohistiozytose (HLH) ist ein hyperinflammatorisches Syndrom. Unterschieden werden die familiäre HLH bei Patienten mit genetischer Prädisposition von der erworbenen HLH, die durch infektiöse, autoimmune, maligne oder immunsuppressive Therapie bedingt sein kann. Eine 3-jährige Patientin mit akuter lymphoblastischer Leukämie (ALL) unter Erhaltungstherapie entwickelte Fieber. Dieses sprach nicht auf eine Antibiose an. Es wurde eine CMV-Infektion im Sinne einer Virusreaktivierung diagnostiziert. Unter der antiviralen Therapie mit Ganciclovir fieberte die Patientin weiter und eine progrediente Bilytopenie trat auf. Im Knochenmark zeigte sich eine gesteigerte Hämophagozytose. Zudem konnte eine HLH anhand der laborchemischen Kriterien diagnostiziert werden. Die Therapie erfolgte mit Immunglobulinen in immunmodulatorischer Dosis und Dexamethason. Die simultane Behandlung der HLH und der CMV-Reaktivierung führte zum Rückgang der Symptomatik und Normalisierung der Laborparameter. Die Mortalität einer unbehandelten HLH liegt zwischen 40-70%. Das rechtzeitige Erkennen und die gezielte Therapie sind mit einem besseren Outcome assoziiert.

## »» **Kardiovaskuläre Erkrankungen**

---

### **P16 Adipositas und Leistenschmerz**

J.-P. Streidl<sup>1</sup>, L. Fischer<sup>2</sup>, A. Richter<sup>3</sup>, Y. Vorwerg<sup>1</sup>, K. Gröger<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> *Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin, Muldentalkliniken gGmbH, Krankenhaus Wurzen*  
<sup>2</sup> *Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universität Leipzig*  
<sup>3</sup> *Praxis für Radiologie, Wurzen*

Einleitung: Thrombosen im Kindes- und Jugendalter sind seltene Ereignisse. Fallvorstellung aus unserer Klinik. Methode: 15 7/12 Jahre alte Patientin, eingewiesen mit Verdacht auf Coxitis DD Femurkopfnekrose bei Leistenschmerzen. Klinisch initial weder Schwellung noch Überwärmung des Beines. Ergebnisse: Durch orthopädisches Konsil mit Röntgen Ausschluss einer orthopädisch/ kinderchirurgischen Erkrankung. Im gynäkologischen Konsil Diagnose Adnexitis und antibiotische Therapie. Im Verlauf Schwellung, weitere Schmerzen und Überwärmung des Beines, klinisch und dopplersonografisch bestätigte tiefe Beinvenenthrombose. Im MRT Ausdehnung zapfenartig bis in Vena cava. Risikofaktoren: deutliche Adipositas (BMI 34,2 kg/m<sup>2</sup>), Nikotinkonsum, Einnahme einer Kombipille. Eine am anti-Xa-Spiegel ausgerichtete Antikoagulation mit Clexane erfolgte, die Risikofaktoren wurden soweit möglich ausgeschaltet. Eine Umstellung auf Falithrom konnte bei bekannter Borderline-Störung der Patientin nicht erfolgen, eine heterozygote Faktor V (Leiden)-Mutation R506Q wurde im Rahmen der Thrombophiliediagnostik diagnostiziert. Diskussion: Wichtig ist es, bei entsprechender Anamnese (Risikofaktoren) und Klinik, an Thrombosen zu denken. Ob in unserem Fall die Adnexitis zusätzlich einen Einfluss auf die Entstehung der Thrombose hatte bleibt unklar. Thrombophilie-Screening und Änderung des Lebensstils sind obligat. Borderline-Störungen stellen eine Kontraindikation für eine langfristige orale Antikoagulation dar.

---

### **P17 Supraventrikuläre Mikro-Reentry-Tachykardie beim Neugeborenen mit großem Vorhofseptumaneurysma**

F. Wagner, R. Gebauer, R. Wagner, C. Paech  
*Abteilung für Kinderkardiologie, Universitätsklinikum Leipzig, Herzzentrum Leipzig*

HINTERGRUND: Die fokale Mikro-Reentry-Tachykardie (FMRT) ist eine seltene supraventrikuläre Tachykardie (SVT) bei Kindern und entsteht durch einen Reentry-Kreis, der über Bereiche des funktionalen Leitungsblocks vermittelt wird. Die Symptome sind vielfältig; die Behandlung hängt vom Mechanismus der Arrhythmie und dem Patientenstatus ab. ZIELSTELLUNG: Dieser Fall präsentiert den möglichen Zusammenhang zwischen einem Vorhofseptumaneurysma (ASA) und einer FMRT und stellt den

Pathomechanismus sowie diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen dar. FALLBEISPIEL: Ein männliches Neugeborenes (NG) wurde aufgrund einer SVT (240/min) in stabilem Zustand in unser Zentrum verlegt. Nach Applikation von Adenosin konnte eine supraventrikuläre Reentry-Tachykardie diagnostiziert werden. Echokardiographisch zeigte sich ein großes ASA bei normaler Herzfunktion. Die SVT wurde erfolgreich durch eine elektrische Kardioversion (KV) beendet. Ein Rezidiv wurde erneut mittels KV terminiert. Wir begannen eine Therapie mit Digoxin und Sotalol und entließen den Patienten nach 4 Tagen in gutem Zustand. DISKUSSION & SCHLUSSFOLGERUNG: Dies ist der erste Bericht eines NG mit einer FMRT, scheinbar im Zusammenhang mit einem ASA. Die Position des ASA, die p-Wellen-Morphologie und die These eines funktionalen Leitungsblocks durch veränderte Refraktärzeiten im Bereich des ASA und dem Umgebungsgewebe, lassen einen kausalen Zusammenhang vermuten. Die FMRT wurde durch KV und medikamentöse Therapie behandelt.

---

### **P18 Sinusknotendysfunktion bei einem Patienten mit Katecholaminsensitiver polymorpher ventrikulärer Tachykardie durch RYR2-Mutation**

N. Lorenz<sup>1</sup>, C. Paech<sup>2</sup>, R. Gebauer<sup>2</sup>, G. Heubner<sup>1</sup>, T. Paul<sup>3</sup>

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

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

<sup>3</sup>Kinderherzzentrum, Universität Göttingen

EINLEITUNG: Die Katecholaminsensitive polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT) ist ein lebensbedrohliches genetisches Arrhythmiesyndrom (RYR2- oder Casq2-Gen) bei dem veränderte Calciumkanäle des sarkoplasmatischen Retikulums zur Ca-Überladung der Zelle und nachfolgend ventrikulären Tachyarrhythmien führen. FALLBERICHT: 15 10/12 Jahre alter Knabe erleidet mit 9 Jahren Synkope unter Belastung. Ergometrie: polymorphe nichtanhaltende ventrikulärer Tachykardie (NSVT), Nachweis einer RYR2-Mutation. Diagnose CPVT, Einstellung Metoprolol und Verapamil mit nachfolgender Symptombefreiheit. Nun erneut in Ergometrie NSVT. Umstellung auf Flecainid mit Auftreten von Pausen bis zu 6 sec. Daraufhin ICD-Implantation (2-Kammer ICD (Boston Scientific Autogen EL DR) mit Stellektomie links. Medikation Flecainid und Propranolol. nach 1 Jahr keine Schockabgabe, in Ruhe überwiegend AAI-Stimulation. DISKUSSION: CPVT-Patienten weisen überwiegend eine normale Sinusknoten(SAN)funktion auf, es existieren jedoch einige wenige Fallberichte, bei denen dies nicht der Fall war. Bei RyR2-R4496C-Mäusen (CPVT-Phänotyp) kommt es unter adrenerger Stimulation mit Isoproterenol zu SAN-Dysfunktion (Pausen und erniedrigte Herzfrequenz) (Neco et al. 2012), bei Casq2-knockout-Mäusen wurde Ca-abhängiges Remodelling und Fibrose von SAN und nachfolgender SAN-Dysfunktion gezeigt (Glukhov et al. 2016). Unser Patient könnte ein phänotypisches Korrelat dieser tierexperimentellen Phänotyp-Genotyp-Untersuchungen darstellen.

---

### **P19 Pulmonale Komplikation einer chronischen Lebererkrankung**

A. Redlich<sup>1</sup>, V. Aumann<sup>1</sup>, L. Lehmann<sup>1</sup>, A. Petrou<sup>1</sup>, I. Adams<sup>2</sup>, J. Schreiber<sup>3</sup>, P. Vorwerk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Universitätskinderklinik Magdeburg

<sup>2</sup>Pädiatrische Pneumologie, Universitätskinderklinik Magdeburg

<sup>3</sup>Universitätsklinik für Pneumologie, Magdeburg

Auswirkungen chronischer Lebererkrankungen auf die Lunge sind im Kindesalter wenig beachtet. Das hepatopulmonale Syndrom und die portopulmonale Hypertonie (POPH) sind seltene Komplikationen, die jedoch mit einer signifikanten Morbidität und Mortalität einhergehen. Ein 17jähriges bisher gesundes Mädchen stellte sich wegen einer zufällig diagnostizierten moderaten Thrombopenie vor. Klinisch war sie beschwerdefrei, berichtete jedoch über "geschwollene Beine" in den Sommermonaten. Es wurde eine Pfortaderthrombose mit einem sekundären Hypersplenismus als Ursache der Thrombopenie diagnostiziert. Zudem fand sich eine Rechtsherzbelastung und eine massiv dilatierte A. pulmonalis. Diese Befunde waren durch eine schwere pulmonale Hypertonie verursacht, die sich in einer Rechtsherzkatheteruntersuchung nachweisen ließ. Die Diagnose POPH wurde gestellt. Die Genese der Thrombose der V. portae blieb unklar. Die Patientin wird mit einem Endothelin- Rezeptor- Antagonisten behandelt. Die Prognose ist auch bei Verbesserung der hämodynamischen Parameter mit einem 5-Jahres-Überleben von ca. 60% schlecht. Am vorliegenden Fall lassen sich eindrucksvoll bildgebende und klinische Befunde sowie Laborergebnisse

demonstrieren und zu einem Bild zusammensetzen. In der Betreuung von Kindern mit portaler Hypertonie bzw. chronischen Lebererkrankungen sollte auf das Auftreten pulmonaler Komplikationen geachtet werden.

---

## **P20 Transposition der großen Arterien (d-TGA) und Frühgeburtlichkeit – Darstellung der problematischen Kombination an 2 Kasuistiken**

N. Wolf<sup>1</sup>, M. Knüpfer<sup>1</sup>, M. Weidenbach<sup>2</sup>, I. Dähnert<sup>2</sup>, U. Thome<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Selbständige Abteilung Neonatologie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Leipzig*

<sup>2</sup>*Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig*

Einleitung: Ein niedriges Geburtsgewicht und frühes Gestationsalter sind Risikofaktoren für Morbidität und Mortalität bei d-TGA. An der Uni Leipzig wurden 2007-2016 93 Kinder mit d-TGA (Ausschluss der komplexen) geboren. Davon waren 8,6% Frühgeborene, median 34 SSW. An 2 Fallbeispielen soll die Problematik im präoperativen Management beschrieben werden. Fall 1: Das männliche Frühgeborene wurde nach 31+4 SSW, Geburtsgewicht 1530g, geboren. Bei restriktivem Foramen ovale erfolgte postnatal eine Ballonatrioseptostomie (BAS). Im Verlauf erhebliche Lungenüberflutung mit reduzierter Systemperfusion. Am 11. LT trotz Therapie mit Corotrop und Dobutamin rechtsventrikuläre Dekompensation mit Leberversagen, hämodynamisch relevantem Perikarderguss und Nachweis einer nekrotisierenden Enterokolitis als Folge der schlechten Systemperfusion. Aufgrund fehlender Therapiemöglichkeiten versterben am 12. LT bei einer Reanimation. Fall 2: Das weibliche Frühgeborene wurde nach 28+1 SSW, Geburtsgewicht 1230g, geboren. Inhalatives NO bei pulmonaler Hypertension. Am 2. LT BAS. Nach dem Eingriff zeigten sich schwere Hirnblutungen beidseits, die trotz Gerinnungsoptimierung bis zum 5. LT zunehmend waren. Im Verlauf anhaltende pulmonale Hypertension und schlechte Systemperfusion mit Niereninsuffizienz. Versterben am 6. LT. Zusammenfassung: Deutliche Frühgeburtlichkeit bei d-TGA ist mit erheblicher Mortalität und Morbidität verbunden und eine oft nicht beherrschbare intensivmedizinische Herausforderung.

---

## **P21 Behandlung von Kindern mit angeborenen Herzfehlern aus Entwicklungsländern**

B. Wannenmacher<sup>1</sup>, B. Lück<sup>1</sup>, N. Bigl<sup>1</sup>, M. Kostelka<sup>2</sup>, I. Dähnert<sup>1</sup>, M. Weidenbach<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig GmbH*

<sup>2</sup>*Klinik für Herzchirurgie, Herzzentrum Leipzig GmbH*

Kinder mit angeborenen Herzfehlern aus Ländern der Dritten Welt haben oftmals eine schlechte Prognose, obwohl der Herzfehler häufig gut zu korrigieren wäre. In Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Chain of hope mit Sitz in London wurden in den Jahren 2001 bis 2015 118 Patientinnen und Patienten am Herzzentrum Leipzig akzeptiert und einer Diagnostik und Behandlung zugeführt. Diese Daten werden retrospektiv ausgewertet: Es handelt sich vorwiegend um Patienten aus den Subsahara-Staaten. Häufigste Diagnosekategorien sind die Fallot-Tetralogie bzw. ein double outlet right ventricle, Ventrikelseptumdefekt bzw. Atrioventrikulärer Septumdefekt und Vorhofsseptumdefekt. Das Alter zum Zeitpunkt der Behandlung lag deutlich über dem Alter der einheimischen Patienten mit vergleichbarer Diagnose mit entsprechenden hämodynamischen Besonderheiten. Die Patienten wurden ganz überwiegend einer operativen Korrektur zugeführt. Häufige Komplikationen waren systemische Infektionen, operative Revisionen bzw. Reoperationen sowie ein postoperativer AV-Block III° mit Notwendigkeit einer permanenten Schrittmachertherapie. Zusammenfassung: Kinder mit angeborenen Herzfehlern aus Entwicklungsländern können nach entsprechender Vorbereitung mit überwiegend gutem Ergebnis behandelt werden.

---

## **P22 Thoraxhypoplasie und Vitium cordis – Fallbericht Ellis-van-Crevelde-Syndrom**

C. Siegel, M. Knüpfer, U. Thome

*Selbständige Abteilung Neonatologie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Leipzig*

Das Ellis-van-Crevelde-Syndrom ist eine seltene Erkrankung aus der Gruppe der chondroektodermalen Dysplasien. Zu den Symptomen zählen Thorax- und Lungenhypoplasie, verkürzte Röhrenknochen, Polydaktylie und Vitien. Wir berichten über ein reifes Neugeborenes konsanguiner Eltern. Nach leicht



verzögerter postnataler Adaption sahen wir einen hypotrophen Jungen mit Thoraxhypoplasie, verkürzten Extremitäten und Hexadaktylie beidseits, röntgenologisch bestätigte sich eine ausgeprägte Lungenhypoplasie. Echokardiografisch zeigten sich common atrium, hypoplastischer linker Ventrikel und eine kritische Aortenisthmusstenose. Der Ductus arteriosus wurde zunächst mit Alprostadil offen gehalten, am 22. Lebenstag erfolgte die Stentimplantation. Der weitere Verlauf war gekennzeichnet durch respiratorisches Versagen mit der Notwendigkeit der invasiven Beatmung. Die linksventrikuläre Herzfunktion konnte nicht ausreichend verbessert werden. Aufgrund der komplexen cardiorespiratorischen Insuffizienz bestand keine Möglichkeit eines thoraxerweiternden Eingriffes. Der Patient verstarb am 34. Lebenstag. Die Verdachtsdiagnose Ellis-van-Crevelde-Syndrom wurde molekulargenetisch bestätigt. Bei der Kombination aus Thorax-/Lungenhypoplasie und Vitien mit ASD-Komponente (atrialer Septumdefekt) sollte an ein Ellis-van-Crevelde-Syndrom gedacht werden. Prognostisch entscheidend sind Ausmaß der Lungenhypoplasie und kardiale Grunderkrankung. Die kognitive Entwicklung der Patienten ist unbeeinträchtigt.

---

### **P23 Pränatal diagnostizierte Herzfehler im Vergleich zum postnatalen oder pathologisch-anatomischen Befund**

P. Kinzel<sup>1</sup>, C. Springer<sup>2</sup>, H. Stepan<sup>3</sup>, T. Springer<sup>1</sup>, I. Dähnert<sup>1</sup>, R. Faber<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Universität Leipzig

<sup>2</sup>St. Elisabeth Krankenhaus Leipzig

<sup>3</sup>Universitätsfrauenklinik Leipzig

<sup>4</sup>Zentrum für Pränatale Medizin Leipzig

Einleitung: Seit Anfang der 1980er Jahre kommt die Echokardiographie in der Pränataldiagnostik zur Anwendung. Methode: Retrospektive Analyse aller postnatal im Herzzentrum Leipzig aufgenommenen Kinder mit pränatal diagnostiziertem Herzfehler, 1995-2014 kumulativ und 2015 selektiv. Ergebnisse: Die Zahl der pränatal diagnostizierten Herzfehler stieg von 7 im Jahr 1995 auf 95 im Jahr 2015. Im Zeitraum von 1995-2014 wurden mittels fetaler Echokardiographie bei 959 Feten kardiale Fehlbildungen diagnostiziert. Über den Ausgang der Schwangerschaft kann nur in 732 Fällen berichtet werden. Der Verlauf der übrigen Schwangerschaften (N=227) konnte nicht nachverfolgt werden. Prä- und postnatale Diagnosen waren in 661 Fällen vorhanden. In 7,1% (N=71) kam es zum Schwangerschaftsabbruch oder intrauterinen Fruchttod. Die pränatal erhobenen Befunde stimmten mit den postnatalen Befunden in 77 % der Fälle vollständig und in 14% in der kardialen Hauptdiagnose überein. 9% der pränatalen Diagnosen waren unexakt, jedoch hatte kein Kind aus dieser Gruppe ein gesundes Herz. Die Zahl der Fehldiagnosen lag 2015 bei 7% und 84% der pränatalen Diagnosen stimmten mit den postnatalen Befunden vollständig überein. Diskussion: Bei Vergleich der kumulativen Ergebnisse im Zeitraum 1995-2014 mit der selektiven Auswertung 2015 zeigt sich eine Tendenz zur präziseren pränatalen Diagnose. Schlussfolgerung: Die fetale Echokardiographie führt zu einer Optimierung der perinatalen Patientenbetreuung.

## **»» Immunologie und Infektiologie**

---

### **P24 Pulmonale Aspergillose bei einem immungesunden Kind**

A. Avila<sup>1</sup>, A. Polednia<sup>2</sup>, S. Borte<sup>1,3</sup>, M. Zurek<sup>1</sup>, M. Borte<sup>1,3</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>ImmunDefektCentrum Leipzig (IDCL) am Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Einleitung: Aspergillus spp. sind weltweit und ubiquitär verbreitet. Schätzungen gehen davon aus, dass der Mensch dutzende bis hunderte Aspergillus-Sporen pro Tag einatmet. Aspergillus spp. gehören zu den vorherrschenden Erregern invasiver Mykosen. Die invasive Aspergillose manifestiert sich am häufigsten in den Atemwegen und den Nebenhöhlen. Invasive Aspergillosen treten fast ausschließlich bei Patienten mit geschwächtem Immunsystem auf. Kasuistik: Wir berichten über einen 10 Jahre alten Knaben, der sich mit Fieber, leichtem Husten und Abgeschlagenheit vorstellte und über leichte linksseitige Schmerzen bei tiefer Inspiration klagte. In der ambulanten Diagnostik (Röntgen-Thorax und CT) zeigten sich Hinweise auf eine

Pneumonie sowie einen linksthorakalen Abszess. Die Zusammenschau dieser Befunde mit sonografischen Untersuchungen bei stationärer Aufnahme ergab den Verdacht auf ein Aspergillom, welcher sich bei positiver Aspergillus-Serologie und Antigen-Nachweis im Sputum bestätigte. Unter intravenöser Voriconazol-Therapie kam es zur vollständigen Regredienz. Die immunologische Diagnostik ergab keinen Hinweis auf eine Immundefekterkrankung oder auf eine allergisch-bronchopulmonale Aspergillose. Schlussfolgerung: Obwohl invasive Aspergillosen beinahe ausschließlich bei immungeschwächten Patienten oder Patienten mit pulmonalen Vorerkrankungen beschrieben sind, sollten sie differentialdiagnostisch bei immunkompetenten Patienten in Erwägung gezogen werden.

---

## **P25 Welche Bedeutung haben Kernschatten im Differenzialblutbild?**

T. Dietrich, J. Lohse, R. Knöfler, M. Suttorp

*Pädiatrische Hämato-Onkologie, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Dresden*

Einleitung: Kernschatten entstehen als mechanisches Artefakt im Blutausschichtpräparat aufgrund erhöht fragiler Lymphozyten. Bei Patienten mit chronisch lymphatischer Leukämie (CLL) beschrieb Gumprecht diese 1896 als typisch morphologischen Befund im Differential-Blutbild (Diff-BB). Neben Lymphomen und akuten Leukämien können Kernschatten jedoch auch bei Infektionen (Sepsis) vorkommen. Fallberichte: Wir berichten über zwei 3 Monate alte Säuglinge mit leichter normozytärer Anämie und Thrombozytose, sowie im Diff-BB Neutropenie, atypischen Lymphozyten und 7% bzw. 26% Kernschatten. Beide Kinder stellten sich aufgrund von Infektionen ca. 4 Wochen nach der ersten 6-fach Impfung beim Kinderarzt vor. Die Blutbildauffälligkeiten, inklusive der Kernschatten, waren nach 4 bzw. 17 Monaten bei erneuten Kontrollen vollständig regredient. Diskussion/Schlussfolgerung: Seit 2011 empfiehlt der Arbeitskreis Laboratorium der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) bei der Quantifizierung der Zellen im Diff-BB die Kernschatten mitzuzählen. Fehlerhafte Verwendung der Nomenklatur (Gumprecht'sche Kernschatten = CLL; Kernschatten = fragile Lymphozyten, z.B. bei Infekten) führt zu Unsicherheiten bei der Deutung dieser Befunde. Kernschatten sollten immer in Zusammenschau mit der klinischen Symptomatik und weiteren hämatologischen Veränderungen interpretiert werden. Eine CLL im Kindesalter ist bisher nicht beschrieben.

---

## **P26 Chronische Sinusitis als Schlüssel zur Diagnose**

M. Hagenberg<sup>1</sup>, T. Bernig<sup>2</sup>, L. Patzer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)

<sup>2</sup>Universitätsklinikum Halle (Saale)

Einweisung des 16jährigen Jungen bei Pneumonie. Daneben fiel eine ausgeprägte, seit Jahren bestehende Sinusitis auf, welche sich trotz Pansinus-OP weiter massiv verschlimmert hatte. Des Weiteren bestanden ein Pleuraerguss, wechselnde Schwellungen und Exantheme sowie anhaltend subfebrile Temperaturen, laborchemisch und histologisch wiederholter Nachweis einer Eosinophilie. Unter dem Verdacht einer immunologischen Systemerkrankung Erweiterung der Diagnostik am Universitätsklinikum mit Bestätigung einer eosinophilen Granulomatose mit Polyangiitis (Churg-Strauss-Syndrom) mit pulmonalem, cerebralem und cardialem Befall. Unter immunsuppressiver Therapie bereits klinische Besserung. Die EGPA ist die seltenste Form der ANCA-assoziierten Vaskulitiden und nimmt bei Kindern oft einen schwereren Verlauf. Histopathologisch finden sich eosinophile Infiltrate, Gewebnekrosen und Granulome. Asthma bronchiale und Rhinosinusitis sind die Erstsymptome, gefolgt von eosinophilem Multiorganbefall und generalisierter Vaskulitis.

---

## **P27 Komplizierter Verlauf einer septischen Arthritis**

S. Zill<sup>1</sup>, G. Heubner<sup>1</sup>, A. Rungenhagen<sup>2</sup>, T. Haufe<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup>Abteilung für Kinderchirurgie, Städtisches Klinikum Dresden Neustadt/Trachau

<sup>3</sup>Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie, Städtisches Klinikum Dresden Neustadt/Trachau

Einleitung: Die septische Arthritis stellt einen seltenen Notfall in der Pädiatrie dar. Zur Vermeidung bleibender Gelenkdestruktionen bedarf es der umgehenden Diagnostik mit der Zielstellung eines Erregernachweises und der adäquaten antimikrobiellen Therapie. Fallbericht: 6 Jahre alter Junge mit Fieber seit 2 Tagen und Gelenkschmerzen im linken Hüftgelenk sowie feinfleckigem stammbetonten Exanthem. Deutlich erhöhte Entzündungsparameter (CrP 191 mg/l; Leukozyten 19 Gpt/l; BSG 120 mm/1h), sonographischer Nachweis von echoreichem Erguss. MR-tomographisch Gelenkerguss im Hüftgelenk links mit Periarthritis ohne Nachweis einer Osteomyelitis. Beginn der kalkulierten antibiotischen Therapie mit Cefuroxim i.v., Nachweis von Streptokokken der Gruppe A in Rachenabstrich, Blutkultur und im Gelenkpunktat. Unter antimikrobieller Therapie initiale Entfieberung und Rückgang der Entzündungsparameter. Bei Fieber am 5. und 10. Behandlungstag und bei fortbestehendem Erguß Entscheid zur erneuten Gelenkspülung mit zellreichem Punktat ohne Keimnachweis. Erweiterung der antibiotischen Therapie um Clindamycin. In der zeitnahen MRT-Verlaufskontrolle Ödem und Kontrastmittelreaktivität im linken Acetabulum und rechten Scham- und Sitzbein. Klinisch im Verlauf gute Besserung mit Umstellung auf orale Clindamycingaben nach 20 Tagen. Schlussfolgerung: Eine Reevaluaion der Therapie sollte bei klinischen Auffälligkeiten auch unter früher resistogrammgerechter antimikrobieller Therapie erfolgen.

---

## **P28 Komplikationen ambulant erworbener Pneumonie – Spektrum und Management**

A. Geißler<sup>1</sup>, A. Polednia<sup>2</sup>, M. Borte<sup>1</sup>, C. Geyer<sup>3</sup>, M. Rose<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg, Leipzig

Einleitung: Die oft durch Pneumokokken verursachte ambulant erworbene Pneumonie bei Kindern (pCAP) hat antibiotisch behandelt eine gute Prognose, kann aber auch schwere Verläufe nehmen. Fall 1: 1 4/12 j. vorab gesunder Junge, Aufnahme in peripherem Haus mit Husten und Fieber seit drei Wochen, Impfstatus regelrecht. Übernahme wegen klinischer Verschlechterung unter Antibiotika, radiologisch Pyothorax mit Spiegeln, im Pleurapunktat Pneumokokken. Im CT-Thorax V.a. Bronchusfistel, bei Thoraxdrainage prutrises Sekret, Weichteilemphysem, am d19 re-Drainage bei erneutem Pneumothorax, im Verlauf Normalisierung mit Verschwartung. Fall 2: 20 Monate altes vorab gesundes Mädchen, komplett geimpft, nach vier Wochen Husten und Fieber stationäre Aufnahme, Pleuraempyem mit S. pyogenes Nachweis, bei respiratorischer Dekompensation Beatmung, nach Thoraxdrainage unter kalkulierten Antiinfektiva Entfieberung, d11 erneutes Auffiebern, V.a. Kathetersepsis und antibiotische Eskalation, daraufhin klinische Besserung. Schlussfolgerung: Auch bei Kindern ohne abwehrschwächende Grunderkrankungen kann die pCAP komplizierte Verläufe nehmen, was eine interdisziplinäre Versorgung in einem pädiatrisch-kinderchirurgischen Zentrum erfordert. Die Prognosen sind bei adäquatem Vorgehen gut.

---

## **P29 Persistierende Oberlappenatelektase – Erstmanifestation einer atypischen Mykobakteriose**

K. Stamos<sup>1</sup>, G. Hahn<sup>2</sup>, J. Roesler<sup>3</sup>, C. Vogelberg<sup>1</sup>

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

<sup>1</sup>Abteilung Pädiatrische Pneumologie/ Allergologie, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Dresden

<sup>2</sup>Abteilung Kinderradiologie, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Dresden

<sup>3</sup>Abteilung Immunologie, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Dresden

Hintergrund: Die Infektion mit atypischen Mykobakterien im Kindesalter äußert sich meist als Lymphadenitis. Gelegentlich werden pulmonale Manifestationen beschrieben, extrapulmonale Manifestationen kommen seltener vor. Anamnese: 1-jährigen bisher gesunder Jungen in reduziertem AZ, seit 11 Tagen Fieber, Rhinitis, papulösem Exanthem. Angestrengte Atmung, abgeschwächtes Atemgeräusch linkes Oberfeld. 5-tägige ambulant Cefixim, ohne Besserung. Keine bekannten Erkrankungen/Infektionen. Familienanamnese leer. Keine Konsanguinität. Befunde & Verlauf: Pulmo: RÖThorax: V.a. abszedierende Pneumonie links. MRT: multiple vergrößerte mediastinale und hiläre LK, Einengung des linken Hauptbronchus, atelektatischer Pneumonie Oberlappen links. Bronchoskopie: LK Kompression linker

Hauptbronchus. Abdomen: Sono: Hepatosplenomegalie, multiplen Rundherden in der Milz. LKS Leberhilus. Labor: CrP 118 (max 222)mg/l, Leuko 22 gpt/l (max 26), LDH 6,1  $\mu\text{mol}/(\text{s}^* \text{l})$ , IL2 Rezeptor > 7500 u/ml, BK/BAL/LKBiopsie: Mykobakterium avium Immundiagnostik: kompletter Defekt des Interferon  $\gamma$  Signalweges, 2 heterozygoten Mutationen des IFNGR1 Gens. Verlauf: aktuell stabil. Tripletherapie Rifampicin, Clarithromycin, Ethambutol. Schlussfolgerung: Eine Manifestationsform einer Mykobakterium avium Infektion dieser Art ist dringend verdächtig auf einen Immundefekt. Ein Interferon  $\gamma$  Defekt stellt dabei die häufigste Ursache dar und sollte in die Differentialdiagnostik der schweren Mykobakteriosen eingeschlossen werden.

---

### **P30 Tularämie – eine seltene Diagnose im Kindesalter**

M. Schönleben<sup>1</sup>, M. Lorenz<sup>1</sup>, H.-J. Mentzel<sup>2</sup>, K. Kentouche<sup>1</sup>, S. Hagel<sup>3</sup>, T. Bitter<sup>4</sup>, B. Müller<sup>4</sup>, S. Pötzsch<sup>5</sup>, S. Reinsch<sup>1</sup>, J. F. Beck<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Sektion Kinderradiologie, IDIR, Universitätsklinikum Jena

<sup>3</sup>Zentrum für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Jena

<sup>4</sup>Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Friedrich-Schiller-Universität Jena

<sup>5</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Helios Vogtland-Klinikum Plauen

Einleitung: Wir präsentieren den Fall eines 1 5/12 Jahre alten Mädchens mit seit 25 Tagen bestehendem Fieber unklarer Genese und einer einseitigen cervikalen Lymphknotenschwellung. Methode: Die initialen Verdachtsdiagnosen umfassten Infekt der unteren Atemwege, Meningitis, CMV-Infektion und inkomplettes Kawasaki-Syndrom. Umfangreiche apparative Diagnostik ergab keine eindeutigen Befunde. Die Behandlung mit mehreren Antibiotika, ASS und intravenösen Immunglobulinen führte zu keiner Besserung. Sonographisch wurden Einschmelzungen der Lymphknoten diagnostiziert (B-Bild, PWR, Elastographie), so dass eine operative Entlastung erfolgte. Ergebnis: Bei positiver Serologie und molekularbiologischem Nachweis von Francisella tularensis subspezies holarctica im OP-Präparat konnte die Diagnose Tularämie (Hasenpest) gestellt werden. Die Übertragung war am ehesten über einen Mückenstich erfolgt. Es wurde eine Therapie mit Ciprofloxacin und Gentamicin eingeleitet. Darunter kam es zu zwei lokalen Rezidiven, die chirurgisches Eingreifen erforderlich machten. Unter einer Therapie mit Streptomycin kam die Erkrankung zum Stillstand. Der Langzeitverlauf bleibt abzuwarten. Schlussfolgerung: Die Tularämie sollte als seltene Differentialdiagnose bei therapieresistentem Fieber und Lymphknotenschwellungen in Betracht gezogen werden.

---

### **P31 Streptokokken – häufig, aber nicht immer harmlos**

R. Jähnig, C. Kielwagen, T. Woller, A. Möckel

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sana Klinikum Borna

Wir berichten über einen 5-jährigen Jungen, der wegen persist. Fieber > 40°C, Husten und Gelenkschmerzen vorgestellt wurde. Scharlach in der Kita. Es zeigte sich ein prallelastischer, geschwollener und druckdolenter linker Unterschenkel sowie ein geröteter, überwärmter und bewegungseingeschränkter rechter Ellenbogen, zudem eine livide Verfärbung im Bereich des rechten Fußes. Übriger Status unauffällig. Bei paraklinisch ausgeprägter Entzündungsreaktion (Leuko 28,3 Gpt/l, CrP 214 mg/l, BSG 80/116 mm, Ferritin 459  $\mu\text{g}/\text{l}$ , Fibrinogen 5,9 g/l), zunächst ohne sicheren Fokus, Beginn einer antibiotischen Therapie mit Claforan und add-on Clindamycin i.v. Urinstatus und Erregerdiagnostik negativ. ASL-Titer (497 IU/ml) und D-Dimer (2,18  $\mu\text{g}/\text{ml}$ ) erhöht, übrige klinische Chemie inklusive ANA-AK normwertig, kein Hinweis auf konsumierende Erkrankung. Röntgen Thorax, Echo, Sono Abdomen und Duplexsonographie ohne wegweisende Befunde. In der Muskelsonographie des Unterschenkels v.a. nekrotisierende Faszitis, parallel Eingang der positiven Blutkultur (Streptococcus pyogenes). Erweiterung der Therapie um Penicillin i.v. und Entschluss zur Fasziotomie bei im MRT nachgewiesener, abszedierender Faszitis. Histologisch fand sich eine hochgradig floride Entzündung ohne Beweis einer nekrotisierenden Faszitis. Unter genannter Therapie Stabilisierung und Entlassung in die Reha. Bei klinisch multiformen Entzündungsherden sollte an toxinbildende Bakterien gedacht und die Blutkultur nicht vergessen werden.

### **P32 Was macht ein Pferd in der Kinderarztpraxis?**

K. Amm

*Kinderarztpraxis, Leipzig*

Das Pferd hat mittlerweile einen festen Platz in verschiedenen therapeutischen und heilpädagogischen Bereichen. Den Effekt des „heilsamen Rhythmus des Pferdes“ auf Körper und Seele als „heilende Einflüsse auf die Gemütsverfassung“ beschrieb schon Hippokrates (460-354 v. Chr.) in seinem Corpus hippocraticum. 1953 prägte der Arzt Max Reichenbach den Begriff Reiten als Therapie. Das Pferd als Symbol für Freiheit, Stärke, Anmut motiviert über Körperkontakt und Bewegungsdialog, es trägt und stiftet Vertrauen aufgrund seines menschenbezogenen gutmütigen Charakters. Welches Pferd eignet sich am besten? Für welche Kinder kommt therapeutisches Reiten infrage? Es werden die Wirkweisen und Bereiche des Therapeutischen Reitens Hippotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie, heilpädagogische Förderung mit dem Pferd erläutert sowie die Ausbildung von Pferd und Reittherapeut nach den Grundsätzen des Deutschen Kuratoriums für Therapeutisches Reiten (DKTHR) beschrieben. Auf rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen wird eingegangen.

---

### **P33 Frühkindliche Essstörung mit Mangelgedeihen bei Mutter-Kind-Interaktionsstörung**

M. Raabe, I. Riemer, T. Rusche

*Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Arbeitsbereich Eltern-Kind-Psychosomatik, Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar*

Dargestellt wird der Verlauf des stationären Aufenthaltes eines Patienten (1;8 Jahre) mit frühkindlich sensorischer Essstörung bei gestörter Mutter-Kind-Interaktion. Die Essstörung war sowohl ambulant wie auch stationär auf einer allgemein-pädiatrischen Station nicht erfolgreich zu behandeln gewesen. Erst die Anwendung eines Multimodalen Behandlungskonzeptes unter Einbeziehung und intensiver Anleitung der Mutter ergab einen deutlichen Entwicklungsfortschritt und die Normalisierung des Essverhaltens. Bei gleichem Aufenthalt unterzog sich die Mutter einer psychosomatischen Therapie zur Verbesserung und Stabilisierung ihrer Persönlichkeit und ihrer erzieherischen Ressourcen.

---

### **P34 „www.kinderschutzmedizin-sachsen.de“ – Etablierung und Vernetzung des medizinischen Kinderschutzes in Sachsen**

A. Zscheschang<sup>1</sup>, A. Heilmann<sup>2</sup>, F. Schwier<sup>1</sup>, J. Straube-Krüger<sup>1</sup>, U. Schmidt<sup>3</sup>, C. Erfurt<sup>3</sup>, R. Berner<sup>2</sup>, G. Fitze<sup>1</sup>  
*Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden:*

<sup>1</sup>*Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden*

<sup>2</sup>*Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden*

<sup>3</sup>*Institut für Rechtsmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden*

Einleitung: Kindesmisshandlung ist als potentiell traumatische Situation für Kinder und Jugendliche anzusehen. Das Erkennen von Kindeswohlgefährdung ist ein komplexer Prozess und bedarf einer strukturierten und multiprofessionellen Zusammenarbeit aller beteiligten Institutionen. Zielstellung: Seit 5 Jahren fördert das Sächsische Sozialministerium den Kinderschutz im Gesundheitswesen. Die Stärkung der Kinderschutzgruppen in Krankenhäusern und die Einbindung dieser in ihr Kinderschutz-Netzwerk ist Teil des Projektes. Methode: U.a. soll eine Internetpräsenz für Mitarbeiter im Gesundheitswesen zur besseren Vernetzung geschaffen werden. Zudem werden regionale Treffen aller im medizinischen Kinderschutz beteiligter Institutionen organisiert, um das gemeinsame Vorgehen im Kinderschutzfall zu klären. Die Landesärztekammer Sachsen unterstützt die Vorgehensweise. Ergebnisse: Es wurde ein Fachkräfteportal für Mitarbeiter des Gesundheitswesens entwickelt, welches u.a. theoretische Informationen zum Kinderschutz, Hinweise zu aktuellen Veranstaltungen, wichtige Links und Materialien zum Download und Projektinformationen enthält. Diskussion: Eine Vernetzungsplattform kann u.a. Kenntnisse zu regionalen Angeboten der Frühen Hilfen aufzeigen und dem zuständigen Mediziner helfen, betroffene Familien



zeitnah zu beraten. Schlussfolgerung: Homepage als Hilfsmittel zur Verbesserung der Arbeit im Kinderschutz im Gesundheitswesen in Sachsen.

---

### **P35 Reduktionsdefekte der unteren Extremität**

S. Halletz<sup>1,2</sup>, A. Köhn<sup>1</sup>, R. Hajji<sup>2</sup>, A. Reißmann<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

<sup>2</sup>Fachbereich Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien, Hochschule Magdeburg-Stendal

Einleitung: Wird prä- oder postnatal die Diagnose einer angeborenen Fehlbildung gestellt, schwanken die Empfindungen der Eltern oftmals zwischen Glück, Angst und Unsicherheit. Die Daten des Fehlbildungsmonitoring zeigen eine Prävalenz von großen Fehlbildungen von mindestens 3,5-4,2 % für Mitteldeutschland. Methode: Am Beispiel der longitudinalen Reduktionsdefekte der unteren Extremität (Fibulaaplasie/-hypoplasie, Tibiaaplasie/-hypoplasie sowie Femurfehlbildungen) wird die medizinische Versorgung des Kindes, die Konfrontation der Eltern mit der Fehlbildung und deren Bewältigungsstrategien betrachtet. Anhand eines Fallbeispiels und einer exemplarischen Experten-Befragung soll die Frage beantwortet werden, wie es Eltern gelingen kann die zusätzlichen Problemfelder, die sich aus der Fehlbildung ergeben, zu bewältigen. Ergebnisse: Die Prävalenz für longitudinale Reduktionsdefekte der unteren Extremität liegt in Sachsen-Anhalt im Zeitraum 2000 bis 2015 bei 2,4 pro 10.000 Geborene. Die Herausforderung liegt in der zeitnahen Diagnosestellung sowie der Wahl der geeigneten therapeutischen Optionen. Oftmals sind es komplexe Krankheitsbilder, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig macht. Fazit: Ziel ist die Dokumentation der elterlichen Bewältigungsstrategien. Aus ihnen können bei Bedarf Handlungsempfehlungen für die Beratung und Betreuung abgeleitet werden, welche für Gynäkologen und Pädiater sowie die Mitarbeiter in Beratungsstellen von Bedeutung sind.

---

### **P36 Kohlenmonoxid (CO)-Intoxikation nach Besuch einer Sishabar. Wasserpfeifenkonsum in der Differentialdiagnose der Synkope**

R. Twal, R. Grabitz, U. Issa, U. Liebaug

*Department für operative und konservative Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsmedizin Halle (Saale)*

Drei wbl. Jugendliche wurden akut unter dem Bild einer Synkope vorgestellt. Zusätzlich wurde über Schwindel, Kopfschmerz und Übelkeit geklagt. Die initiale Blutgasanalyse ergab, neben normalen BZ und Elektrolyten, COHb-Werte zw. 19 und 24%. Z.T. erst nach Nachfrage Angaben zu Sishakonsum in geschlossenen Räumen. Konsekutive Therapie mit Hyperbarer Oxygenierung (HBO) entsprechend LL. COHb als auch die neurologischen Symptome waren rasch regredient. Toxische Wirkung des CO beruht auf der Antagonisierung des O<sub>2</sub> am Hämoglobin als auch der Bindung an Myoglobin und Cytochromenzymen und der damit verbundenen Gewebshypoxie und Störung der Atmungskette. ZNS trägt die gravierendsten Schäden davon. Einerseits akute toxische Schädigungen durch ein Hirnödem, andererseits Spätschäden durch die vermehrte Lipidperoxidation in der Zellmembran und dem konsekutiven Mitochondrienverlust und der verminderten Cytochromoxidasaktivität. HBO führt zu einer CO-Reduktion im Blut und erzeugt im Gegensatz zur normobaren Sauerstofftherapie (NBO<sub>2</sub>) einen erhöhten Sauerstoffpartialdruck im hypoxischen Gewebe. Dadurch wird CO aus den o.g. Enzymbindungen verdrängt, die Lipidperoxidation im ZNS verhindert und das Hirnödem vermindert. HBO führt zu einer raschen klinischen Verbesserung des Patienten und im Vergleich zur NBO<sub>2</sub> vor allem zu einer Reduktion der neurologischen Spätschäden. Bei Synkopen an Co-Intoxikation denken. Rasch eine HBO beginnen.

---

### **P37 Eine de novo frameshift-Variante in PUF60 bei einem Mädchen mit globaler Entwicklungsverzögerung, Herzfehler und Mikrozephalie**

F. Rößler, R. Abou Jamra

*Institut für Humangenetik am Universitätsklinikum Leipzig AöR*

Entwicklungsverzögerungen bei Kindern zählen zu den häufigsten Gründen einer genetischen Familienberatung. Wir berichten den Fall eines vierjährigen Mädchens mit Entwicklungsretardierung, Herzfehler, Mikrozephalie und fazialen Dysmorphien. Im Rahmen unseres Forschungsprojekts veranlassten

wir eine Trio-Exom-Sequenzierung, welche eine vergleichende Untersuchung des kodierenden Erbgutes von Kind und Eltern auf Basis der Next-Generation-Sequencing-Technologie darstellt. Zur Auswertung der Datensätze mittels bioinformatischer Software werden alle in Datenbanken verfügbaren Mutationen sowie seltene Varianten (MAF<1%) bezüglich Pathogenität, klinischer Relevanz und Vererbungsmodus priorisiert. Die Analyse ergab die beim Kind neu aufgetretene Variante c.619\_637del, p.(Asn207Profs\*3) im Gen *PUF60*. Pathogene Varianten in *PUF60* wurden kürzlich bei mehreren Patienten mit Entwicklungsverzögerung und Fehlbildungen berichtet. Im Vergleich sehen wir ausgeprägte phänotypische Übereinstimmungen, die uns gemeinsam mit dem genetischen Befund zur Beurteilung der Variante als wahrscheinlich pathogen und ursächlich für das klinische Bild führte. Das Spektrum monogenetischer Ursachen globaler Entwicklungsverzögerung bei Kindern ist besonders heterogen. Hierfür stellt die Trio-Exom-Sequenzierung die optimale Methode dar, da sie eine parallele Untersuchung tausender Gene erlaubt. Ein Abgleich mit dem Erbgut der Eltern erhöht dabei die Detektionsrate krankheitsrelevanter Veränderungen beim Kind.

---

### **P38 Klinische Präsentation myasthener Syndrome**

H. Knöfler<sup>1</sup>, M. Heruth<sup>1</sup>, A. Möckel<sup>1</sup>, A. Reinshagen<sup>2</sup>, D. Boeckler<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Klinik für Neurologie, Sana Klinikum Borna

Einleitung: Darstellung unterschiedlicher Ätiologien und Ausprägungen myasthener Syndrome anhand zweier Fallbeispiele. Fall 1: 17jährige Patientin mit subjektiv bemerkter Muskelschwäche seit 1 Jahr. Klinisch deutlich geminderte Kraftausdauer und Maximalkraft der großen Muskelgruppen. Typische Befundkonstellation von Antikörpern und Elektrophysiologie. Gutes Ansprechen auf Therapieversuch mit Pyridostigmin. Regelmäßige Follow-Ups zur Befundkontrolle und ggf. Therapieoptimierung.

Fall 2: 11,8 Jahre alter afghanischer Junge mit klinischer Kachexie, auffälliger Schädelkonfiguration und ausgeprägter skoliotischer Wirbelsäuledeformation. Anamnestisch deutlich verzögerte motorische Entwicklung. Tageszeitliche Dynamik einer Muskelschwäche nachweisbar. Keine typische Antikörperkonstellation bei elektrophysiologisch myasthener Reaktion nachweisbar. Dezent Befundbesserung des elektrophysiologischen Befundes unter adäquater Pyridostigmintherapie, jedoch ohne klinische Verbesserung. Genetische Diagnostik durch Asylstatus erschwert. Kongenitales myasthenes Syndrom als wahrscheinlich anzunehmen. Neuropädiatrische Anbindung bei Complianceproblemen schwierig. Prognose ist als ungünstig zu werten. Zusammenfassung: Die vorliegenden Fallbeispiele zeigen, wie unterschiedlich sich die Ursache, das erste Auftreten, eine zielführende Diagnose und nicht zuletzt die adäquate Therapie von unklaren Myasthenien auf den gesamten weiteren Krankheitsverlauf der Patienten auswirken kann.

---

### **P38-1 Makrocephalie, Hydrocephalus und Opticusatrophie: Genetische Untersuchung statt Ableitungsdrainage – ein Fallbericht**

S. Patzer<sup>1</sup>, T. Neumann<sup>2</sup>, P. Göbel<sup>3</sup>, T. Pormann<sup>4</sup>, L. Patzer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin "St. Elisabeth und St. Barbara" Halle (Saale)

<sup>2</sup>Praxis Halle, Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik

<sup>3</sup>Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie "St. Elisabeth und St. Barbara" Halle (Saale)

<sup>4</sup>Praxis für Radiologie am Krankenhaus "St. Elisabeth und St. Barbara" Halle (Saale)

Die Kombination aus Makrocephalie, erweitertem Ventrikelsystem und Opticusatrophie führt in der Regel zwingend zur Prüfung der Indikation zur Implantation einer Ableitungsdrainage. Vorgestellt wurde eine 4 Monate alte Patientin mit eben diesen Symptomen. Bei detaillierter Anamneseerhebung und akribischer Untersuchung der Patientin, aber auch ihres Zwillingbruders, einer älteren Schwester und der Mutter zeigten sich identische Befunde bei diesen Familienmitgliedern: Makrocephalie, Dymorphie, dysmorphe, erweiterte Ventrikelsysteme, Lippenkerben, Polydaktylie, Pigmentanomalien der Haut und der Retina, Entwicklungsstörungen und ein Basalzellcarcinom bei der Mutter. Mit genetischer Diagnostik konnte eine Mutation im PTCH1-Gen bei allen Betroffenen gesichert werden. Damit liegt ein Nevoid basal cell carcinoma syndrome (NBCCS), auch Gorlin-Syndrom genannt, vor. Dies hat erhebliche Konsequenzen. Die

Mutation verursacht Veränderungen fast aller Organsysteme mit der Gefahr maligner Entartungen. Eine lebensbegleitende multidisziplinäre Betreuung ist unerlässlich. Die Kasuistik soll dafür sensibilisieren, dass syndromale Erkrankungen Verursacher von klinischen Auffälligkeiten sein können, die sich sonst bei erhöhtem intrazerebralen Druck zeigen. Anamnese, die klinische Untersuchung von Familienmitgliedern mit ähnlichen morphologischen Besonderheiten, das Zusammenführen von Befunden und die Konsultation eines Genetikers haben in unserem Fall eine Klärung herbeigeführt.

---

### **P39 Depressionen und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen mit Herzschrittmachern (PM) und implantierten Defibrillatoren (ICD)**

V. Herbsleb<sup>1</sup>, A. Klein<sup>2</sup>, M. Döhnert<sup>2</sup>, T. Matuschek<sup>2</sup>, S. Stadelmann<sup>2</sup>, I. Dähnert<sup>1</sup>, R. Gebauer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinderkardiologie, Herzzentrum Leipzig

<sup>2</sup>Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes/Jugendalters, Universitätsklinikum Leipzig

Einleitung Die Implantation eines PM oder ICD im Kindes- und Jugendalter kann mit Einschränkungen der Lebensqualität und der Entwicklung von Depressionen oder Angststörungen einhergehen.

Ziel Es sollte das Auftreten von Depressionen und Angststörungen bei Kindern nach Implantation eines PM/ICD in Abhängigkeit von der Art des Devices und der Altersgruppe der Patienten analysiert werden. Methodik 86 Pat. (42 w; 63 PM, 23 ICD) im Alter von 6-19 Jahren ( $12,88 \pm 3,96$ ) wurden eingeschlossen. Das Auftreten von Depressionen bzw. Angststörungen wurde mit Hilfe des CES-DC- bzw. SCARED-Fragebogens im Selbst- und Fremdurteil erhoben und mit altersentsprechenden Kontrollgruppen verglichen. Ergebnisse Jugendliche mit PM/ICD zeigen ein erhöhtes Auftreten von Angststörungen im Vergleich zur Normalbevölkerung (26.8% vs 9.9%), insbesondere Mädchen (35.3% vs 11.3%). Es gab keine Unterschiede zwischen Patienten mit PM/ICD und den Kontrollgruppen in Bezug auf Depressionen sowie bei Betrachtung beider psychischer Störungen zwischen Kindern mit PM und ICD. Diskussion/Schlussfolgerung Kinder und Jugendliche mit PM oder ICD sind häufiger von Angststörungen oder Depressionen betroffen. Daher sollte bei Patienten und Angehörigen ein Bewusstsein für psychische Erkrankungen geschaffen werden und im Rahmen der Kontrollen ein Screening mittels geeigneter Fragebögen durchgeführt werden. Die umfassende Betreuung dieser Patienten sollte die Analyse psychischer Störungen und deren Therapie beinhalten.

---

### **P40 Schalleitungsschwerhörigkeiten im Vorschulalter**

M. Loderstedt<sup>1</sup>, K. Thiele<sup>2</sup>, A. Reißmann<sup>3</sup>, U. Vorwerk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HNO-Universitätsklinik Magdeburg

<sup>2</sup>Gesundheitsamt Magdeburg

<sup>3</sup>Fehlbildungsmonitoring Sachsen Anhalt

Einleitung/Zielstellung: Auch leichte Hörstörungen im frühen Kindesalter können die Sprachentwicklung und in der Folge die gesamte Entwicklung des Kindes beeinträchtigen. Es stellt sich die Frage, ob ein generelles Hörscreening für Neugeborene ausreichend ist. Methoden/Ergebnisse: Grundlage der Untersuchungen waren die Ergebnisse der Vorschuluntersuchung von insgesamt 1.386 Kindern der Stadt Magdeburg. Dabei konnte neben der Prävalenz für Hörstörungen auch die Prävalenz für passagere Schalleitungstörungen im Vorschulalter gezeigt werden. Die häufigste Form ist der chronische Paukenerguss. Weiter wurden Daten zur Gesamtentwicklung des Kindes und zu Risikofaktoren für die bestehende Hörstörung erhoben und ausgewertet. Diskussion/Schlussfolgerung: Vorübergehende Schalleitungstörungen sind die häufigste Ursache für Hörstörungen im Vorschulalter. Ist ein erneutes Screening im Vorschulalter notwendig? Besteht generell die Notwendigkeit der Therapie eines chronischen Paukenerguss? Diskutiert wird ausserdem, mit welchem Verfahren der Hörtest optimaler Weise durchgeführt werden sollte und welchen Einfluss der Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung auf das Untersuchungsergebnis hat.



---

## **P41 Inkomplette Querschnittssymptomatik als erstes Zeichen einer akuten parainfektiösen transversen Myelitis**

D. Krone<sup>1</sup>, S. Patzer<sup>1</sup>, T. Porrmann<sup>2</sup>, L. Patzer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle

<sup>2</sup>Radiologische Praxis am Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle

Einleitung: Die transverse Myelitis ist eine sehr seltene (Inzidenz: 1,3 pro 1 Million Menschen im Jahr) Erkrankung, die rasch zu schweren neurologischen Defiziten führen kann. Unterschiedliche Mechanismen spielen bei der Entstehung eine Rolle, wobei die parainfektiöse Form am häufigsten ist. Falldarstellung: Vorgestellt wird ein altersgerecht entwickeltes 2-jähriges Mädchen, das wegen Erbrechens und Fiebers in reduziertem Allgemeinzustand akut aufgenommen wurde. In den nächsten 48 h entwickelten sich eine Blasen- und Darmentleerungsstörung, ein breitbasiges Gangbild und eine beinbetonte Spastik mit positiven Pyramidenbahnzeichen und Ausfall der Bauchhautreflexe. Die MRT der spinalen Achse führte zur Diagnose einer akuten transversen Myelitis und Radikulitis. Labordiagnostisch fanden wir eine frische Mycoplasmen-Infektion und Enteroviren im Stuhl. Trotz der Behandlung mit Methylprednisolon i.v. und Erythromycin p.o. verschlechterte sich der klinische Zustand initial dennoch: Das Kind konnte nicht mehr stehen und gehen und war unleidlich und berührungsempfindlich. Unter Fortsetzung der Medikation und anschließender Rehabilitation erholte sich die Patientin. Nach 4-monatiger Nachbeobachtung bestand noch eine milde fußbetonte Spastik. Schlussfolgerung: Treten bei einer Infektion mit neurotrophen Erregern akute neurologische Symptome auf, muss auch an eine transverse Myelitis gedacht werden. Rasche Diagnosestellung und früher Therapiebeginn können die Prognose verbessern.

---

## **P42 Typ-1-Narkolepsie mit frühem Beginn im Kindesalter – 2 Falldarstellungen**

S. Eichholz<sup>1</sup>, S. Zill<sup>1</sup>, J. Moritz<sup>2</sup>, M. Hofmann<sup>3</sup>, G. Heubner<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Abteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und Kieferchirurgie, Seelands Universitätsklinikum, Køge/Dänemark

<sup>3</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, DRK-Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein

Einleitung: Die Narkolepsie ist eine seltene Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Die ESPED-Studie von 2002 ergab eine Inzidenz von 1,2:1.000.000. Seit 2010 wird weltweit eine signifikante Zunahme der Narkolepsie im Kindes- und Jugendalter beobachtet. Falldarstellungen: Es werden zwei Kinder mit Diagnosestellung im Alter von 11 Jahren vorgestellt. Vor Beginn der Diagnostik bestand eine Symptomatik mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit und einer hohen Einschlafneigung am Tage. Kataplektische Zustände mit einem plötzlichen Tonusverlust bei Emotionen wurden berichtet. Diagnostik: Zur Sicherung der Diagnose erfolgten 2 nächtliche Polysomnographien, die frühe und häufige REM-Schlafphasen zeigten. Im Multiplen Schlaflatenztest (MSLT) schiefen beide Kinder am Tage nach wenigen Minuten ein und fielen in einigen Episoden sofort in den REM-Schlaf (SOREM = sleep onset REM). Im Liquor wurden deutlich erniedrigte Werte für Hypocretin 1 bestimmt. Die HLA-Typisierung zeigte bei einem Kind den HLA-Haplotyp DQB1\*0602. Neben der nichtmedikamentösen Therapie wurde eine Therapie mit Methylphenidat begonnen. Schlussfolgerungen: Wichtig für Diagnose ist die Erhebung der Schlafanamnese und die Frage nach Kataplexien. Diese sind wegweisend, müssen jedoch nicht vorhanden sein. Deutlich erniedrigte Hypocretinwerte sind für eine Typ-1-Narkolepsie beweisend, normale Werte schließen jedoch eine Typ-2-Narkolepsie nicht aus. Die stationäre Abklärung in einem pädiatrischen Schlaflabor mit zwei Nächten plus MSLT nach einer Polysomnographie ist erforderlich.

---

## **P43 Rasmussen-Enzephalitis bei einem 6-jährigen Jungen**

A. Sauerbrey, B. Müller, A.-B. Hintz

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Helios Klinikum Erfurt

Die Rasmussen Enzephalitis ist eine sehr seltene, ätiologisch ungeklärte, immunologisch vermittelte, lokal entzündliche Erkrankung des Gehirns. Klinisch charakterisiert ist die Erkrankung durch eine therapieresistente Epilepsie, Hirnatrophie und kognitive Defekte. Wir berichten hier über einen 6-jährigen Jungen, der erstmals im Juli 2016 wiederholt Episoden mit Schwindel, Übelkeit, Erbrechen sowie

gustatorische und olfaktorische Halluzinationen hatte. Nach einer Episode mit rezidivierendem Erbrechen und anschließender Somnolenz ergab eine MRT-Untersuchung den Verdacht auf eine Enzephalitis. Im EEG zeigte sich ein ausgeprägter Verlangsamungsherd rechts frontal, der Liquor war unauffällig. Im Verlauf zeigte sich nach Beginn einer antikonvulsiven Therapie eine klinisch progrediente Symptomatik. Sowohl im Blut als auch im Liquor waren keine Autoantikörper nachweisbar. Wegen der Befundverschlechterung im MRT und EEG mit Zeichen beginnender Hirnatrophie erfolgte eine stereotaktische Hirnbiopsie rechts frontal. Die Histologie ergab eine T-Zell-dominierte Autoimmunenzephalitis (Rasmussen Enzephalitis). Unter immunsuppressiver Therapie kam es zu einer vorübergehenden Besserung der Anfallssymptomatik mit nachfolgender Progredienz. Schlussfolgerung: Die Rasmussen Enzephalitis ist eine rasch progrediente Autoimmunenzephalitis, die in der Regel refraktär gegenüber immunsuppressiver Therapie ist. Die epilepsiechirurgische Therapie ist daher oft unverzichtbar.

---

#### **P44 Akute nekrotisierende Enzephalopathie bei einem 5-jährigen Mädchen**

C. Kunze<sup>1</sup>, E. Boltshauser<sup>2</sup>, A. Kühn<sup>3</sup>, T. Lange<sup>3</sup>, T. G. Müller<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinik f. Diagnostische Radiologie, Universitätsklinikum Halle (Saale), M.-Luther-Universität Halle-Wittenberg

<sup>2</sup>Kinderklinik, Universitätsklinikum Zürich

<sup>3</sup>Department f. operative und konservative Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Halle (Saale), M.-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Zielstellung: Die akute nekrotisierende Enzephalopathie ist eine der seltenen Differentialdiagnosen eines akut neurologisch schwer erkrankten 5-jährigen Mädchens aus dem arabischen Raum nach vermuteter Influenza-Infektion. Methoden: Darstellung der typischen MR-Morphologie mit symmetrischen Läsionen in den Stammganglien/ Thalami und im Pons in Zusammenhang mit den klinisch und laborchemischen Befunden sowie Diskussion der möglichen Differentialdiagnosen anhand dieses 5-jährigen Mädchens. Unter einer Prednisolonstoßtherapie sowie konservativen Maßnahmen besserte sich die neurologische Symptomatik deutlich. Das Kontroll-MRT ca. 5 Wochen später zeigte eine komplette Regredienz der Stammganglienveränderungen sowie 2 zystische Defekte im Pons als Restbefund. Im weiteren Verlauf bildete sich die neurologische Symptomatik fast komplett zurück. Ergebnisse: Die akute nekrotisierende Enzephalopathie ist eine seltene Erkrankung im Kindesalter, die im Gefolge von Virus-Infektionen auftreten, aber auch genetisch bedingt (RANBP2) sein kann und dabei zu rezidivierenden Episoden führen kann. Bei entsprechender Bildmorphologie sollte sie gegen eine Virusencephalitis bzw. ADEM abgegrenzt werden. Schlussfolgerungen: Bei typischem MRT-Befund-Muster und nach vorangegangenen Virus-Infektionen, insbesondere nach Influenza, sollte bei akuter schwerer neurologischer Symptomatik die akute nekrotisierende Enzephalopathie mit in Betracht gezogen und die genetische Untersuchung auf RANBP2 induziert werden.

---

#### **P45 Etablierung einer psychosomatischen Abteilung in der Kinderklinik – Erfahrungen und Auswertungen nach 2 Jahren**

A. Lachnit, B. Schwab, G. Heubner

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Städtisches Klinikum Dresden

Auf Grund zunehmender Fallzahlen von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Störungsbildern und auf Grund der unzureichenden stationären Behandlungsmöglichkeiten wurde 2015 der Bereich Pädiatrische Psychosomatik (PPS) an der Kinderklinik des Städtischen Klinikums Dresden eröffnet. Es besteht innerhalb der Pädiatrie ein wesentlicher Versorgungsauftrag für diese Patienten, dies wurde auch durch die pädiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften in einem gemeinsamen Positionspapier im November 2016 bestätigt. Wir möchten nach über 2 Jahren eine Auswertung vornehmen und über Erfahrungen berichten, insbesondere nach Erweiterung des Bereichs und Eröffnung einer eigenständigen PPS-Station. Die multimodale Komplexbehandlung mit 8 stationären Therapieplätzen erfolgt gemäß den Vorgaben des OPS und orientiert sich an den Leitlinien der AG Pädiatrische Psychosomatik der DGKJ. Es erfolgt eine statistische Aufarbeitung der seit 2015 betreuten, insg. 74 PPS-Patienten im Alter von 7 bis 18 Jahren, wobei auf Therapiedauer, Behandlungsindikationen, therapierelevante Hauptdiagnosen, Co-Medikationen, therapeutisches Setting und erhebbare

Behandlungserfolge eingegangen wird. Anhand der Auswertung wird die hohe Relevanz unseres therapeutischen Angebotes dargestellt. Durch Vergrößerung unseres PPS-Bereichs haben wir 2016 den weiteren Versorgungsauftrag angenommen und möchten andere Kliniken dazu ebenfalls ermutigen.

## »» Neonatologie

---

### **P46 Neonatales Nierenversagen nach Therapie mit Angiotensin II-Rezeptor-Blockern (Sartanen) während der Schwangerschaft**

S. Hollenbach<sup>1,2</sup>, M.Henn<sup>1,2</sup>, U. Fleischer<sup>2</sup>, M. Rose<sup>2</sup>, S. Wygoda<sup>1</sup>, M. Borte<sup>2</sup>

<sup>1</sup>KfH Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche am Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

<sup>2</sup>Klinik für Kinder und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

Hintergrund: Die Prävalenz der arteriellen Hypertonie ist mit 30-45% sehr hoch. Sartane und ACE-Hemmer gehören aufgrund ihrer allgemein guten Verträglichkeit zur Standardtherapie. Für beide Substanzgruppen besteht jedoch eine relative Kontraindikation für Frauen im gebärfähigen Alter. Sie sind ab zweitem Schwangerschaftstrimenon streng kontraindiziert, da ein hohes Risiko für die Entwicklung einer neonatalen Niereninsuffizienz wie auch extrarenaler, teils durch das Oligohydramnion bedingte Komplikationen, besteht. Auch nach Erholung der Nierenfunktion kann es zu einer sekundären Manifestation einer chronischen Niereninsuffizienz und eines renalen Hypertonus kommen. Kasuistik: Wir berichten über zwei Neugeborene, deren Mütter mit Sartanen behandelt wurden. In beiden Fällen war die Schwangerschaft unbekannt. Postnatal entwickelten beide Neugeborenen eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz. Bei einem Kind kam es nach zwischenzeitlicher Erholung der Nierenfunktion zu erneuter Dialysepflichtigkeit. Schlussfolgerung: Eine Therapie mit ACE-Hemmern oder Sartanen sollte nur unter strenger Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen und bei Frauen im gebärfähigen Alter nur unter konsequenter Kontrazeption. Insbesondere bei älteren Frauen besteht bei vermuteter Menopause ein hohes Risiko für Schädigung des Feten bei unbekannter Schwangerschaft. Auch nach Erholung einer initial eingeschränkten Nierenfunktion ist eine langfristige kindernephrologische Betreuung notwendig.

---

### **P47 Vergleich der Auswirkungen des Opiat vs. Methamphetamin-Abusus Schwangerer auf die Neugeborenen**

A. Gebauer, E. Robel-Tillig

*Neonatologie, Klinikum St. Georg Leipzig*

Substanzabusus bei schwangeren Frauen ist in den letzten Jahren zu einem immensen Problem auch für die Betreuung der geborenen Kinder geworden. Dabei spielt zunehmend der Methamphetamin (Crystal-Meth) Missbrauch eine Rolle. Ziel der Studie war die Beurteilung der postnatalen Adaptation und der neurologischen Entwicklung der Kinder im Vergleich des pränatalen Substanzmissbrauches der Mutter. Integriert wurden 33 Neugeborene (NG) mit Opiat- und 53 mit Methamphetamin-Abusus der Mutter. Die postnatale Adaptation gestaltete sich in beiden Gruppen problemlos. Auffällig war ein hoher Anteil (32%) an Frühgeburten in der Crystal-Gruppe. NG beider Gruppen lagen mit Gewicht, Länge und Kopfumfang unter der Norm. Während die NG der Opiat-Gruppe ein Aufholwachstum aufwiesen, blieben die NG der Crystal-Gruppe im Verlauf zu klein und zu leicht. Bei einem hohen Prozentsatz der NG beider Gruppen gestaltete sich der Nahrungsaufbau schwierig. 64% der NG der Opiat-Gruppe und nur 42% der NG der Crystal-Gruppe wurden zur Mutter entlassen. Die neurologische Nachuntersuchung zeigte deutliche Auffälligkeiten in beiden Gruppen. Bei 42% der Kinder der Opiat- und 70% der Crystalgruppe zeigten sich ausgeprägte Tonusstörungen und motorische Defizite. Ebenso ließen sich besonders in der Crystalgruppe schwere Defizite im Sozialverhalten aufzeigen. Kinder nach maternalem Drogenabusus stellen eine große Risikogruppe dar. Besonders nach Methamphetaminabusus ist mit schwerwiegenden Folgestörungen zu rechnen.

---

## **P48 Ökonomie versus Risiko – Critical Incident (Near Miss) durch Ausfall eines Patientenmonitors**

N. Lorenz<sup>1,3</sup>, St. Schmidt<sup>1</sup>, K. Rauer<sup>2</sup>, JU. Kliemann<sup>2</sup>, G. Heubner<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Bereich Neonatologie*

<sup>2</sup>*Medizin- und Informationstechnik*

<sup>3</sup>*Klinisches Risikomanagement, Perinatalzentrum Dresden, Städtisches Klinikum Dresden*

Einleitung: Durch sinkende Margen und dem ständig wachsenden Kostendruck ist der Einkauf in Medizintechnikunternehmen besonders gefordert (BME-Forum „Einkauf in der Medizintechnik“, 2016). FALLBERICHT: Frühgeborenes, outborn, 34+4 SSW, GG 2950 g, 32 h alt, ANS III, maschinell beatmet, überwacht mit Philips Intellivue MP70 (EKG, AF, SpO<sub>2</sub>, Puls, tcpCo<sub>2</sub>)- SpO<sub>2</sub>-Messung mit Sensor Asmuth AS502E (Händler in Deutschland), Aufschrift OXI-PRO-DN (Fa. Protech, Südkorea). MP 70 zeigt nach Surfactantgabe ca. 60 min SpO<sub>2</sub> 89%, zuvor wurde Alarm: "Sauerstoffsättigungssignal schwach" quittiert. Klinische Verschlechterung, Wechsel des Sensors ermittelt SpO<sub>2</sub> 29%; BGA: pH 7,05; BE -12,5; Laktat 8,6 mmol/l. Im Parameterserver und Zentrale sind für den betreffenden Zeitraum keine Meßwerte für SpO<sub>2</sub> auffindbar, im MP70-Datenspeicher als „?89“ abgelegt. Bisher kein Patientenschaden nachweisbar. ANALYSE: Sensor stammte regelwidrig aus Geburtsklinik. Händler Asmuth verweist unter Bezugnahme „Einmalsensor“ auf überschrittene Standzeit des Philips-kompatiblen Sensors AS502E (4 Stunden), Philips und BPharm auf Nonkompatibilität des OXI-PRO-DN mit Philips-Monitoren. Geburtsklinik belegt Erwerb des OXI-PRO-DN als AS502E. Klärung ausstehend. Schlussfolgerung: Aktuelle Kontrollmechanismen sind offenbar nicht immer ausreichend, um die Patienten und den Anwender vor inkompatibler Medizintechnik zu schützen. Es gilt deshalb umso mehr: kein Monitor kann die klinische Erfahrung des Pflegepersonals ersetzen.

---

## **P49 Hypothermiebehandlung eines asphyktischen Frühgeborenen mit Fallot'scher Tetralogie**

B. Ackermann<sup>1</sup>, N. Wolf<sup>1</sup>, B. Lück<sup>2</sup>, U. Thome<sup>1</sup>, M. Knüpfer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Selbständige Abteilung Neonatologie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Zentrum für Frauen- und Kindermedizin, Leipzig*

<sup>2</sup>*Klinik für Kinderkardiologie, Universitätsklinik - Herzzentrum Leipzig*

Hypothermie ist Standardtherapie reifer asphyktischer Neugeborener. Ob asphyktische Frühgeborene von Hypothermie profitieren ist unklar. Erstversorgung: Notsectio bei eklamptischem Anfall in der 31+2. SSW. Postnatal Pulslosigkeit, sofortige Intubation und Beatmung, Beginn HDM nach 30sek, ROSC nach 2,5 Minuten. Apgar 0-5-7, pH 6,90, BE -23,6, GG 1530g. Hypothermiebehandlung: Entscheidung zur systemischen Kühlung trotz Frühgeburtslichkeit bei klinischer und paraklinischer Asphyxie. Erreichen der Zieltemperatur (33.0-34.0°C) 30min postnatal. Nach 72h Normalisierung der Körpertemperatur über 12h. Neurologie: Keine Krampfäquivalente. Sonographisch bis auf mildes Hirnödem sowie subependymale Plexusblutungen bds. unauffällig. aEEG mit Burst-Suppression-Muster. Klinisch Mundbodenautomatismen. Herz/Kreislauf: Pränatal nicht bekannte Fallot'sche Tetralogie mit ausgewogener pulmonaler/systemischer Perfusion. Unterstützung mittels Hydrokortison und Dopamin in den ersten Lebenstagen. Es trat keine kritische pulmonale Hypertension unter Hypothermie auf. Korrektur-Operation im HZL mit gutem Ergebnis ohne relevante perioperative Komplikationen. Neurologisches Outcome: Im Alter von 13 Monaten dem korrigierten Alter entsprechender Junge in gutem AZ. Zusammenfassung: Trotz relevanter Risikofaktoren ist eine Hypothermiebehandlung bei asphyktischen Frühgeborenen unter engmaschiger Kontrolle von Kreislaufparametern, Gerinnung und Beatmung erwägenswert.

---

## **P50 Intrauterine Metamphetamin Exposition als Ursache einer Schizenzephalie?**

F. Weber<sup>1</sup>, N. Näther<sup>1</sup>, G. Hahn<sup>2</sup>, M. Rüdiger<sup>1</sup>, J. Dinger<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Klinik und Poliklinik für Kinder – und Jugendmedizin, TU Dresden*

<sup>2</sup>*Universitätsklinik Carl Gustav Carus Dresden, Abteilung für Kinderradiologie*

Hintergrund: Im Rahmen der sächsischen Neonatalerhebung war in den Jahren 2007 bis 2015 ein Anstieg von Neugeborenen nach intrauteriner Metamphetamin-Exposition von 0,6 auf 5,1 pro 1000 Geburten zu

verzeichnen. Die betroffenen Neugeborenen fielen mit einer erhöhten Frühgeborenenrate und im Vergleich zum Landesdurchschnitt dreifach höheren Rate an Mikrozephalie auf, in der Schädelsonographie fanden sich häufig intrakranielle Pathologien. Fallvorstellung: Wir berichten über ein Frühgeborenes der 35. Schwangerschaftswoche mit unilateraler open Lip-Schizenzephalie. Klinisch bestand ein neonatales Abstinenzsyndrom. Im Urin des Kindes und der Mutter waren hohe Konzentrationen von Amphetaminen und Metamphetaminen nachweisbar. Molekulargenetisch fand sich kein Nachweis bekannter pathogener Varianten. Diskussion: Die Schizenzephalie ist eine seltene zerebrale Fehlbildung. Ätiopathogenetisch sind verschiedene Genmutationen beschrieben. In einer vaskulären Theorie werden intrauterine Ischämien zerebraler Arterien als ursächlich diskutiert. Zerebrale Malformationen sind bei Neugeborenen Kokain-konsumierender Mütter beschrieben und werden mitunter auf eine sympathomimetische Vasokonstriktion zurückgeführt. Im vorliegenden Fall scheint eine Metamphetamin-induzierte zerebrale Ischämie während der Embryogenese wahrscheinlich. Schlussfolgerung: Eine intrauterine Metamphetamin-Exposition kann beim Feten potenziell zu schweren Störungen in der Entwicklung des Kortex führen.

---

### **P51 Kurzzeitprognose des posthämorrhagischen Hydrocephalus (PHHC)**

S. Sörgel<sup>1</sup>, M. Krause<sup>2</sup>, A. Bläser<sup>1</sup>, U. Thome<sup>1</sup>, M. Knüpfer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Selbständige Abteilung Neonatologie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin*

<sup>2</sup>*Klinik für Neurochirurgie, Universitätsklinik Leipzig*

Einleitung: Mit dieser Arbeit wollen wir einen Basisdatensatz für Frühgeborene (FG) mit PHHC schaffen. Zielstellung: Vergleich der Mortalität/Morbidität von FG mit PHHC [A] mit neuromorphologisch unauffälligen [B] und Patienten mit intraventrikulärer Blutung °1-2 ohne PHHC-Entwicklung [C] Methode: Über 18 Jahre wurden alle behandelten FG mit Diagnose PHHC erfasst. Nun wurde je ein Matchpartner nach Geschlecht, Geburtsjahr, SSW und Gewichtssperzentile gesucht. Ausgewertet wurde hinsichtlich typischer neonatologischer Parameter: stationärer Aufenthalt, BPD, ROP, FIP/NEC, Mortalität. Ergebnisse: Die SS-Dauer lag bei 189-193 d, das Geburtsgewicht bei 972-995g. Unter annähernd gleichen Ausgangsbedingungen zeigte Gruppe A bei gleicher Verweildauer eine höhere BPD>°1-Rate (A=16.9%, vs. B=4.2% und C=8.4%), eine höhere ROP>°2-Rate (23.9%, vs. B= 5.6% und C= 11.3%) und eine höhere FIP/NEC-Rate (12.7%, vs. B=2.8% und C=4.3%). Die Unterschiede in der Mortalität (A=19.7% B=1.4% C=2.8%) waren ebenso gravierend. Zusammenfassung: FG mit PHHC unterscheiden sich durch eine signifikant höhere Komorbiditätsrate und Sterblichkeit von Patienten gleicher Trophe ohne PHHC. Ebenso weist Gruppe C gegenüber B eine höhere Komorbidität und Mortalität auf. Diese Daten können als Grundlage für Evaluierung verschiedener Therapiestrategien zur Behandlung von FG mit Hirnblutungen benutzt werden.

---

### **P52 Fördert olfaktorische Stimulation die orale Nahrungsaufnahme von Frühgeborenen?**

J. Gellrich<sup>1</sup>, N. Rochor<sup>1</sup>, T. Hummel<sup>2</sup>, M. Rüdiger<sup>3</sup>, V. A. Schriever<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Abteilung Neuropädiatrie, Universitätsklinikum Dresden*

<sup>2</sup>*Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Interdisziplinäres Zentrum für Riechen und Schmecken, Universitätsklinikum Dresden*

<sup>3</sup>*Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Abteilung Neonatologie, Universitätsklinikum Dresden*

Der Geruchssinn hat Einfluss auf die Nahrungsaufnahme von Neugeborenen. In vielen Fällen müssen unreif geborene Kinder mittels Magensonde ernährt werden. Ziel der Studie ist es den Einfluss von Geruchsstimulation auf das Trinkverhalten und die orale Nahrungsaufnahme von Frühgeborene zu untersuchen. Außerdem wird untersucht, inwieweit die Dauer der Sondenernährung dadurch reduziert werden kann. Es werden 150 Kinder ab einem Gestationsalter von 27 Schwangerschaftswochen in die Studie eingeschlossen. Vor jeder Nahrungsaufnahme erfolgt eine Geruchspräsentation mittels Riechstiften. Es werden zwei verschiedene Geruchsstoffe verwendet: Rose (nicht-nahrungsassoziiert) und Vanille (nahrungsassoziiert). Zusätzlich erhält die Kontrollgruppe einen geruchslosen Riechstift. Die Zuteilung in die jeweiligen Gruppen erfolgt randomisiert. Als primärer Endpunkt wird die vollständige orale Ernährung der Kinder definiert. Die Studie wird im Februar 2017 beendet. Bisher wurden 142 Kinder in die Studie eingeschlossen. Die Ergebnisse sollen auf der Jahrestagung vorgestellt werden.



---

## **P53 Neugeborenencreening auf Mukoviszidose (CF) – 6 Monate Erfahrung aus Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen**

C. Henn<sup>1</sup>, J. Hammermann<sup>2</sup>, U. Ceglarek<sup>3</sup>, M. Stoppsack<sup>4</sup>, S. Rönicke<sup>5</sup>, I. Adams<sup>6</sup>, U. Issa<sup>7</sup>, J. Mainz<sup>8</sup>, D. Schuhmann<sup>9</sup>, K. Thoß<sup>10</sup>, J. Meister<sup>11</sup>, G. Lohse<sup>12</sup>, M. Käding<sup>13</sup>, J. Hentschel<sup>14</sup>, F. Prenzel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Mukoviszidose-Ambulanz, Klinik für Kinder und Jugendliche am Universitätsklinikum Leipzig

<sup>2</sup> UMC „Christiane Herzog“, Kinderklinik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

<sup>3</sup> Screeningzentrum Sachsen, Standort Leipzig

<sup>4</sup> Screeningzentrum Sachsen, Standort Dresden

<sup>5</sup> Screeninglabor, Universitätsklinikum Magdeburg

<sup>6</sup> Mukoviszidose-Ambulanz, Universitätskinderklinik der Otto-von Guericke-Universität Magdeburg

<sup>7</sup> Mukoviszidose-Zentrum, Klinikum der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

<sup>8</sup> Mukoviszidose-Zentrum, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Jena

<sup>9</sup> Mukoviszidose-Ambulanz, Kinderklinik, Helios-Klinikum Erfurt

<sup>10</sup> Mukoviszidose-Ambulanz, Kinderklinik Greiz

<sup>11</sup> Mukoviszidose-Ambulanz, Kinderklinik, Helios-Klinikum Aue

<sup>12</sup> Mukoviszidose-Ambulanz, Kinderklinik, Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau

<sup>13</sup> Mukoviszidose-Ambulanz, Poliklinik gGmbH Chemnitz

<sup>14</sup> Institut für Humangenetik, Universitätsklinikum Leipzig

Das bundesweite dreistufige (IRT, PAP, Genetik) Neugeborenencreening auf Mukoviszidose wurde am 1. September 2016 eingeführt. Im Vorfeld war kontrovers über Aufwand, Nutzen und mögliche Nebeneffekte diskutiert worden. Ziel der Arbeit ist es, neben ersten Daten, Probleme des Screenings darzulegen und mögliche Lösungsansätze zu diskutieren. In Sachsen und Thüringen erfolgt das Neugeborenencreening flächendeckend durch das Screeningzentrum Sachsen mit den Standorten Leipzig und Dresden, in Sachsen-Anhalt durch das Screeninglabor der Uni Magdeburg. Im ersten Teil der Arbeit sollen erste Daten aus den Screeninglaboren zur Auswertung kommen. Der zweite Teil der Arbeit entstammt dem Qualitätszirkel der CF-Ambulanzen Mitteldeutschlands. Hier werden Daten der Patienten ausgewertet, welche nach auffälligem Screeningbefund zur Konfirmationsdiagnostik vorgestellt wurden. Bis Ende 2016 erfolgten in Mitteldeutschland ca. 20000 Screeninguntersuchungen und es zeigte sich bereits, dass die Zahl der auffälligen Screeningbefunde, wie auch der Anteil von Neugeborenen mit einem sogenannten "IRT fail save" in den einzelnen Regionen variieren. Bezüglich der Konfirmationsdiagnostik variierte die Zeitspanne zwischen Übermittlung des auffälligen Screeningbefundes und Vorstellung des Kindes. Nicht selten mussten Schweißtest-Untersuchungen mehrfach wiederholt werden. Für betroffene Kinder ist das Screening ohne Frage wichtig. Es birgt aber derzeit noch Schwierigkeiten, die es zu optimieren gilt.

## **»» Kinderchirurgie**

---

### **P54 Volvulus bei einem 15-jährigen Jungen**

Y. Vorwerg<sup>1</sup>, A. Schlesinger<sup>1</sup>, K. Gröger<sup>1</sup>, H. Gröger<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Abteilung Kinder- und Jugendmedizin, Krankenhaus Wurzen, Muldentalkliniken

<sup>2</sup>Abteilung Chirurgie, Krankenhaus Wurzen, Muldentalkliniken

Einleitung: Ein Volvulus ist eine seltene Ursache akuter Bauchschmerzen. Pathogenetisch handelt es sich um eine Strangulation, infolge dessen Ischämie mit nachfolgender Nekrose und letztlich Organverlust. Ein Volvulus kann im gesamten Verdauungstrakt auftreten. Wir berichten über einen 15-jährigen Patienten mit akuten rechtsseitigen Bauchschmerzen und Erbrechen bei ausbleibenden Stuhlgängen. Patient: 15 9/12 Jahre alter Junge in der Nacht zum Vortag beginnende Bauchschmerzen, Durchfall und Erbrechen. Vorstellung im auswärtigen KH, Entlassung gegen Revers. Vorstellung internistische NFA – Empfehlung dringende Vorstellung Kinderabteilung; zunächst nicht erfolgt. Am Aufnahmetag 4:00 Uhr stärkste Bauchschmerzen, Bauch hart. 9:00 Uhr Vorstellung NFA, weiterhin Erbrechen, kein Stuhlgang. Klinische Untersuchung: schwer kranker AZ, gebückter Gang, Liegen auf der Seite, angezogene Beine, Haut blass-grau, Abdomen bretthart, keine DG auskultierbar, Auskultation schmerzhaft. Sonografie Akutes Abdomen mit dilatierten Dünndarmschlingen ohne Peristaltik (VD Ileus). Freie Flüssigkeit. Intraoperativ zeigte sich ein

Volvulus mit Inkarzeration, Resektion von 1,6 m Ileum mit Anlage einer Jejunostomie. Ergebnisse: Postoperativ Kreislaufinstabilität und intensivmedizinische Therapie - Verlegung Uni Leipzig, Rückverlegung am 11. po Tag, abgeschlossener Kostenaufbau. Diskussion/Schlussfolgerung: Volvulus ist eine seltene Ursache akuter Bauchschmerzen. Es handelt sich um einen chir. Notfall.

---

### **P55 Postnataler Dünndarm-Ileus durch persistierenden Ductus omphaloentericus**

M. Raudonat, J.-H. Haß, H. Krause

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

Der Ductus omphaloentericus, auch Ductus vitellinus ("Dottergang"), verbindet embryonal den Dottersack (Saccus vitellinus) mit dem Mitteldarm (Mesenteron). Das Darmrohr wird beim Abfallen der Keimscheibe vom Dottersack in der 3.SSW abgegliedert und stufenweise in die Leibeshöhle inkorporiert. Nur ventral bleibt noch eine Verbindung mit dem Dottersack erhalten, der Ductus omphaloentericus. Diese zunächst weite Öffnung wird mit dem Wachstum des Embryos schmaler und länger und obliteriert normalerweise in der 6.SSW. In ca. 1,5 bis 4 % der Fälle bleibt ein Teil bestehen und bildet eine Aussackung des Ileums, das von Littré bereits 1700 erstmals beschriebene aber letztlich 1809 nach Meckel benannte Divertikel. Selten kann der Gang auch über die gesamte Länge offen bleiben und eine Verbindung vom Darm zum Bauchnabel bilden (Nabel- oder Dottergangfistel), sodass Darminhalt am Nabel austreten kann (Ductus omphaloentericus persistens). Wir diskutieren den Fall eines 10 Tage alten reif geborenen Knaben mit einer postnatalen Gedeihstörung, welche am 9. Tag in galligem Erbrechen gipfelte. Unter dem Verdacht eines Volvulus wurde der Säugling in die Kinderchirurgie verlegt. Röntgenologisch bestätigte sich bei weichem Abdomen ein Ileus. Eine präoperativ durchgeführte Kolonkontrastierung zeigte eine Nonrotation. Im Rahmen der OP-Vorbereitung wurde beim Entfernen der Nabelschnurklemme der Zufallsbefund eines weit offenen Ductus omphaloentericus sichtbar.

---

### **P56 Leitliniengerechtes Timing der Operation des Hodenhochstandes**

S. Ommer

*Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Jena*

Der Hodenhochstand ist eine der häufigsten angeborenen Fehlbildungen. Betroffen sind ein bis drei Prozent aller männlichen Neugeborenen. Bei Frühgeborenen liegt die Rate sogar bei etwa 30 Prozent. Nur bei etwa sieben Prozent der Kinder wächst sich die Fehlbildung nach der Geburt noch aus. Bei einem Hodenhochstand soll aufgrund möglicher Fertilitätsstörungen und des Risikos der malignen Entartung die operative Therapie zwischen dem sechsten und zwölften Lebensmonat erfolgen. Obwohl entsprechende Leitlinien diesen Operationszeitpunkt bereits seit 2007 (in Deutschland offiziell 2009) empfehlen, werden noch immer viele Betroffene erst in höherem Lebensalter operiert. In diesem Vortrag soll das Krankheitsbild „Hodenhochstand“, dessen mögliche Ursachen, die klinische Diagnostik, vor allem aber das derzeit empfohlene zeitliche Vorgehen bei einem Maldescensus testis, inkl. der präoperativen Hormontherapie und die entsprechenden operativen Verfahren vorgestellt werden. Ziel ist es die behandelnden Kinderärzte für das Thema zu sensibilisieren und möglicherweise eine frühzeitigere Überweisung des Patienten zum Kinderchirurgen zu bewirken und somit die leitliniengerechte Versorgung der Patienten zu ermöglichen.

---

### **P57 Spondylodiszitis – seltene Ursache einer Laufverweigerung beim Kleinkind**

A. Hauenherm<sup>1,2</sup>, A. Polednia<sup>3</sup>, C. Goldhardt<sup>1</sup>, C. Geyer<sup>4</sup>, M. Borte<sup>1,2</sup>

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

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

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

<sup>4</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Kasuistik: Ein 1 5/12 Jahre altes Mädchen verweigert seit 1 Woche Laufen und Sitzen, möchte nur getragen werden. 4 Wochen zuvor Tonsillopharyngitis. Klinischer Untersuchungsbefund unauffällig, Kind verweigert

jedoch zu stehen. Laborchemisch nur mäßig erhöhte Entzündungswerte. Verlauf: Stationäre Aufnahme, Sonographie Abdomen, Hüfte und Kniegelenke unauffällig. Im Röntgen des Hüftgelenkes Ausschluss einer Fraktur. Unter Ibuprofen keine Besserung. Rezidivierend Fieber zwischen 5. und 8. Tag. Im MRT entzündliche Veränderung im Bandscheibenfach zwischen LWK5 und SWK1 i.S. einer Spondylodiszitis mit deutlicher entzündlicher Umgebungsreaktion. Nebenbefundlich besteht ausgeprägte Syring des Myelons auf Boden einer dysraphischen Störung mit Vd. auf Tethered cord. Therapie: 2 Wochen i.v.-antibiotische Behandlung mit Cefotaxim und Clindamycin, danach Umstellung auf orale Therapie. Ruhigstellung mit Anlage eines Korsetts. Nach 6 Wochen MRT-Kontrolle: vollständiger Rückgang der gewebigen Komponente aber noch reaktive Osteitis im Bereich LWK5 und SWK1. Die antibiotische Behandlung wurde beendet. Das Stützkorsett wird noch getragen, die erste Mobilisierung darunter gelingt gut. Schlussfolgerung: Die Seltenheit der Spondylodiszitis im Kindesalter und die uncharakteristischen Beschwerden führen ggf. zu verzögerter Diagnostik. Bei rechtzeitiger Behandlung ist die Prognose gut und operative Maßnahmen sind nur selten erforderlich. Wir sollten der Erkrankung ausreichend Beachtung schenken und hierbei die Indikation zum MRT der Wirbelsäule großzügig stellen.

---

### **P58 Gastrostomie bei Epidermolysis bullosa – eine interdisziplinäre Herausforderung**

C. Spranger<sup>1</sup>, M. Zurek<sup>1</sup>, T. Lichtenberger<sup>3</sup>, T. Lehnert<sup>2</sup>, C. 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 Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

Hintergrund: Die Epidermolysis bullosa ist eine genetisch bedingte Hautkrankheit, die je nach Subtyp autosomal dominant oder rezessiv vererbt wird. Durch eine unzureichende mechanische Verbindung zwischen den Hautschichten resultieren Blasen oder Wunden mit möglicher Narbenbildung im Bereich der Haut sowie des Gastrointestinaltraktes. Fallbericht: Stationäre Aufnahme eines dreijährigen Patienten mit bekannter Epidermolysis bullosa, zunehmender Nahrungsverweigerung, mangelnder Gewichtszunahme sowie einmaligem blutigem Erbrechen nach fester Nahrungsgabe. Unter Infusionstherapie und parenteraler Ernährung kam es zu einer klinischen Stabilisierung. Die in einer auswärtigen Klinik im Vorfeld durchgeführte Breischluckuntersuchung hatte bereits Hinweise für eine Ösophagusstenose im oberen Drittel gezeigt. Es bestand die Indikation zu einer Gastrostomaanlage. Eine endoskopische Intubation des Ösophagus war auf Grund der Ösophagusstenose nicht möglich, so dass eine offene chirurgische Gastrostomie erfolgte. Anschließend konnte durch vorsichtigen enteralen Nahrungsaufbau eine regelrechte Gewichtszunahme erzielt werden, flüssige orale Nahrungsgaben wurden weiterhin toleriert. Schlussfolgerung: Patienten mit Epidermolysis bullosa entwickeln in Abhängigkeit vom Subtyp Strikturen im Ösophagus. Eine interdisziplinäre Versorgung durch Kollegen der Kinderchirurgie, Kindergastroenterologie und Anästhesie in einem spezialisierten Zentrum ist hierbei dringend erforderlich.

---

### **P59 Operationszeitpunkt und Besonderheiten für die Versorgung von Leistenbrüchen bei Frühgeborenen**

I. Alhussami

*Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Jena*

Leistenhernien sind die häufigste chirurgische Erkrankung des Kindesalters (0,8-4,4 %) beiderlei Geschlechts (M: F - 5:1). In den letzten Jahrzehnten hat die Medizin im Bereich der Neonatologie immense Fortschritte gemacht, sodass mehr Frühgeborenen (FG) die neonatale Zeit überlebt haben und operativ versorgt werden konnten. FG (< 37 SSW) mit niedrigen Geburtsgewichten (<1500 g) zeigen eine besonders hohe Inzidenz (16-25 %). Nach Überstehen der oft problematischen ersten Lebenswochen steht die Leistenhernien-Operation beim FG meist erst kurz vor Entlassung von der Frühgeborenen-Station an. Bei vielen FG, aufgrund der Organunreife, bestehen zudem - meist zentral bedingte - Apnoen, die in ihrer Häufigkeit und Ausprägung durch eine Vielzahl von Medikamenten - besonders Anästhetika - beeinflusst werden. Nach einer operativen Versorgung in Regionalanästhesie erholen sich die Kinder viel schneller und können ohne Verzug die Nahrung wieder aufnehmen. Ein sehr wichtiger Punkt ist hierbei die erhaltene Spontanatmung und damit das Vermeiden der - oft langwierigen - postoperativen Entwöhnung vom Respirator. Bei uns am Universitätsklinikum Jena werden die FG mit unkomplizierten Leistenhernien vor der



Entlassung chirurgisch versorgt. Aufgrund der niedrigeren intra- und postoperativen Komplikationsrisiken halten wir die Durchführung der Leistenhernienoperation in Regionalanästhesie (kaudal/spinal) beim wachen Kind, wenn möglich ist, von großem Vorteil.

---

### **P60 Potts Puffy Tumor bei einem 12 Jahre alten Jungen mit protrahierter Sinusitis maxillaris et frontalis mit nachfolgendem Epiduralsabszess frontal und Osteomyelitis durch Streptokokkus intermedius**

M. Fasshauer<sup>1,2</sup>, S. Borte<sup>1,2</sup>, A. Polednia<sup>3</sup>, S. Prager<sup>4</sup>, L. Günther<sup>5</sup>, C. Geyer<sup>6</sup>, M. Borte<sup>1,2</sup>

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

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

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

<sup>4</sup>Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>5</sup>Klinik für Neurochirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

<sup>6</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Anamnese: 12 Jahre alter Junge, seit 2 Wochen bestehende febrile Sinusitis frontalis et maxillaris. Orale antibiotische Therapie mit Cefuroxim. Im Verlauf akute Verschlechterung mit erneut hohem Fieber, stärksten rechtsseitigen Kopfschmerzen, rechtsfrontaler Gesichtsschwellung und Parästhesien. Stationäre Aufnahme. Untersuchungsbefund: reduzierter Allgemeinzustand, rechte Gesichtshälfte/ Stirn ödematös geschwollen. Diagnostik: CRP (max) 178.7 mg/l, Leuko 24.22 Gpt/l mit Neutrophilie von 90%. MRT-Schädel: Epiduraler Abszess frontal bilateral mit Durchbruch der Schädelkalotte, weitere Abszesse im Bereich der Galea frontal, Entzündung im noch nicht ausgebildeten Sinus frontalis links, Meningitis, Abszess im Sinus maxillaris rechts und Abszess im Bereich der Ethmoidalzellen rechts. Der Befund entspricht einem "Pott's Puffy Tumor". Kultur Epiduralsabszess und intraoperatives Material: Streptococcus intermedius. Verlauf: Antibiotische Therapie mit Cefuroxim i.v., im Verlauf Ceftazidim (22Tage), Clindamycin (22 Tage) und Metronidazol (11 Tage) i.v., operative Sanierung der frontalen epiduralen Abszessformationen, sowie sinusübergreifende osteoklastische Trepanation bifrontal und entlastende Entnahme eines Knochendeckels. Diskussion und Schlussfolgerung: Potts Puffy Tumor (PPT) ist eine seltene, erstmals von Sir Percivall Pott im Jahre 1768 beschriebene frontale Weichteilschwellung meist auf dem Boden eines subperiostalen Abszesses assoziiert mit einer Osteomyelitis des Stirnbeins.

---

### **P61 Hämorrhagisch-nekrotisierende Pankreatitis (HNP) bei Systemischem Lupus erythematoses (SLE) – der seltene Fall**

B. Grünwald<sup>1</sup>, J. Lube<sup>2</sup>, S. Hollenbach<sup>2</sup>, M. Zurek<sup>2</sup>, M. Henn<sup>2</sup>, Ch. Spranger<sup>2</sup>, T. Lehnert<sup>1</sup>, M. Kohl<sup>1</sup>, A. Polednia<sup>4</sup>, A. Weimann<sup>5</sup>, I. Wallstabe<sup>6</sup>, M. Fuchs<sup>3</sup>, T. Wiech<sup>7</sup>, M. Borte<sup>2</sup>, C. P. Geyer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik für Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

<sup>2</sup>Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

<sup>3</sup>Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

<sup>4</sup>Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

<sup>5</sup>Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

<sup>6</sup>Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Diabetologie und Endokrinologie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

<sup>7</sup>Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Einleitung: Der SLE ist eine Autoimmunerkrankung multifaktorieller Genese. Neben einer Beteiligung des Gastrointestinaltrakts ist die HNP eine seltene Komplikation (Inzidenz 0.2- 8.2%) mit einer Letalität von 80%. Fallbericht: Wir berichten über eine 15jährige Patientin mit dialysepflichtigem Nierenversagen und massiven Oberbauchbeschwerden. Laborchemisch steigende Transaminasen- und Lipasewerte sowie Nierenretentionsparameter. MR-morphologisch Nachweis einer ausgeprägten HNP mit Aszites. Initial einmalige Cyclophosphamid-, mehrfach Kortikosteroid- und Immunglobulingaben. Notfallaparotomie bei Entwicklung eines abdominellen Kompartmentsyndroms durch Blutung in die Bursa omentalis. Im Verlauf rezidivierende Magenwand- und Kolonperforationen mit Fistelungen, welche chirurgische Interventionen erforderten. Entwicklung eines pankreopriven Diabetes mellitus. Beherrschung der rezidivierenden SLE-

Aktivitätsphasen mit intermittierender Beatmungspflichtigkeit durch Hämodialysen, Sepsistherapien und der angepassten Gabe von Immunsuppressiva. Erreichen einer anabolen Stoffwechselsituation mit Gewichtszunahme und schrittweiser Mobilisation. Geplante Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung. Schlussfolgerung: Eine HNP bei SLE ist eine sehr seltene und schwere Erkrankung. Ein interdisziplinäres Vorgehen liegt im Verständnis der pathophysiologischen Abläufe. Die gemeinsame Expertise sichert und wichtet die therapeutischen Optionen.

---

## **P62 Überbrückung großer Knochendefekte mit dem Taylor-Frame und Segmenttransport mit Seilzugsystem (Kasuistik)**

W. Müller<sup>1</sup>; T. Pörrmann<sup>2</sup>; C. P. Geyer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik f. Kinderchirurgie, Klinikum St. Georg gGmbH, Leipzig

<sup>2</sup>Radiologische Praxis am Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle(Saale)

Die Überbrückung langstreckiger Knochendefekte stellt am wachsenden Skelett eine besondere Herausforderung dar. Im Vordergrund steht die Pseudarthrose der Tibia unterschiedlicher Kausalitäten. Erworbene Formen stellen aktuell auch Kriegsverletzungen dar. In unserem Fall wird eine Infekttibiapseudarthrose nach Granatsplitterschädigung vorgestellt. Bei dem 13-jährigen syrischen Jungen bestand eine Granatsplitterschädigung, die mit einem unilateralen Fixateur stabilisiert wurde. Leider kam es zur Infektion und zur langstreckigen Pseudarthrose. Während einer Bracebehandlung konnte der Infekt zur Ausheilung gebracht werden, so dass jetzt noch 3 Korrekturen anstanden: 1. Defekt von ca. 8 bis 10 cm, 2. Varusfehlstellung mit Verkürzung, 3. Spitzfußstellung von ca. 60°. Geplant war, alle 3 Fehlstellungen gleichzeitig zu korrigieren. Mit einem zusätzlichen Seilzugsystem lassen sich bei einer Distraktionsgeschwindigkeit von maximal 1 mm/Tag große Lücken überbrücken. Das gleiche Prinzip gilt für die Fußkorrektur. Die Korrektur von 60° Spitzfuß bei gleichzeitiger Varuskorrektur und Distraktion über das Seilzugsystem von 10 cm Kallusdistraktion konnte plangerecht in reichlich 100 Tagen durchgeführt werden. Nach Docking-Operation verheilte die Tibia zu einem achsgerecht ausgerichteten Knochen mit Kontinuität. Die Konsolidierungszeit ist individuell festzulegen. Die dargestellte Methode ist durchaus eine seltene Alternative, um langstreckige Knochendefekte auszuheilen.

---

## **P63 Eine seltene Torticollis-Ursache im Kindesalter**

E. Papatsoutsos, U. Vorwerk

*HNO-Klinik, Universitätsklinikum Magdeburg*

Mit Torticollis wird eine Schiefhaltung des Halses bezeichnet. Kongenitaler ist häufiger als angeborener Torticollis. Es handelt sich um eine Verdrehung des Halses, die zu einer Neigung des Kopfes auf eine Seite mit Drehung des Kinnes auf die Gegenseite führt. Berichtet wird über ein 9-jähriges Kind mit progredientem Schiefhals nach einer planmäßigen beidseitigen Ohr-Operation. Die Patientin klagte über zunehmende Nackenschmerzen, die kurz nach der Operation aufgetreten waren. Bauchschmerzen und Übelkeit wurden zusätzlich angegeben. Klinisch zeigte sich ein Schiefhals, der auch noch 5 Wochen nach der OP bestand, sowie eine Vergrößerung der zervikalen Lymphknoten und eine Kieferöffnungseinschränkung mit begleitendem Fieber. Die Entzündungsparameter waren erhöht. Die kinderärztliche Untersuchung inklusiv der Abdomen Sonographie war unauffällig. Mittels Hals-MRT konnte ursächlich ein Halsabszess ausgeschlossen werden. Der anhand einer Nachbegutachtung der MRT-Bilder durch die Neuroradiologie gestellte Verdacht auf eine Subluxation des Atlantoaxialgelenkes wurde mit einer HWS-CT bestätigt. Die erfolgreiche Reposition in Narkose wurde in der Neurochirurgie durchgeführt. Eine antibiotische Therapie erfolgte intravenös und führte zu einem Abfall der Entzündungsparameter. Die intraoperative Überdrehung des Kopfes kann zur Torticollis durch eine atlantoaxiale Subluxation führen. Obwohl selten, ist empfehlenswert diese Differentialdiagnose im Zweifelsfall in Betracht zu ziehen. Einleitung: Solitäre Nierenzysten sind seltene, unilaterale, benigne Läsionen. Progredientes Wachstum kann

---

## **P64 Blasenverletzungen im Rahmen der offenen Leistenherniotomie: vermeidbare Komplikation mit hoher Morbidität**

M.-C. Schaller<sup>1</sup>, I. Sorge<sup>2</sup>, M. Lacher<sup>1</sup>, P. Puri<sup>3</sup>, J.-H. Gosemann<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Abteilung für Kinderradiologie, Universitätsklinik Leipzig

<sup>3</sup>National Children's Research Centre, Our Lady's Children's Hospital, Dublin, Ireland

Einleitung: Aufgrund eines Vorfalls der Blasenwand durch den inneren Leistenring (sog. „bladder ear“) kann es im Rahmen von Herniotomien bei Kindern zu Verletzungen der Harnblase durch Fehlinterpretation der Blasenwand als Bruchsack kommen. Ziel dieses Reviews ist es, Inzidenz, Versorgung und Morbidität von Blasenverletzungen zu evaluieren. Methode: Analyse von PubMed gelisteten Veröffentlichungen (1967-2016). Verletzungen der Harnblase wurden in 2 Schweregrade eingeteilt: Geringgradige Verletzungen ohne relevante Langzeitfolgen und schwere Verletzungen mit septischem Krankheitsbild, akutem Nierenversagen und/oder weiteren chirurgischen Versorgung. Ergebnis: 12 Publikationen (1967-2016) mit insgesamt 30 Patienten wurden analysiert. 16 Patienten (53%) zeigten geringgradige Verletzungen, von denen 8 intraoperativ bemerkt und verschlossen wurden. Die weiteren 8 Patienten wurden durch Wundinfektion/Urinsekretion aus der Operationswunde symptomatisch und mittels suprapubischer Urinableitung therapiert. 14 Patienten (47%) wiesen eine schwere Verletzung der Harnblase auf. 6 dieser Kinder entwickelten postoperativ eine Anurie, Peritonitis und Sepsis. Bei 8 Kindern (27%) resultierte die iatrogene Verletzung in einer relevanten Beeinträchtigung der Blasenkapazität. Schlussfolgerung: Blasenverletzungen im Rahmen der offenen Leistenherniotomie haben eine hohe Morbidität. Kenntnis der im Säuglingsalter häufig physiologischen „bladder ears“ sollte Komplikationen dieser Art vermeiden.

---

## **P65 Interdisziplinäres Management von komplexen Hand- und Fussverletzungen durch unsachgemäßen Umgang mit Knallkörpern**

R. Böhm<sup>1</sup>, M. Weißer<sup>1</sup>, S. Langer<sup>2</sup>, C. Josten<sup>2</sup>, U. Bühligen<sup>1</sup>, M. Lacher<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie, Klinikum der Universität Leipzig AÖR

<sup>2</sup>Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie, Klinikum der Universität Leipzig AÖR

Einleitung: Wir berichten über zwei Jungen mit Hand- und Fußverletzungen, die wir ab dem Neujahrstag 2016 behandelt haben. Methode/Ergebnisse: Pat.1 (8,5J) explodierte ein „Kanonenschlag“ in der rechten Hand. Er erlitt offene Frakturen, Teilamp. (D1/D2) und einen thenarseitigen Weichteilschaden. Die Amp.-Defekte wurden mit Eigenhaut gedeckt, die Frakturen reponiert, mit K-Drähten fixiert und die Muskulatur adaptiert. Nach mehrfachen Revisionen stellte sich bei den zunächst sehr avitalen Weichteilen ein überraschend guter Heilungsverlauf ein mit bereits nach 3 Mo. fast vollständigem Beweg.-Ausmass von D1/D2. Pat2 (10,5J) versuchte, einen Knallkörper „auszutreten“. Die Detonation verursachte durch den Schuh eine Berstung der gesamten Fußsohle, einen Achillessehnenaustriss sowie multiple offene Frakturen. Nach mehrfachen Revisionen und Kalkaneusrekonstruktion über winkelstabile Plattenosteosynthese musste eine handtellergroße Nekrose der Fußsohle mit einem freien Latissimus-Lappen gedeckt werden. Ein Jahr post trauma unter intensiver Physiotherapie belastet der Junge voll. Diskussion/Schlussfolgerung: Unsachgemäßer Knallkörperumgang kann komplexe Verletzungen nach sich ziehen. Die definitive Schädigung ist oft schwer einzuschätzen. So zeigte die Hand mit massivem Weichteilschaden einen erstaunlich raschen Heilungsverlauf, während sich am Fuß bei zunächst vital erscheinender Haut ein Gewebeuntergang einstellte mit notwendiger aufwändiger plastisch-chirurgischer Rekonstruktion.

## »» 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

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>A</b> ckermann, B. (Leipzig) _____	27, 58	Göbel, P. (Halle (Saale)) _____	16, 28
Alhussami, I. (Jena) _____	29, 62	Goldhardt, C. (Leipzig) _____	20, 39
Amm, K. (Leipzig) _____	24, 51	Gosemann, J.-H. (Leipzig) _____	16
Avila, A. (Leipzig) _____	23, 47	Grabitz, R. (Halle (Saale)) _____	22
<b>B</b> enecke, N. (Dresden) _____	20, 39	Großer, K. (Erfurt) _____	29
Bernig, T. (Halle (Saale)) _____	10, 11, 21	Grünwald, B. (Leipzig) _____	29, 63
Bertsche, A. (Leipzig) _____	24	<b>H</b> agenberg, M. (Halle (Saale)) _____	23, 48
Bevilacqua, C. (Leipzig) _____	12	Halletz, S. (Magdeburg) _____	25, 52
Bigl, A. (Leipzig) _____	23	Hauenherm, A. (Leipzig) _____	29, 61
Bittrich, H.-J. (Erfurt) _____	27	Heilmann, A. (Dresden) _____	18
Bläser, A. (Leipzig) _____	11	Henn, C. (Leipzig) _____	10, 28, 60
Böhm, R. (Leipzig) _____	30, 65	Henn, M. (Leipzig) _____	20, 39
Borte, M. (Leipzig) _____	12, 34	Herbsleb, V. (Leipzig) _____	26, 54
Borte, S. (Leipzig) _____	17, 35	Heubner, G. (Dresden) _____	12
Bühligen, U. (Leipzig) _____	10	Hollenbach, S. (Leipzig) _____	27, 57
<b>D</b> ähnert, I. (Leipzig) _____	12	Huster, C. (Zwickau) _____	27
Deffaa, O. (Leipzig) _____	17, 36	<b>J</b> ähmig, R. (Borna) _____	24, 50
Dietrich, T. (Dresden) _____	23, 48	Jorch, G. (Magdeburg) _____	18
Dittrich, K. (Leipzig) _____	18	<b>K</b> ästner, J. (Jena) _____	11
Doßow, L. (Magdeburg) _____	21, 43	Kentouche, K. (Jena) _____	21, 42
<b>E</b> ckoldt, F. (Jena) _____	16	Kiess, W. (Leipzig) _____	13
Ehrlich, S. (Dresden) _____	13	Kinzel, P. (Leipzig) _____	23, 47
Eichholz, S. (Dresden) _____	26, 55	Knöfler, H. (Borna) _____	25, 53
<b>F</b> asshauer, M. (Leipzig) _____	29, 63	Knüpfer, M. (Leipzig) _____	13
Finke, R. (Halle (Saale)) _____	16	Kobelt, L. (Leipzig) _____	10
Fischer, L. (Leipzig) _____	12, 34	Kretschmar, C. (Dresden) _____	26
Fitze, G. (Dresden) _____	16	Krone, D. (Halle (Saale)) _____	26, 55
Flemming, G. (Leipzig) _____	16, 35	Kunze, C. (Halle (Saale)) _____	26, 56
<b>G</b> arske, D. (Datteln) _____	11	<b>L</b> acher, M. (Leipzig) _____	10, 16, 28
Gausche, R. (Leipzig) _____	16, 35	Lachnit, A. (Dresden) _____	26, 56
Gebauer, A. (Leipzig) _____	27, 57	Lasch, A. (Kiel) _____	11, 34
Geißler, A. (Leipzig) _____	22, 24, 43, 49	Lehmann, L. (Magdeburg) _____	21, 41
Gellrich, J. (Dresden) _____	27, 59	Lehnert, T. (Leipzig) _____	17, 36
Geyer, C. (Leipzig) _____	29	Lemke, J. (Leipzig) _____	13
Globisch, M. (Olpe) _____	11	Lipek, T. (Leipzig) _____	10

Loderstedt, M. (Magdeburg)	26, 54	Rößler, F. (Leipzig)	25, 52
Lorenz, N. (Dresden)	18, 22, 27, 45, 58	<b>S</b> auerbrey, A. (Erfurt)	13, 26, 55
Ludwig, U. (Markkleeberg)	11	Schaller, M.-C. (Leipzig)	30, 65
<b>M</b> arkl, C. (Halle (Saale))	21, 42	Schmidt, F. (Halle (Saale))	20
Mertz, S. (Magdeburg)	12	Schönleben, M. (Jena)	24, 50
Mohnike, K. (Magdeburg)	12, 13, 16	Schülin, S. (Leipzig)	17, 37
Mühler, K. (Leipzig)	11	Schulz, B. (Leipzig)	20, 38
Müller, A. (Dresden)	10, 11	Semmig-Könze, S. (Leipzig)	24
Müller, C.-M. (Dresden)	11	Siegel, C. (Leipzig)	23, 46
Müller, W. (Leipzig)	30, 64	Sörgel, S. (Leipzig)	27, 59
<b>N</b> äke, A. (Dresden)	13	Spranger, C. (Leipzig)	29, 62
Nolte-Buchholtz, S. (Dresden)	10	Stamos, K. (Dresden)	24, 49
<b>O</b> berhoffer, R. (München)	18	Streidl, J.-P. (Wurzen)	22, 44
Ommer, S. (Jena)	28, 61	<b>T</b> wal, R. (Halle (Saale))	25, 52
<b>P</b> aech, C. (Leipzig)	10	<b>V</b> ilser, D. (Jena)	22
Papatsoutsos, E. (Magdeburg)	30, 64	Vorweg, Y. (Wurzen)	28, 60
Patzer, L. (Halle (Saale))	12	<b>W</b> achowiak, R. (Leipzig)	10
Patzer, S. (Halle (Saale))	25, 53	Wagner, F. (Leipzig)	10, 22, 44
Petrou, A. (Magdeburg)	22, 44	Wagner, R. (Leipzig)	22
Pfäffle, R. (Leipzig)	18	Wannenmacher, B. (Leipzig)	23, 46
Pommerenke, M. (Weißenfels)	21, 41	Weber, F. (Dresden)	27, 58
Potthast, F. (Leipzig)	17, 37	Weihrauch-Blüher, S. (Halle (Saale))	21
Pötzsch, S. (Plauen)	16	Wiederanders, W. (Leipzig)	10
Prenzel, F. (Leipzig)	10, 12	Wolf, N. (Leipzig)	22, 46
Proquitté, H. (Jena)	18	Wygoda, S. (Leipzig)	20, 38
<b>R</b> aabe, M. (Weimar)	24, 51	<b>Z</b> ill, S. (Dresden)	23, 48
Raudonat, M. (Magdeburg)	28, 61	Zimmermann, P. (Leipzig)	10
Redlich, A. (Magdeburg)	22, 45	Zschieschang, A. (Dresden)	25, 51
Reinsch, S. (Jena)	20	Zurek, M. (Leipzig)	21, 40
Rose, M. (Leipzig)	20, 23, 40		





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)

# 2018

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



20./21. APRIL 2018 IN JENA

JAHRESTAGUNG

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

