



ESPED-Newsletter

Jahrgang 7, Ausgabe 1

März 2008

In dieser Ausgabe

- Deutschlandweite Erhebung zu Nachblutungen nach HNO Eingriffen im Kindesalter: Zwischenergebnisse nach einem Jahr ESPED-Studie
- Invasive Pneumokokken Erkrankungen in Deutschland – Effekte der Pneumokokken-Impfung bereits erkennbar?
- Schütteltrauma – Shaken Baby Syndrom (1.7.2006 – 31.12.2007)
- ESPED-Publikationen
- ESPED-Kartenstatistik 2007

ESPED

Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Dietrich Michalk (Vorsitzender)
Universitätskinderklinik Köln

Dr. jur. Roman Christoffel
Rechtsanwalt Düsseldorf

Prof. Dr. Guido Giani
Deutsches Diabetes-Zentrum Düsseldorf

Prof. em. Dr. Ulrich Göbel
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Prof. Dr. Rüdiger von Kries, MSc
Kinderzentrum München

Priv.-Doz. Dr. Annette Queißer-Luft
Universitätskinderklinik Mainz

Priv.-Doz. Dr. Martin Schlaud
Robert Koch-Institut Berlin

Prof. Dr. Stefan Wirth
HELIOS Klinikum Wuppertal

Kontakte: Prof. Dr. Rüdiger von Kries, MSc
Wissenschaftlicher Leiter

Tel: 089/71009-314

Fax: 089/71009-315

Email: Ruediger.Kries@med.uni-muenchen.de

Dipl.Ing. (FH) Beate Heinrich
Koordinatorin

Tel: 0211/81-16263

Fax: 0211/81-16262

Email: heinrich@med.uni-duesseldorf.de

Postanschrift:
ESPED-Arbeitsgruppe
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Postfach 10 22 44
40013 Düsseldorf

Internet: www.esped.uni-duesseldorf.de

Deutschlandweite Erhebung zu Nachblutungen nach HNO-Eingriffen im Kindes- und Jugendalter: Zwischenergebnisse nach einem Jahr ESPED-Erhebung

Christoph Bidlingmaier, München

Problemstellung:

Erfassung von Inzidenz, Schweregrad, Ursache und Therapie von Blutungen nach HNO-Eingriffen im Kindesalter unter Berücksichtigung der präoperativen Diagnostik und Anamnese.

Methode:

Monatliche Fallerfassung in allen deutschen Kinderkliniken und den HNO-Abteilungen in Bayern und Niedersachsen durch die „Erhebungseinheit für seltene Pädiatrische Erkrankungen in Deutschland“ (ESPED). Falldefinition: Alter bis 16 Jahre, Nachblutungen die einer operativen oder medikamentösen Therapie bedürfen oder einer nicht geplanten oder verlängerten Überwachung.

Ergebnisse:

Zwischen 01/2007 und 10/2007 439 Meldungen, davon 259 auswertbar. Gemeldet wurden 62 Blutungen nach AT, 100 nach TE und 97 nach AT/TE. Bei 216 (83,4%) Patienten wurde präoperativ die PTT bestimmt. Bei normalem Testergebnis bluteten 130 leicht, 71 schwer (> 2 g/dl Hb-Abfall). Eine präoperativ verlängerte PTT (1-5 Sekunden über Norm, keine weiterführende präoperative Diagnostik dokumentiert) fand sich bei 3/2 AT, 2/2 TE und 4/2 AT/TE (leichte/schwere Blutungen), ohne Gerinnungsdiagnostik bluteten 14/2 AT, 8/4 TE und 8/7 AT/TE. Als Blutungsursachen

wurden fast ausschließlich chirurgische Blutungen, arteriell spritzende Blutungen, mechanische Reize oder Infektionen angegeben. Postoperativ wurde 1 vWS diagnostiziert, in 2 Fällen eine „unklare Koagulopathie“ vermutet. Bei 8 von 14 Blutungen mit (familien-) anamnestisch wahrscheinlicher Koagulopathie war die PTT normal. 1 Kind verstarb nach einer AT bei einem „unklaren Anästhesiezwischenfall“ vor der zweiten Nachoperation, initial war eine leichte PTT-Verlängerung sowie die Familienanamnese auffällig. 133 Kinder wurden nachoperiert, 3 x Minirin, 14 x Cyklokapron i.v., 1 x FFP, 1 x PPSB und 1 x FXIII gegeben. In den übrigen Fällen wurden die Kinder nur überwacht.

Schlussfolgerung:

Diese ersten Daten erlauben noch keine Rückschlüsse auf die Inzidenz von Blutungen nach HNO Operationen im Kindesalter. Sie unterstützen aber die Aussage, dass Blutungen selten vorhersehbar und fast nie durch Koagulopathien bedingt sind. Eine normale PTT ist nicht prädictiv für die Einschätzung des Blutungsrisikos.

ESPED, allgemein:

Um die Melderdatei aktuell halten zu können, teilen Sie uns bitte Änderungen in der Anschrift, Zuständigkeit usw. umgehend mit an: heinrich@med.uni-duesseldorf.de

Invasive Pneumokokken-Erkrankungen in Deutschland – Effekte der Pneumokokken-Impfung bereits erkennbar?

Simon Rückinger, Rüdiger von Kries, München

Hintergrund:

Die invasiven Pneumokokken-Erkrankungen (invasive pneumococcal disease: IPD) sind in 3 unterschiedlichen Abfrageperioden bearbeitet worden:

- von 01/1997 – 06/2003: Erfassung aller IPD (Inzidenzermittlung)
- von 07/2003 – 12/2006: Abfrage aller Erkrankungen bei Patienten, die nachweislich eine Impfung erhalten hatten (Impfversager)
- ab 01/2007: Nach Einführung der generellen Pneumokokkenimpfung sollen wieder alle IPD gemeldet werden (Effizienz der Impfung).

Für das erste Halbjahr 2007 ist die Erfassung abgeschlossen. Eine Analyse der jeweils ersten Halbjahre 1997-2003 im Vergleich mit dem ersten Halbjahr 2007 soll erste Aufschlüsse über den Effekt der generellen Pneumokokken-Impfung (seit Juli 2006) mit dem 7-valenten Konjugatimpfstoff (enthält die Serotypen: 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F und 23F) liefern.

Ergebnisse:

Zwischen 1997 und 2003 wurden in den ersten Halbjahren (HJ) jeweils zwischen 112 und 142 Fälle aus den pädiatrischen Krankenhäusern gemeldet. Für das erste Halbjahr 2007 ergeben sich 75 Fallmeldungen.

Unter Berücksichtigung der altersspezifischen Meldehäufigkeiten für die jeweils ersten Halbjahre zeigt sich eine besonders deutliche Abnahme an Fallmeldungen (Abb.). Die Fallzahl (pro 100.000) hat bei den 0-1-Jährigen im 1. HJ 2003 von 5.1 (95% KI: 4.0-6.3) auf 2.9 (95% KI: 2.0-3.8) in 1. HJ 2007 abgenommen. Ein ähnlicher aber abgeschwächter Effekt findet sich auch bei den 2-4-Jährigen (1.4; 95% KI: 1.0-1.9 für 1. HJ 2003 vs. 0.4; 95% KI: 0.1-0.7 für 1. HJ 2007). Bei den 5-15-Jährigen (0.3; 95% KI: 0.2-0.4 für 1. HJ 2003 vs. 0.3; 95% KI: 0.2-0.4 für 1. HJ 2007) bleiben die Meldehäufigkeiten durchgehend stabil, obwohl die absoluten Fallzahlen nur unwesentlich niedriger als bei den 2-4-Jährigen sind.

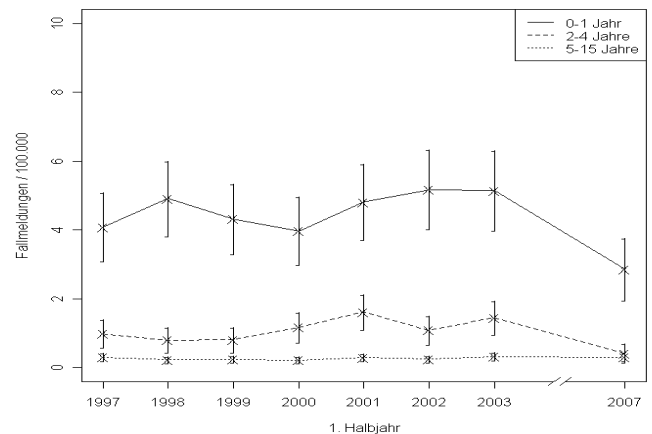
Wie die Tabelle zeigt hat der Anteil der Patienten, die mit einem Serotyp infiziert waren, der im 7-valenten Impfstoff enthalten ist, im ersten Halbjahr 2007 bei den 0-1-Jährigen auf 45.5% abgenommen und lag damit deutlich niedriger als in den Vorjahren. Ein ähnlicher Trend besteht bei den anderen Altersgruppen.

Schlussfolgerungen:

Grundsätzlich sind die zum derzeitigen Zeitpunkt vorliegenden Zahlen mit Vorsicht zu interpretieren: Durch die Beschränkung auf Halbjahre sind die Fallzahlen, insbesondere in den einzelnen Alterskategorien, sehr klein.

Die deutliche Abnahme der Fallmeldungen bei den 0-1-Jährigen und den 2-4-Jährigen könnte durch erste Effekte des Impfprogramms oder durch Veränderungen im Meldeverhalten erklärt werden. Die konstante Inzidenz bei den 5-15-Jährigen spricht eher für eine tatsächliche Abnahme, da nach einem Jahr Impfprogramm bei 5-15-Jährigen noch keine Effekte zu erwarten sind.

Abbildung:
ESPED-Fallmeldungen pro 100.000 Bevölkerung für invasive Pneumokokken-Erkrankungen in Deutschland mit entsprechendem 95%-Konfidenzintervall



Prozentualer Anteil der typisierten Fälle mit im 7-valentem Impfstoff enthaltenen Serotypen

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2007
0-1-Jährige	56.3	65.5	70.8	76.0	84.8	52.5	70.4	45.5
2-4-Jährige	37.5	80.0	75.0	62.5	70.6	75.0	70.0	33.3
5-15-Jährige	14.3	28.6	28.6	50.0	41.7	20.0	44.4	15.4

Schütteltrauma – Shaken Baby Syndrom (1.7.2006 – 31.12.2007)

Bernd Herrmann, Kassel

Ziele: Erhebung der in Deutschland bislang unbekanntenen Häufigkeit des Schütteltraumas bzw. misshandlungsbedingter Gehirnverletzungen; Analyse der Patientendaten sowie der klinischen Symptomatik und des neurologischen Status bei Entlassung. Daneben besteht das Ziel einer besseren Früherkennung von Risikofamilien und einer adäquateren Konzeption von Präventionsbemühungen.

Meldungen: Bis Ende 2007 gab es **181** Fallmeldungen mit 147 Rückmeldungen (81%), darunter: 9 Falsch- und 3 Doppelmeldungen, somit verbleiben **139** für die Auswertung.

Klinische Daten: Die vorläufige Auswertung ergab ein mittleres Alter von 4,0 Monaten, bei Ausklammern dreier „Ausreißer“ hingegen von 3,4 Monaten, mit deutlichem Überwiegen des männlichen Geschlechts (75%). Die durchschnittliche stationäre Verweildauer betrug 21,3 Tage. 65% (n=91) der Kinder waren intensivpflichtig, 32% (n=45) beatmet, in 39% (n=55) wurden neurochirurgische Interventionen durchgeführt.

Anamnese: Eine fehlende (n=45; 32%) oder für die Schwere des Traumas nicht adäquate Anamnese (n=62; 45,6%) waren die häufigsten Angaben zur Vorgeschichte. Die restlichen 23% verteilen sich auf (Laien-)Reanimation, Stimulation aufgrund angeblicher Apnoe, bezeugtes und zugegebenes Schütteln und Schütteln mit Hinschmeißen/Aufprall. Bei den bekannten Verursachern waren Väter (n=38; 54%) am häufigsten vor den Müttern (n=21; 30%) vertreten. Interessanterweise hatte es bei 15% (n=21) bereits vor dem jetzigen Ereignis einen Misshandlungsverdacht gegeben, 31% (n=44) die Familien waren dem Jugendamt bereits bekannt.

Klinik: Klinisch dominierten Lethargie/Somnolenz (n=56; 40%), zerebrale Krampfanfälle (n=62; 45%) und eine gespannte Fontanelle (n=55; 40%), gefolgt von Irritabilität (n=32; 23%), Trinkschwierigkeiten (n= 22; 16%), Apnoen (n=20; 14%) und Bradykardien (n=10; 7%). 17 Kinder (12%) waren bei Aufnahme komatös. In 37% (n=51) fanden sich äußere Verletzungen (Hämatome). In 90 Fällen wurde ein Skelettscreening durchgeführt (65%), das in 20 Fällen (22%) positiv war.

Retinale Blutungen wurden in 63% (n=88) gefunden, davon 90% beidseitig; die Untersuchung erfolgte nahezu ausschließlich durch einen Ophthalmologen (98%).

Subdurale bzw. subarachnoidale Hämatome fanden sich in 63% (n=88); ein **Hirnödem** in 20% (n=28).

Outcome: Zum Entlassungs-/Verlegungszeitpunkt waren 44% (n=62) klinisch-neurologisch unauffällig oder leicht beeinträchtigt (Glasgow Outcome Scale 5), 19% mittel (n=26; GOS 4), 13% schwer beeinträchtigt (n=18; GOS 3) und 1% komatös (n=2; GOS 2). 10 Kinder (7%) waren verstorben. Bei den Überlebenden zeigten sich Krampfanfälle (n=22, 16%), Muskelhypotonie (n=24; 17%), Hemi-/Tetraplegie (n=12, 9%), Irritabilität (n=15; 11%) und Spastik bei 15 Kindern (11%).

Fazit: Klinische und anamnestische Daten sind weitgehend im Einklang mit internationalen Studien, mit etwas unterdurchschnittlichem Anteil subduraler und retinaler Hämatome; ungewöhnlich ist allerdings der hohe Prozentsatz neurochirurgischer Interventionen. Auffallend und für die Prävention bedeutsam, ist der signifikante Anteil von Kindern, bei denen bereits zuvor ein Misshandlungsverdacht bestand oder die dem Jugendamt schon bekannt waren.

Finanziell ermöglicht wird die Studie durch Star Care (www.starcare.de).

ESPED-Publikationen

(erschieden seit dem letzten Newsletter bzw. Jahresbericht):

- Grote V, von Kries R, Rosenfeld E, Belohradsky B H, Liese J. Immunocompetent children account for the majority of complications in childhood herpes zoster. J Infect Dis. 2007 Nov 15;196(10):1455-8
- Liese JG, Grote V, Rosenfeld E, Fischer R, Belohradsky B H, von Kries R and the ESPED Varicella Study Group. The Burden of Varicella Complications Before the Introduction of Routine Varicella Vaccination in Germany. Pediatr Infect Dis J 2008;27: 119-124
- Grote V, von Kries R, Springer W, Hammersen G, Kreth H W, Liese J. Varicella-related death on children and adolescents – Germany 2003-2004. Acta Paediatrica 2008;97:187-192



ESPED auf der 104. Jahrestagung der DGKM im September 2008 in München

ESPED wird auf dem Kinderärztekongress in München vertreten sein. Sie finden uns am **Stand der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.**

Nutzen Sie die Gelegenheit zu einem persönlichen Gespräch! Gerne geben wir Ihnen Auskunft über Ihren Meldestatus und Ihr "Meldekonto", nehmen Adressänderungen und mögliche Anträge für neue Datenerhebungen entgegen. Wir sind jederzeit offen für neue Anregungen und Hinweise!

ESPED-Kartenstatistik 2007 (Stand: 28.03.2008)

Beate Heinrich, Düsseldorf

Kinderkliniken, Kinderchirurgien, Kinderrheumatologien

		Rücklauf
Ausgesandte Karten:	5678	
Zurück erhalten:	5451	96%
Online-Teilnehmer	228 (49%)	97%
Postkarten-Teilnehmer	242 (51%)	95%



HNO - Kliniken und Belegabteilungen (nur in Bayern und Niedersachsen)

		Rücklauf
Ausgesandte Karten:	2879	
Zurück erhalten:	1466	51%
Online-Teilnehmer	21 (9%)	93%
Postkarten-Teilnehmer	214 (91%)	47%



Kartenrücklauf nach Bundesländern [%]

Bundesland	2006	2007
Saarland	98	100
Thüringen	100	100
Sachsen-Anhalt	100	100
Brandenburg	100	100
Sachsen	100	100
Meckl.-Vorpommern	97	99
Baden-Württemberg	100	98
Bayern	96	96
Niedersachsen	100	96
Nordrhein-Westfalen	96	94
Hansestadt Bremen	100	94
Hessen	96	94
Schleswig-Holstein	86	90
Rheinland-Pfalz	94	90
Hansestadt Hamburg	98	87
Berlin	95	86

Wenn Sie **online** an der Erhebung teilnehmen möchten, benötigen Sie einen Internetzugang und eine Emailadresse, die Sie uns dann bitte formlos mitteilen an: heinrich@med.uni-duesseldorf.de