

Atopie-Syndrom

Bei dem Atopie-Syndrom (Professor H. von der Hardt/Hannover) gab es keine neuen, aber die Betonung bewährter Aspekte:

► Bei Asthma bronchiale ist – im Anschluß an eine ätiologische Klärung – die Behandlung im anfallsfreien Intervall mit Dinatrium Cromoglicinsäure (Intal®) eine wirksame Maßnahme bei nachgewiesener Pneumallergie. Allerdings zeigen nur etwa 30 Prozent der im Haut-Test gegen Hausstaub und Hausstaubmilben sensiblen Kinder auch im inhalativen Provokationstest eine entsprechend positive Pneumallergie. Es würden also bei ausschließlich durch Hauttest nachgewiesener Überempfindlichkeit von 10 positiven Kindern nur 3 bis 4 erfolgreich mit Intal® zu behandeln sein!

► Bei der lokalen Therapie des Ekzems sind neben regelmäßiger Behandlung mit fetthaltigen Salben auch die gelegentliche, aber nur kurzfristige Anwendung von Hydrocortison-Salben als bewährt anzusehen.

Chronische Magen-Darm-Erkrankungen

Unter den chronischen Magen-Darm-Erkrankungen (Professor H. Chr. Dominick/Münster) erfordert die Diagnose der Zöliakie, die ausschließlich durch Dünndarm-Saugbiopsie möglich ist, insgesamt eine dreimalige Durchführung dieser wenig belastenden, diagnostischen Maßnahme: die erste Biopsie führt zur Verdachtsdiagnose (subtotale Zottenatrophie), die zweite nach zwei Jahren glutenfreier Kost mit dem Nachweis wieder normaler Dünndarm-Zottenstruktur. Die dritte Biopsie folgt weitere zwei Jahre nach Belastung mit Gluten – falls keine klinischen Symptome unter der Gluten-Gabe auftreten, dann wäre die Biopsie sofort indiziert. Diese dritte Biopsie zeigt, ob die Zottenstruktur normal geblieben ist oder ob sich

neuerlich eine subtotale Zottenatrophie unter Gluten entwickelt hat, so daß eine lebenslängliche glutenfreie Diät notwendig ist. Der Morbus Crohn nimmt im Kindesalter offenbar in den letzten zehn Jahren deutlich zu, so daß rezidivierende Durchfälle sowie Anämie, beschleunigte BSG und erhöhtes IgA eine entsprechende stationäre Klärung der Diagnose indizieren!

DOWN-Syndrom („Mongolismus“)

Bei dieser Erkrankung führen – nach Darstellung von Professor R. A. Pfeiffer/Erlangen – die verbesserten unspezifischen Betreuungsmöglichkeiten (Krankengymnastik bewirkt zum Beispiel, daß viele DOWN-Kinder nun mit zwei Jahren laufen können) zu einer deutlichen Erhöhung der Lebenserwartung: „Ein mongoloides Kind mit einer bisherigen Lebenserwartung von zehn Jahren kann heute 45 Jahre alt werden.“ Die terminale Phase dieser älteren Patienten mit Morbus DOWN verläuft oft unter dem klinischen Bild einer Alzheimer-Erkrankung. Männliche Patienten sind fast ausnahmslos infertil, bei weiblichen Patienten sollte die operative Sterilisation empfohlen werden, obgleich sowohl juristische als auch ethische Argumente dagegen geltend gemacht werden können und die Realisierung bei jeder Patientin derzeit als ein nur individuell zu lösendes Problem gesehen werden sollte. Ganz allgemein ist die optimale Betreuung chronischer Erkrankungen im Kindesalter am besten durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und einer entsprechend erfahrenen Klinik bzw. einem Zentrum zu gewährleisten.

Professor Dr. med.
Klaus Ditmar Bachmann
Direktor der Kinderklinik der
Westfälischen
Wilhelms-Universität
Robert-Koch-Straße 31
4400 Münster

Akute lymphoblastische Leukämie (ALL) und Fieber erhöhen Gefahr der Bakteriämie

Patienten mit akuter lymphoblastischer Leukämie (ALL) sind aufgrund ihrer Krankheits- und therapiebedingten Immunschwäche vermehrt durch virale und bakterielle Infektionen gefährdet. Vor allem die bakteriämische Verlaufsform erfordert ein rasches therapeutisches Handeln. Der Autor hat anhand der Verläufe von 318 Kindern mit ALL die Häufigkeit von bakteriämischen Infektionen und ihre prädisponierenden Faktoren untersucht. Bei Diagnosestellung der ALL fieberten nahezu ein Drittel der Patienten über 38,5° C, nur bei 4,1 Prozent hiervon fanden sich jedoch positive Blutkulturen. Nach Beginn der Induktionsbehandlung waren fieberhafte Episoden häufig. 46 Prozent der hier gewonnenen Blutkulturen zeigten Bakterienwachstum, meist grampositive Keime. Positive Blutkulturen fanden sich ausschließlich bei Patienten, deren absolute Neutrophilenzahl unter 1000/mm³ lag. Während der remissionserhaltenden Therapiephase waren 34 Prozent der fieberhaften Erkrankungen Ausdruck einer Pneumonie, in keinem Fall fanden sich positive Blutkulturen. Von den Blutkulturen während fieberhafter Episoden im Knochenmarks-Relaps waren 18 Prozent positiv, es fanden sich jetzt vorwiegend gramnegative Organismen. Aus den dargestellten Erfahrungen ergibt sich die Konsequenz, daß besonders bei fiebernden Kindern in der Induktionsbehandlung mit absoluten Granulozytenwerten unter 1000/mm³ nach rascher Diagnostik unverzüglich die antibiotische Breitbandtherapie beginnen muß, um dem hohen Risiko der bakteriellen Sepsis frühzeitig zu begegnen. Krn

Green, D. M.: Fever and bacteremia in children and adolescents with acute lymphoblastic leukemia, Am. J. Ped. Hematol./Oncol. 4 (1982) 263, Dept. of Pediatrics, Roswell Park Memorial Institute, Buffalo, N. Y., USA