

Hot Topics aus der Pädiatrie

17.09.2022

Dr. med. K. Häfliger

Dr. med. D. Käppeli

Fallbeispiel

- Filip, 18 Monate
- Eltern beide aus Serbien stammend
- Vater spricht fließend Hochdeutsch mit Akzent, Mutter spricht noch wenig Deutsch, jedoch Englisch

Fallbeispiel

- Anamnese
 - gesundheitlich keine Probleme
 - Essverhalten teils schwierig; am Nachmittag Milchsoppen, am Abend „Snacks“ (Maispops, Salzstängeli,...)
 - keine Schlafprobleme

Fallbeispiel

- Entwicklung (anamnestisch)
 - Verstehe alles, aktiver Wortschatz: 3 Wörter
 - werfe oft Gegenstände hinunter
 - nehme noch viele Dinge in den Mund
 - grosse Freude an Dingen, die sich drehen
 - sortiere Spielsachen nach Materialien

Fallbeispiel

- Entwicklung (klinisch)
 - wirft alle angebotenen Spielsachen direkt zu Boden
 - kein funktionelles Spiel
 - schaut Bauklötze an, nimmt sie in den Mund, wirft sie zu Boden -> kein Turmbau möglich
 - lautiert unverständlich

Fallbeispiel

- Interaktion
 - reagiert nicht auf das Eintreten der Untersucherin ins Zimmer
 - keine Reaktion auf direkte Ansprache
 - kein Blickkontakt
 - kein Imitationsverhalten beobachtbar
 - bei Untersuchung heftige Abwehr, weint und schreit, weiterhin kein Blickkontakt

Diagnose?

Sozio-emotionaler, kognitiver und sprachlicher
Entwicklungsrückstand

Prozedere?

Beratung zu Ernährungsverhalten

Anmeldung HPFE

Kontrolle nach 2-3 Monaten

Fallbeispiel

- Kontrolle nach 2 Monaten
 - Ernährung klappe viel besser, kein Problem mehr
 - Familie habe Besuch gehabt von Verwandten mit Kindern, da habe Filip viel gelernt
 - staple nun sehr gerne alles Mögliche
 - sortiere noch immer sehr gerne nach Farben/Formen, z.Bsp. Socken

Fallbeispiel

- 1 Monat später
 - Eltern melden sich für einen Termin zur Besprechung von Filips Verhalten
 - diverse Verhaltensmuster, die immer stärker auffallen
 - Die Eltern hätten sich ins Thema eingelesen
 - > Autismus?

Fallbeispiel

- Anamnese
 - winke mit beiden Händen bei Freude
 - renne ziellos umher
 - zeige wenig Blickkontakt
 - reagiere nicht auf Ansprache
 - Eltern hätten den Medienkonsum eingeschränkt

Fallbeispiel

- Prozedere
 - Abwarten des Erstkontakts mit dem HPFD
 - Kontaktieren der Mütter-Väter-Beratung
 - Regelmässiger Besuch Krabbelgruppe
 - Medienkonsum noch weiter einschränken

Fallbeispiel

- 2-Jahreskontrolle
 - HPFE 1x/Woche, Filip mache gut mit
 - klare Fortschritte im Sozialverhalten und in der Kommunikation

Fallbeispiel

- Entwicklung (klinisch)
 - schaut Untersucherin kurz an bei Eintreten
 - rezidivierend kurzer Blickkontakt
 - interagiert im Spiel mit dem Ball
 - längeres Interesse an diversen Spielsachen
 - Freude am Fläschchen mit Perlen, kann aber das auskippen nicht imitieren
 - kein funktionelles Spiel

Fallbeispiel

- Geplantes Prozedere
 - Abklärung Pädaudiologie
 - Autismus-Abklärung KJPD
 - Kita 2 Halbtage pro Woche ab 08/2022 (begleitet durch HPFE)
 - Heilpädagogische Spielgruppe 1x pro Woche
 - HPFE zu Hause 1x pro Woche

ASS

- Diagnostische Kriterien gemäss DSM-V
 - Anhaltende Defizite in der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion
 - Eingeschränktes, sich wiederholendes Verhaltens-, Interessens- oder Aktivitätsmuster
 - **Symptome müssen in der frühen Entwicklungsphase vorliegen**
 - Symptome verursachen klinisch signifikante Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen

ASS - Symptome

- Fehlende/gestörte Interaktion
 - Fehlender Blickkontakt
 - Monotone Mimik/Gestik
 - Fehlende Reaktion auf Ansprache
- Sprachentwicklungsverzögerung
- Zehenspitzenengang

ASS - Symptome

- Repetitive Körperbewegungen
 - Oberkörperschaukeln
 - Handflattern
 - Zielloses Umherlaufen
- Ritualistische Verhaltensweisen
 - Objekte aneinanderreihen/stapeln
- Extreme Spezialinteressen
- Starren auf Lichter oder sich drehende Dinge

M-CHAT

Bitte, beantworten Sie die folgenden Fragen in Bezug auf das Verhalten Ihres Kindes mit JA oder NEIN, indem Sie die entsprechenden Kästchen ankreuzen. Versuchen Sie bitte, alle Fragen zu beantworten. Denken Sie dabei daran, wie sich Ihr Kind normalerweise verhält. Wenn das erfragte Verhalten nur selten aufgetreten ist (Sie haben es vielleicht ein oder zweimal erlebt), dann beantworten Sie die Frage bitte mit NEIN.

Name des Kindes: _____ Alter des Kindes: _____ Datum heute: _____

	JA	NEIN
1. Hat Ihr Kind Freude daran, wenn Sie es hin- und herschaukeln oder, wenn Sie es auf den Knien reiten lassen, etc.?	•	•
2. Zeigt Ihr Kind Interesse an anderen Kindern?	•	•
3. Klettert Ihr Kind gerne, zum Beispiel auf Treppen?	•	•
4. Spielt Ihr Kind gerne das „Guck-Guck-Spiel“ oder Verstecken?	•	•
5. Hat Ihr Kind jemals so getan, als ob es sich beispielsweise mit einer Spielzeug-Teekanne Tee einschenken würde, oder hat es jemals ein anderes (imaginäres) Spiel gespielt?	•	•
6. Hat Ihr Kind jemals den Zeigefinger benutzt, um etwas zu zeigen oder um um etwas zu bitten?	•	•
7. Hat Ihr Kind jemals den Zeigefinger benutzt, um auf etwas zu zeigen oder um Interesse für etwas zu bekunden?	•	•
8. Kann Ihr Kind mit kleinem Spielzeug (z.B. Autos, Bauklötzen) richtig spielen, ohne es nur in den Mund zu nehmen, daran herumzufingern oder es herunterfallen zu lassen?	•	•
9. Bringt Ihr Kind Ihnen jemals Dinge, um Ihnen etwas zu zeigen?	•	•
10. Schaut Ihnen Ihr Kind länger als nur ein oder zwei Sekunden in die Augen?	•	•
11. Erscheint Ihr Kind jemals übermäßig sensibel gegenüber Lärm oder Geräuschen? (hält sich z.B. die Ohren zu)	•	•
12. Reagiert Ihr Kind mit Lächeln, wenn Sie es anschauen oder anlächeln?	•	•
13. Imitiert Sie Ihr Kind? (z.B. wenn Sie eine Grimasse schneiden)	•	•
14. Reagiert Ihr Kind auf seinen Namen, wenn Sie es rufen?	•	•
15. Wenn Sie auf ein Spielzeug am anderen Ende des Zimmers zeigen, schaut Ihr Kind es dann an?	•	•
16. Kann Ihr Kind laufen?	•	•
17. Schaut Ihr Kind Dinge an, die Sie gerade anschauen?	•	•
18. Macht Ihr Kind ungewöhnliche Fingerbewegungen nah an seinem Gesicht?	•	•
19. Versucht Ihr Kind zu erreichen, dass Sie seinen Handlungen Aufmerksamkeit schenken?	•	•
20. Haben Sie sich jemals gefragt, ob Ihr Kind gehörlos sein könnte?	•	•
21. Versteht Ihr Kind, was Leute sagen?	•	•
22. Starrt Ihr Kind manchmal ins Leere oder läuft ziellos herum?	•	•
23. Schaut Ihnen Ihr Kind ins Gesicht, um Ihre Reaktion zu überprüfen, wenn es etwas nicht Vertrautem begegnet?	•	•

Deutschsprachige Adaptation von Sven Bölte (2005)

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton / Originalpublikation: Robins, D., Fein, D., Barton, M. & Green, J. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 131-144.

Unterstützungsangebote

- Heilpädagogische Früherziehung
- Frühlogopädie
- Mütter-Väter-Beratung
- Baby-/Kleinkindersprechstunde LUPS

Heilpädagogische Früherziehung

- gratis für die Eltern
- Hausbesuche alle 1-2 Wochen
- Abklärung mittels standardisierten Tests
- Familien-/Erziehungsberatung
- Themen: Ernährung, Schlaf, Interaktion, Geschwisterrivalität,...

Heilpädagogische Früherziehung

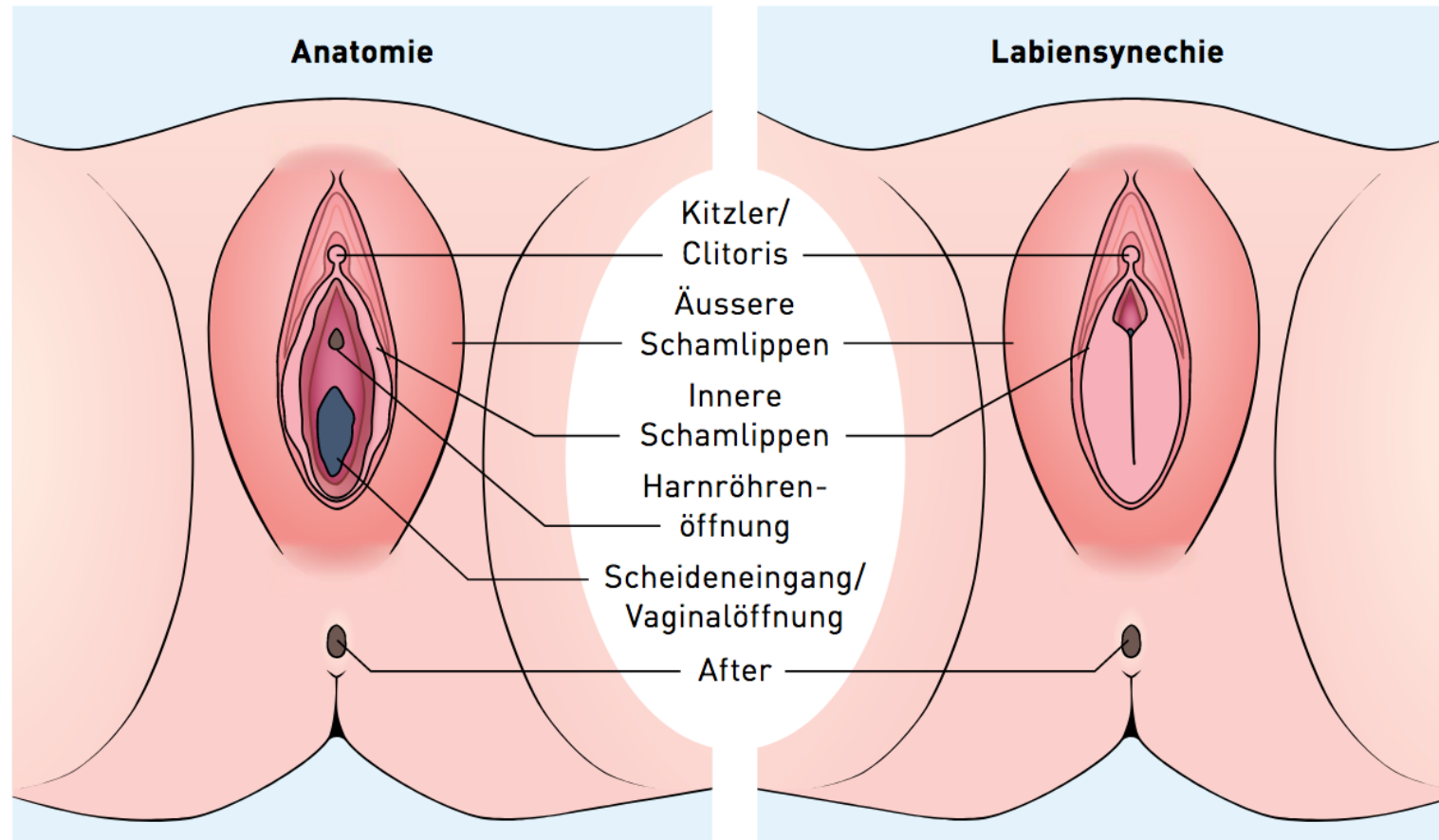
- Playpicknick
- Pilotprojekt „Frühintervention Autismus“

Fallbeispiel

- Mädchen, 8 Jahre
- Seit kurzem immer wieder Tröpfchen in der Unterhose nach dem Toilettengang
- Teils auch Jucken, unangenehmes Gefühl, nässend

- Untersuch: kleine Schamlippen fast komplett verklebt, nur kleine Oeffnung sichtbar
- Urinstix bland

Labialsynechie



Quelle: Kinderklinik Insel

Labiansynechie

- Definition:
Verklebung der kleinen Schamlippen
- Ursachen:
 - wenig weibliche Hormone (Oestrogene), dann sind die Schamlippen sehr empfindlich (Alter 3 Monate bis Pubertät)
 - Verwendung von Seifen, Feuchttüchern, Zinkcremen: trocknet aus, leichte Entzündung, Schamlippen verkleben

Labialsynchie

- Symptome:
 - Unterschiedliche Ausprägung der Verklebung
 - Meist symptomlos im Windelalter
 - Harn fließt problemlos ab
 - Keine gehäuften Harnwegsinfekte
 - Symptome nach Urinlösen auf der Toilette: es sammelt sich Urin hinter der Verklebung, es kommt zum Nachtröpfeln in die Unterhose
 - Dann Behandlung nötig, vorher nicht

Labialsynechie

- Therapie:
 - Lokal 2x/Tag östrogenhaltige Creme (zB Ovestin) auf Synechie, mit wenig Druck (zB mit Wattestäbchen), bis offen
 - Dauer wenige Tage bis Wochen
 - Allenfalls nachher noch etwas mit Bepanthen weitercremen
 - Kein chirurgisches Vorgehen
 - Keine Behandlung asymptomatischer Kinder, insbesondere keine Säuglinge

J. F., 4 Monate alt, bisher gesund

- VSU 4 Monate

- Hoden links scrotal, rechts nicht auffindbar

- In den Akten nichts notiert, dass vorher Hoden nicht palpabel

- Kontrolle mit 6 Monaten: linker Hoden weiterhin scrotal, rechts in der Leiste, aber gut nach scrotal zu ziehen

- Kontrolle mit 9 Monaten: links weiterhin scrotal, rechts nicht auffindbar

- Zuweisung Kispi bei Kryptorchismus

- Sprechstunde Chirurgie: Alter 1 Jahr → Hoden klinisch nicht gefunden, Sono heute nicht verfügbar → Aufgebot zur Sonografie und Laparaskopie (evt diagnostisch, sicher therapeutisch)

Verlauf

- Stationäre Aufnahme ins Kisp
 - Beim Voruntersuch vor der OP: Hoden rechts nun scrotal → Dx Pendelhoden, Entlassung nach Hause
 - In der 18 Monatskontrolle erneut Hoden rechts nicht aufgefunden, aber sehr schlechte Compliance
 - Mit 2 Jahren weiterhin nicht palpabel → erneute Zuweisung Kinderchirurgie
 - → Kinderchirurgen haben den Hoden erneut hochscrotal liegend gefunden
 - Keine OP nötig, regelmässige Kontrollen

Kryptorchismus

- Begriffsdefinition

- Kryptorchismus:

- nicht im Scrotum vorhandener Hoden, sagt aber nichts über die tatsächliche Lage aus und nichts über das tatsächliche Vorhandensein eines Hodens

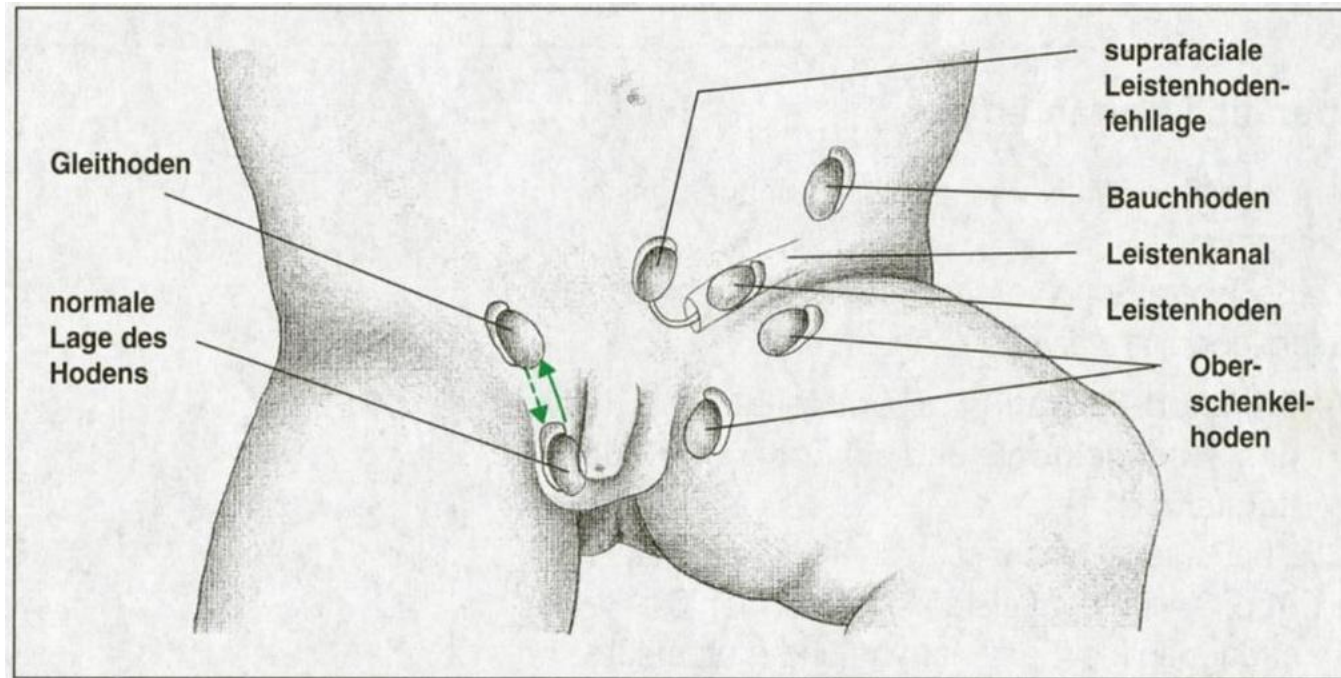
- Hodenhochstand:

- Hoden, der auf dem physiologischen Weg des Deszensus stehengeblieben ist (zB Leistenhoden)

- Ektoper Hoden

- Physiologischen Weg des Deszensus verlassen
 - Lage zB femoral, perineal, penil, auch auf anderen Seite

Ektope Hoden



Quelle Ordensklinikum.at

Hoden nicht palpabel \neq Hoden nicht vorhanden
DD Hoden nicht vorhanden: vanishing testis
oder Hoden Agenesie

- Deszensus des Hodens

- komplexer Vorgang embryonal, hormonell gesteuert
- Deszensus erst zwischen 24. und 35. SSW

Inzidenz

- 1.8-8.4 % bei termingeborenen Jungen (bilateral 10-30%)
- 45 % bei frühgeborenen Jungen (bilateral 50-75%)

Pendel- vs Gleithoden

- In der pädiatrischen Vorsorge sehr häufig: Pendelhoden
- Hoden pendelt zwischen scrotal und inguinal, verbleibt aber mindestens kurze Zeit scrotal
- → keine OP Indikation, aber jährliche Kontrolle, da es sekundär zu einem Gleithoden werden kann

- Gleithoden: immer OP Indikation
- Teils nach scrotal mobilisierbar, gleitet aber sofort wieder zurück

J.G., 7 Jahre

- Regelmässige Kontrollen bei Pendelhoden links
- → klinisch Verdacht auf Gleithoden links mit 8 Jahren
- → Zuweisung Kispi → weiterhin Pendelhoden
- → mit 9 Jahren erneut Verdacht auf Gleithoden
- → erneute Zuweisung Kispi, Dx bestätigt
- → OP durchgeführt

Untersuchung

- Ruhige und entspannte Atmosphäre
- Säuglinge in Rückenlage, grössere Kinder stehend oder im Schneidersitz (Cremasterreflex weniger), eventuell auch auf dem Schooss der Mutter/Vater
- Warme Hände
- Zuerst Inspektion, danach bimanuelle Palpation
- Je nach Situation Untersuchung später wiederholen
- Sonographie und allenfalls diagnostische Laparaskopie bei nicht Auffinden des Hodens

Operationsindikation

- Wieso operieren?
 - Fertilität beeinträchtigt: Idealtemperatur 33 °C (Leisten 35°C, Bauchraum 37°C)
 - Karzinomrisiko: Risiko bis zu 10x grösser, manuelle (Selbst-) Untersuchung nicht möglich
 - Intraabdomineller Hoden: höheres Risiko für Torsion
 - Ästhetische Aspekte
- Wann operieren?
 - Am liebsten vor 12 Monaten, in der Realität aber oft zu spät
 - Zuweisung gewünscht zwischen 6. und 9. LM
 - Hormonelle Therapie obsolet

Phimose

- „Physiologisch“ bis in Pubertät → zuwarten
- Rituelle Zirkumzision: Zuweisung Fällanden
- Bei Beschwerden:
 - Therapie mit lokalen Kortisonsalben für 4-8 Wochen
 - Zirkumzision nur bei fehlendem Ansprechen der konservativen Therapie
 - Mögliche Indikationen:
 - Miktionshindernis mit dauerndem Ballonieren und abgeschwächtem Urinstrahl
 - Z. n. rezidivierenden Balanitiden mit Narbenbildung
 - St. n. Paraphimose
 - Lichen sklerosus

Fallbeispiel

- Lia, 4 Monate alt
 - Schwangerschaft unauffällig
 - TG der 41 1/7 SSW, GG 3780g
 - Unauffällige Peri-/Neopartalperiode
- Hordeolum Auge links

Fallbeispiel

- 6-Monatskontrolle
 - Deutliche Zunahme des Befundes am Oberlid links innerhalb von 1-2 Wochen
 - Verdeckt neu die Sehachse
 - Zuweisung Kinderchirurgie

Fallbeispiel



<https://www.augenklinik-sulzbach.de/behandlungsspektrum/lid-und-orbitachirurgie/blutschwaemmchen-haemangiom>

Fallbeispiel

- Perorale Betablocker im Alter von 6 bis 14 Monaten
- Abschlusskontrolle im Alter von 19 Monaten:
 - „Das Hämangiom ist kaum erkennbar. Wenn man weiss, wo man suchen muss, erkennt man eine leichte Verdickung des Oberlides links gegenüber rechts.“

Infantile Hämangiome

- Definition: benigner embryonaler Tumor mit Endothelproliferation
- Bei 4-5% aller Säuglinge
- Risikofaktoren:
 - Weiblich
 - Frühgeburtlichkeit
 - Anomalie der Plazenta

Infantile Hämangiome

- 3 Phasen:
 - Proliferationsphase 6-9 Monate (subkutan länger als kutan)
 - Übergangsphase variabel
 - Involutionsphase ab ca. 2 Jahren, meist bis zum 9.LJ abgeschlossen
- Bei kutanen Hämangiomen bis Alter von 3 Monaten 80% des Wachstums abgeschlossen
- Residuen als Teleangiektasien, Atrophie, Narben, Cutis laxa, Hyper-/Hypopigmentation möglich

Infantile Hämangiome



<https://link.springer.com/article/10.1007/s12326-021-00420-2>

Infantile Hämangiome

- Unkompliziert (85-90%) vs. Kompliziert
- > 5 Hämangiome: Assoziation mit viszeralem Hämangiomen

Infantile Hämangiome

- Kompliziert
 - funktionelle Beeinträchtigung
 - Ulzeration
 - weitere Komplikationen, extrakutane Manifestationen
 - Assoziierte Fehlbildungen (Syndrome)
 - Langfristige ästhetische Beeinträchtigung

Infantile Hämangiome

- Infantile Hemangioma Referral Score
- www.ihscoring.com

Infantile Hämangiome

- Topische Therapie:
 - Timolol 0.5% (Timoptic XE Augentropfgel)
 - Dosis: max. 1 Trpf/kgKG/Tag
 - Gut für kleine, oberflächliche Hämangiome, falls früh angewandt

Infantile Hämangiome

- Systemische Therapie

- Propranolol (Hemangiol Lsg.)

- Aufdosierung

- 1.Woche 1mg/kg/Tag (in 2 ED)
 - 2.Woche 2mg/kg/Tag
 - Ab 3.Woche 3mg/kg/Tag

- Früher stationäres Monitoring bei Kindern <8 Wochen, NEU bei Kindern <5 Wochen

- während oder direkt nach der Mahlzeit



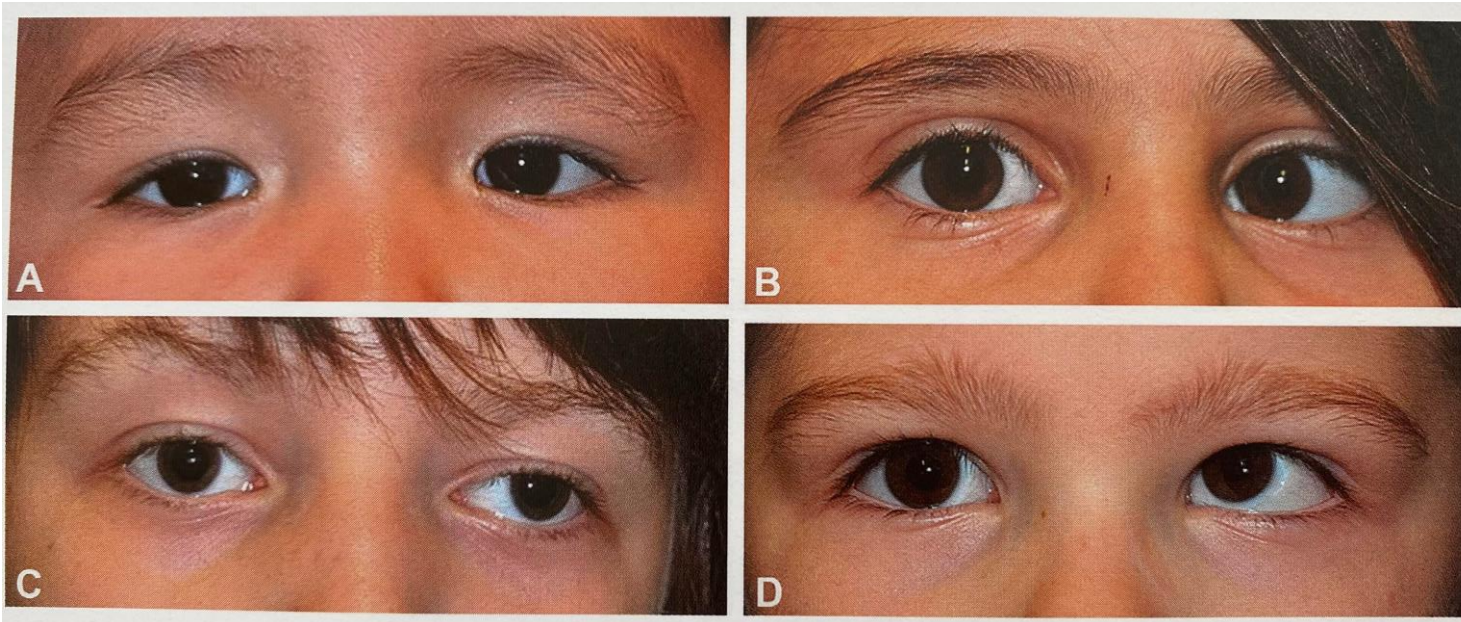
Augenuntersuchung in der pädiatrischen Vorsorge

- Wichtig: bei jeder VSU Augen untersuchen!
- Fundusrot: Hinweise auf Katarakt, Retinoblastom
- Okulomotorik/Fixieren
 - mit 1 Monat fixieren, sicher mit 2 Monaten horizontale Folgebewegungen, mit 3 Monaten Folgen im Kreis
- Strabismus: intermittierend bis 6 Monate noch tolerabel
- Visionscreen und Visustestung

Strabismus

- Untersuchungen
 - Hornhautreflex (Hirschberg Test)
 - Brückner Test
 - Lang Stereo Test (mit 2 Jahren sicher, vorher je nach Compliance)
 - Abdecktest

Schielen?



A Pseudostrabismus

B Strabismus convergens links

C Strabismus divergens links

D Hypertropie links

Quelle Paediatrica

Brückner Test



Quelle Sepkurs.ch

Brückner Test:
Fundusrot nicht symmetrisch

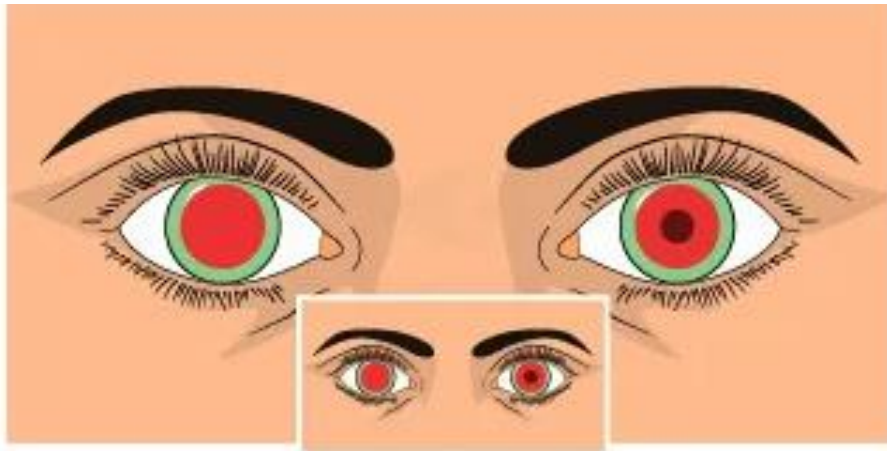
Kind 4 J, Visus 1.0 bds, LST positiv



Retraktionssyndrom:
Angeborene Schädigung des N. abduzens, zus.
Fehlinnervation des M. rectus lateralis
Bei gutem Visus und Orthophorie im Geradeausblick
keine Therapie

M.W., 6 Monate

- VSU 6 Monate, kein Schielen, im Fundusrot links kleiner schwarzer Fleck



Polstar
Regelmässige ophthalmologische Kontrollen

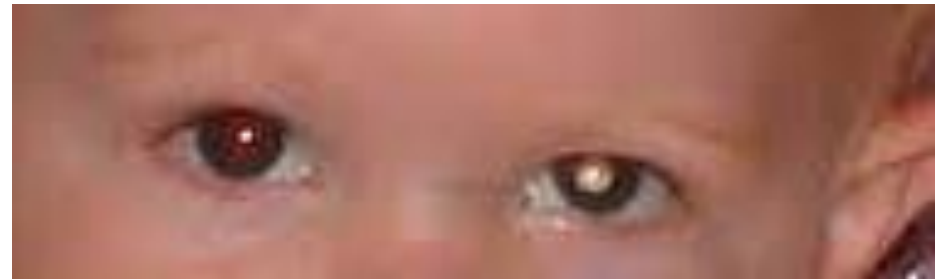
Quelle Augenarzt-online.org

T. B, 5 Monate

- Erst seit kurzem in der CH, bisher kaum ärztliche Kontrollen



Quelle eyebizz

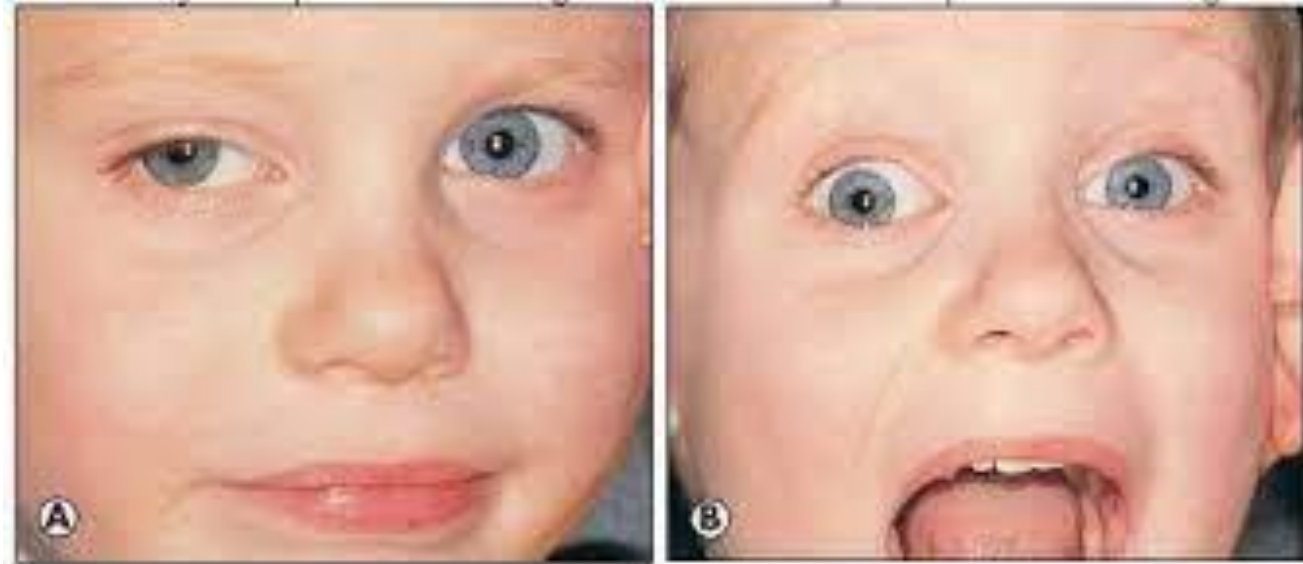


Quelle Springer

Einseitiger kongenitaler Katarakt links

D. M., 6 Monate

- Beobachtung der Mutter:
- Beim Schoppentrinken mache D. immer komische Augenbewegungen (er reisse dann das eine Auge auf, das andere bewege sich normal)



Marcus Gunn Phänomen

Quelle Facebook