Monatsschr Kinderheilkd 2016 · 164:703–704
DOI 10.1007/s00112-016-0107-x
Online publiziert: 25. Juli 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Redaktion

R. Berner, Dresden
B. Koletzko, München
W. Sperl, Salzburg

CrossMark

Erratum zu:

Monatsschrift Kinderheilkunde (2016)
doi:10.1007/s00112-016-0048-4

Der im März 2016 erschienene CME-Artikel zum Kawasaki-Syndrom widmet auf S. 248 einen Abschnitt dem Einsatz von Kortikosteroiden als Addition zur initialen Therapie des Kawasaki-Syndroms. Dort wird Bezug auf ein diesbezügliches Statement der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie genommen, das im Rahmen der sog. Wörlitzer Konsensusgespräche 2013 getroffen wurde [1]. Im Beitragstext steht: „Die mithilfe des Kobayashi-Scores selektierten ‚Hochrisikopatienten‘ sollen laut dieser Empfehlung standardmäßig eine Methylprednisolonstoßtherapie erhalten, auch wenn diese bisher nicht evaluiert wurde.“ Tatsächlich empfiehlt die DGKJR standardmäßig eine Prednisolontherapie.

Grundlage der Empfehlung ist die aus Japan stammende „Raise“-Studie [2]. Eine Handlungsempfehlung wurde entsprechend dem in dieser Studie durchgeführten „Steroidregime“ ausgesprochen (Prednisolon i.v./oral) in einer Dosis von 2 mg/kg KG in 3 ED (maximal 60 mg) bis zur CRP-Normalisierung, im Anschluss über 15 Tage alle 5 Tage halbierend ausschleichen.

Die Wirkung von Kortikosteroiden, additiv zur initialen Immunglobulingabe beim Kawasaki-Syndrom, wurde in den letzten Jahren intensiv untersucht. Die wichtigsten Studiendaten diesbezüglich, die gleichzeitig konträr in ihren Ergebnissen sind, zumindest zur Vorbeugung von Koronaraneurysmen, wurden in den USA [3, 4] und Japan [5, 6] erhoben. Die

A. Jakob^{1,2}

¹ Klinik für angeborene Herzfehler und pädiatrische Kardiologie, Zentrum für Kinder und Jugendmedizin, Universitäts-Herzzentrum Freiburg-Bad Krozingen, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

² Kinderkardiologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Ludwig-Maximilian-Universität München, Klinikum der Universität München, Campus Innenstadt, München, Deutschland

Erratum zu: Kawasaki-Syndrom

Das Leid mit den Kortikosteroiden

japanischen Studien belegen eine Reduktion der Koronaraneurysmenrate. In der zuletzt publizierten „Raise“-Studie wurden nur „Hochrisikopatienten“ mit Steroiden behandelt; Patienten die ein hohes Risiko haben, nicht auf eine Therapie mit i. v. Immunglobulinen (IVIG) anzusprechen, wurden mit dem in Japan gut evaluierten Kobayashi-Score selektiert [7, 8]; diese tragen auch ein höheres Risiko Koronaraneurysmen zu entwickeln. Bei kaukasischen Kindern konnte dieser Score wiederholt entsprechende „Hochrisikokinder“ nicht detektieren [9, 10]. Basierend auf der Tatsache, dass bei japanischen Kindern im speziellen sowie generell bei Kindern asiatischer Herkunft die Inzidenz des Kawasaki-Syndroms um ein Vielfaches höher ist, könnte eine genetische Ursache dafür vermuten lassen.

Diskutiert werden müssen jedoch auch die unterschiedlichen Steroidregime beider Länder. In den USA wurde einmalig Methylprednisolon 30 mg/kg KG und Tag verabreicht, wohingegen die japanischen Studien Prednisolon, wie o. g., längerzeitig und auch früher im Krankheitsverlauf anwendeten. In Ländern mit niedrigerer Prävalenz wird die Diagnose jedoch später gestellt und die Therapie später begonnen. Ob bei späterem Prednisoloneinsatz ein gleicher Effekt erzielt wird, ist nicht bekannt.

Seit der o. g. Empfehlung konnten wir in Deutschland mittels durchgeführter ESPED-Erhebung zum Kawasaki-Syndrom einen leichten Anstieg des Kortikosteroideinsatzes feststellen, dabei in diversen Regimen. Direkte Vergleichsstudien zur Überlegenheit der längerfristigen Prednisolontherapie ge-

genüber der MP-Pulstherapie gibt es nicht. Aus theoretischen Überlegungen, mittels schnellstmöglicher Inflamationsreduktion das Risiko an Koronaraneurysmen zu reduzieren, bevorzugen wir in Freiburg und in München die MP-Pulstherapie, die wir bei Kindern mit signifikant erhöhtem Risiko für die Entstehung von Koronaraneurysmen einsetzen (d. h. Kindern < 1 Jahr bzw. ≥ 5 Jahre, Jungen).

Korrespondenzadresse

Dr. A. Jakob

Klinik für angeborene Herzfehler und pädiatrische Kardiologie, Zentrum für Kinder und Jugendmedizin, Universitäts-Herzzentrum Freiburg-Bad Krozingen, Universitätsklinikum Freiburg
Freiburg, Deutschland
andre.jakob@med.uni-muenchen.de

Literatur

1. Hospach A et al (2013) Initial glucocorticoid therapy for Kawasaki syndrome. Monatsschr Kinderheilkd 161(11):1037–1041
2. U. Neudorf et al (2014) Handlungsempfehlung nach der Leitlinie „Vaskulitiden – Kawasaki-Syndrom“. Vorgehen zur Diagnostik und Therapie bei Kawasaki-Syndrom. Monatsschr Kinderheilkd 162(4):435–437
3. Sundel RP et al (2003) Corticosteroids in the initial treatment of Kawasaki disease: report of a randomized trial. J Pediatr 142(6):611–616
4. Newburger JW et al (2007) Randomized trial of pulsed corticosteroid therapy for primary treatment of Kawasaki disease. N Engl J Med 356(7):663–675
5. Inoue Y et al (2006) A multicenter prospective randomized trial of corticosteroids in primary therapy for Kawasaki disease: clinical course and coronary artery outcome. J Pediatr 149(3):336–341

Die Online-Version des Originalartikels ist unter doi:10.1007/s00112-016-0048-4 zu finden.

6. Kobayashi T et al (2012) Efficacy of immunoglobulin plus prednisolone for prevention of coronary artery abnormalities in severe Kawasaki disease (RAISE study): a randomised, open-label, blinded-endpoints trial. *Lancet* 379(9826):1613–1620
7. Kobayashi T et al (2006) Prediction of intravenous immunoglobulin unresponsiveness in patients with Kawasaki disease. *Circulation* 113(22):2606–2612
8. Kobayashi T et al (2009) Risk stratification in the decision to include prednisolone with intravenous immunoglobulin in primary therapy of Kawasaki disease. *Pediatr Infect Dis J* 28(6):498–502
9. Davies S et al (2015) Predicting IVIG resistance in UK Kawasaki disease. *Arch Dis Child* 100(4):366–368
10. Sleeper LA et al (2011) Evaluation of Kawasaki disease risk-scoring systems for intravenous immunoglobulin resistance. *J Pediatr* 158(5):831–835.e3

Jetzt kostenlos Update Newsletter bestellen!

Von Anästhesie bis Urologie – die Update Newsletter von SpringerMedizin.de liefern Ihnen regelmäßig Aktuelles und Wissenswertes aus allen medizinischen Fachgebieten:

- CME-Beiträge aus den Fachzeitschriften von Springer Medizin
- umfassende Übersichtsbeiträge und interessante Kasuistiken
- aktuelle internationale Studien
- Kongress-Highlights und Themen-Specials
- News aus Berufs- und Gesundheitspolitik

Jetzt Newsletter auswählen und kostenlos bestellen unter
www.springermedizin.de/Newsletter