Monatsschr Kinderheilkd 2019 · 167:334
<https://doi.org/10.1007/s00112-019-0661-0>
 Online publiziert: 15. Februar 2019
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2019

Redaktion

G. Hansen, Hannover
 R. Kerbl, Leoben
 F. Zepp, Mainz

O. Genzel-Boroviczeny

Neonatologie, Dr. von Hauner-Kinderspital, Klinikum der Universität München, Campus Innenstadt, München, Deutschland

Fehlende Evidenz der Maßnahmen zur Beschleunigung der Darmpassage

Erwiderung

Zum Leserbrief von Meyer S, Gortner L, Butte M (2019) Förderung der frühzeitigen Mekoniumpassage bei sehr unreifen Frühgeborenen. Algorithmus zur Vermeidung der nekrotisierenden Enterokolitis. *Monatsschr Kinderheilkd* 167. <https://doi.org/10.1007/s00112-019-0660-1>

Originalbeitrag

Genzel-Boroviczeny O (2019) Darmentleerung sehr unreifer Frühgeborener. Aktuelle Evidenz und eigenes Vorgehen. *Monatsschr Kinderheilkd* 167:7–10. <https://doi.org/10.1007/s00112-018-0599-7>

Der interessante Leserbrief von Meyer et al. [1] zeigt die Probleme der modernen Neonatologie. Mortalität und auch Morbidität sind inzwischen so niedrig, dass evidenzbasierte Vorgehensweisen schwierig zu belegen sind. Zu fast allen Fragestellungen, die eine Langzeitauswirkung haben, wie bronchopulmonale Dysplasie (BPD), nekrotisierende Enterokolitis (NEC) und „late onset sepsis“ (LOS), würden randomisierte und möglichst verblindete Studien von 600 bis 1000 sehr unreifen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1000 g oder maximal 1250 g benötigt. Die Autoren verweisen auf ihre Publikation aus dem Jahr 2016 und beschreiben einen Nahrungsaufbau bei Frühgeborenen <1500 g, den sie retrospektiv evaluiert haben. Bereits ihre Definition von vollständigem enteralem Nahrungsaufbau macht Vergleiche mit anderen Publikationen schwierig. Sie definieren diesen als erreicht bei einer täglichen Nah-

rungsaufnahme von 150–160 ml/kgKG. Diese Menge ist relativ hoch und wird in manchen neonatologischen Abteilungen noch viel später, wenn überhaupt, erreicht. Wichtiger als die Kalorien- bzw. Milliliterzahl ist das Wachstum des Kindes, wobei die optimale Gewichtszunahme umstritten ist. Frühgeborene benötigen täglich 110–140 kcal/kgKG (500–600 kJ/kgKG) und 3,5–4,4 g Protein/kgKG [2]. Wir beenden die parenterale Ernährung bei 100–110 ml/kgKG und Tag enteraler Nahrung und supplementieren entsprechend mit Muttermilchverstärker und Proteinpulver. Dies wird meistens zwischen dem 7. und dem 14. Lebenstag erreicht, je nach Unreife der Kinder. Ob dieses Vorgehen schneller ist als die publizierten Daten von Meyer et al., ist unklar.

Wie bereits in meinem Leitthemenbeitrag ausgeführt, gibt es keine Evidenz, ob überhaupt und womit angespült werden muss. Der Leserbrief von Meyer et al. bestätigt dies. Sehr häufiges Anspülen ist evtl. mit einem häufigeren Auftreten von Komplikationen behaftet, ebenso die Anwendung von Glyzerinzäpfchen. In verschiedenen Studien bezüglich der Beatmung und Ernährung von Frühgeborenen scheint es aber von Vorteil zu sein, wenn eine gewisse Konsistenz des Vorgehens vorliegt. Auch die Daten von Meyer et al. mit ihrer niedrigen NEC-Inzidenz sprechen für den Vorteil eines Schemas.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. O. Genzel-Boroviczeny
 Neonatologie, Dr. von Hauner-Kinderspital, Klinikum der Universität München, Campus Innenstadt
 Maistr. 11, 80336 München, Deutschland
genzel@med.lmu.de

Interessenkonflikt. O. Genzel-Boroviczeny gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Meyer S, Gortner L, Lindner U, Dahmen K, Butte M (2016) Fast food versus slow food in very and extremely low-birthweight infants: speed of feeds is a little more than a gut feeling. *Acta Paediatr* 105(10):1129–1131
2. Checkliste Neonatologie Thieme Verlag 6. Auflage 2018