

# Lebensbedrohliche Infekte bei Kindern

Schwere fokale oder septisch verlaufende Infektionen sind häufige Gründe für Klinikaufenthalte von Kindern und Jugendlichen. Eine prospektive Analyse zeigt, dass viele Fälle verhindert werden könnten.

— In eine prospektive, multizentrische Studie von Juni 2012 bis Dezember 2015 wurden 2.844 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 1 Monat und 18 Jahren (im Mittel 39,1 Monate) aus sechs europäischen Ländern einbezogen. Sie alle wurden wegen einer Sepsis oder einer schweren bakteriellen Herdinfektion stationär behandelt.

Bei 43,2% wurde eine Sepsis diagnostiziert, 56,8% hatten eine schwere fokale Infektion, wobei das mittlere Alter der Sepsis-Patienten signifikant niedriger war (27,6 vs. 46,5 Monate,  $p < 0,0001$ ). In der Gesamtkohorte hatten 18% eine Pneumonie, 16,5% eine Infektion des

ZNS und 8,7% eine Infektion von Haut oder Weichteilgewebe.

Als Erreger wurde bei 9,1% der Patienten *Neisseria meningitidis* nachgewiesen, bei 7,8% *Staphylococcus aureus*, bei 7,7% *Streptococcus pneumoniae* und bei 5,7% Streptokokken der Gruppe A. In gut der Hälfte der Fälle gelang kein Bakteriennachweis. 37,6% der Patienten mussten auf einer Intensivstation behandelt werden. 57 Kinder (2,2%) starben, 7 an einer fokalen und 50 an einer septisch verlaufenden Infektion.

▪ Martinón-Torres F et al. Life-threatening infections in children in Europe (the EUCLIDS Project): a prospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2:404–14

## KOMMENTAR

Schwer verlaufende bakterielle Infektionen traten insbesondere bei Kindern unter 5 Jahren auf. Ursache dürfte die noch unzureichende Immunabwehr der Säuglinge und Kleinkinder sein. Verantwortlich waren häufig Meningokokken und Pneumokokken – beides Erreger, gegen die eine Impfung empfohlen wird. Die Studie zeigt, wie wichtig die Durchimpfung von Kindern und Jugendlichen nach den standardisierten europäischen Impfprogrammen ist. Offenbar bestehen immer noch große Impflücken.

Prof. em. Dr. med. Dr. h. c. D. Reinhardt

## Sie hatte doch nur einen Schnupfen!

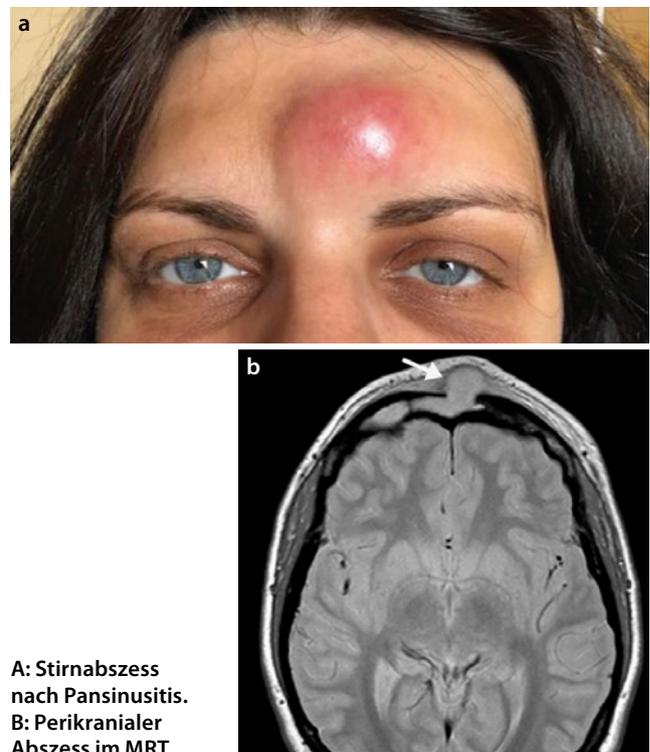
Eine 37-jährige Frau, die seit 15 Tagen an frontalen Kopfschmerzen litt, kam in die HNO-Ambulanz. Zehn Tage lang war sie wegen einer Sinusitis mit Amoxicillin und Clavulansäure behandelt worden, ohne dass dies zu einer Besserung geführt hätte. Fünf Tage vor dem Besuch hatte sich dann an der Stirn eine gut begrenzte, weiche, entzündlich gerötete Schwellung entwickelt (Abb. A).

Die Patientin war in gutem Zustand, afebril, voll orientiert und neurologisch unauffällig. Bei der nasalen Endoskopie zeigte sich ein mukopurulenten Sekret. Beim Kernspin sah man eine bilaterale Aufhellung aller Nebenhöhlen, eine Osteomyelitis und einen subperiostalen Abszess des frontalen Knochens der Stirnhöhle (Abb. B). Die Diagnose lautete akute Sinusitis mit einem perikranialen Abszess. Mit einem kombiniert endoskopischen und externen chirurgischen Zugang wurde nekrotisches Material entfernt und der Abszess drainiert. Es wurde *Staphylokokkus aureus* isoliert und fünf Wochen antibiotisch behandelt.

Bei dem Krankheitsbild handelt es sich um eine zwar seltene, aber durch intrakranielle Ausbreitung (Meningitis, Abszess) potenziell gefährliche Komplikation einer zunächst banalen Sinusitis. Der auffällige Stirnabszess wird seit 1768 nach dem Erstbeschreiber Sir Percivall Pott auch als Pott's Puffy Tumor bezeichnet.

Prof. Dr. med. H. Holzgreve

▪ Koltsidopoulos P, Papageorgiou E, Skoulakis C. Acute sinusitis complicated with Pott puffy tumour. *CMAJ*. 2011;191;E165



A: Stirnabszess nach Pansinusitis.  
B: Perikranialer Abszess im MRT.