

„Stille“ für das juvenile Still-Syndrom

— Bei systemischer juveniler idiopathischer Arthritis (SJIA) oder „Still's Disease“ wendet man Canakinumab bei Kindern ab zwei Jahren an, die auf NSAR und systemische Kortikosteroide nur unzureichend angesprochen haben. Canakinumab (Ilaris®) bindet spezifisch an Interleukin-1-β (IL-1-β) und hemmt dessen Interaktion mit den Rezeptoren. Die Überproduktion von IL-1-β führt zu Entzündungen und Gewebeschäden.

Auf einem von Novartis veranstalteten Symposium anlässlich des DGKJ-Kongresses erläuterte PD Dr. Helmut Wittkowski, pädiatrische Rheumatologie und Immunologie am Universitätsklinikum Münster, dass ein initiales Fiebersyndrom oder eine Autoinflammation durch einen „Phänotypen-

Shift“ zur chronisch-destruktiven Polyarthritiden werden können. „Inzwischen wissen wir, dass wir, wenn wir früh mit einer IL-1-Blockade behandeln, den Phänotypen-Shift verhindern können“, erklärte er.

Behandelt wird eine SJIA mit Glukokortikoiden, Anakinra, Canakinumab und Tocilizumab, alle jeweils +/- Glukokortikoide. Nach vier Wochen sollte die Zahl kranker Gelenke um 50% reduziert sein. Nach sechs Monaten soll eine inaktive Erkrankung erreicht sein und nach einem Jahr die klinische Remission. Je schneller man behandelt, je weniger Gelenke betroffen sind und je höher das Ferritin sowie die systemischen Manifestationen sind, umso besser ist das Ansprechen auf die IL-1-Blockade. Zeigt die

SJIA einen polyarthritischen Verlauf oder ein Makrophagen-Aktivierungs-Syndrom, spricht sie nicht gut auf die IL-1-Blockade an, sagte Wittkowski.

Dr. Tanja Welzel von der Pädiatrischen Rheumatologie und Pharmakologie des Universitätskinderspitals in Basel zählte an IL-1-medierten Erkrankungen folgende auf: das Cryopyrin-assoziierte periodische Syndrom (CAPS), die Mevalonatkinase-Defizienz (MKD), das Tumornekrosefaktor-assoziierte-periodische-Syndrom (TRAPS) sowie das familiäre Mittelmeerfieber (FMF). Canakinumab ist zugelassen für MKD, TRAPS, CAPS first-line und für FMF (bei Colchizin-Versagen). *Dr. Nana Mosler*

Satellitensymposium „Autoinflammatorische Erkrankungen – Treat to target“, DGKJ-Kongress, Berlin, 8.10.2021; Veranstalter: Novartis

ADHS-Therapie kann den Schulabschluss retten

— Circa 3–5% der Schüler bleiben der Schule wochen-, monate- oder sogar jahrelang fern und lassen sich auch durch Strafmaßnahmen nicht zu einem regulären Schulbesuch motivieren, erklärte Dr. Henrik Uebel-von Sandersleben, Oberarzt an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Göttingen, auf einem Praxisworkshop von Medice. Laut Bildungsbericht 2018 bleiben circa 6% eines jeden Schuljahrgangs ohne Schulabschluss. Das Schulschwänzen ist prognostisch mit einem erhöhten Risiko für soziale Probleme wie Schulversagen, Arbeitslosigkeit, Drogenabusus und Delinquenz verbunden. Die häufigsten Ursachen sind psychiatrische Diagnosen wie soziale Phobie, Trennungsangst, generalisierte Angst, Depression oder emotionale Störungen. Besonders bei emotionalen Störungen mit psychosomatischen Beschwerden ist die Schulvermeidung oft mit einer langen Geschichte von „Attest-Abusus“ verbunden. Eine Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Eltern erfolgt oft erst nach Bußgeldandrohung.

Vermehrt wird heute unter Schulschwänzern eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) diagnostiziert. Helfen kann eine Linderung der Symptome mithilfe einer multimodalen Therapie aus kombinierter Verhaltens- und Pharmako-

therapie. Goldstandard in der medikamentösen Behandlung der ADHS ab dem sechsten Lebensjahr sind Stimulanzien wie Methylphenidat (MPH, z. B. Medikinet® oder Medikinet® retard). Die Einstellung erfolgt

mit einer sorgfältigen Aufdosierung und danach mit festgelegten Tagesdosen zu festen Tageszeiten, je nach Wirkdauer des Medikaments, Tagesablauf und Compliance des Kindes. *Dagmar Jäger-Becker*

Remote Praxisworkshop, 25.9.2021; Veranstalter: Medice

(Mehr) Chancengleichheit beim Zugang zur MenB-Impfung

— Die Impfquoten bei nicht standardmäßig von der STIKO empfohlenen Impfungen, wie gegen Meningokokken B, sind deutschlandweit niedrig und regional sehr unterschiedlich – je nach Rahmenbedingungen der KVen und Erstattungssituation der Krankenkassen. Obwohl Meningokokken B mit 61% für die Mehrzahl der invasiven Meningokokken-Erkrankungen in Deutschland verantwortlich sind, hängt die Inanspruchnahme der MenB-Impfung sowohl vom Engagement der Ärzte als auch von der Kostenerstattung und sozio-ökonomischen Situation der Familien ab.

Ein Aufklärungsgespräch über zusätzliche mögliche Impfungen, unabhängig von der sozialen Situation und Krankenkasse der Eltern, gibt allen Kindern die Chance

auf einen gesunden Start ins Leben. Eine aktuelle Umfrage von GSK zeigt, dass ein Großteil der Eltern mit Kindern unter zwei Jahren bereit ist, für die Kosten von Meningokokken-Impfungen aufzukommen. Zudem erstatten immer mehr Krankenkassen die Impfung.

Der erste Erkrankungsgipfel bei Meningokokken liegt im fünften bis neunten Lebensmonat. Da sich die MenB-Impfung mit dem 2+1-Impfschema gut in den aktuellen STIKO-Impfkalender integrieren lässt, lässt sich dieser Erkrankungsgipfel vermeiden. In Deutschland sollten Eltern idealerweise bereits bei der U3 auf die MenB- und die MenACWY-Impfung hingewiesen werden. *red*

Nach Informationen von GSK