

Allerdings spielen bei Kindern das Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome (PIMS) eine nicht zu unterschätzende Rolle. PIMS kommt abhängig von den zirkulierenden Virusvarianten unterschiedlich häufig vor. Seit dem 1. Januar 2020 sind in einem weiteren Melderegister der DGPI unter Beteiligung von 219 Kinderkliniken/Kinderabteilungen 902 PIMS-Fälle gemeldet. Die wichtigsten Ergebnisse daraus:

— Gut die Hälfte der Kinder konnte ohne Symptome nach Hause entlassen werden. Bei 3 % blieben Residualschäden.

— Eine immunmodulatorische Therapie erfolgte bei 96 % der Kinder, eine systemische Antibiotikatherapie bei 70 % und eine Intensivtherapie bei 49 %.

— Das niedrigste Risiko für eine Behandlung auf der Intensivstation, für Hospitalisation oder Tod liegt in der Altersgruppe von fünf bis elf Jahren vor.

Die PIMS-Inzidenz lag bisher laut Berner bei 1 : 4.000. Das Risiko heute liegt mit der Omikron-Variante allerdings um das 10- bis 20-Fache niedriger (1 : 40.000–80.000): „Wir sehen heute

bei Omikron praktisch keine PIMS-Fälle mehr.“

Dennoch plädierte Berner abschließend für eine differenziertere altersadjustierte Erfassung der Erkrankung und eine verbesserte digitalisierte und nachhaltige Surveillance. Nur so könne herausgefunden werden, wie stark die Krankheitslast bei Kindern mit COVID-19 das Gesundheitssystem auf Dauer insgesamt belastet. *Raimund Schmid*

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Düsseldorf, 8./9. September 2022

Differenzialdiagnose Hüftschmerz: Was ist wann zu tun?

Eine Patientin mit Hüftschmerzen stellt sich in Ihrer Praxis vor. Von einem „Hüftschnupfen“ bis zur septischen Koxitis kommen nun einige Differenzialdiagnosen in Betracht. Auf dem DGKJ-Kongress erklärte ein Experte, was Sie bei der Diagnostik beachten müssen.

Ein elfjähriges Mädchen stellt sich in der Nacht mit Hüftschmerzen nach einem Hockeyspiel ohne Trauma in der Notaufnahme vor. Differenzialdiagnostisch sind eine Reihe von Ursachen in Betracht zu ziehen – von der Coxitis fugax bis zu schwerwiegenden Erkrankungen der Hüfte wie einer Epiphysiolysis capitis femoris (ECF) oder die septische Koxitis.

Die Coxitis fugax – der „Hüftschnupfen“ – tritt meist bei viralen Infekten auf und ist charakterisiert durch Hüft- oder Knieschmerzen sowie ein Schonhinken. Hüftbeugung, Streckung und Rotationsfähigkeit sind eingeschränkt. Fieber besteht nicht. Sonografisch kann ein Gelenkerguss nachgewiesen, aber nicht von einem septischen Erguss unterschieden werden. Das Labor zeigt ein CRP < 20 mg/l und Leukozyten < 12.000/µl.

Die akute ECF ist eine wichtige Diagnose, weil sie mit dem Risiko einer Hüftkopfnekrose einhergeht. Ursache ist eine nicht traumatische Epiphysenlösung der Wachstumsfuge des proximalen Femurs. Die ECF manifestiert sich bevorzugt in der Pubertät, vor allem einseitig (4 : 1), Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen (2 : 1). Klinisch zeigen sich Schmerzen in Knie, Hüfte oder Leiste mit Schon-

hinken. Es imponiert ein positives Drehmann-Zeichen, bei dem eine 90-Grad-Beugung im Hüftgelenk nur möglich ist, wenn das Bein nach außen rotiert und der Unterschenkel nach innen zur Körpermitte zeigt. Das Labor ist in der Regel unauffällig; sonografisch zeigt sich ein Erguss. Die Röntgenuntersuchung sollte als Beckenübersicht und axiale Aufnahme beider Hüften erfolgen. „Hilfreich ist die Kleins-Linie“, konstatierte Dr. Michael Kertai vom Klinikum St. Marien in Amberg. Dabei wird eine Tangente an den lateralen Schenkelhals gelegt, die immer einen Teil des Hüftkopfs schneiden sollte. Schneidet sie nicht, ist ein Hüftkopfabrutsch bei ECF gesichert.

Bei septischer Koxitis drohen dauerhafte Schäden

Eine gefürchtete Differenzialdiagnose ist die septische Koxitis, die auf keinen Fall verpasst werden darf – denn ein Infekt in einem Gelenk, der über mehr als vier Tage persistiert, führt zu einem Dauerschaden. In Abgrenzung zur Coxitis fugax besteht Fieber, die Gehfähigkeit ist oft aufgehoben, die passive Beweglichkeit aufgrund der Schmerzen meist nicht durchführbar. Sonografisch zeigt sich

ein deutlicher Erguss. Das Röntgenbild kann initial noch unauffällig sein, später können Lateralisation des Hüftkopfs, Luxation bei massivem Erguss oder ossäre Destruktionen imponieren. Laborparameter (CRP, Leukozyten) sind erhöht.

Grundsätzlich gilt, dass bei Hüftschmerzen und Gelenkerguss vier Parameter die Diagnose eines eitrigen Geschehens in der Hüfte ermöglichen – hohes Fieber, Gehunfähigkeit, erhöhter BSG oder CRP sowie Leukozyten > 12.000/µl, so Kertai. Treffen zwei der Prädiktoren zu, besteht eine diagnostische Sicherheit von 40 %, die sich auf 93 % bei drei und auf 99 % bei allen vier Parametern erhöht. Spätestens dann ist eine Gelenkpunktion indiziert.

Bei der jungen Patientin wurde die Diagnose einer septischen Koxitis zu spät gestellt. Nach viel Diagnostik, drei Monaten Antibiotikatherapie und mehr als zehn Revisionsoperationen kam es innerhalb eines halben Jahres nach der Erstvorstellung zu einer Hüftkopfnekrose.

Michael Koczorek

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Düsseldorf, 8./9. September 2022

Mehr vom DGKJ-Kongress

Alle Highlights vom diesjährigen DGKJ-Kongress finden Sie auch online unter

www.springermedizin.de/link/23476580

