

Schweizer Datenbank zur Sepsis bei Kindern

Eine Sepsis kann als Komplikation bei der Behandlung schwerer Krankheiten auftreten, so etwa unter Chemotherapie oder nach komplizierten chirurgischen Eingriffen. Etwa die Hälfte von schweren Infektionen treten aber bei Kindern auf, welche vorher völlig gesund scheinen. Möglicherweise sind genetisch bedingte Veränderungen des Immunsystems dafür verantwortlich, dass einzelne Patienten um ein Vielfaches anfälliger für schwere Infekte sind. Die Ursachen der Sepsis bei Kindern sind ungenügend untersucht – ein entscheidendes Hindernis zur optimalen Behandlung.

Um Ursachen und Verläufe der kindlichen Sepsis besser zu verstehen, arbeitet eine Forschergruppe der Universitätsklinik für Kinderheilkunde am Inselspital Bern (Studienleitung Dr. med. Luregn Schlapbach) in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Kinderinfektiologiegruppe (PIGS, Präsident Prof. Dr. Christoph Berger, Universitäts-Kinderkliniken Zürich) seit 2011 an einer nationalen Studie zur Sepsis bei Kindern. Unter Beteiligung der acht grossen Kinderkliniken der Schweiz wird im Rahmen der Swiss Pediatric Sepsis Study eine nationale Datenbank mit Blutproben zur kindlichen Sepsis aufgebaut.

Im ersten Studienjahr wurden bereits 206 Neugeborene und Kinder mit Sepsis registriert. 22 Prozent davon mussten wegen septischen Schocks auf einer Intensivstation behandelt werden, und 11 (6%) Kinder verstarben trotz maximaler intensivmedizinischer Therapie. 42 Prozent der Kinder mit Sepsis waren vorangehend scheinbar gesund. Diese ersten Daten der Studie zeigen, dass Sepsis bei Kindern auch in der Schweiz eine häufige Krankheit ist, mit zum Teil sehr schweren Folgen.

Pressemitteilung des Inselspitals Bern/RBO

Rauchen in der frühen Schwangerschaft erhöht das Asthmarisiko

Viele Raucherinnen stoppen ihren Zigarettenkonsum, sobald sie um ihre Schwangerschaft wissen oder zumindest sobald das Baby da ist. Eine kürzlich publizierte Studie zeigte nun, dass das Rauchen in den ersten Schwangerschaftsmonaten das Asthmarisiko des Kindes erhöht, selbst wenn die Mütter im weiteren Verlauf der Schwanger-

schaft und nach der Geburt nicht mehr rauchten. Demnach waren das Risiko sowohl für das sogenannte «wheezing» (OR: 1,39; 95%-KI: 1,08–1,77) als auch für Asthma (OR: 1,65; 95%-KI: 1,18–2,31) im Alter von vier bis sechs Jahren erhöht, wenn die Mutter im ersten Trimester der Schwangerschaft geraucht hatte. Hingegen hatte das mütterliche Rauchen im dritten Tri-

mester oder im ersten Jahr nach der Geburt in dieser Studie erstaunlicherweise keinen Einfluss auf die genannten Risiken.

Neuman A et al.: Maternal Smoking in Pregnancy and Asthma in Preschool Children: a Pooled Analysis of 8 Birth Cohorts. *Am J Resp Crit Care Med* 2012; online Aug 17, 2012

LABA plus ICS bei Asthma

Vor zwei Jahren hatte die FDA den Einsatz von lang wirksamen Beta-2-Mimetika (LABA) bei Asthma insbesondere für Kinder als Monotherapie verboten. Die LABA sollten gemäss FDA nur noch in Kombination mit inhalativen Steroiden (ICS) eingesetzt werden, aber auch das nur vorübergehend: Bei stabiler Asthmakontrolle sollten LABA aus der Kombination ausgeschlichen werden. Ausserhalb der USA sah man dies weniger streng; so sind LABA in Kombination mit ICS fester Bestandteil der Asthmastufentherapie in der Schweiz (s. Seite 13 in diesem Heft).

Zwei kürzlich publizierte Übersichtsarbeiten stützen nun die langfristige Anwendung von LABA in Kombination mit ICS. In der ersten Übersichtsarbeit (1) verglich man bei Kindern und Jugendlichen mit unkontrolliertem Asthma den Einsatz von ICS plus LABA gegenüber hoch

dosierte ICS als Monotherapie. Es fanden sich 9 Studien mit insgesamt 1641 Patienten. In 7 Studien wurde LABA+ICS mit der doppelten ICS-Dosis verglichen, in 2 Studien LABA+ICS mit einer mehr als doppelt so hohen ICS-Gabe. Insgesamt gab es keinen Unterschied bezüglich der Asthmaexazerbationen, betrachtete man nur die beiden letztgenannten Studien, war die Exazerbationsrate unter LABA+ICS kleiner. Die Lungenfunktion war bei den Kindern mit LABA+ICS besser, sie benötigten weniger häufig eine Notfallmedikation und wiesen ein besseres Kurzzeitwachstum auf als diejenigen mit hohen ICS-Dosierungen. Bei den Nebenwirkungen fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

In der zweiten Studie (2) ging es um Erwachsene. Hier zeigte sich, dass das Absetzen der LABA aus der ICS+LABA-Kombinationstherapie

die Asthmakontrolle verschlechterte. Aussagen zum Exazerbationsrisiko waren hier wegen der geringen Fallzahl nicht möglich. **RBO**

1. Castro-Rodriguez JA, Rodrigo GJ: A Systematic Review of Long-Acting beta2-Agonists Versus Higher Doses of Inhaled Corticosteroids in Asthma. *Pediatrics* 2012; 130 (3): e650–657.

2. Brozek JL, Kraft M, Krishnan JA et al.: Long-Acting beta2-Agonist Step-off in Patients With Controlled Asthma: Systematic Review With Meta-analysis. *Arch Intern Med* 2012; doi:10.1001/archinternmed.2012.3250.