

DISKUSSION

zu dem Beitrag

Das fiebernde Kind: Diagnostisches Vorgehen und Behandlung

von Prof. Dr. med. Tim Niehues in Heft 45/2013

Hinweise zur Untersuchungstechnik

Wenn in puncto klinische Untersuchung erklärt wird, dass hierzu Rachen- und Ohreninspektion, die Auskultation von Lungen und Herz sowie der Lokalisationsversuch etwaiger Schmerzen gehöre, so scheint mir das im Rahmen solch eines grundlegenden Artikels als nicht ausreichend. Wichtige Hinweise an dieser Stelle wären:

Die Untersuchung am quasi vollständig entkleideten Patienten (man sieht immer häufiger Mütter, die es offensichtlich gewohnt sind, daß die Kinder selbst beim Kinderarzt nicht bei völlig geöffnetem Body, sondern durch den oberen Ausschnitt desselben vorn und hinten behelfsmäßig und nur angedeutet auskultiert werden).

Bei jedem fiebernden Kind sollten aktiv meningische Zeichen ausgeschlossen werden.

Selbstverständlich gehört die Palpation des Abdomens und der wichtigsten Lymphknoten zu den notwendigen Untersuchungsschritten.

In der Grafik stört der Satz „Suche nach Ursache, gegebenenfalls Urinbefund bei Fehlen von Ursache“. Ich möchte darauf hinweisen, dass wir nur selten wirklich sichere Ursachen feststellen können und es eine sehr subjektive Einschätzung des jeweiligen (Kinder-)Arztes ist, ob er die Ursache im konkreten Fall als ausreichend sicher betrachtet (zum Beispiel „Virusinfekt“, was in der Regel nicht mehr als eine Annahme darstellt). Das bedeutet mit anderen Worten, dass bei einem fiebernden Kleinkind grundsätzlich der Urin zu untersuchen ist; je jünger das Kind ist, desto dringlicher (auch wenn es etwas aufwändiger ist, was sich aber auch in der Ambulanz gut organisieren lässt).

DOI: 10.3238/arztebl.2014.0251a

LITERATUR

1. Niehues T: The febrile child: diagnosis and treatment. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(45): 764–74.

Dr. med. Thomas Müller
Niedergelassener Kinderarzt i. R., Waren

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Weitere Differenzialdiagnosen berücksichtigen

Leider geht der zertifizierte Fortbildungsbeitrag (1) nur ganz am Rande darauf ein, dass auch ein einfacher Wärmestau zu Körpertemperaturen über 38 °C

führen kann und eben nicht jedes Fieber durch Pyrogene ausgelöst wird. Vermisst habe ich insbesondere Hinweise auf die Exsikkose (Durstfieber) und auf hypohidrotische Formen der ektodermalen Dysplasie, die bei Fieber unklarer Genese im Kindesalter zu den wichtigen Differenzialdiagnosen zählen und Todesfälle verursachen können (2, 3).

Durstfieber entsteht, wenn dem Körper weniger Wasser zur Verfügung steht, als zur Temperaturregulation durch Schwitzen notwendig wäre. Es tritt aufgrund des empfindlicheren Flüssigkeitshaushalts vor allem bei Säuglingen auf. Die meisten Kinder mit hypohidrotischer ektodermaler Dysplasie hingegen sind wegen fehlender Schweißdrüsen gar nicht in der Lage, durch Schwitzen überschüssige Wärme abzugeben (4). Dabei liegt die Mortalität im Säuglingsalter – abhängig von Klimazone und medizinischer Versorgung – zwischen 2 und 20 % (3). Im Gegensatz zu physikalischen Maßnahmen zur Senkung der Körpertemperatur sind Antipyretika hier wirkungslos.

Bei Fieber unklarer Genese muss also auch geklärt werden, ob der Betroffene überhaupt schwitzen kann. Dazu dienen Anamnese und klinische Untersuchung. Für die häufigste Form der hypohidrotischen ektodermalen Dysplasie gibt es zudem einen kausalen Behandlungsansatz, der frühestmögliche Diagnostik erfordert und gegenwärtig in klinischen Studien evaluiert wird (www.clinicaltrials.gov NCT01775462 und NCT01992289).

DOI: 10.3238/arztebl.2014.0251b

LITERATUR

1. Niehues T: The febrile child: diagnosis and treatment. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(45): 764–74.
2. Clarke A, Phillips DI, Brown R, Harper PS: Clinical aspects of X-linked hypohidrotic ectodermal dysplasia. Arch Dis Child 1987; 62: 989–96.
3. Blüschke G, Nüsken KD, Schneider H: Prevalence and prevention of severe complications of hypohidrotic ectodermal dysplasia in infancy. Early Hum Dev 2010; 86: 397–9.
4. Schneider H, Hammersen J, Preisler-Adams S, Huttner K, Rascher W, Bohring A: Sweating ability and genotype in individuals with X-linked hypohidrotic ectodermal dysplasia. J Med Genet 2011; 48: 426–32.

Prof. Dr. med. Holm Schneider

Kinder- und Jugendklinik des Universitätsklinikums Erlangen
holm.schneider@uk-erlangen.de

Interessenkonflikt

Prof. Schneider erhielt Honorare für Beratertätigkeiten von Edimer Pharmaceuticals und Gerson Lehrman Group.

Er wurde für Vorträge honoriert und/oder bekam Teilnahmegebühren, Reise- und Übernachtungskosten erstattet von den Firmen Wyeth und Edimer Pharmaceuticals.

Drittmittel für Forschungsvorhaben wurden ihm zur Verfügung gestellt von den Firmen Wyeth, Novartis, Pervormance GmbH und Edimer Pharmaceuticals.

Er ist Mitinhaber eines Patents zur Behandlung der X-chromosomalen hypohidrotischen ektodermalen Dysplasie.