

Abstracts der einzelnen Vorträge
12. Symposium
„Gibt es einen Algorithmus, wo ich mit muss ..“



Programm

Freitag, 6. Dezember 2019

13:00 - 14:00	Registrierung
14:00 - 16:00	Vorträge Block I <ul style="list-style-type: none">• Peter Franz, Mein Kind hat kein Ohr - was soll getan werden?• Iris Schubert, Kind spricht nicht - OAE und BERA sind in Ordnung. Was tun? - Ab wann? - ???• Sebastian Püller, Hörstörung versus Auditive Wahrnehmungsstörung - welche Förderung ist notwendig?• Benjamin Loader, Mein Kind geht so unsicher und stürzt gelegentlich. Welche Abklärung brauchen wir?
16:00 - 16:30	Pause
16:30 - 18:30	Vorträge Block II <ul style="list-style-type: none">• Herbert Riechelmann, Mein Kind hat das ganze Jahr Schnupfen - sonst ist es gesund. Muss etwas getan werden?• Andreas Temmel, Meinem Kind schmeckt nichts - hat es eine Schmeckstörung? Wie kann ich das herausfinden?• Anita Obersteiner, Stimmlippenknötchen - was macht die Logopädin eigentlich?• Susanne Diesner / Thomas Schmal, Husten - bei jeder Anstrengung hustet das Kind. Ist eine HNO-Abklärung notwendig?

Samstag, 7. Dezember 2019

09:00 - 11:00	Vorträge Block III <ul style="list-style-type: none">• Peter Voitl, Impfungen - haben sie einen Effekt für HNO-Infektionen?• Matthias Grabner / Paul Haidl, Antibiotika - bei welchen HNO Infektionen?• Georg Röder, Schmerzmittel - wie soll man sie dosieren?• Josef Toth, Nasentropfen - abschwellend, cortisonhältig - welche Stärke, wie lange, warum
11:00 - 11:30	Pause
11:30 - 13:30	Vorträge Block IV <ul style="list-style-type: none">• Andreas Temmel, Immunstärkung - sinnvoll oder nur verträglich?• Michael Formanek, Tonsillektomie - welche Alternativen gibt es?• Verena Niederberger, IgE sehr hoch, Rast fast alles positiv - was tun?• Alexander Rokitansky, Halszysten und H-Fistel

Ohrfehlbildungen-Therapiekonzepte

Einseitige Gehörgangs-Mittelohrmissbildung (normales Hörvermögen der Gegenseite)

Einseitiger Schalleitungsblock (Gehörgang-Mittelohr)

- HG mit Stirnband, ADHEAR
- Perkutanes Knochenleitungsimplantat (z.B. Baha oder Ponto) ab dem 3 LJ
- Transkutanes Knochenleitungsimplantat (z.B. Sophono Alpha [passiv]; Bonebride [aktiv] ab dem 5 LJ)
- (Chirurgische Rekonstruktion des Mittelohres und des Gehörgangs)

Einseitige Gehörgangs-Mittelohrmissbildung (normales Hörvermögen der Gegenseite)

Einseitiger Schalleitungsblock (Gehörgang-Mittelohr)

- HG mit Stirnband, ADHEAR
- Perkutanes Knochenleitungsimplantat (z.B. Baha oder Ponto) ab dem 3 LJ
- Transkutanes Knochenleitungsimplantat (z.B. Sophono Alpha [passiv]; Bonebride [aktiv] ab dem 5 LJ)
- (Chirurgische Rekonstruktion des Mittelohres und des Gehörgangs)

Einseitige Gehörgangs-Mittelohrmissbildung-Innenohrmissbildung (normales Hörvermögen der Gegenseite)

Einseitige kombinierte Hörstörung (Gehörgang-Mittelohr und Innenohr)

- HG mit Stirnband, ADHEAR
- Perkutanes Knochenleitungsimplantat (z.B. Baha oder Ponto) ab dem 3 LJ
- Transkutanes Knochenleitungsimplantat (z.B. Sophono Alpha [passiv]; Bonebride [aktiv] ab dem 5 LJ)
- Implantierbares Hörgerät (z.B. Soundbridge ab dem 5 LJ)
- (Chirurgische Rekonstruktion des Mittelohres und des Gehörgangs)

Einseitige Gehörgangs-Mittelohrmissbildung-Innenohrmissbildung (normales Hörvermögen der Gegenseite)

Einseitige Resthörigkeit oder Surditas

- Cochlear Implantat (keine allgemeingültigen Empfehlungen)

Einseitige Ohrmuschelmissbildung (normales Hörvermögen der Gegenseite)

- Ohrmuschelrekonstruktion mit Rippenknorpel ab dem 9 LJ
- Ohrmuschelrekonstruktion mit porösem Polyethylen ab dem 4 LJ

Einseitige Ohrmuschelmissbildung (normales Hörvermögen der Gegenseite)

Kombinierte Missbildung der Ohrmuschel und des Gehörgangs-Mittelohres auf einer Seite

- Kombinationseingriff – Ohrmuschelrekonstruktion und Knochenleitungsimplantat oder implantierbares Hörgerät
- Kombinationseingriff - Ohrmuschelrekonstruktion und chirurgische Rekonstruktion des Mittelohres und des Gehörgangs.

Beidseitige Gehörgang-Mittelohrmissbildung

Schalleitungsblock (Gehörgang-Mittelohr) bds.

- HG mit Stirnband, ADHEAR - ab dem 6 Lebensmonat
- Perkutanes Knochenleitungsimplantat bds. (z.B. Baha oder Ponto) ab dem 3 LJ
- Transkutanes Knochenleitungsimplantat bds. (z.B. Sophono Alpha [passiv]; Bonebridge [aktiv] ab dem 5 LJ)
- (Chirurgische Rekonstruktion des Mittelohres und des Gehörgangs auf der Seite mit den besseren Erfolgsaussichten ab dem 5 LJ)

Beidseitige Gehörgang-Mittelohrmissbildung-Innenohrmissbildung

Kombinierte Hörstörung (Gehörgang-Mittelohr und Innenohr) bds.

- HG mit Stirnband, ADHEAR - ab dem 6 Lebensmonat
- Perkutanes Knochenleitungsimplantat (z.B. Baha oder Ponto) ab dem 3 LJ
- Transkutanes Knochenleitungsimplantat bds. (z.B. Sophono Alpha [passiv]; Bonebridge [aktiv] ab dem 5 LJ)
- Implantierbares Hörgerät (z.B. Soundbridge ab dem 5 LJ)
- (Chirurgische Rekonstruktion des Mittelohres und des Gehörgangs auf der Seite mit den besseren Erfolgsaussichten ab dem 5 LJ)

Beidseitige Gehörgang-Mittelohrmissbildung-Innenohrmissbildung

Resthörigkeit oder Surditas bds.

- Cochlear Implantat (beidseitig bis zum 2 LJ)

Kombinierte Missbildung der Ohrmuschel und des Gehörgangs-Mittelohres

- Hörrehabilitation vor Ohrmuschelrekonstruktion

(Mein) Kind spricht nicht trotz unauffälligem Hörbefund. Was tun? Ab wann?

Verfahren zur Verfügung, welche eine Ersteinschätzung zur (vor-)sprachlichen Entwicklung erlauben. Die **Ersteinschätzung** kann bereits Hinweise auf eine verzögerte Sprachentwicklung geben, aber auch Auffälligkeiten in anderen Bereichen (z.B.: der Interaktion, Feinmotorik, etc.) aufzeigen. Je nach Ergebnis können ggf. **differenzialdiagnostische Maßnahmen** zur Erfassung von Komorbiditäten abgeleitet und eingeleitet werden, falls dem verzögerten Sprechbeginn Ursachen in anderen, nichtsprachlichen Entwicklungsbereichen wie Störungen des Sozialverhaltens (z.B.: Autismus) oder der Sensorik zugrunde liegen. Zudem ist eine **standardisierte logopädische Diagnostik ab dem 2. Geburtstag sinnvoll, wenn das Kind keine 50 Wörter aktiv spricht und/oder keine Wortkombinationen bildet**, um Sprachentwicklungsverzögerungen frühzeitig zu erkennen (Grimm et al., 2019). Kinder, die zwischen dem zweiten und dritten Geburtstag keine 50 Wörter aktiv sprechen und in allen anderen Entwicklungsbereichen unauffällig sind, werden **als „Late Talker“ bezeichnet. Etwa 15% aller zweijährigen Kinder sind betroffen (Sache & von Suchodoletz, 2007)**. Der Begriff „Late Talker“ ist vorerst keine klassifizierte Störung sondern eine Risikobezeichnung für eine Manifestation einer zukünftigen Sprachentwicklungsstörung mit 36 Monaten, die sich tatsächlich bei 50% der „Late Talker“ zeigt. Die anderen 50% der „Late Talker“ holen ihren sprachlichen Rückstand im Alter von 2,5 Jahren auf und werden als **„Late Bloomer“** bezeichnet (Kannengieser, 2012). Allerdings zeigen auch Late Bloomer im Schulalter noch geringe sprachliche Auffälligkeiten z.B.: eine Schwäche in der phonologischen Merkfähigkeit (Kühn et al., 2015). Eine „wait and see“-Haltung ohne Diagnostik bei sprachauffälligen Zweijährigen mit „Late Talker“-Profil ist aus diesem Grund nicht sinnvoll. Die notwendige logopädische Diagnostik bei „Late Talkern“ besteht aus der **ausführlichen Anamnese, Elternfragebögen** (z.B.: ELFRA 1+2), Wortschatzerhebung mit dem **SBE - 2- KT** (welcher auch in ärztlichen Praxen eingesetzt werden kann und kostenlos im Internet zur Verfügung steht), einem **standardisierten Sprachentwicklungstest** für 2-jährige Kinder (**SETK 2**) und die Beobachtung der **Interaktion, der Aufmerksamkeit** und des **Spielverhaltens** (Sachse & Buschmann, 2016). **Je nach Diagnostikergebnis findet entweder lediglich**

eine Elternberatung (sprachfördernde häusliche Maßnahmen, Heidelberger Elterntraining etc.) oder bereits eine Frühtherapie ab dem 2. Geburtstag statt. Therapieziele bei „Late Talker“ sind u.a. das Erreichen der 50 Wortgrenze und der Wortkombinationen, sodass der „**Wortschatzspurt**“ ausgelöst wird. Daran anschließend folgt meist die Phase des „Watchful Waiting“ mit regelmäßigen logopädischen Verlaufskontrollen im Abstand von 3-6 Monaten (Hecking, H. & Schlesiger C., 2009).

Quellen:

- Grimm, H; Doil, H.; Aktas, M.; Frevert, S. (2019). *ELFRA. Elternfragebögen für die Früherkennung von Risikokindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Heckinger, H.; Schlesiger, C. (2009). *Late Bloomer oder Sprachentwicklungsstörung? Diagnostik und Beratung für Familien mit Late Talkern nach dem Dortmunder Konzept*. In: Forum Logopädie Heft 1 2010, 24: 6-15. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Kannengieser, S. (2012). *Sprachentwicklungsstörungen. Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. München: Elsevier.
- Kühn, P.; Sachse, S.; von Suchodoletz, W. (2015). *Sprachentwicklungsverzögerung: Was wird aus Late Bloomern?* In: Klinische Pädiatrie 2015, 227: 213-218. Stuttgart: Thieme.
- Sachse, S.; Buschmann, A. (2016). *(Sprach-)Diagnostische Möglichkeiten bei 2-Jährigen*. In: Sprache-Stimme-Gehör 2016, 40: 68-75. Stuttgart: Thieme.
- Sachse, S.; von Suchodoletz, W. (2007). *Variabilität expressiver Sprachleistungen bei zweijährigen Kindern erfasst mit dem ELFRA 2*. In: Sprache, Stimme, Gehör 2007, 31: 118-125. Stuttgart: Thieme.

Mag. Sebastian Püller, Perchtoldsdorf

Hörstörung versus Auditive Wahrnehmungsstörung - welche Förderung ist notwendig?

In diesem Vortrag wird das auditive System aus der Perspektive der Wahrnehmung und Pädagogik beleuchtet. Die Ursache von Schulproblemen, wie Lese- und/ oder Rechtschreibschwierigkeiten, einer Rechenschwäche oder Konzentrationsstörung kann an einer nicht ausreichend entwickelten Hörwahrnehmung liegen. In der Diagnostik sollten deshalb nicht nur körperliche Ursachen sondern auch aus der Wahrnehmung kommende Probleme berücksichtigt werden.

Wir hören mit dem Gehirn!

Das Gehirn verarbeitet jene Informationen, welche es vom Organ zur Verfügung gestellt bekommt. Wenn die Information beeinträchtigt ist, reagiert es flexibel und kreativ. Durch den noch nicht so großen Erfahrungsschatz haben Kinder allerdings nicht immer ausreichende Kompensationsmöglichkeiten. Deshalb können Lernbarrieren und zusätzlich Verhaltensauffälligkeiten entstehen.

Zu wenig Input für das Gehirn kann medizinische Gründe haben - Mittelohrentzündungen, Allergien oder einfach nur „verstopfte Ohren“. Es kommt aber häufig vor, dass trotz medizinisch gesundem Ohr die Verarbeitung des Gehörten defizitär ist. Wenn Krankheiten im Bereich des Hörorgans nach der Geburt bis zum vierten Lebensjahr oder darüber hinaus immer wieder das Hören beeinträchtigt haben, so konnten sich die auditiven Teilleistungen des Gehirns nicht ausreichend entwickeln. Später Spracherwerb ist häufig ein erstes Symptom.

Steht die Problematik der Hörwahrnehmung im Vordergrund und ist das Ohr medizinisch gesund, so gibt es die Möglichkeit einer Hörwahrnehmungstherapie. Die auditiven Teilleistungen erhalten Impulse, um nachzureifen. Dies wird durch individuell angepasste Musik, Geräusche und Sprache erreicht. Dadurch können andere therapeutische und pädagogische Maßnahmen besser und schneller greifen.

OA. Dr. Benjamin Loader, Wien

Mein Kind geht so unsicher und stürzt gelegentlich. Welche Abklärung brauchen wir?

Die Gleichgewichtskontrolle und die Entwicklung geplanter Bewegungsabläufe des Kindes ist ein komplexer Prozess. Dieser Prozess ist von einer präzisen Abstimmung der Entwicklung des Gleichgewichtssinns, des Visus, der motorischen Koordination und der geistig-körperlichen Entwicklung des Kindes im fortschreitenden Alter abhängig. Zunächst müssen die verschiedenen organischen Strukturen der Gleichgewichts- und der motorischen Koordination gut angelegt und regelrecht entwickelt sein. So stellt sich dann die Frage welche Abklärung in der klinischen Routine sinnvoll und gezielt eingesetzt werden soll. Die gezielte Untersuchung des peripher-vestibulären Systems und des Gehörs sollen in der Regel mit einer pädiatrischen und einer ophthalmologischen Konsultation einher gehen. Ein Ausschluss eines Long-QT-Syndroms (bzw. sonstige Arrhythmien), eines Diabetes mellitus, einer Epilepsie, einer Myopie bzw. eines Strabismus könnte einen neuropädiatrischen Status gut ergänzen. Eine gezielte Anamnese (Eltern- und Eigenanamnese je nach Alter des Kindes) sollte die Reihenfolge der geplanten Abklärung lenken. Mit diesem Vortrag soll eine Hilfestellung zur Entscheidungsfindung zur Diskussion gestellt werden.

Die „klassischen“ peripher-vestibulären Ursachen des Erwachsenenschwindels sind ausgesprochen selten bei Kleinkindern und Schulkinder, steigen aber im Laufe der Pubertät bis im Erwachsenenalter in Prävalenz an. Entitäten wie Migräne, Epilepsie, psychologische Faktoren und „benign positional vertigo of the young“ zeichnen für die übergroße Mehrheit der Schwindelkranken Klein- und Schulkinder verantwortlich. In dieser Präsentation wird auf die Bedeutung dieser Erkrankungen eingegangen.

Univ. Prof. Dr. Herbert Riechelmann, Innsbruck

Mein Kind hat das ganze Jahr Schnupfen, sonst ist es gesund. Muss etwas getan werden?

Die Antwort auf die obige Frage lautet: Ja. Die häufigen Ursachen von chronischem Schnupfen bei Kindern sind altersabhängig. Im Vorschulalter zwischen 3 und 6 gelten bis zu 10 virale Atemwegsinfekte pro Jahr als normal. Dies hängt mit der noch nicht abgeschlossenen Reifung des Immunsystems zusammen. Trotzdem ist das nicht besonders erfreulich für das Kind und vielleicht kann man ja etwas Positives bewirken. Adenoide sind eine weitere häufige Ursache chronischen Schnupfens in diesem Lebensalter. Bei Schulkindern und Adoleszenten steht die allergische Rhinitis im Vordergrund. Diagnostische und therapeutische Verfahren zu diesen häufigen Erkrankungen werden dargestellt. Zu beachten sind Begleiterkrankungen wie Asthma bronchiale, Otitis media oder Hauterkrankungen.

Eine primäre Immunschwäche ist nur sehr selten Ursache chronischen Schnupfens im Kindesalter, ebenso genetisch bedingte Veränderungen wie zystische Fibrose oder primäre Ziliendyskinesie. Hier wird im Vortrag über Warnzeichen und einfache Basisabklärungen berichtet. Der früher durch schlechte soziale Lebensverhältnisse bedingte chronisch bakterielle Schnupfen bei Kindern ist sehr selten geworden. Man findet dies noch in Entwicklungsländern. Dennoch spielen soziale Faktoren eine wesentliche Rolle, insbesondere häusliche Tabakrauchexposition.

Die international unterschiedlichen Standpunkte zum Thema chronische Rhinosinusitis im Kindesalter werden im Vortrag dargestellt. Ebenso werden bei allgemeiner Infektanfälligkeit im Kindesalter aktuelle Daten zu einer gesunden Lebensführung, zu Probiotika, zu Bakterienlysaten, Phytotherapeutika und zur Akupunktur berichtet.

**Meinem Kind schmeckt nichts -
hat es eine Schmeckstörung? Wie kann ich das herausfinden?**

Riechen und Schmecken werden als chemosensorische Sinne bezeichnet. Wenn Schmecken im Alltag genannt wird, so ist meist die gustatorische Wahrnehmung, also die Kombination aus Riechen (reine Olfaktoriusreizstoffe, trigeminale Reizstoffe und Mischreizstoffe) und Schmecken (süß, sauer, salzig, bitter, umami).

Entwicklungsmäßig werden bereits ungeborene Kinder durch verschiedenen Riech- und Schmeckstoffe im Fruchtwasser konditioniert. Postpartal ist sowohl das Schmecken als auch das Riechen vollständig ausgereift.

Süß ist ein sogenannter „Sicherheitsgeschmack“ - er bedeutet ungiftig und energiehaltig (Kohlenhydrate), bitter warnt vor giftigen Nahrungsmitteln, sauer vor verdorbenen Speisen, salzig bedeutet Mineralstoffe und umami (= wohlschmeckend) weist auf eine gute Proteinquelle hin (kommt natürlicherweise in tierischen Lebensmitteln und in der Muttermilch vor).

Das Riechen hilft bei der Orientierung, die Brust der Mutter zu finden.

Entwicklungsmäßig gibt es ein Fenster zwischen dem 4. und 6. Lebensmonat, in dem die Kinder bereit sind neue „Geschmacksrichtungen“ aufzunehmen, die sie auch im Späteren Leben (Geruchsgedächtnis) meist gerne akzeptieren. Geringes Angebot in diesem Zeitraum lässt eine Abneigung (Neophobie) gegen neue Nahrungsmittel bis zum 7. Lebensjahr nachweisen. Im 6.12. Monat werden verschiedene Texturen der Nahrungsmittel ausprobiert und bei großem Angebot auch akzeptiert. Zwischen dem 1. und 2. Lebensjahr wird Unbekanntes häufig abgelehnt.

Wenn eine chemosensorische Störung vermutet wird, so kann es sich um eine angeborene oder um eine erworbene handeln. Angeborene treten meist im Rahmen eines Syndroms (z. B. Kallmann-Syndrom) auf. Die begleitenden Erkrankungen stellen das chemosensorische Defizit in den Hintergrund. Erworbene Störungen könne durch ein Schädel-Hirn-Traume, eine Fazialisparese, viral, hormonell (Schilddrüse, Diabetes mellitus) usw. ausgelöst werden.

Grundsätzlich ist eine Testung der Chemosensorik möglich, es gibt subjektive

und objektive Testungen. Die objektiven Testungen werden mit einer Elektrogustometrie bzw mit einer Olfaktometrie durchgeführt (derzeit in Österreich nicht möglich). Für die subjektive Testung ist die Compliance des Kindes notwendig, daher ist es meist erst ab 3- 4 Jahren möglich. Für die Schmeckprüfung steht die „whole mouth“-Methode oder die Quadrantentestung, für den Riechtest eine ortho- oder retronasale Testung zur Verfügung. Orthonasal kann mit Sniffin' Sticks oder Smell wheel kindgerecht getestet werden, retronasal mit den Riechbonbons. Alle Tests sind kommerziell erhältlich.

Am häufigsten liegt das Problem des Nicht-Essen nicht an einer chemosensorischen Störung, sondern entweder am Defizit am Anfang der Entwicklung oder an einem verhaltenspsychologischen Problem.

Anita Obersteiner BSc (LOGORHINO), Mödling

Kindliche Stimmlippenknötchen – Was macht die Logopädin eigentlich?

Die **Prävalenzrate für Stimmstörungen im Kindesalter** liegt bei **6-25 %**. Etwa zwei Drittel dieser Stimmstörungen machen die kindlichen Stimmlippenknötchen aus, wobei im Kindesalter Knaben dreimal häufiger als Mädchen betroffen sind (Schulze, 2002).

Die **Auswirkungen von kindlichen Stimmstörungen** können weitreichend sein. Beispielsweise beschreiben Kinder mit einer funktionellen Stimmstörungen ihre Kontakt- und Umgangsfähigkeit sowie ihre emotionale Gestimmtheit weniger positiv, als Kinder ohne Stimmstörungen (Ribeiro, 2006). Der Einfluss einer kindlichen Stimmstörung kann bis zur späteren Berufswahl reichen, daher ist eine Behandlung unbedingt empfehlenswert! Viele Eltern erkennen die Stimmstörung jedoch nicht als ernstzunehmendes Handicap, zudem ist oft auf fehlendes Wissen über Interventionsmöglichkeiten eine Ursache für mangelnde Beachtung und Behandlung der Kindestimme.

Unterschiedliche **Ursachenmodelle für kindliche Stimmstörungen** verdeutlichen den multifaktoriellen Einfluss vieler Faktoren auf die Entwicklung der Kinderstimme. Für die logopädische Therapie sind diese Ursachen der **wichtigste Anhaltspunkt für die individuelle Therapieplanung**. Ulla Beushausen (2011) beschreibt in ihrem Ursachenmodell beispielsweise die Wirkung des sozialen Umfelds (phonatorische Vorbilder, Leistungsansprüche, Lärmpegel), der Familie (Kommunikationsverhalten, Erziehungsstil) und intrapersonelle Faktoren des Kindes (Umgang mit Kritik, Frustration und Konflikten) als Einflussfaktoren auf die Stimme.

In einer **ausführlichen Anamnese** werden die möglichen Ursachen für die kindlichen Stimmlippenknötchen erhoben.

Die **logopädische Diagnostik** dient dazu, die einzelnen Leistungen der Stimmfunktion in den Bereichen Stimmgebung, Atmung, Körperhaltung/Tonus, Wahrnehmung und Artikulation zu erheben.

Anhand der Ergebnisse der logopädischen Anamnese und Diagnostik werden dann individuell und ursachenorientiert **verschiedene Therapieansätze** gewählt. Meist wird eine Kombination aus mehreren Ansätzen in der Therapie angewendet.

Zusammenfassend finden sich in den unterschiedlichen Ansätzen **drei Therapiebereiche** wieder: **Kommunikationstraining, Elternberatung und Stimmtherapie**. Kommunikationstraining umfasst das Einführen von Kommunikationsregeln (z.B. ausreden lassen, nur einer spricht...), das Training von nonverbaler Kommunikation (Mimik, Gestik), das Wahrnehmen und Ausdrücken von Emotionen sowie das Training des Konfliktlöseverhaltens (argumentieren statt schreien). In der Elternberatung werden die Stimmphysiologie und Aspekte der Stimmhygiene erklärt, mögliche Ursachen und Einflussfaktoren für die kindliche Stimmstörung besprochen und das therapeutische Vorgehen erläutert. Im Bereich der Stimmtherapie werden Übungen zur Wahrnehmung, Atmung, Stimme, Artikulation, Haltung/Tonus durchgeführt, um so schrittweise eine physiologische Stimmfunktion einzuüben.

Quellenangaben:

- Beushausen, U. (2009): *Kindliche Stimmstörungen. Ein Ratgeber für Eltern und pädagogische Berufe*. 2. Aufl., Idstein: Schulz-Kirchner Verlag
- Brohammer, Cl.; Kämpfer, A. (2016): *Therapie kindlicher Stimmstörungen. Übungssammlung*. 3. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag
- Fuchs, M.; Meuret, S.; Stuhmann, N. C.; Schade, G. (2009): *Stimmstörungen bei Kindern und Jugendlichen. HNO*. 6
- Ribeiro, A. (2006): Funktionelle Stimmstörungen im Kindesalter – eine psychologische Vergleichsstudie. *Forum Logopädie*, Heft 1 (20)
- Schulze, J. (2002): *Stimmstörungen im Kindes- und Jugendalter. Diagnostik, Symptomatologie, Ätiologie, Therapie und Prophylaxe von juvenilen Stimmstörungen sowie Entwicklungsphysiologie der Stimme*. 2. Aufl., Idstein: Schulz-Kirchner Verlag
- Spital, H. (2004): *Stimmstörungen im Kindesalter. Ursachen, Diagnose, Therapiemöglichkeiten*. 1. Aufl., Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Prof. Dr. Thomas J. Schmal, Wien

Husten: Bei jeder Anstrengung hustet das Kind. Ist eine HNO-Abklärung notwendig ?

Aus der Perspektive der HNO:

Chronischer Husten kann beim Kind, ebenso wie beim Erwachsenen, viele unterschiedliche Ursachen haben, wobei sich die gängigen Differenzialdiagnosen doch signifikant unterscheiden. Während beim Erwachsenen das UACS (Upper Airway Cough Syndrom) durch den Postnasal Drip im Rahmen einer chronischen (Rhino-)Sinusitis oder einer Allergie und der laryngopharyngeale Reflux weit vorne in der Liste der relevanten Ursachen stehen, spielen diese beide Erkrankungsformen beim chronisch hustenden Kind nur in Einzelfällen eine Rolle.

Beim belastungsgetriggerten Husten im Kindesalter hat die pädiatrisch-pulmologische Abklärung zum Ausschluss zB eines Asthmas daher immer Vorrang.

Eine frühzeitige HNO-Abklärung sollte in jenen Fällen erfolgen, in denen eine progrediente Dyspnoe, speziell in Kombination mit einem inspiratorischen Atemgeräusch oder eine gleichzeitige Dysphonie (Heiserkeit) auf eine laryngeale Beteiligung hinweisen.

Mögliche Differentialdiagnosen umfassen die EILO (Exercise Induced Laryngeal Obstruction) oder Raumforderungen wie Hämangiome oder eine Papillomatose.

Auch bei manchen primär die Lunge betreffenden Erkrankungen wie der cystischen Fibrose, Immundefizienzen oder einer primäre Ziliendyskinesie ist eine HNO-Abklärung im Zusammenhang mit den zu erwartenden Begleiterkrankungen (Sinusitis, SMT, ...) sinnvoll.

OA. Dr. Susanne Diesner, Wien

Husten: Bei jeder Anstrengung hustet das Kind. Ist eine HNO-Abklärung notwendig ?

Aus pädiatrischer bzw. pulmologischer Sicht:

Husten ist eines der häufigsten Symptome, warum ein Kind beim Kinderarzt vorstellig ist und ist häufig mit Beschwerden der oberen Atemwege assoziiert. Banale Infekte der oberen und unteren Atemwege können bis zu 4 Wochen andauern und insgesamt 6-8x/Jahr auftreten, ohne dass eine Grunderkrankung vorliegt. Somit bedarf es hier keiner weiteren Abklärung. Kommt es zu chronischem Husten, der über 4 Wochen andauert, oder rezidivierenden Beschwerden, welche das Maß eines banalen Infektes überschreiten, muss eine weitere Abklärung erfolgen.

Anstrengungsinduzierte Symptomatik wie Husten oder Dyspnoe kann durch unterschiedliche Erkrankungen verursacht werden. Jedoch ist die physiologische Reaktion des Körpers bei untrainierten Kindern der häufigste Grund und wird durch ein Training verursacht, welches die aerobe Zone überschreitet und zur Laktatbildung durch eine anaerobe Stoffwechsellage führt.

Die häufigsten pathologischen Ursachen eines belastungsabhängigen Hustens oder Dyspnoe sind Asthma bronchiale oder rezidivierende obstruktive Bronchitiden des Kleinkindes oder Vocal Cord Dysfunction. Die Diagnose Asthma bronchiale wird bei über 5-Jährigen mittels Spirometrie gestellt. Hierbei kann bei belastungsabhängiger Symptomatik eine Laufprovokation durchgeführt werden, wobei eine signifikante Zunahme der obstruktiven Ventilationsstörung zu finden ist. Die Diagnose bei Kleinkindern ist, aufgrund der fehlenden Mitarbeit bei der Spirometrie, erschwert; ein Belastungstest ist nicht möglich. Hier ist die Anamnese der rezidivierenden obstruktiven Atmung („wheezing“) und der Besserung auf Betamimetikainhalation ein wichtiges Diagnosekriterium. Da im Kleinkindesalter infektgetriggerte Bronchitiden vorkommen und häufig mit Symptomen der oberen Atemwege assoziiert sind, wie z.B. Adenoide Vegetationen, Tonsillenhypertrophie, rezidivierende Otitis media oder obstruktives Schlafapnoesyndrom

(OSAS), ist in diesen Fällen eine Vorstellung beim HNO Arzt indiziert. Ähnliche pathophysiologische Mechanismen (Atemwegsinflammation, oxidativer Stress, Leukotriene etc.) erklären die epidemiologische Assoziation zwischen OSAS und Asthma/obstruktive Bronchitis. Auch im Rahmen einer Allergie sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich um einen Atemweg („One Airway - one disease“) handelt und somit pulmologisch als auch von HNO Seite eine Betreuung erfolgen sollte.

Wichtig bei der Erhebung der belastungsinduzierten Symptomatik ist die Unterscheidung, ob die Beschwerden bei Inspiration oder Expiration vorkommen. Vocal Cord Dysfunction zeichnet sich primär durch ein inspiratorisches Atemgeräusch und Dyspnoe während der Belastung aus, welche bei Belastungsende verschwinden. Belastungsabhängiges Asthma bronchiale ist charakterisiert durch die expiratorische Problematik, welche noch nach 10-15 Minuten nach Belastungsende verstärkt sein kann.

Differentialdiagnostisch ist bei fehlendem Therapieansprechen an das Vorhandensein einer Grunderkrankung zu denken. Die Cystische Fibrose aber vor allem auch die Primäre Ziliendyskinesie verursachen sowohl Beschwerden der unteren als auch der oberen Atemwege. Aber auch die häufig vorkommende protrahierte bakterielle Bronchitis des Kleinkindes muss bedacht werden und entsprechend therapiert werden.

Somit sollten bei anstrengungsinduzierter Symptomatik die Differentialdiagnosen des jeweils anderen Fachgebietes und die Assoziation der Beschwerden des gesamten Atemwegstrakts bedacht werden und eine enge Zusammenarbeit zwischen HNO und Pädiater/ Pulmologen erfolgen.

Impfungen und HNO Infekte

Impfungen gehören zu den wirksamsten und wichtigsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Der Stellenwert von aktiven und passiven Impfungen wurde durch zahllose Studien dokumentiert und Impfen stellt eine lege-artis Maßnahme der medizinischen Wissenschaft dar. Der österreichische Impfplan wird den neuesten Erkenntnissen gemäß jährlich aktualisiert und ist als Richtlinie für das ärztliche Handeln und für das Erstellen von Empfehlungen an Patienten und Eltern anzusehen. So sind die Impfungen gegen Haemophilus influenzae Typ B (HiB) und Pneumokokken im kostenfreien Impfprogramm enthalten und für HNO-Infekte von Relevanz.

Vor Einführung der Haemophilus influenzae B (HiB)-Impfung Anfang der 90er Jahre war HiB der häufigste Erreger der eitrigen Meningitis bei Kindern bis zu 5 Jahren und 15-30 % der Überlebenden hatten Hörvermindierungen. Durch die Impfung ist diese HiB-Erkrankung ebenso wie die Epiglottitis in Österreich praktisch verschwunden:

Pneumokokken besiedeln die Schleimhaut des Naso- und Oropharynx und lösen von dort ausgehend endogene Infektionen aus. Pneumokokken verursachen bei Säuglingen und Kleinkindern schwere invasive Erkrankungen wie Sepsis, Meningitis, Pneumonie und häufig Mittelohrentzündung. Ein Vergleich der monatsdurchschnittlichen Inzidenz invasiver Pneumokokkenerkrankungen vor Implementierung der Impfung im kostenfreien Impfprogramm (2009-2011) mit jener danach (2013-2017) zeigte bei den <5-Jährigen einen signifikanten Rückgang der Erkrankungen, die auf im Impfstoff PNC 10 abgedeckte Serotypen zurückgehen, ebenso konnte ein Rückgang für diese Serotypen auch bei den über 50-Jährigen beobachtet werden, was die Bedeutung der Kinderimpfung auch zum Gemeinschaftsschutz der älteren nicht-geimpften Bevölkerung unterstreicht. Allerdings ist ein Replacement für vereinzelte Serotypen, die nicht im Impfstoff enthalten sind, erkennbar.

Die Influenza-Impfung ist für alle Kinder und Jugendlichen jährlich empfohlen, besonders für Säuglinge und Kleinkinder ab dem

vollendeten 6. Lebensmonat. Die Influenzaimpfung ist nicht im kostenfreien Impfprogramm enthalten.

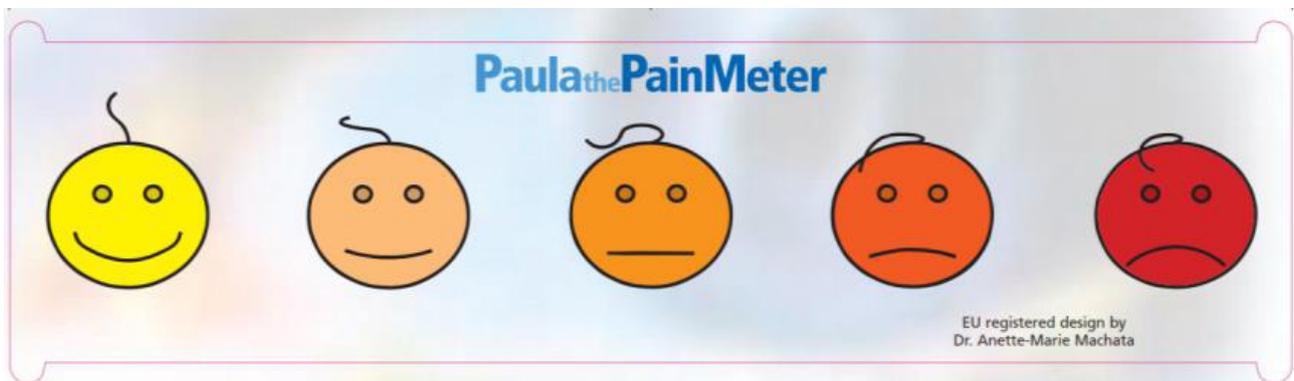
Als Ärztinnen und Ärzte sind wir dazu aufgerufen, für einen ausreichenden Impfschutz nicht nur der von uns betreuten Patienten sondern vielmehr auch von uns selbst und es in unserem Verantwortungsbereich tätigen Gesundheitspersonals Sorge zu tragen. Zum Grundprinzip des ärztlichen Handelns „Primum nihil nocere!“ gehört es zweifellos auch, Patienten bestmöglich vor iatrogen übertragbaren Erkrankungen zu schützen.

Ass.Prof. Dr. Georg Röder, Wien

Schmerztherapie bei Kindern

Dr. G. Röder Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie Medizinische Universität Wien

In der UN-Konvention über die Rechte des Kindes heißt es in Artikel 3 „Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen ... ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.“ Das sollte auch der Leitsatz in der Betreuung unserer kleinen Patientinnen und Patienten sein. Um in der Schmerztherapie eine adäquate Behandlung zu gewährleisten steht am Anfang eine möglichst gute Erfassung der Problematik im Sinne einer kindgerechten Schmerzerfassung. Diese Herausforderung kann mit geeigneten Hilfsmitteln oft leichter gemeistert werden. Bei größeren Kindern sind die unterschiedlichen visuellen analog Skalen (VAS), wie zum Beispiel „Paula“, gut einsetzbar.



Anesthesia 2009,64:392-398

Bei kleineren Kindern kann die Schmerzmessung beispielsweise mit der „Kindlichen Unbehagens- und Schmerz-Skala“ (KUSS) durchgeführt werden. In der Therapie stehen uns prinzipiell die gleichen Bausteine wie bei Erwachsenen zur Verfügung. Das sind als Basis die Nicht-Opioid-Analgetika (NSAR), als zweiter Schritt die Opioide und dann zur Unterstützung die unterschiedlichsten Co-Analgetika. Am meisten wird sicherlich die orale Verabreichung im Form von Sirup/Saft bei den kleinen Patientinnen und Patienten verwendet. Die subkutane Injektion sollte bei Kindern prinzipiell

vermieden werden. Bei der Dosierung ist auf eine auf das Körpergewicht angepasste Menge zu achten. Falls mit einer Substanz, trotz Maximaldosis, keine ausreichende Schmerzfreiheit zu erzielen ist, muss entweder auf eine andere Substanz mit größerer analgetischer Potenz oder auf eine sinnvolle Kombination zweier oder mehrerer Substanzen gewechselt werden. Zusätzlich kann man auch die gesamte Auswahl der nichtmedikamentösen Therapieoptionen nutzen. Die einfachsten Varianten dabei wären beispielsweise je nach Indikation Wärme- oder Kälteanwendungen.

Bei der Therapie beachten sie, dass Kinder keine kleinen Erwachsene sind, sondern „berücksichtigen sie die Meinung des Kindes angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife.“ (UN-Konvention über die Rechte des Kindes, Artikel 12)

Immunstärkung - sinnvoll oder nur verträglich?

Das Bedürfnis nach Immunität, also dem Freisein von Krankheiten oder der stillen Feiung ist bei Eltern sehr ausgeprägt.

Es besteht daher die Notwendigkeit Eltern diesbezüglich aufzuklären, das nach der Leihimmunität, welche die ungefähr 3 Monate anhält und durch das Stillen verlängert werden kann - aber dann kommt es zu einer physiologischen Hypogammaglobulinämie und das Immunsystem beginnt sich zu adaptieren (Reifung). Je nach Exposition und Jahreszeit treten die Infekte auf. Die Statistik nennt 10 banale Infekte pro Jahr als normal.

Nach Ausschluss eines Immundefizienz (nach den bekannten Kriterien) bleibt bei banalen Infekten nach wie vor eine Wunsch der Reduktion.

Die beste Immunstärkung stellt im Säuglingsalter das Stillen dar. Impfungen entsprechend dem Impfplan bieten ebenfalls einen ausgezeichneten Schutz.

Alle anderen Massnahmen stellt nur eine Immunmodulation im Sinne einer Verkürzung der Krankheitsdauer dar.

Für einige liegen evidenzbasierte Daten vor.

Beispiele hierfür sind:

Vitamine C und Zink, mit welchen eine Verkürzung der Erkrankungsdauer um ungefähr einen Tag erreicht werden kann; als Mechanismus wird der Schutz vor oxidativem Stress und eine Verminderung der Anhaftung der Viren genannt.

Vitamin D wird erfolgreich bei einem Vitamin D Mangel eingesetzt.

Immunoglukan aus dem Austernseitling zeigt sowohl prophylaktisch als auch therapeutisch einen Erfolg bei der Verkürzung als auch bei der Reduktion der Rezidive von Otitiden und Lungeninfekten über die Stimulation der Peyerschen Plaques im Darm.

Ein bekanntes 5-fach Gemisch mit Eisenkraut, Sauerampfer, Schlüsselblume, gelben Enzian und Holunder wirkt ebenfalls verkürzend auf die Krankheitsdauer. Als Mechanismen wurden auch im Labor eine Verbesserung der Permeabilität, eine Verstärkung der Zilienschlagfrequenz und eine Aktivierung der mukoziliären Clearance, eine Hemmung der

Prostaglandin E₂-Freisetzung und eine Hemmung der Replikation von Rhinoviren und Influenza A-Viren gezeigt, weshalb dieses Präparat auch in die Leitlinien der Therapie der Sinusitis aufgenommen wurde.

Die Kapland-Pelagonie, ursprünglich gegen Tuberkulose eingesetzt, zeigt einen positiven Effekt auf Erkältungskrankheiten im Sinne der Verkürzung der Krankheitsdauer und Reduktion der Schwere der Symptome.

Zusammengefasst können banale Infekte nicht vermieden werden, die Erkrankungsdauer und die Schwere der Symptomatik jedoch medikamentös beeinflusst werden.

Halszysten/-fisteln und tracheoesophageale H-Fistel

Stichwort: Schwellung am Hals

Thyreoglossogene mediane ($4,7 \pm 0,7a$) bzw. branchiogene Halszysten bzw. Halsfisteln ($2,3 \pm 1,1a$) kommen im Kleinkindesalter aufgrund der Komplikationen, wie Infektion (Med. 27% / Lat. 67%), Größenzunahme oder verstärkter Sekretion verbunden mit dem Wunsch einer Behandlung zur klinischen Vorstellung. Differentialdiagnostisch sind entzündete Lymphknoten und größer werdende Hygrome im Vordergrund. Die thyreoglossische Zyste liegt median in einer Nahebeziehung zum Os hyoideum, die laterale branchiogene Zyste (bzw. Fistel) in Nahebeziehung zum Vorderrand des M. sternocleidomastoideus, letztere in verschiedenen Höhen, im mittleren bzw. unteren Drittel des Halses. Die Zysten nehmen anfangs schmerzlos an Größe zu. In der Bildgebung dominiert die Sonographie gefolgt von CT und MRI. Die Infektion als relevante Komplikation tritt bei etwa 1/3 bis zur Hälfte des Patientenkollektivs auf. Die abszedierende Infektion muss rasch und effektiv durch Antibiose und ggf. Inzision/Gegeninzision mit Laschendrainage behandelt werden. Der inflammatorische Prozess sollte nicht die zeitliche Möglichkeit haben die Zystenwand zu fragmentieren/destruieren, um die spätere Radikalität der Zysten- / Fistelentfernung nicht in Frage zu stellen. Das beste operative Resultat wird regelhaft bei der „niemals infizierten Zyste“ gefunden. Der operative Standard ist die gänzliche Entfernung der Zyste inklusive des Zystenganges im nicht-entzündeten Zustand. Die Sistrunk-Resektion der medianen Halszyste ist unter Mitnahme des mittleren Hyoidanteils der Golden Standard. Der Zystengang sollte intraoperativ mit Indigokarmin – NaCl Lösung dargestellt werden. Die Intubation sollte so gestaltet werden, dass die Tonsillarbucht, bzw. das Foramen caecum inspiziert werden kann.

Stichwort: chronifizierter Husten

Die tracheoesophageale H-Fistel gehört in den Formenkreis der Ösophagusatresien und betrifft hier nur 2% der Speiseröhrenmißbildungen. Nach der pragmatischen Einteilung von

Vogt ist die isolierte H-Fistel der Typ IV, wo eine millimeterdünne Verbindung von der Pars membranacea der Trachea absteigend zum oberen Drittel des Ösophagus vorliegt. Die Diagnose erfolgt - im Gegensatz zu anderen Speiseröhrenmißbildungen - verzögert, tracheoskopisch, ggf. durch einen radiologischen Schluckakt, nach unspezifischen Symptomen, wie Husten (ggf. in Bezug zur Nahrungsaufnahme) und gehäuften respiratorischen Infekten. Die operative Korrektur ist unumgänglich. Um die Fistel mit gering gehaltener Mobilisation (cave: N. recurrens - Läsion) zu lokalisieren legt man am Beginn der operativen Korrektur einen steifen Katheter (UK) von tracheal her über die Fistel in den Ösophagus. Der Zugang erfolgt häufig durch eine Inzision rechts parallel der Clavikula im unteren Halsabschnitt (Fistel höher als TH2). Die Katheterschienung erleichtert die intraoperative Lokalisation der Fistel. Die Defekte werden mit resorbierbaren Einzelknopfnähten übernäht. Bei Rezidiven empfiehlt es sich einen M. sternocleidomastoideus – Lappen zwischen Ösophagus und Trachea zu schlagen.

SAVE THE DATE:

13. Symposium Update pädiatrische HNO
27. und 28. November 2020

VAN SWIETEN SAAL, Medizinische Universität Wien
Van-Swieten-Gasse 1a, 1090 Wien