

### Themen dieser Ausgabe

[Hilfe für den bestmöglichen Start ins Leben](#)

- **Neues Zentrum für Mutter & Kind**

[Kinderherzchirurgie](#)

- **Ross-Konno-Operation -  
Ergebnisse bei Säuglingen und älteren  
Kindern**

[Kinderchirurgie](#)

- **Die STING Prozedur**

[Kinderneurochirurgie](#)

- **Spinale Neurochirurgie im Kindesalter**

[Personalia](#)

[Aktuelles](#)

[Veranstungskalender](#)

[Veröffentlichungen & Vorträge](#)

### Impressum

Herausgeber:  
Asklepios Klinik Sankt Augustin GmbH  
Arnold-Janssen-Straße 29  
53757 Sankt Augustin  
Telefon +49 (0)2241 249-0  
[www.asklepios-kinderklinik.de](http://www.asklepios-kinderklinik.de)

Geschäftsführer:  
Dr. Peter Coy, Dr. Tobias Kaltenbach,  
Detlef Czieszo

Redaktion:  
Dr. med. Joachim Photiadis

Alle Rechte vorbehalten. Texte und Bilder sind urheberrechtlich geschützt. Namen und Begriffe, die registrierte Warenzeichen sind, benutzen wir nur als Referenz.

Realisierung: [www.medical-press.de](http://www.medical-press.de)



## Neues Zentrum für Mutter & Kind

„Hilfe für den bestmöglichen Start ins Leben“

Ab Herbst 2010 werden in der neuen Abteilung für Geburtsmedizin der Asklepios Klinik Sankt Augustin Kinder zur Welt kommen. Die Kinderklinik der Maximalversorgung rundet damit ihr Angebot sinnvoll ab! Die Räumlichkeiten der Geburtsmedizin werden neu erbaut und auf die Kinderklinik ‚aufgesetzt‘. Derart ist die Abteilung von Anfang an voll integriert und kann eine bestmögliche medizinische und technische Rundum-Versorgung garantieren. Die Abteilungen für Geburtmedizin und Neonatologie erfüllen so gemeinsam alle Qualitäts- und Strukturanforderungen eines modernen Perinatalzentrums Level I. Mutter und Kind können so im Spektrum von der ganz ‚normalen Geburt‘ bis hin zur Hochrisiko-Entbindung auf höchstem medizinischem Niveau betreut werden.

Das Angebot gilt nicht nur für Familien aus der Region, sondern wendet sich gerade auch überregional an Familien, deren Neugeborenes unmittelbar nach der Geburt einer besonderen medizinischen Hilfe bedarf. Dazu bündelt die Kinderklinik Sankt Augustin fachübergreifend sämtliche relevanten medizinischen Kernkompetenzen. Gerade bei angeborenen Fehlbildungen (Gastroschisis, Spina bifida, hypoplastisches Linksherzsyndrom) werden die interdisziplinären Möglichkeiten der Kinderklinik - durch die Spezialisten der Neugeborenenmedizin, der Kinderherz- und Thoraxchirurgie, der Kinderneurochirurgie sowie Kinderchirurgie im Haus für eine nahtlose Betreuung für Neugeborenes und Mutter von höchstem Nutzen sein.

### Chefärztin - Dr. Corinna Bryan

Die erfahrene Geburtshelferin war bisher als Leitende Ärztin der Geburtshilfe und Perinatalmedizin / DEGUM II am Klinikum Lippe GmbH tätig und dort verantwortlich für über 1000 Geburten pro Jahr.

### Hohes Niveau in der Betreuung während der Schwangerschaft

Vom Anfang der Schwangerschaft an bietet das geburtsmedizinische Team mit hochauflösenden Ultraschallgeräten Pränataldiagnostik auf sehr hohem Niveau an. Organscreening bereits ab dem 1. Schwangerschaftsdrittel kann ebenso wie invasive Techniken oder Doppler- und 4D-Sonographie zur Diagnostik und Überwa-

chung in Anspruch genommen werden.

### Individuelle Mutter Kind Behandlung bei Geburt

Zur Geburt stehen drei moderne Kreißsäle zur Verfügung, auf Wunsch auch zur Wassergeburt. Ihr besonderes Ambiente ermöglicht eine entspannte Geburt in geborgener Atmosphäre. Gemeinsam mit den Eltern plant und gestaltet das Geburtshilfeteam die Ankunft des neuen Erdenbürgers unter größtmöglicher Sicherheit. Selbstverständlich werden die Wünsche der zukünftigen Eltern zur Gebärhaltung, Schmerztherapie oder bei komplementärmedizinischer Unterstützung einer natürlichen Geburt (z.B. Homöopathie, Akupunktur) berücksichtigt.

Das vielseitig kompetente Team der Geburtsmedizin geht individuell auf die besonderen Bedürfnisse von Mutter und Kind ein. Denn keine Schwangerschaft gleicht einer anderen, und jedes ungeborene Kind, jedes gesunde oder kranke Neugeborene, braucht ganz individuelle Unterstützung. So steht der in der Geburtsmedizin integrierte Operationssaal für Notkaiserschnitte zur Verfügung. Mit dem angeschlossenen Aufwachraum zur intensiven Betreuung nach operativem Eingriff sind auch hier beste Voraussetzungen gegeben, dass Mutter und Kind medizinisch optimal versorgt werden. Die Wand-an-Wand-Anbindung zur neonatologischen Intensivstation bietet außerdem kurze Versorgungswege für Frühgeborene oder kranke Neugeborene. Auch für diese Kinder wird in der Neonatologie der Kinderklinik bestens gesorgt.

### „Bonding“ formt die neue Familie

Eine erfüllte Eltern-Kind-Beziehung von Anfang an: Dafür sorgt das frühzeitige „Bonding“ - am besten direkt nach der Geburt. Mit dem ‚24-Stunden-Rooming-in‘ auf der Wöchnerinnenstation machen wir es möglich. In den ersten Tagen nach der Geburt unterstützt das Personal die Eltern in jeder Hinsicht: auch in der anfänglichen Stillphase. Die kompetenten Still- und Laktationsberaterinnen betreuen Mutter und Kind bei Bedarf auch noch in den Folgemonaten. Sollte das Kind nach Geburt eine sofortige Therapie bedürfen, muss es trotzdem nicht in ein anderes Krankenhaus verlegt werden – die Eltern können immer bei ihm sein.

## Fakten der Geburtsmedizin

- Geburtsmedizinische Abteilung auf über 1400 qm
- Rundum-Versorgung für Schwangere und Neugeborene - 24 h-Rooming in bei integrativer Wochenbettpflege
- Interdisziplinäre Sofort-Hilfe im Fall von Komplikationen
- Neonatologische Versorgung bei Erkrankung des Neugeborenen
- Betreuung und Beratung zur Geburtsvorbereitung und in der Stillzeit

## 3 Kreißsäle mit 15 Betten

### Schwerpunkte:

- Geburtshilfe, Pränataldiagnostik, Betreuung und Entbindung von Risikoschwangeren
- Betreuung und Entbindung bei Mehrlingsschwangerschaften, Betreuung von Müttern bei vermuteter oder nachgewiesener Erkrankung des Feten, Neonatologie, Still- und Laktationsberatung
- mit integriertem Operationsaal und Aufwachraum zur Intensivbetreuung
- Sofortversorgung bei Notkaiserschnitten



## Ross-Konno-Operation

### Ergebnisse bei Säuglingen und älteren Kindern

Die komplexe linksventrikuläre Ausflusstraktstenose stellt eine Herausforderung für Kinderkardiologen und Kinderherzchirurgen dar. Dabei können verschiedene Wege zum Ziel führen.

Am Deutschen Kinderherzzentrum Sankt Augustin, favorisieren wir einen stufenweisen Ansatz mit primärem Versuch der Aortenklappenrekonstruktion und Subaortenresektion bei Kindern und Jugendlichen (Abb. 1).

Sollte eine Rezidivstenose im Verlauf zu erkennen sein würden wir erneut eine Aortenklappenrekonstruktion und modifizierte Konno-Operation durchführen. Erst sozusagen als ‚Ultima ratio‘ würde der Schritt zur Ross-Konno-Operation durchgeführt.

Es gibt jedoch auch Patienten, die beispielsweise nach vorangegangener Dilatation eine höhergradige Aortenklappeninsuffizienz oder bei hypoplastischem Aortenklappenannulus im Neugeborenen- bzw. Säuglingsalter einer Ross-Konno-Operation durchgeführt werden müssen.

Wir haben die Ergebnisse der von uns zwischen 1997 und 2008 behandelten Patienten analysiert (Abb. 2): 29 Patienten, davon 12 Säuglinge, deren Medianalter von 3 ½ Jahren (Range 6 Tage bis 16 Jahre) und einem mittleren Follow-up-Intervall von 7 Jahren eine sehr erfreuliche Überlebensrate von 97%. Ein Patient verstarb nach einer Endokarditis 2 Jahre nach Operation.

Die Freiheit von mehr als trivialer Aortenklappeninsuffizienz betrug nach 7 Jahren im Gesamtkollektiv 80% (Abb. 3).

Bei den Säuglingen waren begleitende Mitralklappenvitien ein weiterer Fokus des Krankheitsbildes. Dies führen wir auf den Schweregrad der linksventrikulären Erkrankung zurück. Oftmals besteht eine ausgeprägte Myokardfibroelastose, die auch die Papillarmuskeln und Mitralklappe mit einschließt. Nach Ross Konno Operation sahen wir eine mehr als triviale Mitralklappeninsuffizienz bei über 50% der im Säuglingsalter operierten Patienten (Abb. 4).

Die Freiheit von Re-Operationsrate war zwischen Säuglingen und älteren Kindern signifikant verschieden. Dabei wurde im Untersuchungsintervall bei über ca. 80% der Säuglinge ein Homograftaustausch als RV-PA-Konduit nötig.

Wir können also zusammenfassen, dass mit der Ross-Konno-Operation für komplexe oder wiederkehrende linksventrikuläre Ausflusstraktstenosen eine dauerhafte Erweiterung dieser Enge möglich ist und dabei bei der überwiegenden Zahl der Patienten auch die Aortenklappenfunktion erhalten bleibt. Diese Technik kann, selbst bei Neugeborenen mit einer sehr niedrigen Sterblichkeit durchgeführt werden.

Bei Säuglingen ist bei der überwiegenden Anzahl der Patienten schon nach 7 Jahren ein Austausch des RV-PA-Konduits erforderlich. Die Mitralklappenfunktion ist gerade bei bekannter Endokardfibroelastose genau nachzuverfolgen.

■ Dr. Viktor Hraška PhD  
Prof. Dr. Boulos Asfour

Abb. 1: Behandlungsstrategie am DKHZ

Stufenweises Verfahren (beim Kind + Jugendlichen)

- Aortenrekonstruktion + Subaortale Resektion
- AKR + modifizierte Konno Operation
- Ross – Konno Operation

Sofort Ross- Konno (beim Säugling)

- Versagen einer Ballonangioplastie
- Hypoplastischer Aortenannulus
- Endokardfibroelastosis

Abb. 2: Patienten (1997 – 2008)

Ross- Konno Operation

29 Patienten, davon 12 Säuglinge

Medianes Alter

3.3 Jahre (6Tage bis 16Jahre)

Mittleres Untersuchungsintervall

7 Jahre

Überleben

97% (1 Patient Spätletalität)

Abb. 3: Freiheit von Aorteninsuffizienz

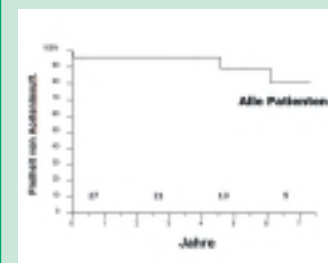
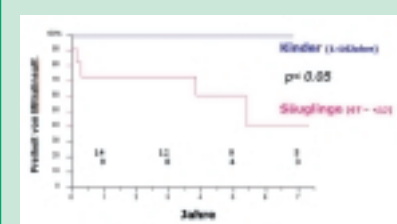
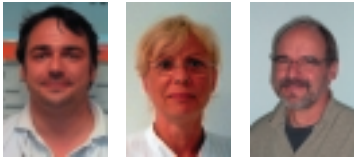


Abb. 4: Freiheit von Mitralklappeninsuffizienz





## Die STING Prozedur

### Die zystoskopische Behandlung des vesicoureteralen Reflux

Die Behandlung des vesicoureteralen Reflux (VUR) hat über die letzten Jahrzehnte einen stetigen Wandel erfahren. Bis vor einiger Zeit überwogen die offenen Operationsverfahren wie die Antirefluxplastik nach Gregoir, Leadbetter und Politano oder die Ureterocystoneostomie nach Cohen.

Seit Ende der 1980er Jahre steht mit dem STING Verfahren (subureterale transurethrale Injektion - von O'Donnell und Puri entwickelt) eine zystoskopische, minimal invasive Behandlungsform des VUR zur Verfügung. Hierbei wird ein Polysaccharidgel im Bereich der Harnleitermündungsstellen eingespritzt, um den Verlauf des Harnleiters in der Blasenschleimhaut zu stabilisieren. Die Behandlungsmethode eignet sich vor allem für höhergradige VUR und hat hier die besten Erfolgschancen.

Verglichen mit den offenen Verfahren liegt die Heilungsrate mit um 70-80% zwar niedriger, als bei den offenen Verfahren (80-99%), das Verfahren geht jedoch geringerem Operationsrisiko und kürzerem Klinikaufenthalt einher. Auch multiple und konsekutive Unterspritzungen sind auch nach zuvor durchgeführten offener Operation möglich. Andererseits steht einer offenen Operation auch nach der Unterspritzung nichts im Wege.

In der kinderurologischen Sprechstunde der Asklepios Kinderklinik Sankt Augustin wählen wir im Allgemeinen das folgende Vorgehen: bei klinischen oder sonographischen Hinweisen für das Vorliegen eines VUR, empfehlen wir den Eltern

- die Durchführung einer Miktionszystourethrografie (MCU) zur weiteren Abklärung.
- Bei Anhalt für eine Refluxnephropathie oder eine Stenose im Bereich der Harnleiter wird zusätzlich eine szintigraphische Funktions- und Abflussprüfung durchgeführt

Stellt sich bei den Untersuchungen ein VUR ohne weitere Fehlbildungen oder Abflussstörungen heraus empfehlen wir die Durchführung einer Antibiotikaprophylaxe im 1. Lebensjahr, sowie die konsequente Behandlung eventueller Durchbruchinfektionen durch den Kinderarzt. Klinische und sonographische Kontrollen in 3- 6 monatigen Abständen werden bei unproblematischem Verlauf empfohlen.

- Mit einem Jahr wird eine MCU Kontrolle durchgeführt und bei weiterem Nachweis eines relevanten VUR eine zystoskopische Behandlung mittels STING vorgeschlagen.

Hierzu werden die Kinder stationär aufgenom-

men, ergänzende Untersuchungen durchgeführt (Urin- und Blutuntersuchungen) und der Eingriff nochmals eingehend besprochen. Insbesondere besprechen wir mögliche Komplikationen, wie das Risiko eines Harnwegsinfektes, den persistierenden Reflux und die extrem seltene Obstruktion der Harnleiter. Am Folgetag findet die Zystoskopie mit Unterspritzung der Harnleiter statt. Die Patienten erhalten perioperativ eine intravenöse Antibiotikaprophylaxe, die bald oralisiert wird. Am 2. postoperativen Tage führen wir eine sonographische Kontrolle durch, bei unauffälligem Verlauf werden die Patienten entlassen.

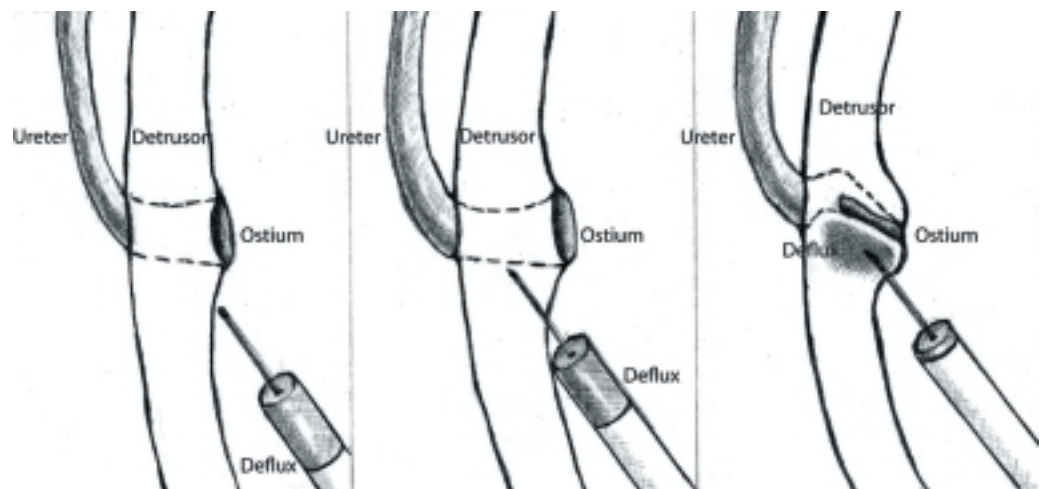
Wir empfehlen die Durchführung einer Antibiotikaprophylaxe für die ersten 3 Monate nach Unterspritzung.

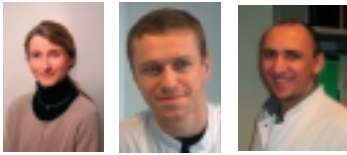
- Die erste sonographische Kontrolle ist nach 3 Monaten vorgesehen, eine MCU nach 1 Jahr über die kinderurologische Sprechstunde.

Natürlich ist die Behandlung des VUR weit komplexer und differenzierter zu sehen. Dieser Artikel kann nur einen Überblick über ein neues Verfahren geben und auf Spezialfälle und Ausnahmen nicht eingehen. Für Rückfragen zu bestimmten Fällen stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

■ Dr. med. Marcus Pauly  
Dr. med. Susanne Lohmar  
Thomas Riedel

Der Einstich für die Refluxtherapie erfolgt unterhalb der Harnleiteröffnung, in die umgebende Schicht der Blasenwand des Harnleiters. Das injizierte Material hebt die Öffnung an, verringert den Querschnitt und wirkt als Widerlager bei zunehmender Blasenfüllung, so dass ein Rückfluss von Urin in Richtung Niere verhindert wird.





## Spinale Neurochirurgie im Kindesalter interessante Fälle

In der pädiatrischen Neurochirurgie sind spinale Eingriffe keine Seltenheit. Am häufigsten werden offene oder geschlossene Spaltbildungen, (Spina bifida aperta und occulta) operiert. Seltener sind spinale Tumoren, knöchernen Fehlbildungen des kranio-zervikalen

Überganges oder auch Verletzungen der Wirbelsäule. Obwohl eine Syringomyelie mit Spaltbildungen oder Tumoren sowie einer Chiari-Fehlbildung vergesellschaftet sein kann, findet man dieses Krankheitsbild auch ohne offensichtliche Ursachen.

Die nachfolgende Zusammenstellung von seltenen spinalen Krankheitsbildern zeigt, dass man auch bei unspezifischen Symptomen breite differenzialdiagnostische Abklärungen in Erwägung ziehen sollte.

### Fall 1

3 Jahre altes progressiv makrozephalies Kind mit deutlicher Ventrikulomegalie bereits in frühen Schädelsonographien. Im MRT zeigt sich eine Chiari-Fehlbildung Typ 1 als Ursache. Eine Syringomyelie liegt nicht vor.

### Therapie

Endoskopischen Ventrikulozisternostomie oder Ventilanlage. Gardner-Dekompression (Erweiterung der Liquorwege am kranio-zervikalen Übergang) ist bei kleinen Kindern oft nicht erfolgreich in der Behandlung des Hydrozephalus.

### Fall 2

16 Jahre altes Mädchen mit Schulter-Arm-Schmerzen und v.a. rheumatoide Arthritis. Im Verlauf zunehmende Symptome mit Schwäche der oberen Extremitäten und neu aufgetretenen Beinschmerzen. Im spinalen MRT zeigt sich eine schmale Syringomyelie. Zunächst Beobachtung, darunter Entwicklung von schweren Kopfschmerzen sowie Nachweis von Stauungspapillen. Bei Lumbalpunktionen werden Liquordrücke von 30-40 cm H<sub>2</sub>O gemessen (normal < 20 cm H<sub>2</sub>O). Diagnose unklare Liquorzirkulations- und resorptionsstörungen mit Pseudotumor cerebri und Syringomyelie.

### Therapie

Zunächst konservativ mit Diamox, bei Therapie-resistenz Ventilanlage.

### Fall 3

6 Monate alter Junge mit neurogener Blasenentleerungsstörung und Beinasymmetrie sowie atypischem Haarwuchs über der Wirbelsäule. MRT zeigt eine kleine Syringomyelie zerviko-thorakal mit einer ursächlichen kleinen neurenterischen Zyste hochthorakal. Zusätzlich liegt eine Diastematomyelie im unteren BWS-Bereich vor. Beide Fehlbildungen sind von knöchernen Segmentationsstörungen begleitet.

### Therapie

Operative Versorgung in zwei Sitzungen.

### Fall 4

15 Jahre alter Junge mit plötzlichen Episoden mit Eintrübung und Bradykardie. Bei v.a. Epilepsie Schädel-MRT mit Nachweis einer ausgeprägten Segmentationsstörung am kranio-zervikalen Übergang mit basilärer Impression und Hirnstammkompression.

### Therapie

Dorsale Instrumentierung C0/C1

### Fall 5

4 Jahre alter Junge mit Down Syndrom. Im Rahmen einer orthopädischen Routineabklärung kam eine ungewöhnliche HWK2 Fraktur im Sinne einer Spondylolyse (wie bei einer Hangman's fracture) zur Darstellung.

### Therapie

Anteriore Spondylodese C2/C3 mit Plattensystem und trikortikalem Knochenspan

### Fall 6

6 Jahre altes Mädchen mit Zustand nach Infektion der oberen Atemwege und des Mittelohres. Plötzlich aufgetretene, hochschmerzhafte Kopffehlhaltung. HWS-CT mit Rekonstruktion zeigt C1/C2-Luxation. Im MRT kommen erhebliche, entzündliche Veränderungen der Halsweichteile im Sinne einer Lymphadenitis und eine Beteiligung der atlanto-dentalen Ligamente zur Darstellung.

### Therapie

Abklärung und Behandlung der Infektion sowie Reposition und Immobilisation in Halo-Fixateur Bild 6a / 6b

### Fall 7

5 Jahre alter Junge mit Mucopolysaccharidose Typ IV (Morquio). Entwicklung einer Hemiplegie nach leichtem Sturzereignis. Im MRT konnte eine C1/C2-Instabilität und Kompression der Medulla oblongata zur Darstellung.

### Therapie

Anlage eines Halo-Fixateurs und neurologische Konsolidierung. Im Anschluss dorsale Instrumentation C0/C1/C2 und Halo-Fixierung für weitere 3 Monate. Bild 7

### Fall 8

13 Jahre alter Junge stürzt mit dem Fahrrad und gibt gürtelförmige, thorakale und lokale Schmerzen an. MRT und CT zeigen Kompressionsfrakturen BWK 8-10, wobei BWK 9 stark zertrümmert ist und zu einer Einengung des Spinalkanals führt. Zugleich kommt es in diesem Segment zu einer deutlichen Kyphosierung. Der neurologische Zustand ist regelrecht.

### Therapie

Transthorakaler Wirbelkörperersatz BWK 8 und 9  
Bild 8a / 8b / 8c

### Fall 9

6 Jahre altes Mädchen mit nur kurz bestehenden stärksten Schmerzen am thorako-lumbalen Übergang. Keine neurologischen Ausfälle. Das spinale MRT zeigt eine Kontrastmittel aufnehmende Raumforderung in der Konus-Kauda-Region.

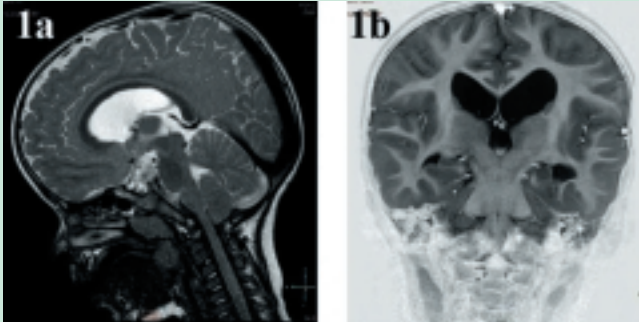
### Therapie

Operative Totalexstirpation über Laminoplastie (Diagnose myxopapilläres Ependymom WHO Grad I)  
Bild 9a / 9b / 9c

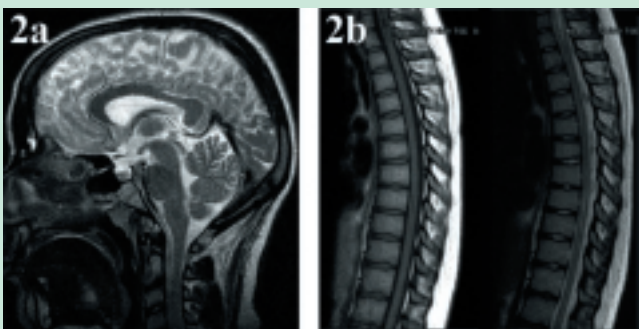
Wir bedanken uns bei der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Sankt Augustin, bei der Betaklinik Bonn sowie dem Helios Klinikum Krefeld für die Überlassung des Bildmaterials.

■ PD Dr. med. M. Messing-Jünger  
S. Persits  
Dr. med. A. Röhrig

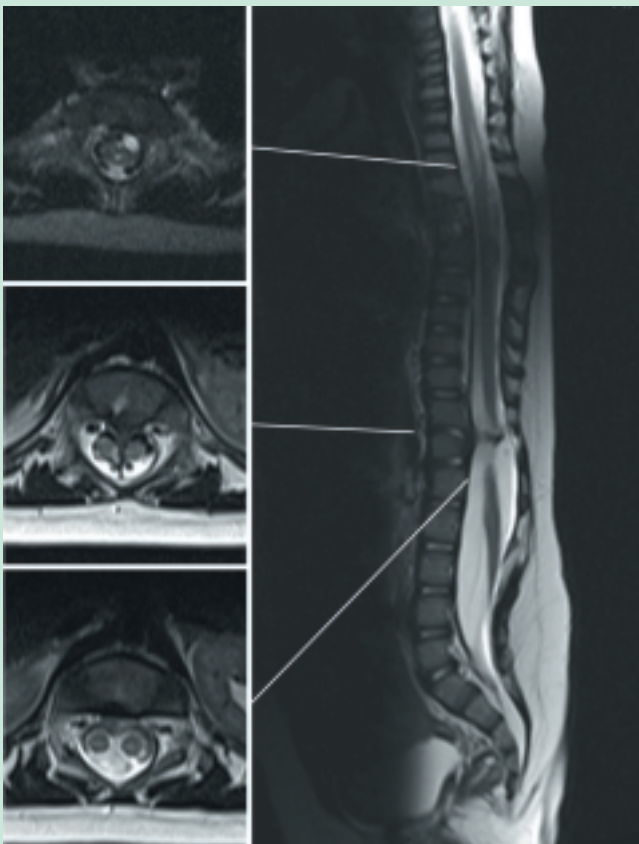
Fall 1  
Bild 1a, 1b (präoperativ)



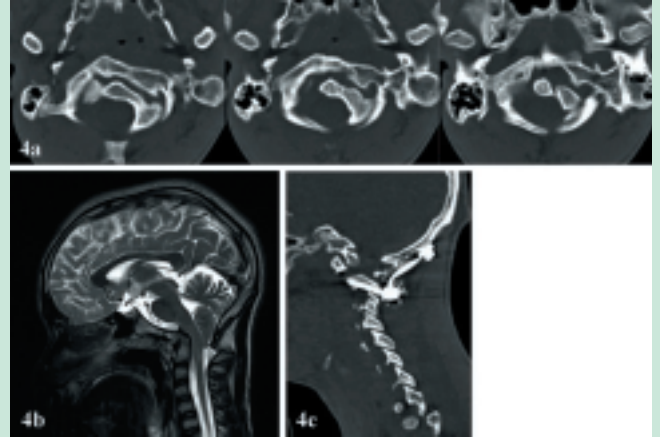
Fall 2  
Bild 2a, 2b (präoperativ, bislang keine OP)



Fall 3  
präoperativ



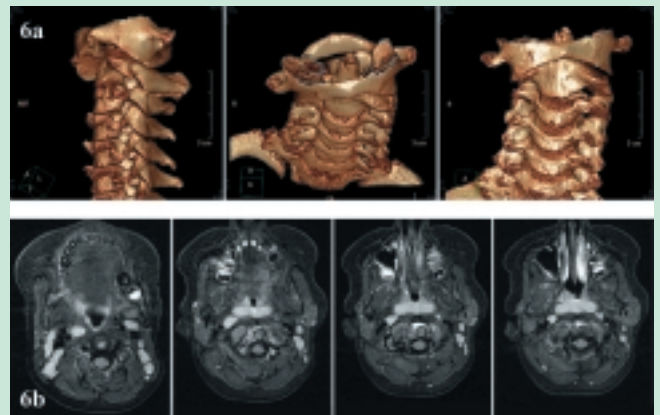
Fall 4  
Bild 4a, 4b (präoperativ), Bild 4c (postoperativ)



Fall 5  
Bild 5a, 5b (präoperativ), 5c (postoperativ)



Fall 6  
Bild 6a, 6b (vor Anlage des Halo-Fixateurs)

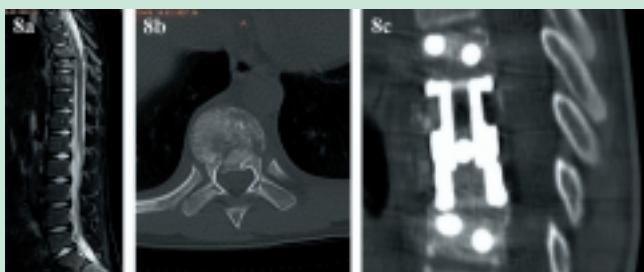


Fall 7  
(präoperativ)

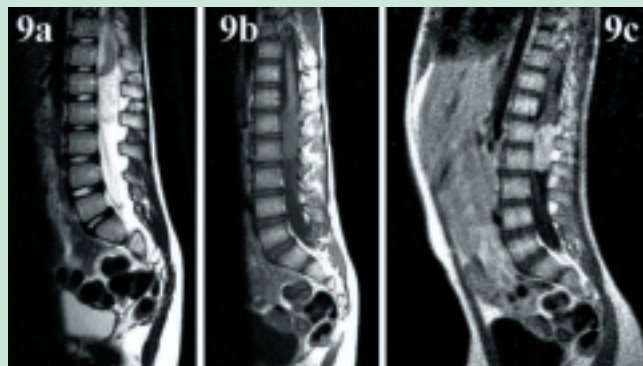


Bilder Fall 8 / 9  
nächste Seite

Fall 8  
Bild 8a, 8b (präoperativ) 8c (postoperativ)



Fall 9  
Bild 9a-c (präoperativ)



## Personalia

Ärztlicher Direktor zum Gast-Professor ernannt



Sankt Augustin, 13. Mai 2010.

Am 6. Mai wurde Dr. Ehrenfried Schindler, Ärztlicher Direktor der Asklepios Klinik Sankt Augustin, zum Gast-Professor der Universität Belgrad ernannt.

Für seine Berufung zum Gastprofessor musste Dr. Schindler sich in Serbien der Prüfung seiner Vorlesungs- und Publikationstätigkeit unterziehen. Dazu gehört auch die Kontrolle des Science- Citation Index. Nach seiner Antrittsvorlesung wurde Dr. Schindler die vom Dekan und Prodekan der Universität unterzeichnete Berufungsurkunde durch die Vorsitzende der Fakultät überreicht.

Chefärzte der Kinderherz- und Thoraxchirurgie von Kollegen überdurchschnittlich häufig empfohlen!



Prof. Dr. Boulos Asfour und Dr. Viktor Hraška wurde von Kollegen für Ihre Expertise auf dem Gebiet der Chirurgie angeborener Herzfehler überdurchschnittlich häufig empfohlen.

In einer anonymisierten Umfrage des *Focus 22/2010* wurden von Patienten und Kollegen Ärzte sämtlicher Fachdisziplinen hinsichtlich ihrer fachlichen Kompetenz und ihre wissenschaftlichen Leistung beurteilt.

Beide haben viel publiziert und engagieren sich mit umfangreichen Studien für die Weiterentwicklung der Therapie angeborener Herzfehler.

Dr. Viktor Hraška - Member der Domain „Congenital Heart Disease“



Dr. Viktor Hraška, Chefarzt der Kinderherzchirurgie, wurde zum Member der Domain „Congenital Heart Disease“ der European Association of Cardiothoracic Surgery (EACTS) gewählt. Damit ist er einer von insgesamt 10 Kinderherzchirurgen, die federführend die Weiterentwicklung der Kinderherzchirurgie in Europa vorantreiben.

Multizentrische Studien und jährliche Weiterbildungskurse für die Chirurgie angeborener Herzfehler werden von den Members der Domain europaweit organisiert. In regelmäßigen Abständen finden auch Meetings mit der nordamerikanischen Dachorganisation der Kinderherzchirurgen – Congenital Heart Surgeon Society (CHSS) statt. Hier werden Projekte, wie eine gemeinsame Nomenklatur, Qualitätssicherung und einer gemeinsamen Datenbank, evaluiert.

Chefärztin der Neurochirurgie wird  
„Secretary Elect“ der European Society



Priv. Doz. Dr. med. Martina Messing-Jünger wurde anlässlich des Kongresses der Europäischen Kinderneurochirurgen in Antalya zur ‚Secretary Elect‘ der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Neurochirurgie (ESPN) gewählt. In der nächsten Legislaturperiode wird sie zur ‚Secretary‘ der Gesellschaft ernannt, was neben dem Präsidenten der wichtigste Posten ist und zumeist über mehrere Perioden vergeben wird, damit die Gesellschaft mit Kontinuität geführt werden kann. Zuvor war sie Vorsitzende des Mitgliederkomitees.

**Dr. Harald Reinhard  
zum Privatdozent ernannt**



Dr. Reinhard betreut als Oberarzt der Abteilung Kinder- und Jugendmedizin Patienten mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen in der Asklepios Kinderklinik Sankt Augustin. Dieses Fachgebiet war nun auch Schwerpunktthema seiner Habilitation, insbesondere seine Forschungsarbeiten über das Nephroblastom („Wilms-Tumor“). Seine Ergebnisse veröffentlichte er in zahlreichen Fachzeitschriften. Das Thema der Habilitationsschrift lautete: „Wilms Tumoren im Erwachsenenalter“. Die Antrittsvorlesung fand am 7. Mai 2010 an der Uniklinik des Saarlandes statt. Thema: „Das Zweite Leben – Nachsorge in der Kinderonkologie“.

**Dr. Michael Ehlen ist Chefarzt  
in der Neonatologie und pädiatrischen  
Intensivmedizin**



Bereits seit Januar 2000 ist Dr. Ehlen in der Abteilung für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin an der Asklepios Klinik Sankt Augustin tätig. Zum 1. Februar 2010 wurde er zum Chefarzt der Abteilung ernannt.

Seine medizinische Laufbahn hat der heute 49jährige an der Universität Bonn begonnen. Hier schloss er auch 1987 sein Studium mit der Promotion zum Dr. med. ab. Die Facharzt-Anerkennung für Anästhesie erfolgte 1991, die für Kinderheilkunde 1997. Im Jahr 1998 und 2002 kamen dann noch die Schwerpunktanerkennungen „Neonatologie“ und „Kinderintensivmedizin“ hinzu. Bevor Dr. Ehlen im Jahr 2000 als Oberarzt nach Sankt Augustin wechselte, war er als Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Sankt Elisabeth-Krankenhaus in Neuwied tätig. Seit 2004 hat Dr. Ehlen auch einen Lehrauftrag für Neonatologie der Universität Bonn. Er ist außerdem berechtigt, Kinderärzte in den beiden Spezialgebieten „Neonatologie“ und „Spezielle Pädiatrische Intensivmedizin“ auszubilden.

In der Abteilung für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin werden jährlich über 500 Frühgeborene und erkrankte Neugeborene überwacht und behandelt. Hinzu kommen rund 250 Kinder aller Altersgruppen mit den unterschiedlichsten Erkrankungen.

Die Abteilung verfügt über insgesamt 38 Betten. Behandelt werden alle Erkrankungen der Früh- und Neugeborenen-Periode, daneben alle intensivmedizinisch relevanten Erkrankungen im gesamten Kindes- und Jugendalter. Angeschlossen ist auch ein Neugeborenen-Notarzdienst, mit einem speziell ausgerüsteten Baby-Notarzwagen in 24-stündiger Einsatzbereitschaft. Darüber hinaus sind die Spezialisten der Abteilung bei der Betreuung von Neugeborenen in den umliegenden Geburtskliniken beratend tätig.

## Aktuelles

**Gesundheitsminister Rösler  
besucht die Asklepios Kinder-  
klinik in Sankt Augustin**



Im März dieses Jahres besuchte der Gesundheitsminister Herr Dr. Philipp Rösler die Asklepios Kinderklinik.

Dabei stellten ihm die Direktoren der Kinderklinik und des Deutschen Kinderherzzentrums schwierige Fälle und Leistungszahlen der Klinik vor. Herr Prof. Asfour ging auf die, über die Jahre gestiegenen Zahlen der im Herzzentrum behandelten Patienten ein. In Nordrhein-westfalen werden jährlich ca. 900 Herzoperationen mit Herz-Lungen-Maschine durchgeführt. Der Anteil des Deutschen Kinderherzzentrums betrug dabei über die Hälfte der Gesamtzahl. Damit liegt schon das DKHZ allein aufgrund der Anzahl der Eingriffe weit über den von den Fachgesellschaften geforderten Mindestzahlen.

Weiterhin wurden ihm anstehende Aufgaben der Kinderklinik, wie die für 2010 geplante Renovierung vorgestellt. Rösler zeigte sich beeindruckt beim Rundgang durch die Klinik. Die gelebte exzellente Kooperation der vielen Spezialisten sah er als wichtigste Voraussetzung für die optimale Behandlung der kleinen Patienten.

## Veröffentlichungen & Vorträge

Unser halbjährlich erscheinender Newsletter kann nur ein paar Schlaglichter auf das gesamte Leistungsspektrum der Spezialabteilungen der Asklepios Klinik Sankt Augustin werfen. Um Ihnen ein besseren Überblick über die Expertise unserer Spezialisten zu vermitteln, wird in dieser Rubrik ein Auszug der wichtigsten Veröffentlichungen und Vorträge des ersten Halbjahres 2009 wiedergegeben. So können Sie leichter den richtigen Ansprechpartner für eine mögliche Frage bei der Behandlung Ihrer Patienten finden.

### Deutsches Kinderherzzentrum Sankt Augustin

#### Herzfehler Therapie allgemein

Deetjen P, Sinzobahamvya N, Arentz C, Reckers J, Asfour B, Schindler E. Tranexamsäure als antifibrinolytische Alternative zu Aprotinin bei kinderherzchirurgischen Eingriffen. *Z Herz- Thorax- Gefäßchir* 2009;23:267-276.

#### Rechtsventrikuläre Ausflusstraktobstruktion

V. Hraška. Surgery of Tetralogy of Fallot (invited speaker) Angeborene Herzfehler im Erwachsenenalter; Essen; 10.01.2009

Hraška V, Photiadis J, Schindler E, Sinzobahamvya N, Fink C, Haun C, Schneider M, Blaschczok HC, Asfour B. A novel approach to the repair of tetralogy of fallot with absent pulmonary valve and the reduction of airway compression by the pulmonary artery. *Semin Thorac Cardiovasc Surg Pediatr Card Surg Annu*. 2009;59-62. (by invitation)

#### Linksventrikuläre Ausflusstraktobstruktion

Hraška V, Photiadis J. Angeborene Anomalien des linksventrikulären Ausflusstrakts. In: Ziemer G, Haverich A, eds. *Herzchirurgie* 3.Auflage. Springer 2009;421-459  
V. Hraška. Nikaidoh operation (invited speaker). 38 Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie; Stuttgart; 16-18.02.2009

V. Hraška. What is preferred method for treatment of critical aortic stenosis: surgical open valvotomy or ballooning (invited speaker) 12th International Vail Meeting, organized by Children's Hospital, Heart Institute Colorado, USA; 1. – 4. 03. 2009

#### Transposition der großen Arterien

V. Hraška. Double switch operation for corrected transposition of the great arteries (invited speaker) - 58th Annual Scientific Session of the American College of Cardiology, Orlando, USA; 29. 03 – 1. 04. 2009  
J. Photiadis. Ergebnisse der Korrektur im DKHZ Sankt Augustin im Vergleich zur europäischen/amerikanischen Datenbank. Therapie der einfachen und komplexen Transposition der Großen Arterien. Fortbildungsveranstaltung DKHZ, 02.12.2009.

K. Weyand, C. Haun, H. Blaschczok, M. Schneider, N. Götz-Toussaint, B. Asfour, V. Hraška. Surgical Treatment of the Transposition of the Great Arteries with Ventricular Septal Defect and Pulmonary Stenosis: Midterm-Results. 5th World Congress of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery, Cairns, Australia; 21-26 June 2009

#### Univentrikuläres Herz und hypoplastisches Linksherzsyndrom

B. Asfour. The Fontan take down. 6. Symposium on Interventional Paediatric Cardiology, DKHZ Sankt Augustin, 24.04.2009

B. Asfour Januar 2009 Chirurgie des hypoplastischen Linksherzsyndroms und parachute Mitralklappe, Sankt Augustin  
B. Asfour, 02.3.09, Langzeitverläufe des HLHS, Münster  
B. Asfour 24.4.09, Fontan failure, International Symposium, Sankt Augustin

#### Spezielle Herzfehler

V. Hraška, Photiadis J, Asfour, B, Murin. P.Pulmonary artery sling with tracheal stenosis. (45th Annual Meeting of the Society of Thoracic Surgeons; San Francisco, California; USA; 26 – 28. 01. 2009)

Hraška V, Photiadis J, Haun Ch, Schindler E, Schneider M, Murin P, Asfour B. Pulmonary artery sling with tracheal stenosis. *MMCTS* (January 23, 2009) [http://m.mcts.ctsnetjournals.org/cgi/collection/thoracic\\_arteries\\_and\\_veins](http://m.mcts.ctsnetjournals.org/cgi/collection/thoracic_arteries_and_veins)

F. van Erckelenz, B. Asfour. Kardiologische und kardiochirurgische Aspekte des CHARGE-Syndroms. Das CHARGE-Syndrom - Ein Fachbuch für Mediziner, Pädagogen, Therapeuten, Eltern und Betroffene.

B. Asfour, 28.2.09, Endokarditisrisiko bei Zahnbehandlungen, ZMK Münster

#### Extrakorporale Membranoxygenierung und Notfall Transport

J. Reckers. Pädiatrische Transporte. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin, ADAC, Kurs Intensivtransport, Aachen, 09.-11.01.2009

J. Reckers. Transport mit ECMO und NO. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin, ADAC, Kurs Intensivtransport, Aachen, 09.-11.01.2009

J. Reckers. Pädiatrische ECMO. Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Stuttgart, 14.-18.02.2009

J. Reckers. ECMO und ECMO-Transport. Klinikum Leverkusen, 13.05.2009

J. Reckers. Evolving new technical aspects in pediatric ECMO: simplified circuits, lightweight consols, attached professional hemofiltration and emergency ECMO transport. First European Conference on Pediatric and Neonatal Cardiac Intensive Care (EPNCIC); Montreux/Schweiz, 20.-23.05.2009

J. Reckers. Mobile ECMO. Evelina Children's Hospital, Pediatric Cardiac Intensive Care Unit and Transport Team, 27.05.2009

J. Reckers. Transport mit ECMO und NO. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin, ADAC, Kurs Intensivtransport, HEMS-Academy Hangelar, Sankt Augustin, 19.-21.05.2009

J. Reckers. Pädiatrische Transporte. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin, ADAC, Kurs Intensivtransport, HEMS-Academy Hangelar, Sankt Augustin, 15.11.2009

#### Qualitätssicherung in der Kinderherzchirurgie

Heinrichs J, Sinzobahamvya N, Arentz C, Kallikourdis A, Photiadis J, Schindler E, Hraška V, Asfour B. Surgical management of congenital heart disease: evaluation according to the Aristotle score. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2009 Jul 29.

### Kinderklinik

#### Kinderneurochirurgie

A.M. Messing-Jünger: Ventriculoperitoneal Shunt – primary implantation. European Society for Pediatric Neurosurgery. European Postgraduate Course in Pediatric Neurosurgery. 8th cycle – 3rd year; Corfu, Greece, April 20-24, 2009

Messing-Jünger AM, Röhrig A, Stressig R, Schaper J, Turowski B, Blondin D: Fetal MRI of the central nervous system: clinical

relevance. *Childs Nerv Syst*. 2009 Feb;25(2):165-71

Messing-Jünger AM: Therapie von Neuralrohrdefekten. *Gynäkol Praxis* 2010 (34)1: 39-42

#### Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin

Horneff G: Die medikamentöse Therapie der juvenilen idiopathischen Arthritis. *Arthritis + Rheuma* 2009; 2: 81-93

E. Reinhold-Keller, G. Horneff, R. Schaefer, P. Young. Differenzialdiagnose akraler Schmerzen: Junger Mann mit akralen Schmerzen, Fieberschüben und Hörverlust. *Aktuelle Rheumatologie*, 2009; 34:116-120

G. Horneff. Biologika zur Therapie der juvenilen idiopathischen Arthritis. *Pediatr Prax*, 2009; 73:701-722

Horneff G, Ebert A, Fitter S, Minden K, Foeldvari I, Kümmerle-Deschner J, Thon A, Girschick HJ, Weller F, Huppertz HI: Safety and efficacy of once weekly etanercept 0.8 mg/kg in a multicentre 12 week trial in active polyarticular course juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology* (Oxford). 2009 Aug;48(8):916-9. Epub 2009 May 29.

Helbig M, Horneff G: Improvement of functional ability in children with juvenile idiopathic arthritis by treatment with etanercept. *Rheumatol Int*. 2009 May 16. Volume 30, Issue 2 (2009), Page 229

Hospach T, Haas JP, Huppertz HI, Keitzer R, Michels H, Trauzeddl R, Föll D, Dannecker G, Horneff G: Comment of the Society of Pediatric and Adolescent Rheumatology on the US Food and Drug Administration (FDA) announcement regarding cases of malignancy in anti-TNF-treated patients]. *Z Rheumatol*. 2009 Mar;68(2):162-4.

Horneff G, De Bock F, Foeldvari I, Girschick HJ, Michels H, Moebius D, Schmeling H. Safety and efficacy of combination of Etanercept and Methotrexate compared to treatment with Etanercept only in patients with juvenile idiopathic arthritis (JIA). Preliminary data from the German JIA Registry. *Ann Rheum Dis*. 2009 Apr;68(4):519-25 [Epub ahead of print]

#### Anästhesie und Intensivmedizin

E. Schindler: "Ultraschall und Punktion zentraler Venen", Symposium „Wet-Lab Sonografie und regionalanästhesie bei Kindern“, 31.1.2009, DKHZ Sankt Augustin

E. Schindler: „Der schwierige Venenzugang bei Kindern“ Symposium Infusionstherapie bei Kindern, 7.2-8.2. 2009, Rösraith

E. Schindler: "Hemodynamic Monitoring", National Heart Institute Cairo, 3.-8.3.2009, Cairo, Ägypten

E. Schindler: "Kinderanästhesiologie" 22.4.2009 Kreiskrankenhaus Frankenberg

E. Schindler: „Agitation nach Kindernarkosen“ 23.4.2009, Glashütte

E. Schindler: „Fluid Management in critical ill children“, Panarabian Congress of Anesthesiology, 28.-30.4.2009 Amman, Jordanien

E. Schindler: "Pediatric cardiac monitoring" Panarabian Congress of Anesthesiology, 28.-30.4.2009 Amman, Jordanien

E. Schindler: "Awareness in children" Summer School of Anesthesiology, 7.4-9.4.2009 Belgrade, Serbien

E. Schindler: "Aktuelle Aspekte in der Kinderanästhesiologie, Deutscher Anästhesie Kongress, 10.4.2009, Leipzig

E. Schindler: "Blood glucose: Is tight glycemic control indicated & justifiable, and what level is best, and safest?" World Congress of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery, 22.6-26.6.2009, Cairns, Australien

E. Schindler: "Anaesthesia Training: German Perspective", World Congress of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery, 22.6-26.6.2009, Cairns, Australien