

dem Eingriff erfolgte eine erneute Datenerhebung nach den gleichen Kriterien.

Der Zustand der operierten Kinder verbesserte sich signifikant, mit einem Anstieg des C-ACT-Scores von 21,86 auf 25,15 ($p < 0,001$). In der Kontrollgruppe ergab sich dagegen nur eine nicht signifikante Verbesserung von 22,42 auf 23,59. Das Ausmaß der Schlafstörungen vor der Operation erwies sich als weiterer signifikanter Einflussfaktor für eine Verbesserung des Asthma-Scores.

Goldstein NA et al. The impact of adenotonsillectomy on pediatric asthma. *Pediatr Pulmonol* 2019;54:20–6

Kommentar

Dies ist die erste prospektive, kontrollierte Studie zur Frage, ob und inwieweit eine

Adenotonsillektomie bei asthmatischen Kindern mit Schlafstörungen zu einer Verbesserung des Asthmas führt. Zu den Schwächen zählt, dass in der Kontrollgruppe weder eine Polysomnografie durchgeführt noch die Größe der Tonsillen bestimmt wurde. Auch sind die Fallzahlen relativ gering.

Die Autoren weisen darauf hin, dass die meisten Patienten ein leichtes bis mäßiggradiges Asthma hatten. Die medikamentöse Therapie konnte aus ethischen Gründen nicht abgesetzt werden, was die nur geringe Verbesserung des Asthmas nach dem Eingriff erklären könnte. Zudem waren 50 % der Asthmatiker übergewichtig bis adipös – was unabhängige Risikofaktoren sowohl für Asthma als auch für Schlafstörungen sind.

Trotzdem zeigt die Studie einige praxisrelevante Punkte auf:

1. Kinder mit Asthma – insbesondere übergewichtige und adipöse – haben häufig nächtliche Schlafstörungen.
2. In der anamnestischen Exploration von Asthmatikern sollte immer nach Schlafstörungen gefragt werden.
3. Bei Hinweisen auf eine obstruktive Apnoe (Schnarchen) sollten nicht nur die Tonsillen, sondern obligat auch die Adenoide untersucht werden.
4. Klinisch relevante Schlafstörungen sollten immer durch eine Polysomnografie evaluiert werden.
5. Eine Allergie ist bei Kindern die häufigste Asthma-Ursache. Eine Schlafstörung bei einem asthmatischen Kind schließt eine Allergie nicht aus.

Prof. Dr. Dr. Dietrich Reinhardt

Akuter Koronararterienverschluss 7 Jahre nach Kawasaki-Syndrom mit 11 Jahren

Ein 18-jähriger Mann stellte sich in der Notaufnahme mit thorakalen Schmerzen vor. Im Alter von 11 Jahren war er an einem Kawasaki-Syndrom erkrankt. Trotz der Behandlung mit intravenösem Immunglobulin wurden bei einer Bildgebung 3 Jahre vor der aktuellen Präsentation Aneurysmen der Koronararterien nachgewiesen (**Abb. 1a** zeigt das damalige Koronarangiogramm). Zum Zeitpunkt der aktuellen Präsentation stand er unter einer Therapie mit Acetylsalicylsäure (ASS) und Warfarin. Das Elektrokardiogramm zeigte ST-Streckenelevationen in den Ableitun-

gen V1–V3. Die Notfall-Koronarangiografie detektierte eine Okklusion der linken deszendierenden Koronararterie (**Abb. 1b**).

Das Kawasaki-Syndrom ist eine akute, idiopathische, selbstlimitierende Vaskulitis, die hauptsächlich Kinder betrifft. Wesentliche klinische Merkmale sind anhaltendes Fieber, nichtexsudative Konjunktivitis, Mukositis, zervikale Lymphadenopathie, polymorpher Hautausschlag und Veränderungen der Hände und Füße. Da nicht immer alle diese Merkmale vorhanden sind und es keinen spezifischen diagnostischen Test für das Kawasaki-Syndrom gibt,

kann die Diagnose in der Kindheit übersehen werden oder in einem so frühen Alter aufgetreten sein, dass sich der inzwischen erwachsene Patient nicht mehr an diese Erkrankung erinnert.

Betroffene Menschen besitzen ein langfristig erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen. Dieser Patient wurde einer Bypassoperation der Koronararterie unterzogen. Bei einer Nachuntersuchung 3 Jahre später ging es ihm gut und er hatte keine weiteren kardialen Beschwerden.

Der junge Mann war bezüglich des Follow-up im Kindesalter am ehesten der Risikostufe IV–V zuzuordnen. Neben ASS ist hier eine Antikoagulation mit Phenprocoumon oder ähnlichem wichtig. Auch Statine scheinen den Vaskulitisprozess zu hemmen. Rieseneurysmen können bereits sehr früh nach Krankheitsbeginn auftreten und sind oft Folge einer durch neutrophile Granulozyten vermittelten nekrotisierenden Arteriitis. Die Aneurysmenbildung wird durch Scherkräfte an den Verzweigungen von Koronargefäßen begünstigt. Deshalb sind Aneurysmen eher proximal lokalisiert und oft nicht auf ein Koronarsegment beschränkt. *Dr. Thomas Hoppen*

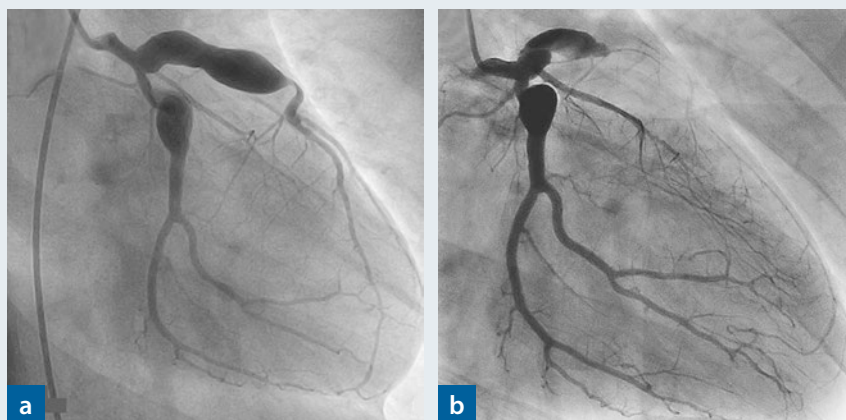


Abb. 1: Ehemaliger Patient mit Kawasaki-Syndrom, Koronarangiografie vor 3 Jahren (a) und bei Einlieferung mit Okklusion der linken deszendierenden Koronararterie (b)

Matsuura H, Ohya M. Images in Clinical Medicine: Coronary-Artery Occlusion from Kawasaki's Disease. *N Engl J Med* 2018; 379:e42