

Die Entwicklung heikle Esser

Kinder mit schwierigem Essverhalten werden regelmäßig in den Kinderarztpraxen vorgestellt. Englische Wissenschaftler wollten nun wissen, ob diese Kinder eventuell untergewichtig und klein bleiben oder sogar im Gegenteil später übergewichtig werden.



Bei schlechten Essern treten wirkliche Gedeihstörungen eher selten auf.

(„picky eater“) mit eingeschränktem Nahrungsspektrum abgefragt. Das Wachstum und die Gewichtsentwicklung wurden im Alter zwischen 7 und 17 Jahren insgesamt 7-mal registriert und darüber hinaus in 2-jährigen Abständen die Körperfettmasse mit DXA-Scans erfasst.

Zwei Drittel der problematischen Esser waren im Untersuchungszeitraum nicht zu dünn. Bei dieser Gruppe zeigten sich gewisse Defizite in der Körperzusammensetzung. Bei den „very picky children“ lagen die mittlere Höhe, das mittlere Gewicht und der mittlere BMI oberhalb der 50. Perzentile. Allerdings war die Wahrscheinlichkeit bei diesen Kindern, zu einem Messpunkt zu dünn zu sein, etwa doppelt so hoch wie bei den normal essenden Kindern. Darüber hinaus gab es keinen Hinweis auf vermehrtes Übergewicht oder gar Adipositas.

Aus der großen englischen Längsschnittstudie ALSPAC mit 14.062 Lebendgeborenen wurden im Alter von 38 Monaten per Fragebogen das Vorliegen eines problematischen Essverhaltens

Taylor CM et al. Growth and body composition in children who are picky eaters: a longitudinal view. Eur J Clin Nutr 2018 Jul 11

Kommentar

Der englische Begriff „picky eater“ hat kein so anschauliches deutsches Pendant. Eltern und Betreuer machen sich oft große Sorgen um das Gedeihen ihrer Kinder, wenn sie nicht normal essen. Ich vermute, dass die Anspannung der Eltern bei gemeinsamen Mahlzeiten sich auch auf die Atmosphäre auswirkt und das Essverhalten dadurch nicht gerade verbessert wird.

Diese große und langfristig durchgeführte Studie relativiert diese Sorge, weil eine echte Gedeihstörung eher selten auftrat. Die untersuchte Gruppe hatte darüber hinaus ein geringeres Risiko, übergewichtig zu sein. Insofern sollte man zunächst Eltern beruhigen und beraten.

Leider kann die Studie keine Aussagen zu langfristigen Entwicklungen des Nahrungsspektrums nach dem Kleinkindalter machen. Auch Mikronährstoffmangelzustände wurden leider nicht untersucht, die nach meiner Erfahrung bei den „picky eater“ nicht selten nachweisbar sind.

Dr. Martin Claßen

Hyperplasie der Hypophyse infolge primärer Hypothyreose

Ein 10-jähriges Mädchen stellte sich mit Kopfschmerzen und Wachstumsminde- rung in der Kinderklinik vor. Ihre Größe lag unter der 3. und ihr Gewicht auf der 10. Perzentile. Sie hatte trockene Haut. Der Thyrotropinspiegel im Serum war mit über 150 µU pro ml (normal: 0,5–4,9) deutlich erhöht, der freie Thyroxinspiegel mit 0,4 ng pro dl (5,1 pmol pro l) vermindert (normal: 0,8–1,4 ng pro dl [10,3–18,0 pmol pro l]) und der Prolaktinspiegel betrug 63 ng pro ml (normal: 3–28). Die Konzentrationen von Morgen-Kortisol, Gonadotropinen und Insulin-like Growth Factor 1 (IGF-1) lagen im Normbereich. Gesichts- felddefizite bestanden nicht.

Die Kernspintomografie des Kopfes zeigte eine Läsion mit diffusem Enhancement in der Sellaregion, die sich bis zum Chiasma opticum erstreckte (Abb., weißer Pfeil). Die Diagnose einer primären Hypo- thyreose mit sekundärer Hypophysen- hyperplasie wurde daraufhin gestellt. Therapeutisch erhielt das Mädchen Levo-

thyroxin. Nach 10 Monaten waren die Kopfschmerzen verschwunden, der Thyrotropinspiegel hatte sich längst normalisiert und das Mädchen war in der Zwischenzeit erfreuliche 6 cm gewachsen. Das Kontroll-MRT des Kopfes zeigte eine vollständige Normalisierung der Hypo- physe.

Seien wir wachsam bei Kindern mit Kopf- schmerzen und trockener Haut in Kombi- nation mit einer Wachstumsrestriktion! Eine langjährig unbehandelte primäre Hypothyreose kann eine Hypophysen- hyperplasie aufgrund hormoneller Feed- backmechanismen über die Hypo- thalamus-Hypophysen-Schilddrüsen- Achse bedingen. Adenome als echte Neoplasien der Hypophyse sind hier abzugrenzen. Wenn die Diagnose gestellt ist, gestaltet sich die Therapie einer primären Hypothyreose mit sekundärer Hypophysenhyperplasie vergleichsweise einfach und hocheffektiv.

Dr. Thomas Hoppen



Abb.: Hypophysenhyperplasie bei dem 10-jährigen Mädchen

Shivaprasad KS, Siddardha K. Images in Clinical Medicine: Pituitary Hyperplasia from Primary Hypothyroidism. N Engl J Med 2019; 380:e9

© Shivaprasad KS, Siddardha K. N Engl J Med 2019; 380:e9