

Monatsschr Kinderheilkd 2021 · 169:998–999
<https://doi.org/10.1007/s00112-021-01312-8>
Angenommen: 11. August 2021
Online publiziert: 31. August 2021
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2021

Redaktion

Reinhold Kerbl, Leoben
Guido Krandick, Oberhaching
Tim Niehues, Krefeld
Peter Voitl, Wien



Pädiatrie aktuell – Forschung kurz notiert

Reinhold Kerbl

Abteilung für Kinder und Jugendliche, LKH Hochsteiermark/Leoben, Leoben, Österreich

Long COVID – Wird das Risiko überbewertet?

Die Prävalenz von „Long COVID“ im Kindes- und Jugendalter wird sehr unterschiedlich angegeben und ist wohl auch davon abhängig, welche Symptome unter dieser Bezeichnung subsumiert werden. Bisherige Publikationen geben eine Rate von 0–27 % an. Ein unlängst in *JAMA* publizierter „Research Letter“ [1] einer Schweizer Autorengruppe ist der Frage nach der Häufigkeit in einer prospektiven Studie nachgegangen. Zwischen Oktober und November 2020 wurden 1355 zufällig ausgewählte Schulkinder auf das Vorliegen von SARS-CoV-2-Antikörpern untersucht, nach 6 Monaten (März bis Mai 2021) wurden sie dann auf das Vorliegen potenzieller Long-COVID-Symptome während der letzten Monate befragt. Dabei wurde konkret erfragt, ob die Symptome länger als 4 bzw. 12 Wochen andauerten. Sowohl in der seropositiven (CoV+) als auch seronegativen (CoV-) Gruppe waren die Prävalenzen entsprechender Symptome relativ gering. Länger als 4 Wochen andauernde Symptome wurden in der CoV+-Gruppe von 9 % angegeben, in der CoV--Gruppe von 10 %. Einige Symptome waren in der CoV+-Gruppe häufiger (Müdigkeit 6 % vs. 4 %, Kopfschmerzen 5 % vs. 3 %, Schlafstörungen 3 % vs. 1 %, Husten 2 % vs. 1 %); für andere („laufende Nase“) zeigte sich kein Unterschied. Symptome für >12 Wochen wurden von 4 % (CoV+) bzw. 2 % (CoV-) angegeben; als häufigstes Einzelsymptom wurde Müdigkeit (3 % vs. 1 %)

angegeben. Die Selbstbeurteilung des Gesundheitszustandes ergab keinen Unterschied zwischen den beiden Gruppen, jeweils 41 % bezeichneten ihren Gesundheitszustand als „exzellent“. Die Erhebung legt nahe, dass zumindest im Kindesalter „Long COVID“ stark überbewertet wird und sich eine SARS-CoV-2-Infektion bezüglich Langzeitsymptomen nicht wesentlich von anderen Viruserkrankungen unterscheidet. Limitationen der Studie sind eine relativ kleine Fallzahl Seropositiver ($n = 109$), ein möglicher „recall bias“ sowie der Ausschluss schwerer Akutverläufe.

Long COVID – Wenig Evidenz

Eine internationale Autorengruppe beschrieb als „Viewpoint“ [2] unlängst in *JAMA Pediatrics* die Tatsachen, dass zu „Long COVID“ bei Kindern und Jugendlichen eine einheitliche Definition bezüglich der Symptomatik fehlt und bisher kaum kontrollierte Studien vorliegen. Sie fordern u. a. eine Harmonisierung der Diagnostik, die Erstellung von Registern, Festlegung von Outcome-Kriterien und kontrollierte Studien unter Berücksichtigung sozioökonomischer Begleitfaktoren.

COVID-19 – Was Kinder und Jugendliche jetzt brauchen ...

Eine multinationale Autorengruppe stellt unter dem Titel „Next Generation Europe“ in einem „Policy Statement“ [3] fest, dass dringender Handlungsbedarf besteht, um die negativen Folgen der Restriktionen



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

im Rahmen der COVID-19-Pandemie möglichst gering zu behalten. Sie betonen, dass die Begriffe „generation corona“ bzw. „lost generation“ grundsätzlich nicht verwendet werden sollten, vielmehr solle das vorhandene Potenzial der Jugend in den Vordergrund gestellt werden. Dabei sollten aber die in der Phase der Lockdowns erworbenen Nachteile (u. a. psychosoziale Probleme, Schulschließungen, mangelnde Realisierung von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung etc.) sehr wohl thematisiert und mit entsprechenden Strategien beantwortet werden. Dazu zählen sie u. a. die Stärkung der Familien, zusätzliche personelle Ressourcen in Schulen und im psychosozialen Bereich, aber auch den Ausbau der „digitalen Partizipation“. Die Autoren zeigen sich verwundert über die geringe Berücksichtigung Lockdown-bedingter Probleme bei Kindern und Jugendlichen durch politisch Verantwortliche und fordern diese auf, gemeinsam mit Expert*innen rasch einen „recovery plan“ zu erstellen und umzusetzen.

Familiärer vs. sporadische Typ-1-Diabetes

Eine deutsch-österreichische Multizenteranalyse [4] vergleicht ausgewählte Parameter bei familiärem vs. sporadischem Diabetes für den Zeitraum 1995–2018. Im Rahmen des *Diabetes Prospective Follow-up Registry (DPV)* wurden 57.371 Patienten mit Diabetes Typ 1 erfasst, davon waren 93,4% sporadische Fälle, 6,6% familiäre Fälle (zumindest ein Verwandter 1. Grades mit DM 1). Familiäre Fälle zeigten ein geringeres Alter bei Erstmanifestation (7,9 vs. 9,7 Jahre), eine niedrigere Prävalenz von Ketoacidose (11,9 vs. 20,4%), niedrigere HbA_{1c}-Werte (9,7 vs. 11,1%), und eine höhere Prävalenz (anderer) Autoimmunerkrankungen. Im Langzeitverlauf wurden familiäre Fälle häufiger mittels Insulinpumpe versorgt, sie zeigten auch weniger oft hypoglykämische Zwischenfälle (12,97/100 Patientenjahre vs. 14,44/100 Patientenjahre). Für die HbA_{1c}-Werte und die Prävalenz weiterer Ketoacidosen ergab sich hingegen kein signifikanter Unterschied. Die Autoren führen die „besseren“ Werte familiärer Fälle bei Erkrankungsmanifestation auf höhere „awareness“ zurück,

dieser Vorteil scheint sich aber im Langzeitverlauf zu verlieren.

Lebensbedrohliche Ereignisse bei Säuglingen – BRUE vs. ALTE

Im Jahr 1986 wurde von der *American Academy of Pediatrics (AAP)* der Begriff „apparent life-threatening events“ (ALTE) für lebensbedrohlich erscheinende Ereignisse bei Säuglingen eingeführt. Diese Bezeichnung wurde 2016 auf „brief resolved unexplained events“ (BRUE) abgeändert. Damals wurde auch ein Algorithmus vorgelegt über die Intensität der klinischen Abklärung in der Absicht, einen „diagnostic overshoot“ zu vermeiden [5]. Eine retrospektive US-amerikanische Studie an 15 pädiatrischen Abteilungen hat nun 2036 BRUE-Fälle analysiert in der Absicht, die Brauchbarkeit der aktuellen Empfehlung zu überprüfen [6]. Dabei zeigte sich, dass 87% aller Fälle zumindest einen anamnestischen Risikofaktor aufwiesen, jedoch nur 67% hospitalisiert wurden. In 4% aller Fälle zeigten sich schwerwiegende Erkrankungen, von denen jedoch 45% erst im Rahmen einer Wiedervorstellung diagnostiziert wurden. Die häufigsten Ursachen waren Krampfanfälle (1,1%) und Atemwegs-anomalien (0,64%). Bei 0,3% bestand ein Schädel-Hirn-Trauma nach Misshandlung, in 6/7 Fällen wurde diese Diagnose allerdings bei der Erstvorstellung nicht richtig gestellt. In einem Kommentar zur Studie [7] wird darauf hingewiesen, dass der aktuelle Abklärungsalgorithmus für BRUE einen schlechten prädiktiven Wert aufweist und daher überarbeitet werden sollte.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Reinhold Kerbl
Abteilung für Kinder und Jugendliche, LKH
Hochsteiermark/Leoben
Vordernbergerstraße 42, 8700 Leoben,
Österreich
reinhold.kerbl@kages.at

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. R. Kerbl gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt.

Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Radtke T, Ulyte A, Puhan MA, Kriemler S (2021) Long-term symptoms after SARS-CoV-2 infection in children and adolescents. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.11880>
2. Munblit D, Sigfrid L, Warner JO (2021) Setting priorities to address research gaps in long-term COVID-19 outcomes in children. *JAMA Pediatr*. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2281>
3. Fegert JM, Kehoe LA, Çuhadaroglu Çetin F, Doyle M, Eliez S, Hebebrand J, Hillegers M, Karwautz A, Kotsis K, Kiss E, Pejovic-Milovencevic M, Råberg Christensen AM, Raynaud JP, Anagnostopoulos D (2021) Next generation Europe: a recovery plan for children, adolescents and their families: for the time after the pandemic, we need a vision and investments for the future. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01767-w>
4. Karges B, Prinz N, Placzek K, Datz N, Papsch M, Strier U, Agena D, Bonfig W, Kentrup H, Holl RW (2021) A comparison of familial and sporadic type 1 diabetes among young patients. *Diabetes Care*. <https://doi.org/10.2337/dc20-1829>
5. Kerbl R (2018) BRUE vs. ALTE: „Lebensbedrohliche“ Ereignisse im Säuglingsalter. *Monatsschr Kinderheilkd* 166:91–92
6. Tieder JS, Sullivan E, Stephans A, Hall M, DeLaroché AM, Wilkins V, Neuman MI, Mittal MK, Kane E, Jain S, Shastri N, Katsogridakis Y, Vachani JG, Hochreiter D, Kim E, Nicholson J, Bochner R, Murphy K, Brief Resolved Unexplained Event Research and Quality Improvement Network (2021) Risk factors and outcomes after a brief resolved unexplained event: a multicenter study. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-036095>
7. Pitetti R (2021) Defining risk factors for children following a BRUE: the need to revisit the AAP BRUE guideline. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-049933>