

**Press release****Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften****Medizin - Kommunikation**

09/10/2014

<http://idw-online.de/en/news602676>Scientific conferences, Transfer of Science or Research  
Medicine  
transregional, national**Wasserkopf bei Frühgeborenen nicht immer zu vermeiden**

**Berlin, September 2014 – In Deutschland hat sich seit 1997 die Zahl der zu früh geborenen Säuglinge von sieben auf neun Prozent erhöht. Damit gibt es immer mehr Kinder, die mit einem Wasserkopf zur Welt kommen. Je niedriger das Geburtsgewicht, desto häufiger tritt diese Komplikation auf. Die Betroffenen sind später nicht selten geistig und körperlich behindert. Insbesondere da die "Frühchen"-Rate hierzulande steigt, empfehlen Kinderchirurgen dringend, diese Patienten direkt nach der Geburt die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Über die verschiedenen Therapiekonzepte informiert Pressekonferenz der 52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) in Leipzig.**

Jährlich kommen in Deutschland mehr als 60 000 Kinder zu früh auf die Welt – davon 8 000 vor der 30. Schwangerschaftswoche. Dank medizinischer Fortschritte überleben heute Säuglinge, die vor einigen Jahren keine Chance gehabt hätten. „Doch aufgrund der extremen Unreife des kindlichen Gehirns und bestimmter Stressfaktoren nach der Geburt lassen sich Blutungen des Gehirns mitunter nicht verhindern“, erläutert Professor Dr. med. Ralf-Bodo Tröbs, Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie am Marienhospital Herne. In der Folge fließt Gehirnwasser nicht gleichmäßig ab, sammelt sich an und es bildet sich ein sogenannter Hydrocephalus – ein Wasserkopf. Die Flüssigkeit drückt auf das Gehirn und kann es dauerhaft schädigen. Äußerlich fällt zunächst auf, dass sich die Schädelnähte vorwölben, später in den Vorsorgeuntersuchungen der vergrößerte Kopfumfang. „Wird der Wasserkopf nicht behandelt, wächst der Kopf im Übermaß weiter“, so der Kinderchirurg.

Besonders gefährdet, einen Wasserkopf zu bekommen, sind Kinder mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1500 Gramm. „Hier liegt die Häufigkeit für Blutungen bei fast einem Drittel, bei niedrigerem Geburtsgewicht steigt das Risiko“, sagt Tröbs.

Nach der Geburt eines Frühchens gilt es also umgehend zu prüfen, ob eine Hirnblutung vorliegt, meint Tröbs. „Eine gut abgestimmte Zusammenarbeit zwischen Neonatologen, Kinder- und Neurochirurgen erlaubt die bestmögliche Behandlung.“

Bei bis zu einem Drittel extrem kleiner Frühgeborener mit Hirnblutung kann eine Operation erforderlich werden. „In der Regel behandeln wir den Wasserkopf, indem wir einen sogenannten Liquorshunt einsetzen – ein Ableitungssystem für die Hirnflüssigkeit“, erklärt Professor Dr. med. Guido Fitze, Tagungspräsident der 52. Herbsttagung und DGKCH-Vorstandsmitglied. Dabei schiebt der Chirurg über ein kleines Loch im Schädel einen dünnen Silikonschlauch in die Hirnkammer. Das andere Ende des Schlauchs verlegt er unter die Haut und platziert es in der Bauchhöhle, so dass überschüssiges Hirnwasser nach dorthin abfließt. „Der Liquorshunt erlaubt den Kindern oft eine weitgehend normale Entwicklung“, sagt Tröbs. Bereits eingetretene Schäden könne er jedoch nur teilweise korrigieren. Hier setzen neue Verfahren an, bei denen der Chirurg ein sehr feines Endoskop in den Schädel einführt und mit Blut verstopfte Kanäle sucht. Mit dem Schlauch spült er Blutreste aus den Hirnkammern, um dafür zu sorgen, dass das Gehirnwasser wieder abfließen kann. „Ob solche Methoden die Behandlung des Wasserkopfes bei Frühgeborenen verbessern, bleibt jedoch abzuwarten“, meint Tröbs. Auf der 52. Herbsttagung der DGKCH in Leipzig diskutieren Experten diese und weitere Verfahren zur Behandlung des Wasserkopfes bei Neugeborenen.

– Bei Veröffentlichung Beleg erbeten. –

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) im Rahmen der 52. Herbsttagung der DGKCH

Termin: Freitag, der 12. September 2014, 12.00 bis 13.00 Uhr  
Ort: CCL Congress Center Leipzig, Messe-Allee 1, 04356 Leipzig  
Kongresspräsident: Professor Dr. med. Guido Fitze, Dresden

#### Vorläufiges Programm

Fortschritt in der Kinderchirurgie durch fachübergreifende Zusammenarbeit am Beispiel von Brandverletzungen – Ein Vorbild für die Erwachsenenmedizin?

Professor Dr. med. Guido Fitze

Kongresspräsident der DGKCH 2014, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Bauchwanddefekte beim Neugeborenen - Wie können Kinderchirurgen komplexe Fehlbildungen bestmöglich behandeln?

Professor Dr. med. Thomas M. Boemers

Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie & Kinderurologie, Stellvertretender Ärztlicher Direktor Kinderkrankenhaus, Kliniken der Stadt Köln

Kopfverletzungen und Schädel-Hirn-Traumen bei Kindern – wie können Eltern vorbeugen, wo müssen Ärzte helfen?

Professor Dr. med. Hans-Georg Dietz, München

Leitender Oberarzt für Kindertraumatologie und Kinderurologie an der Kinderchirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum der Universität München

Wasserkopf – Moderne Therapieansätze für eine häufige und gefürchtete Folge von Frühgeburten

Professor Dr. med. Ralf-Bodo Tröbs, Herne

Direktor der Kinderchirurgischen Klinik am Marienhospital Herne, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum

Krebs bei Kindern schonend und wirksam behandeln: Neue Gentests, 3-D-Diagnostik, Schlüssellochchirurgie

Professor Dr. med. Steven Warmann, Tübingen

Stellvertretender Leitender Oberarzt an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Tübingen

Pressestelle Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Anna Julia Voormann und Lisa Ströhlein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-173

Fax: 0711 8931-167

stroehlein@medizinkommunikation.org

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

URL for press release: <http://www.dgkch.de>

URL for press release: <http://www.dgkj2014.de>