

## Lus pour vous! Für Sie gelesen!

### Paediatricians and child protection: the need for effective education and training

M J Bannon, YH Carter  
Arch Dis Child 2003; 88: 560–562

«*Child protection training is essential for all health professionals engaged in services for children. It is not an optional extra.*»

#### Zusammenfassung

Ausgelöst durch einen tödlich verlaufenen Fall von Kindsmisshandlung wurde in England das System des Kinderschutzes von einem unabhängigen Gutachter evaluiert (Lord Laming). Daraus resultierten 108 Empfehlungen, 26 davon medizinischer Art. Allgemein kritisiert wurden:

1. ungenügende Aufzeichnungen,
2. inadäquate Kommunikation zwischen Fachleuten/Fachstellen und
3. schlechte Koordination in Kinderschutzfällen.

Als **Schlüsselbotschaft** wurde formuliert: **«Ein Verdacht von (Verdacht auf) Kindsmisshandlung sollte so ernsthaft behandelt werden, wie andere potenziell tödlich verlaufende pädiatrische Krankheitsbilder.»** Lord Laming empfiehlt, dass alle Pädiater periodisch bezüglich ihrer Kenntnisse über Erkennen und Vorgehen bei Kindsmisshandlung reevaluiert werden.

Bezogen auf den medizinischen Bereich, werden verschiedene Studien zitiert. Eine englische Studie stellt fest, dass längst nicht alle Fälle von Subduralhämatomen

bei Säuglingen bezüglich Kindsmisshandlung evaluiert werden<sup>1)</sup>. Studien aus Kanada, Israel und Australien belegen ein zögerliches Vorgehen von Ärzten in Fällen von Kindsmisshandlung, insbesondere bezüglich Kooperation mit Kinderschutzbehörden<sup>2) 3) 4)</sup>.

Der Gutachter anerkennt, dass Kinderschutzarbeit eine grosse Herausforderung darstellt: Umgang mit Kindsmisshandlungsfällen bedeutet erhöhten Stress; ÄrztInnen haben Angst, dass ihre Patientenbeziehung gestört wird, wenn sie Eltern konfrontieren; ÄrztInnen fürchten sich, vor Gericht zitiert zu werden, und kennen oft abschreckende Beispiele von KollegInnen, die nach Kinderschutzfällen bedroht oder angeklagt wurden.

Den Hauptgrund für dieses ineffiziente Verhalten lokalisiert das Gutachten in **mangelhafter Weiterbildung**. Nicht nur Pädiater, sondern auch Notfallmediziner, Allgemeinpraktiker und Psychiater geben an, im Bereich Kindsmisshandlung ungenügend ausgebildet zu sein; insbesondere besteht eine grosse Unsicherheit bezüglich der eigenen Rolle und dem konkreten Vorgehen. Deshalb schreibt der Gutachter: «Wirkungsvoller Kinderschutz verlangt Kenntnisse und Fähigkeiten im Aufnehmen der Anamnese, der klinischen Untersuchung, der Dokumentation sowie Gesprächsführung und Entscheidungsfähigkeit. Es braucht Mut und Sicherheit, um misshandelnde Bezugspersonen zu konfrontieren. ÄrztInnen müssen auch ihre eigenen Emotionen meistern, die aufgrund von ungünstig verlaufenen Kinderschutzfällen negativ sein mögen.» Eine adäquate Weiterbildung ist umso nötiger, als die Anforderungen hoch sind und

die Konsequenzen von inadäquatem Handeln deletär sein können.

Folgende **Prinzipien für die Weiterbildung** werden vorgeschlagen:

1. Kinderschutz soll in der Ausbildung den gleichen Stellenwert einnehmen wie Advanced Life Support.
2. Alle ÄrztInnen, die Kontakt mit Kindern und Familien haben, sollen eine entsprechende Ausbildung erhalten (also auch Notfallmediziner, Chirurgen, Allgemeinpraktiker, Gynäkologen, Psychiater usw.).
3. Ausbildungsniveaus:
  - *Grundkenntnisse*: Einführung 1 Stunde und Vermittlung der lokalen Gegebenheiten/Ablauf-schemata
  - *Standard*: 1 Tag, obligatorisch für Stufe OberärztInnen
  - *Fortgeschritten*: Je nach beruflicher Stellung und Anforderungen weitere Kenntnisse und Fähigkeiten
4. Das Ausbildungsprogramm soll ähnlich aufgebaut und organisiert sein wie die PALS-Kurse (in England in Vorbereitung).
5. In der Ausbildung müssen auch Kenntnisse über innerfamiliäre Gewalt und ihre Auswirkungen auf Kinder, kulturelle Aspekte und Ursachenforschung abgedeckt sein.

Ein entsprechendes englisches Positionspapier ist 2003 erschienen<sup>5)</sup>.

## Kommentar

*Dieser Artikel fasst zusammen, was zwar alle wissen, aber trotzdem noch zu wenig umgesetzt wird: Kindsmisshandlung ist ein häufiges pädiatrisches Krankheitsbild, dem in Aus-, Weiter- und Fortbildung mehr Beachtung geschenkt werden sollte, als dies heute der Fall ist. Zur Bewältigung dieses Phänomens in pädiatrischen Kliniken müssen die nötigen personellen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Es sei an die Grundsatzklärung der schweizerischen Gesellschaften für Kinderchirurgie und Pädiatrie aus dem Jahre 2000 erinnert, die alle diese Punkte bereits beinhaltet<sup>6)</sup>.*

Ulrich Lips, Zürich

## Résumé

Suite à un cas de mauvais traitement d'un enfant avec issue fatale, le système de protection de l'enfance en Angleterre a été évalué par un expert indépendant (Lord Laming). En résultent 108 recommandations, dont 26 d'ordre médical. En ligne générale ont été critiqués:

- 1) documentation insuffisante,
- 2) communication inadéquate entre les professionnels/instances spécialisées et
- 3) mauvaise coordination de la protection de l'enfant.

Le message clé a été le suivant: **«Une suspicion de mauvais traitement devrait être traitée tout aussi sérieusement que s'il s'agissait d'une autre pathologie pédiatrique potentiellement létale.»** Lord Laming

conseille que tous les pédiatres soient périodiquement réévalués sur leur connaissances à reconnaître et à gérer les cas de mauvais traitement d'enfant. En ce qui concerne le domaine médical, plusieurs études ont été citées. Une étude anglaise constate que les hématome sous-duraux de nourrissons ne sont de loin pas tous évalués à la recherche d'une éventuelle maltraitance<sup>1)</sup>. Des études venant du Canada, d'Israël et d'Australie documentent une approche hésitante des médecins dans les cas de mauvais traitements d'enfants, particulièrement lorsqu'il s'agit de collaborer avec les autorités compétentes en protection de l'enfance<sup>2) 3) 4)</sup>.

L'expert reconnaît que la protection de l'enfant représente un grand défi: gérer des situations de maltraitance représente un stress important; les médecins craignent que leur relation avec les parents ne soit perturbée en les confrontant aux faits; les médecins craignent d'être cités au tribunal et connaissent souvent des exemples dissuasifs de collègues qui ont été menacés ou accusés après avoir demandé des mesures de protection pour un enfant.

L'expertise localise la cause principale de ce comportement inefficace dans **une formation continue insuffisante**. Non seulement les pédiatres, mais aussi les médecins d'urgence, les généralistes et psychiatres, indiquent n'avoir été qu'insuffisamment formés dans le domaine de la protection de l'enfant; en particulier règne une grande insécurité concernant leur propre rôle ainsi que la façon concrète de procéder. C'est la raison pour laquelle l'expert écrit: «Une protection de l'enfant effi-

cace demande des connaissances et capacités à relever une anamnèse, à effectuer un examen clinique, à documenter ainsi qu'à conduire un entretien et à prendre des décisions, enfin le courage et l'assurance de confronter les personnes maltraitantes aux faits. Les médecins doivent aussi contrôler leurs émotions qui peuvent être négatives à la suite de cas de maltraitance ayant évolué défavorablement.» Une formation continue adéquate est d'autant plus nécessaire que les exigences sont élevées et que les conséquences d'interventions inadéquates peuvent être catastrophiques.

Les **principes** suivants sont proposés **pour la formation continue**:

- 1) La protection de l'enfant doit prendre dans la formation continue la même importance que le «Advanced Life Support».
- 2) Tous les médecins qui ont des contacts avec des enfants et des familles doivent obtenir une formation dans ce sens (donc aussi les médecins d'urgence, chirurgiens, généralistes, gynécologues, psychiatres etc.).
- 3) Niveaux de formation:
  - *Connaissances de base*: introduction 1 heure et communication des conditions locales/procédures
  - *Standard*: 1 jour, obligatoire pour les chefs de clinique.
  - *Niveau supérieur*: connaissances et capacités supplémentaires, selon situation et exigences professionnelles.

- 4) Le programme de formation devrait être développé et organisé comme les cours PALS (en préparation en Angleterre).
- 5) Dans la formation doivent être incluses des connaissances sur la violence intra-familiale et ses effets sur les enfants, les aspects culturels et la recherche des causes.

Un document anglais correspondant est paru en 2003<sup>9)</sup>.

### Commentaire

Cet article résume ce que tout le monde sait, mais qui malgré cela n'est qu'insuffisamment réalisé: la maltraitance est un problème pédiatrique fréquent auquel devrait être accordé plus d'importance dans la formation, la formation post-graduée et continue que ce n'est le cas actuellement. Des ressources financières et humaines nécessaires doivent être mis à disposition pour assumer ce phénomène dans les cliniques pédiatriques. Tous ces points sont déjà évoqués dans la déclaration de principe des Sociétés Suisses de Chirurgie pédiatrique et de Pédiatrie qui est rapelée ici<sup>6)</sup>.

Ulrich Lips, Zurich

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

### Références/Referenzen

- 1) Jajawant S, Rawlinson A, Gibbon F, et al. Subdural haemorrhages in infants: a population based study. *BMJ* 1998; 317: 1558-61.
- 2) Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse Negl* 2000; 24: 1461-70.

- 3) Shor R. Pediatricians in Israel: factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated children. *Child Abuse Negl* 1998; 22: 143-53.
- 4) Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KI. The child abuse lottery... will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1998; 22: 159-69.
- 5) Carter YH, Bannon MJ. The role of primary care in the protection of children from abuse and neglect. London: RCGP Publications, 2003.
- 6) Schweizerische Ärztezeitung, 81: 1576; 2000 - [http://www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol11/n3/prot\\_enfance-ge.htm](http://www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol11/n3/prot_enfance-ge.htm) - [http://www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol11/n3/prot\\_enfance-fr.htm](http://www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol11/n3/prot_enfance-fr.htm)

### Rates of Pediatric Injuries by 3-Month Intervals for Children 0 to 3 Years of Age

*Pediatrics* 2003; 111: e683 - e692.

<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/111/6/e683>

#### Abstract

**Objective:** Mortality and morbidity data on childhood injury are used to construct developmentally appropriate intervention strategies and to guide pediatric anticipatory counseling on injury prevention topics. Effective anticipatory guidance depends on detailed injury data showing how risks change as children develop. Conventional age groupings may be too broad to show the relationship between children's development and their risk of various causes of injury. Previous studies revealed differences in overall rates and specific causes of injury by year of age. However single year of age rates for children younger than 4 years may not reflect the variations in risk as a result of rapid developmental chan-

ges. This study was designed to analyze injury rates for children younger than 4 years by quarter-year intervals to determine more specifically the age period of highest risk for injury and for specific causes.

**Methods:** We used data from 1996-1998 California hospital discharges and death certificates to identify day of age and external cause of injury (E-code) for children younger than 4 years. The number of California residents for each day of age was estimated from US Census of estimates of California's population by year of age for the midpoints (1996-1998). Rates were calculated by 3-month intervals. We grouped the E-codes into major categories that would be particularly relevant for developmentally related risks of injury specific to young children. The categorization took into account physical, motor, behavioral, and cognitive developmental milestones of children 0 to 3 years.

**Results:** There were a total of 23 173 injuries; 636 resulted in death. The overall annual rate for children aged 0 to 3 years was 371/100 000. Beginning at age 3 to 5 months, the overall rate of injury rapidly increased with increased age, peaking at 15 to 17 months. The mean injury rate calculated for each single year of age did not reflect the variation and the highest rate of injury by quarter year of age for children younger than 1 year, 1 year, and 2 years. The leading major causes of injury in descending order were falls, poisoning, transportation, foreign body, and fires/burns. The overall rate of the major category of falls exceeded poisoning, the second leading cause of injury, by a factor of 2. Age-

related differences were detected within each major cause of injury. For children 0 to 12 months of age, there was a different leading cause of specific injury for each 3-month period: other falls from height (0–2 months), battering (3–5 months), falls from furniture (6–8 months), and nonairway foreign body (9–11 months). Hot liquid and vapor injuries were the leading specific causes for children 12 to 17 months. Poisoning by medication was the leading specific cause of injury for all age groups from 18 to 35 months and exceeded poisoning by other substances. Pedestrian injury was the leading specific cause of injury for all age groups from 36 to 47 months. Fall from furniture has the highest rates of specific causes of falls from age 3 to 47 months. Fall from stairs peaked at age 6 to 8 months and 9 to 11 months. Fall from buildings was highest at 24 to 26 months. Poisoning by medication peaked at age 21 to 23 months, but poisoning by other substances peaked at 15 to 17 months. The motor vehicle occupant injury rates were fairly stable over the age span of this study. The pedestrian injury rate increased beginning at age 12 to 14 months and by 15 to 17 months was double that of the motor vehicle occupant. Foreign body had a marked peak at age 9 to 11 months. Both battering and neglect rates were highest among infants 0 to 2 and 3 to 5 months. Bathtub submersions had a narrow peak at age 6 to 11 months. Other submersions peaked at 12 to 14 months and remained high until 33 to 35 months.

*Conclusions:* We departed from usual groupings of E-codes and devised groupings that would be reflective of age-related de-

velopmental characteristics. Differences in rates by narrow age groups for young children can be related to developmental achievements, which place the child at risk for specific causes of injury. We found marked variability in both rates and leading causes of injury by 3-month interval age groupings that were masked by year of age analyses. Children aged 15 to 17 months had the highest overall injury rate before age 15 years. This coincides with developmental achievements such as independent mobility, exploratory behavior, and hand-to-mouth activity. The child is able to access hazards but has not yet developed cognitive hazard awareness and avoidance skills. A remarkable finding was the high rate of battering injury among infants 0 to 5 months, suggesting the need to address potential child maltreatment in the perinatal period. Poisoning was the second major leading cause of injury; more than two thirds were medication. Cultural factors may influence views of medications, storage practices, use of poison control system telephone advice, and risk of toddler poisoning. The pedestrian injury rate doubled between 12 and 14 months and 15 and 17 months and exceeded motor vehicle occupant injury rates for each 3-month interval from 15 to 47 months. Pedestrian injury has not received sufficient attention in general and certainly not in injury prevention counseling for children younger than 4 years. Anticipatory guidance for pedestrian injury should be incorporated before 1 year of age. Effective strategies must be based on the epidemiology of childhood injury. Pediatricians and other pediatric health care providers are in a unique position to render injury preven-

tion services to their patients. Integrating injury prevention messages in the context of developmental assessments of the child is 1 strategy. These data can also be used for complementary childhood injury prevention strategies such as early intervention programs for high-risk families for child abuse and neglect, media and advocacy campaigns, public policies, and environmental and product design.

#### Kommentar

*Ein hervorragender Artikel, den alle Pädiater lesen sollten! Insbesondere die Grafiken, die für jeden Unfallmechanismus das Vorkommen in 3-Monats-Intervallen und den entsprechenden Altersgipfel zeigen, sind äusserst einprägsam und erlauben eine ganz gezielte antizipatorische Beratung in der Praxis.*

#### Kurz tabellarisch zusammengefasst:

Alter	Spezifische Haupt-Unfallursache
0–2 Monate	Hinunterfallen
3–5 Monate	Kindsmisshandlung
6–8 Monate	Hinunterfallen von Möbeln
9–11 Monate	Fremdkörper (nicht Luftwege)
12–17 Monate	Verbrühungen
18–35 Monate	Vergiftungen (Medikamente)
36–47 Monate	Fussgängerunfälle

#### Commentaire

*Un excellent article que tout pédiatre devrait lire! Tout particulièrement les graphi-*

ques, faciles à retenir et indiquant, pour chaque mécanisme d'accident, la fréquence à intervalles de 3 mois ainsi que le pic d'âge respectif, permettant ainsi des conseils préventifs ciblés dans la consultation du praticien.

Age	Cause principale, spécifique d'accident
0–2 mois	chute
3–5 mois	mauvais traitement
6–8 mois	chute d'un meuble
9–11 mois	corps étrangers (pas des voies respiratoires)
12–17 mois	brûlures
18–35 mois	intoxications (médicaments)
36–47 mois	accidents de piétons

Ulrich Lips, Zurich

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

## Nephrotic syndrome in childhood

Eddy AA, Symons JM.

Lancet 2003; 362 (9384): 629–39

Childhood nephrotic syndromes are most commonly caused by one of two idiopathic diseases: minimal-change nephrotic syndrome (MCNS) and focal segmental glomerulosclerosis (FSGS). A third distinct type, membranous nephropathy, is rare in children. Other causes of isolated nephrotic syndrome can be subdivided into two major categories: rare genetic disorders, and secondary diseases associated with drugs, infections, or neoplasia. The cause of idiopathic nephrotic syndrome remains

unknown, but evidence suggests it may be a primary T-cell disorder that leads to glomerular podocyte dysfunction. Genetic studies in children with familial nephrotic syndrome have identified mutations in genes that encode important podocyte proteins. Patients with idiopathic nephrotic syndrome are initially treated with corticosteroids. Steroid-responsiveness is of greater prognostic use than renal histology. Several second-line drugs, including alkylating agents, ciclosporin, and levalisole, may be effective for complicated and steroid-unresponsive MCNS and FSGS patients. Nephrotic syndrome is associated with several medical complications, the most severe and potentially fatal being bacterial infections and thromboembolism. Idiopathic nephrotic syndrome is a chronic relapsing disease for most steroid-responsive patients, whereas most children with refractory FSGS ultimately develop end-stage renal disease. Research is being done to further elucidate the disorder's molecular pathogenesis, identify new prognostic indicators, and to develop better approaches to treatment.

### Kommentar

*Knapp und lesbar; um Ihre Kenntnisse von Pathogenese und Pathophysiologie, Diagnostik, Therapie und Verlauf des nephrotischen Syndroms im Kindesalter auf den neuesten Stand zu bringen. Mit ausführlicher Literaturangabe (140 Titel).*

### Commentaire

*Succint et lisible; pour une mise à jour de vos connaissances de la pathogenèse et*

*physiopathologie, du diagnostic, du traitement et du pronostic du syndrome néphrotique chez l'enfant. Avec une vaste bibliographie (140 titres).*

Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

## The use of pulse oximetry to detect congenital heart disease

Reich JD, Miller S, Brogdon B, Casatelli J, Gompf TC, Huhta JC, Sullivan K.  
J Pediatr 2003; 142 (3): 268–72

**Objective:** To evaluate whether pulse oximetry can be used as a screening test to detect congenital heart disease (CHD) in otherwise well newborns before nursery discharge.

**Methods:** Births at Lakeland Regional Medical Center (LRMC) who met inclusion criteria, had a single pulse oximeter reading before discharge. A normal reading was considered to be > 94%. Abnormal readings were repeated on a different extremity and if still abnormal, an echocardiography was performed. The number of children with CHD and the number of echocardiograms were compared with the previous year at LRMC.

**Results:** There were 2114 infants enrolled, 88 echocardiograms (3.8%) were performed, and 43 were abnormal (yield = 48.9%), of which 12 required management (13.6%). The control group consisted of 2851 births, producing 108 echocardiograms.

grams (3.8%), 42 of which were abnormal (38.9%), and 13 required management (12.0%). No comparisons were significant. During both years, 3 children with cyanotic CHD were born. Routine pulse oximetry failed to detect a child with total anomalous pulmonary venous return. Not a single normal echocardiogram was generated by the study.

*Conclusion:* Routine pulse oximetry was nearly 100% specific for detecting cyanotic CHD; as a result there was no increase in the number of echocardiograms. Routine pulse oximetry did detect a child who might not have been detected otherwise but failed to detect one that should have been detected.

### Commentaire

*Une mesure systématique de la SaO<sub>2</sub> a été effectuée chez 2114 nouveaux-nés avant leur départ de la maternité. Elle a été considérée comme normale si sa valeur était > 94%. Une oxymétrie anormale était vérifiée: si l'anomalie persistait une échocardiographie a été effectuée: sur 88 échocardiographies (3.8%), 43 étaient anormales (48.9%), 12 ont nécessité un traitement. Il n'a pas eu d'augmentation des échocardiographies effectuées par rapport à un groupe de contrôle. Cet examen simple semble avoir une très bonne spécificité (sa sensibilité ne peut pas encore être déterminée vu le petit nombre de cas pathologiques décelés) pour la détection de cardiopathies congénitales parfois peu symptomatiques dans la période néonatale et pourrait s'avérer un test de dépistage utile.*

René Tabin, Sierre

### Neue Website für deutsch-sprachige Leser

Unter <http://www.thelancet.de> finden Sie jede Woche eine Zusammenfassung der wichtigsten Veröffentlichungen aus der aktuellen Lancetausgabe in deutscher Sprache.

Sabine Kleinert, The Lancet, London