

Erratum

L. Rossler, V. Sander, I. Teuber, M. Stücker, A. Kreuter, I. Stricker, E. Hamelmann
 Gefäßanomalie in der Wangenregion eines Säuglings – Diagnostischer Prozess anhand einer Kasuistik
 DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1548945>
 Klin Padiatr: 2015; 227 (03): 176–180

In Tabelle 1 gab es Verschiebungen der Zeile "Epidemiologie, Prävalenz und Geschlechtsverteilung".
 Diese Verschiebung wurde korrigiert. **Tabelle 1.**

Tab. 1 Unterteilung der Gefäßanomalien im Säuglingsalter nach verschiedenen Aspekten (die auf unseren Patienten zutreffenden Diagnosekriterien sind fettgedruckt).

	Infantiles Hämangiom	Kongenitales Hämangiom (RIC¹, NIC²)	Venöse Gefäßmalformation (VM)
Epidemiologie	Frühgeborene+++		Häufig fehldiagnostiziert als Hämangiom Häufig fehlbezeichnet als kavernoöses Hämangiom Sporadisch, familiär, syndromal (KTS*, BRBN [°])
Prävalenz	(30%: GG < 1000 g – 2,5%: reife Neugeborene) häufig (10% Kaukasier im Alter von 1 Jahr)	selten	Inzidenz: 0,44% (Kong. Gefäßmalformationen 1,2%)
Geschlechts- verteilung	Mädchenwendigkeit (3–9 Mädchen:1 Junge)	gleich	Annähernd gleich
Klinik – bei Geburt	Precursorläsion – lokale Telangiektasie – makulöses Erythem – heller Fleck	Gefäßtumor , ausgewachsen, mit intra- uterinem Beginn Lila Farben, grau mit oberflächlichen Venen oder Telangiektasien	Vorhanden , aber häufig nicht symptomatisch Bläuliche, weiche, komprimierbare Läsion Lokal begrenzt (oberflächlich kutan, mukös) o. in die Tiefe infiltrierend (Muskel, Knochen..)
– Verlauf	Überproportionales Wachstum im 1. LJ typisches Wachstums – und Regressionsmuster > 1. LJ	proportionales Wachstum mit dem Patientenalter RICH: vollständige Rückbildung innerhalb des 1. LJ NICH: keine Rückbildung	Topographie: Stamm – Extr., Kopf , Hals Proportionales Wachstum mit dem Kind Größenzunahme (Pubertät, Schwangerschaft, Trauma, OP)
Bildgebung [3] – Ultraschall	nicht pathognomonisch Homogene RF mit einzelner oder wenigen Gefäßen (58%) sichtbare Gefäße in 15% keine Verkalkungen	nicht pathognomonisch heterogenes Muster (72%) mehr sichtbare Gefäße (hypoechogene Herde) in 72% mit erhöhtem venösen Anteil (breite Gefäße) Verkalkungen sind wegweisend (17%)	Hinweisend Hypoechogene Raumforderung, wenig Stroma Von der simplen Phlebektasie bis hin zu multiplen, dilatierten und geschlängelten Gefäßkanälen Komprimierbar (falls keine Thrombosierung) Phlebolith (nicht konstant, chronischer Thrombus)
– Farbdoppler	Hohe Gefäßdichte hohe arterielle Flussgeschwind- igkeit (Widerstand niedrig). peak systolic shift (> 2 kHz)	Einzelnes zentrales arterielles Gefäß mit senkrechtem Verlauf zur Hautoberfläche und mit schnellem Fluss Gefäßaneurysmen und arterio-venöse Shunts	sehr langsamer bzw. kein Blutfluss („Slow flow“) Intraseptale zuführende Arteriolen sind möglich!
Histopathologie	Gefäße mit erhöhter Ratio Mediadicke:Lumen	Lobuli mit proliferierenden kleinen Gefäßen – Fibrose – breite, venöse Gefäßkanäle Verkalkungen – Gefäßthromben	Dünnwandige, dilatierte Gefäßkanäle Anormale Wandmuskulatur – Venöse Thromben
Immunhisto- chemie	Endothel exprimiert GLUT-1	GLUT-1 negativ	CD31, CD34, Aktin positiv fehlende endotheliale Proliferation (MiB-1)
Komplikationen	Beteiligung von lebenswichtigen Organen (Kehlkopf, Leber) – Amblyopie	Herzinsuffizienz durch High-output möglich Mögliche Entwicklung zu Kasabach-Merritt Syndrom	Je nach Topografie: Exophthalmie, Zahnfehlstellung, intest. Blutung, unterschiedl. Länge der Gliedmaßen, ..
Therapie	Propranolol in der Wachstum- sphase bei problematischer oder lebensbedrohlicher Topografie	Exzision frühestens nach 14-18 Monaten – Kein Ansprechen auf Propranolol	Indikation bei Schmerzen, Blutung, Entstellung, Funktionsverlust: Kompression, mehrstufige Exzi- sionen, radiologisch interventionell

* Klippel-Trenaunay Syndrom; ° Blue Rubber Bleb Nevus Syndrom; ¹ Rapid Involuting Congenital Hemangioma; ² Non Involuting Congenital Hemangioma