

Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP)
Facharztprüfungskommission
Postfach
3000 Bern 25
Société Suisse de Pédiatrie (SSP)
Commission pour les examens de spécialité
Case Postale
3000 Berne 25

Facharztprüfung für Pädiatrie / Examen de Pédiatrie

Schriftliche Prüfung - Examen Ecrit

Bern - Berne

2 . 12 . 1999

Name - Nom

.....

Vorname - Prénom

.....

Privatadresse - Adresse privée

.....

.....

**Koordination der Prüfung 1999
Coordination de l'examen 1999**

C. Casaulta Aebischer, N. von der Weid, M.G. Bianchetti

Fall-Cas 1

Fallbeschreibung: Der kleine Peter wurde im Alter von 15 Monaten von seinem Kinderarzt untersucht und gemäss Plan geimpft. Dabei betrug das Körpergewicht des Kindes 11,0 kg (Perzentile 50). Zwei Wochen später treten bei Peter (sowie bei anderen Familienmitgliedern) Fieber, Erbrechen und wässrige Durchfälle auf. Der zugezogene Arzt findet ein Kind in einem guten Zustand ohne Anhaltspunkte für eine Dehydratation und empfiehlt eine Hydratation mit Coca-Cola und später einen vorsichtigen Aufbau. Bei Zunahme der Durchfälle (die auch blutig werden) sowie bei Auftreten einer generalisierten Konvulsion wird vom nochmals zugezogenen Kinderarzt eine notfallmässige Hospitalisation verordnet.

Status beim Spitaleintritt: Rectaltemperatur 39,6 °C, Gewicht 9,8 kg, Blutdruck 103/58, Puls 165/min. (regelmässig), Peripherie eher kalt und bläulich, Rekapillarisationszeit 6 Sek. Die Schleimhäute sind trocken, beim Weinen sind keine Tränen zu sehen. Im Abdomen sind lebhaft Darmgeräusche hörbar. Während der Untersuchung entleert das Kind blutige Stühle. Es wird eine Infusion angelegt, eine Blutentnahme durchgeführt und anschliessend parenteral eine Flüssigkeit gegeben. Zwei Stunden später treffen die Blutwerte ein: Hämoglobin 146 g/L (Norm: 100-150), Leukozyten $4,8 \times 10^9/L$ (Norm: 5,9- 12,5) mit einer Linksverschiebung von 46%, Natrium 123 mmol/l (Norm: 131-149 mmol/L), Kalium 3,0 mmol/L (Norm: 3,5-5,0), Chlorid 83 mmol/L (Norm: 95-110), Calcium gesamt 2,55 mmol/L (Norm: 2,10-2,60), pH 7,18 (Norm: 7,35-7,45), Bicarbonat venös 9,0 mmol/l (Norm: 18,0-28,0), pCO₂ 24,9 mmHg (Norm: 35,0-45,0), Glukose 9,3 mmol/l, Creatinin 106 µmol/l (Norm bis 76), Harnstoff 19,3 mmol/l (Norm bis 7,2), Protein total 83 g/l (Norm: 60-80).

Das Kind wird während 18 Stunden ausschliesslich parenteral hydriert und später aufgebaut. Die initial stark pathologischen Blutwerte sind 2 Tage nach der Spitalaufnahme absolut normal. Eine Neigung zu schlecht geformten Stühlen persistiert während insgesamt 2 Wochen. Unter strikter Diäteeinhaltung werden jedoch die Stühle unauffällig.

Présentation du cas: Pierre a été vacciné à l'âge de 15 mois conformément au calendrier suisse. A cette occasion son poids était de 11,0 kg (percentile 50). Deux semaines plus tard l'enfant et sa famille développent des diarrhées aiguës, des vomissements et de la fièvre. Un médecin ne constate aucun signe de déshydratation. Les parents installent une réhydratation orale avec du Coca-Cola et une reprise progressive de l'alimentation. Toutefois les diarrhées continuent (et deviennent sanglantes), l'état général de l'enfant se dégrade et l'enfant est admis à l'hôpital. Pendant le transport à l'hôpital on constate des convulsions généralisées. Examen clinique: très mauvais état général, température rectale 39,6 °C, poids 9,8 kg, tension 103/58 mm Hg, fréquence cardiaque 165/minute, périphérie plutôt froide et cyanosée, temps de recapillarisation 6 secondes, muqueuses sèches, absence de larmes. L'abdomen est distendu. Vous faites une prise de sang et commencez une réhydratation par voie intra-veineuse. Deux heures plus tard, vous recevez les examens de laboratoire: hémoglobine 146 g/L (valeurs normales: 100-150), globules blancs $4,8 \times 10^9/L$ (valeurs normales: 5,9- 12,5) avec déviation gauche 46%, sodium 123 mmol/l (valeurs normales: 131-149 mmol/L), potassium 3,0 mmol/L (valeurs normales: 3,5-5,0), chlore 83 mmol/L (valeurs normales: 95-110), calcium total 2,55 mmol/L (Norm: 2,10-2,60), pH 7,18 (valeurs normales: 7,35-7,45), bicarbonate 9,0 mmol/l

(valeurs normales: 18,0-28,0), pCO₂ 24,9 mmHg (valeurs normales: 35,0-45,0), glucose 9,3 mmol/l, créatinine 106 µmol/l (valeurs normales < 76), urée 19,3 mmol/l (valeurs normales: <7,2), protéines totales 83 g/l (valeurs normales: 60-80). Le déséquilibre électrolytique se corrige dans les 48 heures. Toutefois une tendance aux diarrhées persiste pendant 2 semaines et ne s'améliore qu'après exclusion transitoire du lait de vache pendant 10 jours.

Fragen 1 und 2: Welche Impfungen werden im Alter zwischen 15 und 18 Monaten empfohlen? Differenzieren Sie bitte zwischen Vervollständigungen und neuen Impfungen.

Questions 1 et 2: Quelles vaccinations sont actuellement recommandées en Suisse entre l'âge de 13 et 18 mois? Distinguez entre compléments et nouvelles vaccinations.

Antwort-Réponse 1 [Vervollständigungen = complément]: Poliomyelitis, Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Hemophilus B

Antwort-Réponse 2 [Neu = nouveaux] : Mumps, Masern, Röteln

Frage 3*: Welche Lösung (und welche Menge) wurde für die initiale Hydratation (2 Stunden) dieses Kindes gewählt?

Question 3*: Quelle solution (et quelle quantité) a été administrée par voie intra-veineuse chez cet enfant pendant les deux premières heures?

Antwort-Réponse: Isotonische Kochsalzlösung (eventuell Ringer) 20-60 ml/kg. Richtig ist die Gabe von Albumin, sicher falsch die Gabe jeder hypotonen Lösung.

Frage 4: Welche Mechanismen könnten die schwere metabolische Azidose dieses Kindes erklären? Erwähnen Sie mindestens deren drei.

Question 4: Nommez au moins 3 mécanismes potentiellement responsables de l'acidose métabolique de cet enfant?

Antwort-Réponse:

1. Intestinale Bicarbonatverluste
2. Lactat-Azidose bei Schocksyndrom
3. Ketoazidose bei fehlender Kalorienzufuhr
4. Störung der renalen Azidifikation bei prärenalener Niereninsuffizienz

Frage 5: Welche Keime könnten die **blutige** Diarrhoe dieses Kindes erklären? (Nennen Sie deren **zwei**).

Question 5: Nommez **deux** microorganismes potentiellement responsables de cette diarrhée **sanglante**.

Antwort-Réponse:

1. Shigella
2. Salmonella
3. Escherichia coli (verotoxinbildend) = enterohämorrhagisch

Sicher falsch: Rotavirus

Frage 6: Welche ist die zugrunde liegende Ursache für die Persistenz der Durchfälle während ca. 2 Wochen?

Question 6: Quelle est la cause de la persistance des diarrhées pendant 2 semaines?

Antwort-Réponse: Postenteritisches Syndrom (Disaccharidase-Mangel oder transitorische Proteinintoleranz).

Frage 7: Erwähnen Sie 2 mögliche Ursachen für die kurz vor der Hospitalisation beobachteten Konvulsionen.

Question 7: Nommez deux causes possibles des convulsions observées juste avant l'hospitalisation.

Antwort-Réponse:

1. Fieberkrampf
2. Krampf bei Hyponatriämie
3. Krampf bei Shigellose

Fall-Cas 2

Fallbeschreibung: Sie sind mit einem 6 Tage alten gut aussehenden neugeborenen Kind konfrontiert, bei dem mehrmals seit Geburt tiefe Blutzuckerwerte (schwankend zwischen 0,12 und 1,55 mmol/L) festgestellt wurden.

Anamnese: Die Eltern sind gesund und blutverwandt (Cousins zweiten Grades). Ein älterer, jetzt 3 Jahre alter Bruder ist gesund. Die Schwangerschaft war programmiert und problemlos. Geburt in der 39. Schwangerschaftswoche, keine subpartuale Warnzeichen, Geburtsgewicht 3,23 kg, Geburtslänge 0,490 m, Apgar 7/10. Das Kind wird ausschliesslich gestillt.

Status: Gewicht 3,15 kg, guter Zustand, Temperatur rectal 36,9 °C, Puls 110/minute, Blutdruck 83/55 mm Hg, Peripherie rosig und warm, keine neurologischen Auffälligkeiten. Leber weich, 3 cm unter dem Rippenbogen, Milz am Rippenbogen palpabel. Keine auf Hypoglykämie verdächtige Symptome.

Hilfsuntersuchungen: Blutbild, CRP und Guthrietest ohne Besonderheiten.

Présentation du cas: Un nouveau-né de 6 jours se porte bien. On a toutefois constaté à maintes reprises des valeurs basses de glycémie (entre 0,12 et 1,55 mmol/L).

Histoire: Parents cousins germains. Un frère de 3 ans sain. Grossesse sans particularité, accouchement par voie basse, poids de naissance 3.23 kg (39ème semaine gestationelle), taille 0.490 m, Apgar 7/10, alimentation au sein.

Examen clinique: poids 3,15 kg, bon état général, bonne coloration périphérique. Aucun signe d'alarme suggestif d'une hypoglycémie.

Laboratoire: formule, CRP et test de Guthrie normales.

Frage 8*: Bezeichnen Sie 4 auf "Hypoglykämie verdächtige Symptome" bei neugeborenen Kindern.

Question 8*: Nommez 4 signes cliniques typiques d'hypoglycémie néonatale.

Antwort-Réponse:

1. Krämpfe
2. Zitterigkeit (Berührungsempfindlichkeit)
3. Apathie
4. Muskelhypotonie
5. Atempausen (bis Apnoe)

Frage 9: Welche 4 klassischen Ursachen einer transitorischen neonatalen Hypoglykämie sind bei diesem Kind **un**wahrscheinlich?

Question 9: Nommez 4 causes d'hypoglycémie néonatale qui sont **im**probables chez notre patient.

Antwort-Réponse:

1. Frühgeburtlichkeit
2. Mangelgeburtlichkeit
3. Asphyxie
4. Infektionen
5. Diabetische Mutter

Frage 10: Im Alter von 3 Wochen wird, bei Persistenz der Neigung zur Hypoglykämie, eine Glukagonbelastung (in der klassischen, anerkannten Dosierung von 30 µg/kg) vorgenommen. Diese zeigt folgendes Ergebnis:

	Blutzucker (Glycémie) mmol/L
- 15 Minuten vor Glukagon (15 min avant glucagon)	2,01
- 1 Minuten vor Glukagon (1 minute avant glucagon)	1,93
- 5 Minuten nach Glukagon (5 minutes après glucagon)	1,85
- 10 Minuten nach Glukagon (10 minutes après glucagon)	2,13
- 15 Minuten nach Glukagon (15 minutes après glucagon)	1,77
- 30 Minuten nach Glukagon (30 minutes après glucagon)	2,00
- 60 Minuten nach Glukagon (60 minutes après glucagon)	2,35

Welche Diagnose vermuten Sie nun bei diesem Kind?

Question 10: La tendance aux hypoglycémies persiste. Pour cette raison on pratique, à l'âge de 3 semaines, un test au glucagon (30 µg/kg). Avec le résultat suivant:

	Blutzucker (Glycémie) mmol/L
- 15 Minuten vor Glukagon (15 min avant glucagon)	2,01
- 1 Minuten vor Glukagon (1 minute avant glucagon)	1,93
- 5 Minuten nach Glukagon (5 minutes après glucagon)	1,85
- 10 Minuten nach Glukagon (10 minutes après glucagon)	2,13
- 15 Minuten nach Glukagon (15 minutes après glucagon)	1,77
- 30 Minuten nach Glukagon (30 minutes après glucagon)	2,00
- 60 Minuten nach Glukagon (60 minutes après glucagon)	2,35

Votre diagnostic?

Antwort-Réponse: hepatische Glykogenose (akzeptabel: Unfähigkeit, Glykogen aus der Leber zu mobilisieren)

Fall-Cas 3

Fallbeschreibung: Sie werden zu einer Sectioentbindung in der 37. Schwangerschaftswoche gerufen. Nach unkompliziertem Schwangerschaftsverlauf fiel in der 32.

Schwangerschaftswoche erstmals ein Oligohydramnion und eine schwangerschaftsinduzierte arterielle Hypertonie auf. Bei stark verzögertem intrauterinem Wachstum und Cardiotocogramm mit variablen Dezelerationen wurde die Indikation zur Sectioentbindung gestellt.

Présentation du cas: On vous appelle pour une césarienne (37ème semaine gestationelle). Après une grossesse sans problèmes, on a constaté une hypertension artérielle et un oligohydramnios (32ème semaine). Suite à un ralentissement de la croissance intra-utérine et à des perturbations cardiotocographiques (décélérations variables) on pratique une césarienne en urgence.

Frage 11*: Nachdem Sie das Neugeborene getrocknet, im Mund und in den Nasenöffnungen abgesaugt haben, zeigt es auch bei korrekter Positionierung des Kopfes und kurzer weiterer Stimulation nur eine unregelmässige Spontanatmung und eine Herzfrequenz von 100/Min. Welche Massnahme ergreifen Sie als nächstes?

Question11*: Vous séchez le nouveau-né, vous aspirez les cavités buccales et nasales et constatez que malgré une position correcte de la tête et quelques stimulations il ne présente

qu'une respiration spontanée irrégulière avec une fréquence cardiaque de 100/minute. Qu'est-ce que vous entreprenez?

Antwort-Réponse: Maskenbeatmung

Frage 12: Im Alter von einer Minute zeigt das Neugeborene eine unregelmässige Schnappatmung, eine Herzfrequenz von 90/Minute, eine leichte Flexionshaltung der Extremitäten, ein leichtes Grimassieren beim Absaugen des Mundes und der Nase, sowie eine generalisierte Zyanose. Welchen 1-Minuten Apgar Score geben Sie diesem Patienten?

Question 12: Une minute après la naissance on note une fréquence cardiaque de 90/minute, une légère flexion des extrémités, une petite grimace (suite à une nouvelle aspiration de la cavité buccale) et une cyanose généralisée. Estimez le score d'Apgar.

Antwort-Réponse: Apgar (1 Minute) = 4 (Atmung 1, Herzfrequenz 1, Muskeltonus 1, Reflexe 1, Kolorit 0)

Frage 13*: Nach erfolgreicher Reanimation entwickelt das Neugeborene im Alter von 15 Minuten ein Atemnotsyndrom. Nennen sie **vier** klinische Zeichen eines Atemnotsyndromes beim Neugeborenen.

Question 13*: La réanimation initiale s'avère efficace. Toutefois 15 minutes après la naissance on constate la présence d'un syndrome de détresse respiratoire. Nommez **quatre** signes cliniques de détresse respiratoire néonatale.

Antwort-Réponse:

1. Tachypnoe (Atemfrequenz > 60/Min)
2. Expiratorisches Stöhnen (gémissement expiratoire, grunting)
3. Nasenflügeln (flaring, battement des ailes du nez)
4. Einziehungen (tirage)
5. Zyanose (cyanose)

Frage 14: Erwähnen Sie drei Ursachen für das neonatale Atemnotsyndrom dieses Kindes?

Question 14: Nommez trois causes pour le syndrome de détresse respiratoire de ce nouveau-né.

Antwort-Réponse:

1. Transiente Tachypnoe des Neugeborenen (wet lung)
2. Pneumothorax
3. Aspiration
4. Neonatale Infektion
5. Persistierende pulmonale Hypertonie des Neugeborenen
6. Pulmonale Missbildungen (kongenitale zystische adenomatoide Malformation, kongenitales lobäres Emphysem)

Fall-Cas 4

Fallbeschreibung: Um 10 Uhr morgens sehen Sie in Ihrer Praxis ein 4 Monate altes, gesundes Mädchen zu einer Routinekontrolle. Die Patientenanamnese ist bland. Klinisch stellen sie bis auf eine leichte Rhinitis, keine pathologischen Befunde fest. Sie verabreichen die Impfung gemäss Plan. Um 19 Uhr wird das Mädchen von der Mutter im Bett tot aufgefunden. Die nach dem Tod durchgeführten Abklärungen sowie die Autopsie ergeben keine pathologischen Befunde.

Présentation du cas: Le matin à 10 heures vous examinez un nourrisson de 4 mois. Il va bien (mis à part une petite rhinite) et vous le vaccinez (conformément au calendrier). Le soir à 19 heures les parents retrouvent le cadavre de l'enfant dans son lit. La mort de l'enfant reste inexplicquée malgré une autopsie rigoureusement conduite.

Frage 15: Welche Beziehung finden Sie zwischen SIDS (= plötzlicher Säuglingstod) und der durchgeführten Impfung?

Question 15: Quelle est le lien entre la mort subite de ce nourrisson et le vaccin appliqué quelques heures auparavant?

Antwort-Réponse: Kein Zusammenhang. Es handelt sich um eine Koinzidenz.

Frage 16: Welches Risiko besteht bei weiteren Geschwistern?

Question 16: Quel est le risque pour la future fratrie de l'enfant décédé?

Antwort-Réponse: Risiko 10-20 Mal höher (Allgemeinbevölkerung zirka 1/1000)

Frage 17: Erwähnen Sie **drei** Massnahmen, die sich in der Prävention des plötzlichen Säuglingstodes bewährt haben.

Question 17: Nommez **trois** recommandations, qui pourraient éviter la mort subite chez les nourrissons?

Antwort-Réponse:

1. Rückenlage als Schlafposition (Alternative: stabile Seitenlage)
2. Rauchen ist zu unterlassen (Schwangere und Säuglinge leben in rauchfreier Umgebung)
3. Temperaturkontrolle (Schlafzimmer 18-20 °C, Kind nicht zu warm anziehen, Tragtaschen nicht auf Bodenheizungen stellen)
4. Säuglinge sollen wenn immer möglich gestillt werden
5. Bei Unwohlsein des Kindes soll rasch ein Arzt aufgesucht werden

Frage 18: Einige Zentren empfehlen bei Kindern mit hohem SIDS-Risiko eine präventive Therapie mit Theophyllinpräparaten. Beruht diese Strategie auf die Evidenz von kontrollierten Studien?

Question 18: Quelques centres préconisent l'institution d'une pharmacothérapie avec théophylline chez les nourrissons particulièrement à risque de mort subite. Est-ce que cette stratégie repose sur des résultats d'études bien contrôlées?

Antwort-Réponse: Nein. Es handelt sich um Anekdotik. Es ist eher anzunehmen, dass Theophyllinpräparate einen gastroesophagealen Reflux und somit einen Tod infolge Aspiration von Mageninhalt verursachen.

Fall-Cas 5

Fallbeschreibung: Ein 5 Wochen alter männlicher Säugling, vorher immer gesund und voll gestillt wird notfallmässig eingewiesen wegen einer plötzlich aufgetretenen Bewusstseinsstrübung. Im Status fällt eine schlaffe Hemiparese links und ein leichter Ikterus auf. Die notfallmässig durchgeführte Computertomographie zeigt eine rechtsseitige Einblutung im Bereiche der Capsula interna.

Présentation du cas: Un nourrisson de 5 semaines a une perte de conscience aiguë. L'examen clinique révèle une hémiplégié gauche et un léger ictère. La tomographie assistée par ordinateur visualise une hémorragie au niveau de la capsule interne à droite.

Frage 19: Nennen Sie **drei** Systeme, welche aufgrund eines bestehenden Defektes, zu einer Blutung führen können.

Question 19: Nommez **trois** systèmes dont des dysfonctions peuvent mener à une hémorragie.

Antwort-Réponse:

1. Plasmatisches Gerinnungssystem
2. Thrombozyten
3. Gefässe

Frage 20*: Die Laboruntersuchungen zeigen folgende Ergebnisse: Hämoglobin 82 g/L (Norm: 100 oder mehr), Thrombozyten $282 \times 10^9/L$ (Norm: 150-450), Leukozyten $10,5 \times 10^9/L$ (Norm: 5,0-15,0), Prothrombinzeit (= Quick) 6% (Norm: 70-100%), partielle Thromboplastinzeit (aPTT) 300 Sekunden (Norm <36), Fibrinogen 3,2 g/L (Norm: 1,5-3,0), Bilirubin total $182 \mu\text{mol/L}$ (Norm <25), Bilirubin direkt $98 \mu\text{mol/L}$. Nennen Sie unter Berücksichtigung der vorgelegten Laborresultate die wahrscheinlichste Ursache für die Hirnblutung bei dem Säugling.

Question 20*: Les résultats des examens de laboratoire sont les suivants: hémoglobine 82 g/L (valeurs normales: >100), plaquettes $282 \times 10^9/L$ (valeurs normales: 150-450), globules blancs $10,5 \times 10^9/L$ (valeurs normales: 5,0-15,0), Quick (= temps de prothrombine) 6% (valeurs normales: 70-100%), aPTT 300 secondes (valeurs normales <36), fibrinogène 3,2 g/L (valeurs normales: 1,5-3,0), bilirubine totale $182 \mu\text{mol/L}$ (valeurs normales <25), bilirubine directe $98 \mu\text{mol/L}$. Quelle est la cause la plus probable de l'hémorragie chez ce patient?

Antwort-Réponse: Vitamin K-Mangelblutung (Spätform) = Morbus hemorrhagicus neonatorum (forma tarda)

Frage 21: Nach adäquater Behandlung der nachgewiesenen Blutung setzen Sie die diagnostischen Abklärungen fort. Welches Organsystem würden Sie bei dem Säugling weiter untersuchen?

Question 21: Après traitement adéquat de l'hémorragie vous commencez un bilan diagnostic. Vers quel système ou organe orientez-vous votre bilan?

Antwort-Réponse: Leber und Galle (Gallengangatresie?)

Fall-Cas 6

Fallbeschreibung: Bei einem Neugeborenen-Routineuntersuchung erzählt Ihnen die Mutter eines gesunden Neugeborenen die Grossmutter väterlicherseits des Kindes habe seit dem 65. Altersjahr Asthma. Der Vater des Kindes habe keine Atembeschwerden oder Heuschnupfen, dagegen unter der Armbanduhr ein Kontaktekzem entwickelt. Die Mutter selbst habe auch schon von bestimmten Ohrringen Ekzem bekommen. Das ältere Geschwister des Neugeborenen habe vor einigen Monaten auf ein Antibiotikum einen Hautausschlag entwickelt.

Présentation du cas: La mère d'un nouveau-né vous donne quelques renseignements. Le grand-père du nouveau-né souffre d'un asthme qui a débuté à l'âge de 65 ans. Le père a une allergie de contact au bracelet de sa montre. La mère de l'enfant a un eczéma allergique aux boucles d'oreilles. Enfin un frère de l'enfant a une allergie médicamenteuse cutanée à un antibiotique.

Frage 22: Die Mutter fragt Sie, ob ihr Kind ein erhöhtes Risiko habe, in den ersten Lebensjahren Kinderekzem, Asthma oder Heuschnupfen zu entwickeln. Ihre Antwort (je oder nein)?

Question 22: La mère vous demande si son fils a un risque élevé de développer pendant son enfance une dermatite atopique, de l'asthme ou une rhinite allergique. Votre réponse (oui ou non)?

Antwort-Réponse: Nein

Frage 23: Weiter möchte sie wissen, ob es denn nicht einen Bluttest gäbe, mit dem sich das Allergierisiko zum jetzigen Zeitpunkt zuverlässig einschätzen lassen.

Question 23: D'autre part la mère vous demande un examen de laboratoire qui puisse détecter de façon fiable le risque allergique. Un tel examen existe-t-il ou non?

Antwort-Réponse: Es gibt keinen

Frage 24: Nennen Sie mindestens **vier** mögliche Massnahmen, die Sie der sehr besorgten Mutter zur Allergieprävention empfehlen können.

Question 24: Le mère reste assez angoissée. Nommez **quatre** mesures qui pourront diminuer le risque allergique chez l'enfant.

Antwort-Réponse:

1. Wenn möglich 6 Monate ausschliesslich stillen
2. Vermeiden der Zigarettenrauch/Exposition

3. Verzicht auf Haustiere mit Haaren oder Federn
4. Hausstaubmilbenanierung des Kinderzimmers
5. Bei ungenügender Muttermilchmenge Verwendung einer hypoallergenen Milch
6. Vorsichtige Einführung von Beikost
7. Während des ersten Lebensjahres Verzicht auf Eier, Fisch und Nüsse, eventuell auch frische Kuhmilch, Soja und Weizen

Fall-Cas 7

Fallbeschreibung: Die Eltern bringen ihren 6 Wochen alten Patrick zum Kinderarzt, weil er ausgesprochen viel schreit. Gestern haben sich die Nachbarn besorgt bei den Eltern erkundigt, ob Patrick krank sei. Daraufhin haben ihn die Eltern beim Kinderarzt angemeldet. Sie vermuten, dass es sich um Drei-Monats-Koliken handelt.

Présentation du cas: Des parents vous amènent leur petit Patrick (âgé de 6 semaines) qui pousse des hurlements et replie ses genoux sous le thorax. Vous évoquez le diagnostic de coliques idiopathiques du nourrisson.

Frage 25: Nennen Sie **drei** Gruppen von Ursachen (ausser Drei-Monats-Koliken), welche dem Schreien zugrunde liegen können.

Question 25: Nommez **trois** autres groupes diagnostics (autres que les coliques idiopathiques du nourrisson) pour les hurlements du petit Patrick.

Antwort-Réponse:

- 1. somatische Krankheiten (z.B. Leistenhernie, Obstipation)
- 2. Ungenügende Kalorienzufuhr
- 3. Vernachlässigung
- 4. Physiologisches Schreien
- 5. Entzugssymptome (Beispiel: drogensüchtige Mutter)

Frage 26: Nennen Sie mindestens **zwei** Merkmale (ausser normale körperliche Untersuchung), die für Drei-Monats-Koliken typisch sind.

Question 26: Nommez **deux** caractéristiques (autres que l'examen clinique toujours normal) typiques des coliques idiopathiques du nourrisson.

Antwort-Réponse:

- 1. Das Schreien nimmt in den ersten 6 Lebenswochen zu
- 2. Es findet überwiegend in den Abendstunden statt
- 3. Es ist mit 3-5 Monaten verschwunden

Frage 27: Gibt es ein Medikament, welches bei Drei-Monats-Koliken eine nachweisbare therapeutische Wirkung hat?

Question 27: Y a-t-il un médicament avec un effet certain sur les coliques idiopathiques du nourrisson?

Antwort-Réponse: Nein

Frage 28: Was empfehlen Sie den Eltern? Nennen Sie 2 nicht medikamentöse Möglichkeiten.

Question 28: Qu'est-ce-que vous conseillez aux parents. Nommez 2 mesures non pharmacologiques.

Antwort-Réponse:

- 1. Kind vermehrt über den Tag verteilt herumtragen (Snuggly, Tragtuch)
- 2. Möglichst regelmässiger Tagesablauf
- 3. Das Kind in einer Wiege, Hängematte schaukeln
- 4. Entlastung bei Verwandten und Nachbarn suchen

Fall-Cas 8

Fallbeschreibung: Ein 9-Monate alter Knabe aus Bosnien lebt seit Geburt mit ihrer Familie in der Schweiz. Sie wurde bis zum Alter von 5 Monaten gestillt und wird nun praktisch ausschliesslich mit Pastmilch ernährt. Sie nimmt gut an Gewicht zu, macht gute Fortschritte in der psychomotorischen Entwicklung, ist jedoch eher blass.

Körperliche Untersuchung: Gewicht 9,5 kg (Perzentile 75), Länge 0.720 m (Perzentile 50), leichte Blässe, kein Ikterus, guter Allgemeinzustand. Herz: periphere Pulse unauffällig, Töne auskultatorisch unauffällig, Systolisches Geräusch (Intensität: 2/6 bis 3/6) links parasternal Mitte (im Rücken nicht zu hören). Leber und Milz sind nicht palpabel.

Blutbild: Hämoglobin 63 g/L (Norm: 100-130), Hämatokrit 0,21 (Norm: 0.30-0.45), MCV 52 fl (Norm: 78-92), MCH 16 pg (Norm: 27-35), MCHC 310 g/L (Norm: 320-340), Leukozyten $8,3 \times 10^9/L$ (Norm: 5,0-12,5), Thrombozyten $288 \times 10^9/L$ (Norm: 150-450), Retikulozyten 0.5%. Im Blutausstrich deutliche Hypochromie, Mikrozytose und Anisozytose der Erythrozyten

Présentation du cas: Un nourrisson d'origine bosniaque âgé de 9 mois vit en Suisse depuis sa naissance avec ses parents. Il a été nourri au sein jusqu'à l'âge de 5 mois et est actuellement encore en régime lacté exclusif. Son développement somatique et psychomoteur est très satisfaisant. Il vous est présenté à cause d'une pâleur. Examen clinique: pâleur, aucun ictère, aucune organomégalie, bruits cardiaques normaux avec souffle systolique doux (intensité 2/6 - 3/6) au quatrième espace intercostal (pas de souffle dans le dos).

Formule sanguine: hémoglobine 63 g/L (valeurs normales: 100-130), hématocrite 0,21 (valeurs normales: 0,30-0,45), MCV 52 fl (valeurs normales: 78-92), MCH 16 pg (valeurs normales: 27-35), MCHC 310 g/L (valeurs normales: 320-340), globules blancs $8,3 \times 10^9/L$ (valeurs normales: 5,0-12,5), plaquettes $288 \times 10^9/L$ (valeurs normales: 150-450), réticulocytes 0.5%. On note aussi une hypochromie, une microcytose et une anisocytose des globules rouges.

Frage 29: Auf welchem pathophysiologischen Mechanismus beruht dieser hämatologische Befund?

Question 29: Quel est le mécanisme responsable de cette anémie sévère?

Antwort-Réponse: Reduzierte Hämoglobinbildung (= hyporegeneratorische Anämie)

Frage 30*: Die bei diesem Kind nachgewiesenen hämatologischen Auffälligkeiten sind vor allem mit **zwei** Diagnosen vereinbar. Welchen?

Question 30*: Les anomalies de la formule de cet enfant sont compatibles avec **deux** diagnostics. Lesquels?

Antwort-Réponse:

- Eisenmangel (bei reduzierter Eisenzufuhr)
- Thalassämiesyndrom

Frage 31: Welche ist die wahrscheinlichste Ursache des oben beschriebenen Herzgeräusches?

Question 31: Quelle est la cause la plus probable du souffle cardiaque chez cet enfant?

Antwort-Réponse: Funktionell (= Anämiegeräusch)

Fall-Cas 9

Fallbeschreibung: Bei einem 4 Tage alten Termingeborenen der 39. Schwangerschaftswoche ohne subpartuale und neonatale Warnzeichen (Geburtsgewicht 3.480 kg) liegen nun klinische (Hypothermie, Peripherie marmoriert, kalt und schlecht rekapillarisiert) und labormässige (Blutbild: Leukopenie [$2,1 \times 10^9/L$], Linksverschiebung und toxische Granulationen) Zeichen einer systemischen Infektion vor. Sie unternehmen die entsprechenden notfallmässigen Abklärungen (Blutkultur, Lumbalpunktion, Urinuntersuchung) und verordnen Antibiotika (Amoxicillin und Gentamycin). Die Blutentnahme für den "Guthrietest" (= Reihenuntersuchung auf angeborene Stoffwechselstörungen) wird vor Beginn der Antibiotikabehandlung unternommen.

Présentation du cas: Un nouveau-né de la 39^{ème} semaine gestationelle présente au quatrième jour de vie les manifestations cliniques (hypothermie, léthargie, apnées, cyanose) et les altérations hématologiques (formule avec leucopénie [$2,1 \times 10^9/L$] et déviation gauche) d'une septicémie du nouveau-né. Vous entreprenez le bilan diagnostic (hémoculture et culture du liquide céphalo-rachidien) et effectuez la prise de sang pour le dépistage systématique métabolique néonatal (= test de Guthrie).

Frage 32: Der "Guthrietest" (= Reihenuntersuchung auf angeborene Stoffwechselstörungen) soll vor Beginn der Antibiotikabehandlung durchgeführt werden. Die Durchführung der erwähnten Untersuchung bei einem mit Antibiotika behandelten Kind birgt die Gefahr von falsch normalen Ergebnissen. Welche mit dem "Guthrietest" erfasste metabolische Erkrankung könnte in Zusammenhang mit der Antibiotikabehandlung verpasst werden?

Question 32: Le sang pour le test de Guthrie (= test de dépistage néonatal pour maladies métaboliques) doit être récolté avant l'administration d'antibiotiques. Une prise de sang pour le test de Guthrie faite après l'administration d'antibiotiques peut éventuellement faire manquer le diagnostic d'une maladie. Laquelle?

Antwort-Réponse: Phenylkentonurie (Hyperphenylalaninämie). Grund: Phenylalanin wird mikrobiologisch bestimmt.

Frage 33: In der Blutkultur wächst Escherichia coli. Welche im Guthrietest erfasste metabolische Erkrankung geht gehäuft mit einer neonatalen Colisepsis einher?

Question 34: L'hémoculture de l'enfant s'avère positive pour Escherichia coli. Quelle maladie métabolique dépistée avec le test de Guthrie peut s'associer à une septicémie néonatale provoquée par ce germe?

Antwort-Réponse: Galaktosämie

Frage 34: Blut für den "Guthrietest" (= Reihenuntersuchung auf angeborene Stoffwechselstörungen) soll in Normalfall am vierten Lebenstag abgenommen werden. Welche (N=2) mit dem "Guthrietest" erfassten metabolischen Erkrankungen könnten anlässlich einer Untersuchung vor dem vierten Lebenstag verpasst werden?

Question 34: La prise de sang pour le dépistage des maladies métaboliques (= test de Guthrie) se fait au quatrième jour de vie. Une prise plus précoce (premier ou deuxième jour) pourrait faire manquer le diagnostic de **deux** maladies métaboliques. Lesquelles?

Antwort-Réponse:

- Phenylkentonurie (Hyperphenylalaninämie)
- Galaktosekonzentration (Enzymaktivität jedoch tief)

Grund: Phenylalanin und Galaktose im Blut nur nach diätetischen Belastung mit Eiweiss respektive Lactose hoch.

Fall-Cas 10

Fallbeschreibung: Eine 17 Jahre alte Patientin mit zystischer Fibrose zeigt eine auffallende Leistungseinbusse, vermehrt Dyspnoe mit "asthmatischen" Beschwerden, vermehrt nächtlichen Husten ohne Fieber oder Schweissausbruch, neu aufgetretenes bräunliches Sputum in Klumpen, Gewichtsverlust, keine Haemoptoe. Eine verstärkte antibiotische und inhalative Therapie (auch eine 14-tägige i.v. Therapie mit einem -Laktamantibiotikum und einem Aminoglykosid) sind bescheiden wirksam.

Présentation du cas: Une adolescente de 17 ans souffrant d'une mucoviscidose présente une dégradation de son état général, une dyspnée, des sibilances, une toux à prédominance nocturne, une perte de poids et une modification de l'expectoration (coloration brunâtre, toutefois pas d'hémoptysie).

Frage 35: Welche **zwei** Komplikationen der zystischer Fibrose kommen mit dieser Anamnese differentialdiagnostisch in Frage?

Question 35: Quelles **deux** complications d'une mucoviscidose faut-il envisager dans ce cas?

Antwort-Réponse:

1. Allergische Bronchopulmonale Aspergillose

2. Exazerbation der chronischen Lungenentzündung durch Problemkeime (Beispiel: Burkholderia cepacia, Stenotrophomonas maltophilia)
3. Diabetes mellitus (sekundär)
4. Kardiale Dekompensation (cor pulmonale)

Frage 36: Welche **drei** Gruppen von Keimen suchen sie im Sputum bei Nichtansprechen auf eine konventionelle i.v. Antibiotikatherapie bei Patienten mit zystischer Fibrose?

Question 36: Quels **trois** groupes de germes recherchez-vous dans les expectorations d'un patient atteint de mucoviscidose ne répondant pas à une antibiothérapie i.v. classique?

Antwort-Réponse:

1. Multiresistente Pseudomonaden (Stenotrophomonas maltophilia, Burkholderia cepacia)
2. Atypische Mykobakterien
3. Mykoplasmen und sonstige klassische respiratorische Keime (Bsp: RSV)
4. Pilze

Frage 37: Welche Diagnose vermuten Sie bei hoher IgE Totalkonzentration im Blut und beim vorliegenden Thoraxbild (**Diapositiv**)?

Question 37: Chez notre patient le taux sanguin total d'immunoglobulines IgE est très haut. D'autre part le cliché de thorax (**diapositive**). Quel est votre diagnostic?

Antwort-Réponse: Allergische Bronchopulmonale Aspergillose

Fall-Cas 11

Fallbeschreibung: Ein 7-Jahre altes Mädchen präsentiert sich bei Ihnen mit einer Anamnese von Müdigkeit, Leistungseinbuße tagsüber und gehäuften Infekten der oberen Luftwege. Im Status fallen eine Mundatmung, eine Polymikroadenopathie am Hals und ein bilateral pathologischer Rinné Versuch auf.

Présentation du cas: Une fille de 7 ans avec une histoire d'infections récidivantes des voies aériennes supérieures vous est présentée pour une fatigabilité accrue et une diminution de ses performances. Examen clinique: obstruction nasale, respiration buccale, polymicroadénopathie cervicale et test de Rinné pathologique ddc.

Frage 38: Welche ist die wahrscheinlichste Ursache der angegebenen Beschwerden?

Question 38: Quel est votre diagnostic?

Antwort-Réponse: Adenoidhyperplasie

Frage 39: Welche hämodynamische Langzeitkomplikation ist bei Persistenz der zugrundeliegenden Erkrankung möglich?

Question 39: Quelle complication hémodynamique à long-terme de cette maladie craignez-vous?

Antwort-Réponse: Cor pulmonale (nächtliche Hypoxie)

Fall-Cas 12

Fallbeschreibung: Eine 16-jährige Jugendliche kommt in die Sprechstunde wegen Ausbleiben der Menstruation seit 12 Wochen. Davor immer regelmässige Zyklen seit 4 Jahren. Sie fühlt sich ausser einer vereinzelt auftretenden leichten Nausea wohl, Appetit normal, normale Essgewohnheiten, keine Gewichtsveränderungen, kein Stress.

Présentation du cas: Une adolescente de 16 ans se présente à votre consultation. Elle n'a plus ses règles depuis 12 semaines (mais elle a eu régulièrement son cycle depuis l'âge de 12 ans). Elle se plaint de petites nausées, mais l'appétit est satisfaisant. Il n'y a eu aucune perte de poids.

Frage 40: Woran müssen Sie an erster Stelle denken?

Question 40: Quel diagnostic envisagez-vous en premier lieu ?

Antwort: Schwangerschaft.

Frage 41: Erwähnen Sie **zwei** weitere Ursachen einer sekundären Amenorrhö bei Jugendlichen.

Questions 41: Nommez **deux** autres causes d'aménorrhée secondaire chez l'adolescente.

Antwort

1. Funktionell (z. Bsp. Essverhaltensstörung)
2. Endokrinologische Störung (Polycystische Ovarien, Hyperprolactinämie, Anovulation)
3. Amenorrhö bei Sportlerinnen

Fall-Cas 13

Fallbeschreibung: Ein 3monatiger Säugling wird mitte Januar notfallmässig in Ihre Praxis gebracht, weil er merkwürdig atmet. Das Kind wirkt ängstlich, unruhig, und reagiert kaum auf die Untersuchung. Es ist blass und zyanotisch. Die Atemfrequenz beträgt 60/Minute. Die Inspektion zeigt mässige Einziehungen, auskultatorisch hören Sie kaum etwas, ausser ganz am Ende der Expiration ein feines Knistern, das auch vor der Nase hörbar ist.

Présentation du cas: Mois de janvier. On vous présente un nourrisson de 3 mois avec une maladie respiratoire aiguë. Examen clinique : pâleur et cyanose, fréquence respiratoire 60/minute, tirage intercostal important, quelques crépitations à l'auscultation en fin d'expiration.

Frage 42: Wie lautet die wahrscheinlichste Diagnose?

Question 42: Quel est le diagnostic le plus probable ?

Antwort-Réponse: RSV-Infektion mit Bronchiolitis

Frage 43*: Welches ist die erste Notfallmassnahme?

Frage 43*: Quel est votre premier traitement?

Antwort-Réponse: Sauerstoffgabe

Frage 44: Welche Risikofaktoren könnten einen besonders schweren Verlauf dieser Erkrankung erwarten lassen? Nennen Sie **zwei**.

Frage 44: Nommez **deux** facteurs de risque faisant craindre une évolution particulièrement compliquée.

Antwort-Réponse:

1. Bronchopulmonale Dysplasie (Status nach sehr kleiner Frühgeburt)
2. Angeborener Herzfehler
3. Immundefizienz

Fall-Cas 14

Fallbeschreibung: Ein 13 Monate alter Knabe präsentiert sich in der Praxis mit pfeifender Atmung ohne Zeichen eines viralen Infektes. Anamnestisch handelt es sich um die fünfte Episode mit pfeifender Atmung. Als Kleinkind hatte der Knabe eine leichte atopische Dermatitis. In der Familienanamnese sind sämtliche sechs Cousins Asthmatiker. Zu Hause hält die Familie einen Hund und eine Katze.

Présentation du cas: On vous présente un enfant de 13 mois qui a un syndrome obstructif avec des sibilances. Il a déjà eu 5 épisodes d'obstructions bronchiques. A l'âge de 3-9 mois il a eu quelques poussées d'une dermatite atopique. Six de ses cousins souffrent d'asthme. Dans son appartement il y a un chien et un chat.

Frage 45: Auf welchen **drei** anamnestischen Hauptkriterien beruht in diesem Fall die Diagnose eines Asthma bronchiale?

Questions: Quels sont les **trois** données de l'anamnèse qui vous poussent à poser le diagnostic d'asthme bronchique?

Antwort-Réponse:

1. Atopische Dermatitis
2. Familienanamnese
3. >3 Episoden von Pfeifen

Frage 46: Mit welchen **2** Medikamentengruppen führen Sie eine Inhalationstherapie durch?

Question 46: Quels **2** groupes de médicaments utilisez-vous pour les inhalations?

Antwort-Réponse:

1. inhalative Steroide
2. Bronchodilatoren

Frage 47: Welches Inhalationsgerät (**zwei Typen**) verwenden Sie?

Question 47: Quelles sont les **deux** types d'inhalation/d'appareils que vous envisagez ?

Antwort-Réponse:

1. Dosieraerosol mit einer kleinvolumigen Vorschaltkammer (nicht lektrostatisch)
2. Vernebler

Fall-Cas 15

Fallbeschreibung: Ein 5-jähriges, vorher gesundes Mädchen, wird notfallmässig von ihrer Mutter in Ihre Praxis gebracht wegen Abgangs von rotem Urin. Ein Tag früher bemerkte die Mutter eine auffallende Müdigkeit. Keine vorausgehenden Erkrankungen, kein Trauma oder medikamentöse Therapie anamnestisch eruierbar. Sowohl die persönliche- als auch die Familienanamnese sind absolut bland. Klinisch erscheint das Mädchen in mässigem Allgemeinzustand. Sie weist allerdings ein blass-gelbliches Hautkolorit auf. Der Status ist sonst völlig normal. Keine Hepato- oder Splenomegalie. Der Blutdruck beträgt 104/66 mm Hg. Labor: Hämoglobin 74 g/L (Norm 100 und mehr), Leukozyten $9,9 \times 10^9/L$ (norm: 6,9-12,6), Thrombozyten $245 \times 10^9/L$ (Norm: 150-355), verschiedene Sphärozyten im roten Blutbild, Retikulozyten 6,4%, Bilirubin total 46 $\mu\text{mol/L}$ (Norm: <15), Creatinin 56 $\mu\text{mol/L}$ (Norm: <62), LDH 3105 U/L (Norm: <500), ALAT 35 U/L (Norm: <50) und ASAT 20 U/L (Norm: <50). Urin: rötlich-bräunliche Farbe, Protein negativ, Sediment: Erythrozyten 0-2/Gesichtsfeld, Leukozyten 2-5/Gesichtsfeld, keine Bakterien (= Kultur steril).

Présentation du cas: On vous amène en urgence dans votre cabinet une fille suisse de 5 ans en bonne santé habituelle pour l'apparition soudaine d'urines foncées. Elle est fatiguée depuis un jour. Pas de maladie dans l'histoire récente, pas de traumatisme, pas de prise médicamenteuse. L'anamnèse personnelle et familiale est sans particularité. A l'examen clinique, état général moyen, importante pâleur, coloration jaune des sclères mais pas d'hépatosplénomégalie. Pression artérielle 104/66 mmHg.

Laboratoire:

- Sang: hémoglobine 74 g/L (valeurs normales: 100-150), globules blancs $9,9 \times 10^9/L$ (valeurs normales: 6,9-12,6), plaquettes $245 \times 10^9/L$ (valeurs normales: 150-355), réticulocytes 6,4%, au frottis sanguin beaucoup de sphérocytes, bilirubine totale 46 $\mu\text{mol/L}$ (valeurs normales: <15), créatinine 56 $\mu\text{mol/L}$ (valeurs normales: <62), LDH 3105 U/L (valeurs normales: <500), ALAT 35 U/L (valeurs normales: <50), ASAT 20 U/L (valeurs normales: <50).
Urine: couleur rouge-brunâtre, protéines absentes, globules rouges 0-2/champ (valeurs normales: <5), globules blancs 2-5/champ (valeurs normales: <5), culture stérile.

Frage 48: Welche ist die wahrscheinlichste Ursache der auffälligen Urinverfärbung?

Question 48: Quelle est la cause la plus probable de cette coloration des urines?

Antwort-Réponse: freie Hämoglobinurie

Frage 49: Welche zusätzliche **einfache** Laboruntersuchung hilft Ihnen am besten, die Aetiologie der Anämie bei diesem Kind grob einzuteilen?

Frage 49: Quel examen de laboratoire supplémentaire **simple** est-il indiqué pour définir la cause de cette anémie?

Antwort-Réponse: direkter Coombs Test

Falsch: osmotische Resistenz oder enzymatische Bestimmung der intraerythrozytären G6PD-Aktivität sicher falsch (häufig falsch normal bei Kindern mit akuter Hämolyse!)

Fall-Cas 16

Fallbeschreibung: Ein 3,10 kg schweres wenige Minuten altes Neugeborenes mit einem Atemnotsyndrom ist schwierig zu reanimieren. Die Herztöne werden über dem rechten Hemithorax gehört, die Atemgeräusche sind links abgeschwächt und es findet sich ein eingefallenes Abdomen.

Présentation du cas: Un nouveau-né à terme (poids 3.10 kg) présente une détresse respiratoire sévère et précoce et ne se laisse pratiquement pas réanimer. Son abdomen est plat et les bruits cardiaques ne sont audibles qu'à droite.

Frage 50: Erwähnen Sie die wahrscheinlichste Ursache für dieses ungewöhnliche Atemnotsyndrom.

Question 50: Quelle est la cause la plus probable de ce syndrome de détresse respiratoire?

Antwort : Zwerchfellhernie

Frage 51: Welche diagnostische Untersuchung führen Sie durch?

Frage 51: Quel examen diagnostique préconisez-vous?

Antwort-Réponse: Röntgenthorax

Frage 52: Welche sind Ihre **zwei** therapeutischen Sofortmassnahmen?

Question 52: Quelles sont les **deux** mesures thérapeutiques immédiates que vous envisagez ?

Antwort-Réponse:

1. Intubation
2. Einlegen einer Magensonde

Fall-Cas 17

Fallbeschreibung: Ein 5 Monate alter, bis dahin gesunder, ehemals termingeborener Säugling wird direkt in die Notfallstation gebracht. Er ist comatös, bradycard und zeigt eine unregelmässige Atmung. Ausser diesen Befunden ist der körperliche Status unauffällig, es sind keine äusseren Verletzungen vorhanden. Die Eltern geben an, das Kind im Kindersitz ("Babysitter") so angetroffen zu haben. Die Computertomographie zeigt subdurale Hämatome bds. und multiple hypodense Läsionen im Hirnparenchym.

Présentation du cas: Un nourrisson de 5 mois, jusqu'ici en bonne santé, est amené aux urgences de votre hôpital. Il est en coma, bradycarde et respire de façon irrégulière. Le reste de l'examen clinique est normal. Les parents disent avoir retrouvé l'enfant dans cet état dans son "baby-relax". La tomographie assistée par ordinateur visualise des hématomes sous-duraux ddc et quelques lésions hypodenses du parenchyme cérébral.

Frage 53: Welche **zwei** nicht traumatischen Ursachen der erwähnten Befunde kommen in Frage?

Questions: Nommez **deux** causes non-traumatiques des lésions cérébrales visualisées au CT.

Antwort-Réponse:

1. Störungen der Gerinnung
2. Stoffwechselstörungen (Glutarazidurie)
3. Vaskuläre Fehlbildungen
4. Emboli bei zyanotischem Herzvitium

Frage 54*: Welche **drei** psychosozialen Faktoren prädisponieren zu einer traumatischen Läsion (i.e. battered child)?

Question 54: Nommez **trois** facteurs de nature psychosociale qui favorisent des lésions traumatiques (i.e. battered child)?

Antwort-Réponse:

1. Junges Alter der Eltern
2. Armut
3. Schreiendes Kind
4. Zustand nach Frühgeburtlichkeit
5. Eltern, die im Kindesalter misshandelt wurden

Fall-Cas 18

Fallbeschreibung: Bei der Routine-Untersuchung eines 2 Monate alten gesunden Säuglings fällt Ihnen eine weiche in der Diaphanoskopie durchsichtige Schwellung im Skrotum rechts auf. Der Hoden ist in der Schwellung palpabel und der Samenstrang ist schlank. Die Mutter gibt an, dass die Grösse der Schwellung variiert. Es bestehen keine Beschwerden.

Présentation du cas: A l'occasion d'un examen de routine d'un nourrisson de 2 mois vous notez une grosse bourse et palpez une "masse" tumorale non-douloureuse de consistance liquidienne, transparente à la transillumination. Les parents vous communiquent que le volume de cette masse est variable (souvent moins important après le sommeil).

Frage 55: Wie lautet Ihre Diagnose?

Question 55: Votre diagnostic?

Antwort-Réponse: (Kommunizierende) Hydrozele testis

Frage 56: Besteht aktuell eine Operationsindikation?

Question 56: Y a-t-il actuellement une indication opératoire?

Antwort-Réponse: Nein

Frage 57: Welches ist die häufigste Differentialdiagnose einer Skrotalschwellung in diesem Alter

Question 57: Quel est le diagnostic différentiel le plus fréquent à cet âge?

Antwort-Réponse: Leistenbruch

Fall-Cas 19

Fallbeschreibung: Ein zwei jähriges Mädchen wird beim Hausarzt vorgestellt wegen einer nicht schmerzhaften Vorwölbung des Abdomens. Bei der Palpation findet man im rechten Hemiabdomen eine Resistenz. Im Ultraschall äussert der Radiologe den Verdacht auf einen Tumor im Bereiche der rechten Niere. Vermutet wird ein Wilmstumor (= Nephroblastom) oder ein Neuroblastom.

Présentation du cas: Une fille de deux ans est présentée à son pédiatre pour une masse tumorale abdominale à droite. L'échographie visualise une masse tumorale du rein droit compatible avec un neuroblastome ou une tumeur de Wilms (= néphroblastome).

Fragen 58 und 59: Sie veranlassen Urinuntersuchungen. Welcher Urinbefund spricht für Wilmstumor und welcher für Neuroblastom.

Questions 58 et 59: Des examens urinaires sont utiles pour différencier les deux tumeurs. Lesquels?

Antwort-Réponse:

58: Wilms (= Néphroblastome): Hämaturie

59: Neuroblastom (= Neuroblastome): Katecholaminurie

Frage 60: Nennen Sie neben diesen zwei Tumoren mindestens zwei weitere maligne Neoplasien im Unterbauch, die im Kindesalter eine solche Resistenz verursachen können.

Question 60: Nommez deux autres néoplasies qui peuvent se présenter comme des masses palpables dans le bas-ventre

Antwort-Réponse:

1. Rhabdomyosarkom
2. Keimzelltumor
3. Lymphom (sehr jung für dieses Alter)

Frage 61: Nennen sie **zwei** Missbildungen die in diesem Zusammenhang sehr stark für einen Wilmstumor sprechen würden.

Question 61: Nommez **deux** malformations congénitales détectables cliniquement qui sont étroitement associées à un néphroblastome.

Antwort-Réponse:

1. Aniridie
2. Hemihypertrophie
3. Makroglossie
4. Omphalozele
5. Gigantismus

Fall-Cas 20

Fallbeschreibung:

Anamnese: Ein 10 Jahre altes schwer retardiertes und motorisch behindertes Mädchen, das bis vor kurzem im Ausland lebte, wohnt nun in Ihrer Stadt und die Eltern möchten, dass Sie die ärztliche Betreuung des Kindes übernehmen. Die Schwangerschaft, die Geburt und die postnatale Periode verliefen unauffällig. Bis zum Alter von 10 Monaten war das Kind unauffällig. Es konnte aktiv Greifen, alleine Stehen und den Möbeln entlang gehen. Danach machte es keine motorischen Fortschritte mehr, hatte einen schlechten Kontakt mit der Umwelt, wirkte autistisch. Die Akten enthalten folgende Massangaben: mit 6 Monaten Länge 0,64 m (Perzentile 10), Gewicht 6,0 kg (Perzentile 10) Kopfumfang 0,420 m (Perzentile 25). Mit 1 Jahr Länge 0,72 m (Perzentile 10), Gewicht 8,5 kg (Perzentile 3), Kopfumfang 0,440 m (Perzentile 10) und mit 2 Jahren Länge 0,84 m (Perzentile 10), Gewicht 11,0 kg (Perzentile 10), Kopfumfang 0,460 m (<Perzentile 3). Seit dem Alter von 3 Jahren hat es epileptische Anfälle. Deswegen bekommt es Carbamazepin. Hat etwa einen Anfall pro Woche. Ein CT im Alter von 3 Jahren ergab keine strukturellen Anomalien. Mehrere EEG zeigten diffuse sharp-slow-wave-Komplexe.

Status: 10 Jahre alt. Länge 1,26 m (Perzentile 3), Gewicht 22,1 kg (Perzentile 3), Kopfumfang 0,460 m (etwa 4 Standardabweichungen unterhalb Mittelwert). Kein Kontakt mit der Umgebung. Sitzt mit stereotyp wippenden Kopf- und Rumpfbewegungen, sowie stereotypen Knet- und Waschbewegungen der Hände da. Greift nicht. Muss gefüttert werden. Reflexe sehr lebhaft. Babinski positiv bds.

Présentation du cas:

Histoire: On vous présente une fille de 10 ans avec un important retard de développement psycho-moteur qui a vécu jusque-là à l'Étranger. La grossesse, l'accouchement, la période néonatale et le développement jusqu'à l'âge de 10 mois ont été normaux (position assise à 6 mois, préhension cubito-palmaire à 4 mois, préhension radio-palmaire à 8 mois, station debout en inclinaison à 9 mois). A partir de l'âge de 3 ans on constate des crises convulsives généralisées. Malgré un traitement de carbamazépine l'enfant présente encore une crise convulsive en moyenne une fois par semaine. EEG: complexes sharp-slow-waves diffus.

D'autre part on note l'apparition d'une microcéphalie progressive. Age de 6 mois: taille 0,64 m (percentile 10), poids 6,0 kg (percentile 10), périmètre crânien 0,420 m (percentile 25); âge de 12 mois: taille 0,72 m (percentile 10), poids 8,5 kg (percentile 3), périmètre crânien 0,440 m (percentile 10); âge de 2 ans: taille 0,84 m (percentile 10), poids 11,0 kg (percentile 10), périmètre crânien 0,450 m (<percentile 3). La tomographie computerisée cérébrale n'aurait visualisé aucune lésion structurelle importante.

Status: âge 10 ans, taille 1,26 m (percentile 3), poids 22,1 kg (percentile 3), périmètre crânien 0,460 m (4 écarts-types en-dessous de la moyenne!). L'enfant est presque sans contact avec son environnement. On note des mouvements involontaires des mains de "lavage". Les réflexes ostéotendineux sont très vifs, le signe de Babinski positif ddc.

Frage 62: Sie vermuten die Diagnose Rett Syndrom. Zählen Sie 4 der für die Diagnose eines Rett Syndromes relevanten Elemente auf, die bei diesem Kind vorhanden sind.

Question: Vous suspectez un syndrome de Rett. Nommez 4 éléments typiques de ce syndrome que vous retrouvez chez cette patiente.

Antwort-Réponse:

1. Weibliches Geschlecht
2. Normale prä- und perinatale Periode.
3. Initiale altersgerechte Entwicklung, danach Verlangsamung und Stillstand der psychomotorischen Entwicklung.
4. Dezeleration des Schädelwachstums mit Entwicklung schliesslich einer Mikrozephalie
5. Entwicklung von Stereotypien (Handstereotypien sind charakteristisch)
6. Entwicklung von epileptischen Anfällen

Frage 63: In Zusammenhang mit einer problematischen Bronchitis bekommt nun das Kind von einem Kollegen Erythromycin 40 mg/kg KG täglich in zwei Teildosen. Fünf Tage später merken Sie beim Kind neu eine Zitterigkeit und eine Verschlechterung der bereits bestehenden Dysmetrie. Darüber hinaus wirkt das Kind auffällig müde. Welche ist eine mögliche Ursache der neurologischen Verschlechterung der Patientin?

Question 63: Suite à une bronchite sévère, l'enfant reçoit un traitement avec érythromycine 40 mg/kg jour en deux doses. Cinq jours plus tard on note des tremblements, une importante dysmétrie et un coma. Quelle est la cause de ces nouveaux signes neurologiques?

Antwort-Réponse: Carbamazepinintoxikation bei konkurrenzierendem Metabolismus von Erythromycin.

Fall-Cas 21

Fallbeschreibung: Ein 18 Monate altes Mädchen mit einer bekannten atopischen Dermatitis wird wegen zunehmender Dystrophie mit Gewichtsstillstand seit mehr als 8 Monaten ambulant vorgestellt. Status: Gewicht 8,15 kg (<Perzentile 3), Länge 0,793 m (Perzentile 25), sehr trockene Haut, neurodermitische Läsionen am ganzen Körper, vorgewölbtes Abdomen, Tabaksbeutel, will nicht mehr richtig gehen, ist hypoton.

Présentation du cas: Un enfant de 18 mois est connu pour une dermatite atopique. Il vous est présenté à cause d'une dystrophie et d'une mauvaise prise pondérale présents depuis 8 mois. Examen clinique: poids 8,15 kg (<percentile 3), taille 0,793 m (percentile 25), hypotonie musculaire, aspect fripé de la peau, réduction du pannicule adipeux. Lésions neurodermitiques diffuses, abdomen distendu.

Frage 64: Welche **zwei** zusätzlichen anamnestischen Angaben (= oben nicht angegeben) würden für das Vorliegen einer Zöliakie sprechen.

Question 64: Nommez **deux** données anamnestiques supplémentaires (= non-évoquées dans la description faite jusque-là) qui pourraient évoquer le diagnostic de maladie coeliaque.

Antwort-Réponse:

1. Ernährungsanamnese (Gluten ja oder nein)
2. Massige, nicht stinkende Stühle
3. Missmutigkeit

Frage 65: Welche **drei** zusätzlichen anamnestischen Angaben (= oben nicht angegeben) würden für das Vorliegen einer zystischen Fibrose?

Question 65: Nommez **trois** facteurs anamnestiques supplémentaires (= non-évoqués dans la description faite jusque-là) qui pourraient évoquer le diagnostic de mucoviscidose?

Antwort-Réponse:

1. Husten (respiratorische Symptome)
2. stinkende Stühle
3. Familienanamnese
4. salziger Kuss

Frage 66: Welche zwei weiteren Ursachen einer Dystrophie kommen ebenfalls in Frage?

Frage 66: Nommez deux autres causes possibles pour la dystrophie de cet enfant.

Antwort-Réponse:

1. Kuhmilcheiweissallergie
2. Malnutrition (quantitativ und qualitativ)
3. Schlechte somatische Entwicklung bei schwerer Neurodermitis

Frage 67: Im Serum dieses Kindes fand sich eine erhöhte alkalische Phosphatase. Welche ist die zugrundeliegende Ursache?

Question 67: La phosphatase alcaline plasmatique de cet enfant est augmentée. Pourquoi?

Antwort-Réponse: Rachitis

Fall-Cas 22

Fallbeschreibung: Ein 2 Jahre altes Kind wird von einer Katze in die Hand gebissen. Vier Stunden später ist die Bisswunde stark geschwollen und gerötet.

Présentation du cas: Un enfant de 2 ans s'est fait mordre le dos de la main par un chat. Il se présente 4 heures après la morsure à votre consultation car on note, au site de la blessure, l'apparition rapide d'une tuméfaction douloureuse et une rougeur nette.

Frage 68: Ist dieses klinische Bild mit einer Katzenkratzkrankheit vereinbar?

Question 68: Pensez-vous que ce tableau soit compatible avec le diagnostic de maladie des griffes de chat?

Réponse: non

Frage 69: Wie bezeichnen Sie den Erreger der Katzenkratzkrankheit?

Question 69: Comment s'appelle le germe responsable de la maladie des griffes de chat?

Réponses acceptées: Rochalimaea henselae, Bartonella henselae, Afipia felis.

Frage 70: Welcher Erreger ist für das akute klinische Bild bei diesem 2 Jahre alten Kind verantwortlich?

Question 70: Quel germe est-il le plus vraisemblablement responsable du tableau clinique décrit se développant si rapidement?

Réponse: Pasteurella multocida

Fall-Cas 23

Fallbeschreibung: Die jetzt 3 Jahre alte Alexandra stammt aus Portugal und lebt erst seit 3 Monaten in der Schweiz. Im Alter von 17 Monaten entwickelte sie ein nephrotisches Syndrom, das prompt auf eine Therapie mit Prednison ansprach. Sie ist lange Zeit ohne Therapie. Seit einigen Tagen hat jedoch die Mutter erneut eine pathologische Proteinurie (Streifentest +++), eine Lidschwellung und eine Gewichtszunahme von 2 Kg festgestellt. Angesicht dieser Tatsache wurde eine Behandlung mit Prednison 2 x 20 mg erneut begonnen (ohne jeglich ärztliche Konsultation). Das Kind wird nun in Ihrer Praxis wegen Fieber, Erbrechen und Bauchschmerzen vorgestellt. Im Status fallen ein schlechter Allgemeinzustand, eine Apathie, eine Temperaturerhöhung (38.5°C) und starke Bauchschmerzen mit "défense" und fehlenden Darmgeräuschen auf. Die Atemfrequenz beträgt 26/min, die Lungenauskultation ist unauffällig. Es fehlen meningitische Zeichen. Blutwerte: Hämoglobin 149 g/L, Leukozyten 33,5 x 10⁹/L (mit starker Linksverschiebung), Thrombozyten 560 x 10⁹/L, Senkung 128 mm/h, CRP 280 mg/L, Protein total 36 g/L, Albumin 12 g/L, Natrium 138 mmol/L, Kalium 3,9 mmol/L, Kreatinin 50 µmol/L, Harnstoff 4,3 mmol/L. Urin: Glucose -, Eiweiss +++, Sediment unauffällig, Kultur steril.

Présentation du cas: Alexandra est une petite fille portugaise de 3 ans, en Suisse depuis 3 mois. Elle est connue pour avoir présenté à l'âge de 17 mois un syndrome néphrotique idiopathique ayant répondu à la prednisone. Elle ne reçoit plus de traitement depuis plusieurs mois. La mère a observé depuis quelques jours la récurrence d'œdèmes des paupières puis des tibias. La fillette a pris 2 kg et le stix urinaire pour la recherche d'albumine à domicile est à nouveau pathologique (+++). De sa propre initiative, la mère a repris un traitement de 2 x 20 mg de prednisone depuis 2 jours. La mère amène sa fillette à la consultation car, depuis 24 h, elle a constaté qu'elle est fébrile, présente des vomissements et des douleurs abdominales. A l'examen clinique, la fillette est en mauvais état général, apathique, toxique, tachycarde à 164/min avec une température à 38.5°C. Elle présente des œdèmes du visage et des régions pré-tibiales. Sa tension artérielle est à 118/63 mm Hg. Elle a une respiration difficile, gémissante, à 26/min. Son abdomen est globuleux, tendu, diffusément douloureux avec défense et détente positive. Les bruits intestinaux sont absents. Il n'y a aucun signe méningé. Le murmure vésiculaire est audible sur les deux plages pulmonaires sans pathologie surajoutée. Les loges rénales ne sont pas douloureuses. Les premiers examens montrent une hémoglobine à 149 g/L, des globules blancs à 33,5 x 10⁹/L (avec forte déviation gauche), thrombocytes 560 x 10⁹/L, vitesse 128 mm/h, CRP 280 mg/L, protéines sériques 36 g/L, albumine 12 g/L, sodium 138

mmol/L, potassium 3,9 mmol/L, créatinine 50 µmol/L, urée 4,3 mmol/L. Urines: glucose négatif, protéines +++, sédiment non pathologique, pas d'hématurie ni de cylindrurie visible, culture stérile.

Frage 71: Welche Komplikation eines nephrotischen Syndroms vermuten Sie?

Question 71: Quelle complication infectieuse classique du syndrome néphrotique cette patiente présente-t-elle très probablement?

Réponse: péritonite primaire.

N.B.: Purpura rhumatoïde faux

Frage 72: Welcher Mikroorganismus ist für diese Komplikation verantwortlich?

Question 72: Quel germe est-il le plus connu pour être à l'origine de cette complication?

Réponse: Streptococcus pneumoniae.

Frage 73: Welche Faktoren lösen Rezidive bei einem idiopathischen nephrotischen Syndrom aus? Nennen Sie deren 2.

Question 73: Quels facteurs sont-ils connus pour provoquer une rechute du syndrome néphrotique idiopathique? Nommez-en 2.

Réponse:

1. Infections simples
2. Réduction de la posologie de la prednisone
3. hasard

Antwort-Réponse:

1. Interkurrente Infekte
2. Reduktion der Prednison dosis
3. Zufall

Fall-Cas 24

Fallbeschreibung: Ein 15 Jahre alter Junge mit einer blanden Vorgeschichte gibt seit einigen Tagen Brustschmerzen an. Die Schmerzen sind fluktuierend, "stichartig" und atemabhängig. Anamnestisch kein Trauma. Die Schmerzen werden als parasternal auf Höhe der vierten Rippe angegeben. Der Junge ist eher unruhig, jedoch ansonsten symptomlos und fieberfrei. Er gibt keine auffällige Müdigkeit an und negiert jegliches Lokaltrauma. Die klinische Untersuchung ergibt eine selektive parasternale Druckempfindlichkeit bei der Palpation auf Höhe der fünften Rippe.

Présentation du cas: Un garçon de 15 ans en bonne santé habituelle et sans antécédents notables consulte pour des douleurs thoraciques apparues quelques jours auparavant. Les douleurs sont décrites comme fluctuantes, en "piqûres", exacerbées par la respiration. Elles sont parasternales et localisées en regard de la 4^{ème} côte à gauche. Le garçon est inquiet, mais ne présente aucun autre symptôme. Il n'a pas accusé d'état fébrile récemment, ni de fatigue particulière, ne s'est pas bagarré et n'a pas eu d'accident. L'examen physique montre une

douleur relativement élective à la palpation de la région parasternale gauche au niveau de la 5^{ème} côte.

Frage 74: Welche ist die Ursache der beschriebenen Schmerzen?

Question 74: Quel est la cause la plus probable des douleurs thoraciques dans une telle situation?

Antwort-Réponse: syndrôme de Tietze (synonyme: costochondrite)

Acceptable: douleurs pariétales

Frage 75: Die klinische Herz- und Lungenuntersuchung ist unauffällig. Das Gewicht beträgt 53,9 kg, die Länge 1,68 m, der Blutdruck 110/74 mm Hg. Die Pubesentwicklung ist P2 nach Tanner. Es lassen sich zwei Brustknospen palpieren. Welche Zusatzuntersuchung ist nun indiziert?

Question 75: Les auscultations cardiaque et pulmonaire sont normales. Le patient mesure 1,68 m, son poids est de 53.9 kg. Il présente un gonflement bilatéral des aréoles des deux seins, de la taille d'une cerise. La tension est à 110/74 mm Hg et les pulsations à 66/mn. Le patient est au stade P2 de Tanner et l'examen des autres systèmes est normal. Quels examens paracliniques faut-il pratiquer dans une telle situation?

Réponse : Aucun n'est indispensable chez un adolescent sans autre symptôme clinique que la douleur.

Antwort-Réponse: Keine, wenn ausser Schmerzen keine anderen Symptome vorliegen.

Frage 76: Zwei Jahre später (Alter 17 Jahre) erfolgt nochmals eine Konsultation. Länge 1,80 m, Gewicht 68.5 kg. Nach wie vor besteht eine Gynäkomastie. Die Pubesbehaarung ist P2 nach Tanner, das Hodenvolumen 2 ml beidseits. Welche Diagnose vermuten Sie nun?

Question 76: Le patient est revu 2 ans plus tard (= 17 ans) pour une virose banale. Il mesure 1,80 m pour un poids de 68.5 kg et présente toujours une gynécomastie bilatérale; le volume des testicules est de 2 ml, avec un stade pubien à P2 selon Tanner. Quel affection suspectez-vous sur la base de son développement?

Antwort-Réponse: syndrôme de Klinefelter

Fall-Cas 25

Fallbeschreibung:

Ein 17 jähriger junger Mann begibt sich in Ihre Konsultation wegen einer mehr störenden als schmerzhaften Schwellung am Skrotum. Er hat diese Schwellung vor einigen Wochen erstmals bemerkt. Seine persönliche Vorgeschichte ist ohne Auffälligkeiten. Aktuell besteht weder eine vermehrte Müdigkeit, noch ein Gewichtsverlust. Er fühlt sich gesund. Allerdings beschreibt er vereinzelt auftretende einschliessende Schmerzen linksseitig ins Skrotum und in die Inguina. Bei der klinischen Untersuchung zeigt sich ein Pubertätsstadium P3, G3 nach Tanner, sowie eine eher weiche Masse am Oberpol des linken Hodens. Es ist schwierig palpatorisch

abzugrenzen, ob die Masse innerhalb oder ausserhalb des Hodens liegt. Der restliche internistische Status ist bland. Der junge Mann ist sexuell nicht aktiv.

Présentation du cas: Un garçon de 17 ans vous consulte pour une masse intra-scrotale plutôt gênante que douloureuse, dont il a pris conscience quelques semaines auparavant. Ses antécédents sont sans particularité : le garçon n'a accusé ni fatigue, ni perte de poids et se sent en bonne santé. La gêne est décrite comme des lancées intervenant dans la bourse gauche, avec irradiation modérée dans le pli inguinal gauche. A l'examen physique, les différents systèmes sont sans particularité. L'examen des organes génitaux fait apparaître un développement selon Tanner à P3 G3, ainsi qu'une masse plutôt molle, siégeant au pôle supérieur du testicule gauche, dont on a de la peine à déterminer si elle est testiculaire ou extra-testiculaire. Le reste du status est sans particularités. Le garçon n'est pas actif sexuellement.

Frage 77: Ist das festgestellte Pubertätsstadium nach Tanner für das chronologische Alter dieses Patienten adäquat? (Ja/Nein)

Question 77: Le stade pubertaire de ce garçon correspond-il à son âge chronologique? (Oui/Non)

Réponse: non; à un âge chronologique de 17 ans et demi correspond normalement un stade P5 G5 de Tanner

Antwort-Réponse: Nein sollte P5/G5 sein.

Frage 78: Zählen sie 3 **Kategorien** von Ursachen für eine skrotale Läsion auf.

Question 78: Citez 3 **catégories** (= 3 types) de masse intra-scrotale chez l'adolescent

Réponse:

1. néoplasme
2. infections
3. kystes et tumeurs bénignes
4. torsion testiculaire
5. hydrocèle et varicocèle

Antwort-Réponse:

1. Neoplasie
2. Infektion
3. Zysten und benigne Tumoren
4. Hodentorsion
5. Hydrozele, Varicozele.

Frage 79: Welche Untersuchung soll als Erstes durchgeführt werden?

Question 79: Quel examen de premier choix doit être pratiqué chez ce garçon pour permettre un diagnostic de la masse?

Réponse: Examen ultrasonographique

Antwort-Réponse: Ultraschall.

Question 80: Quelle est la cause la plus fréquente d'une masse extra-testiculaire chez un garçon de 17 ans?

RÉponse: Varicocèle

Frage 80: Welches ist die häufigste Ursache für eine extratestikuläre Masse bei einem 17-jährigen?

Antwort-RÉponse: Varicozele.

Fall-Cas 26

Fallbeschreibung: Ein termingeborenes neugeborenes Kind mit einem initialen Apgar-Score von 9-10-10 entwickelt im Alter von 4 Stunden eine rasch fortschreitende Zyanose und eine Tachypnoe ohne Atemnotzeichen. Die Gabe von Sauerstoff bessert die Zyanose nur partiell. Die Lungenauskultation ist unauffällig, die Herzauskultation ergibt ein leises Geräusch.

Présentation du cas: Un nouveau-né à terme, né par voie basse sans problème, avec un score Apgar 9-10-10, présente à 4 heures de vie une cyanose rapidement progressive avec tachypnée, mais sans détresse respiratoire. L'oxygène n'améliore que partiellement la cyanose.

L'auscultation pulmonaire est normale, l'auscultation cardiaque révèle un discret souffle systolique.

Frage 81: Welche **zwei** diagnostischen Gruppen vermuten Sie nun?

Question 81: Quels **deux** groupes de diagnostics faut-il suspecter en cas de cyanose du nouveau-né ne réagissant pas à l'oxygène?

Antwort-Réponse:

1. Zyanotisches Herzvitium
2. Persistierende pulmonale Hypertension

Réponse:

1. cardiopathie cyanogène
2. hypertension pulmonaire persistante du nouveau-né ("circulation foetale persistante").

Frage 82: Beiliegend das Thoraxbild des Kindes. Welche Diagnose stellen Sie nun?

Question 82: Quel est le diagnostic le plus probable dans le cas décrit sur la base de la radiographie du thorax ci-jointe?

Réponse: transposition des gros vaisseaux

Fall-Cas 27

Fallbeschreibung: Ein 16-jähriges Mädchen wird auf den Notfall gebracht, nachdem es von einer Freundin im Zimmer komatös gegen 2200 Uhr aufgefunden wurde. Bei Eintritt ist das

Mädchen agitiert, ohne Bewusstsein, auf Schmerzreize reagierend, die Temperatur beträgt 36.9 Grad. Der Neurostatus ist ausser des eingeschränkten Bewusstseins normal, der restliche internistische Status ergibt lediglich eine leichte Konjunktivitis. Das Blutbild, die Leberwerte, Nierenparameter, Glucose- und Elektrolytwerte im Serum sind normal. Der Blutdruck liegt bei 105/60 mmHg, die Herzfrequenz bei 72/min. Die Betreuerin des Internates, wo sich das Mädchen zur Zeit aufhält berichtet, dass das Mädchen seit 3 Monaten in psychiatrischer Behandlung stehe.

Présentation du cas: Un fille de 16 ans est admise en urgence dans un centre hospitalier. Elle a été retrouvée par sa soeur en coma, dans sa chambre, vers 22 heures. A l'entrée, on trouve une jeune-fille agitée, stuporeuse, réagissant à la douleur, afébrile. L'examen des différents systèmes est sans particularité en-dehors d'une légère irritation conjonctivale. Le status neurologique est normal à part l'altération de l'état de conscience. La formule sanguine complète, les tests hépatiques, rénaux et le dosage de la glycémie et des électrolytes sont normaux. L'institutrice de l'école qui l'accompagne vous communique qu'elle est en traitement psychiatrique depuis trois mois (raison inconnue). La tension artérielle est 105/60 mm Hg, la fréquence cardiaque 72 /minute, la température axillaire 36.9 °C.

Frage 83: Welches ist die wahrscheinlichste Diagnose?

Question 83: Quel est le diagnostic le plus probable?

Réponse: tentative de suicide sur intoxication médicamenteuse (éventuellement abus de drogue ou d'alcool)

Antwort-Réponse: Intoxikation, Tentamen

Frage 84: Zählen Sie 2 weitere mögliche Diagnosen in dieser Situation auf.

Question 84: Citez deux autres diagnostics qui doivent être envisagés dans une telle situation

Réponse:

- crise comitiale inaugurale
- accident vasculaire cérébral

Antwort-Réponse:

1. Erstmanifestation einer Epilepsie
2. Intracranielle Blutung bei Gefässanomalie