

Musterfragen aus dem Fach Hals, -Nasen,- Ohrenheilkunde

Die Facharzt-Prüfung findet in Form einer Strukturierten Mündlichen Prüfung (SMP) statt. Hier finden Sie einige Musterfragen dazu. Anhand dieser Musterfragen (Stand 09/2018) können Sie sich mit der Prüfungsmethodik vertraut machen

Musterfall 1

Ein 11-jähriger Bub kommt mit seiner Mutter mit starken Hals- und Schluckschmerzen seit 2 Tagen zu Ihnen in die Ordination. Seit gestern besteht auch Fieber (38,5 °C); des Weiteren ist Essen und Trinken eingeschränkt. Das Kind macht einen sehr abgeschlagenen Eindruck.

Frage 1

Welche Verdachtsdiagnosen stellen Sie?

Antwort(en):

- Epiglottitis
- Pharyngitis acuta
- Tonsillitis acuta

Frage 2

Welche Erreger kommen für eine akute Tonsillitis in Frage und in welcher Häufigkeit kommen sie in etwa vor?

Antwort(en):

- Adeno-, Rhino-, Influenza-, Parainfluenza-, Entero-, Coronaviren, Eppstein-Barr Viren (ca. 70 %)
- Gruppe A Betahämolysierende Streptokokken (GABHS) (ca. 25 %)
Erwachsene: ca. 30 %
Kinder: 10 bis 15 %
- Streptokokken der Gruppe B und G (selten), Pneumokokken, Staphylokokken
Hämophilus influenza (selten)
Corynebakterien (selten)
- Fusobakterien und Spirochäten (Angina ulceromembranacea oder Angina Plaut-Vincent, meist einseitig, selten)

Frage 3

Welche diagnostischen Schritte leiten Sie ein?

Antwort(en):

- Genaue Anamnese (Scoring-Systeme)
- HNO-Status inkl. Palpation des Halses
- Abstrich nur bei Therapierelevanz oder bei protrahiertem Verlauf.
- Bei Verdacht auf peritonsillären/parapharyngealen Abszess eventuell Bildgebung.

Frage 4

Was versteht man unter dem McIsaac- oder Centor-Score?

Antwort(en):

- Dient zur klinischen Differenzierung von viraler und durch β -hämolisierende Streptokokken verursachter Tonsillitis.
 - Fieber über 38 °C
 - Husten
 - Vergrößerte Halslymphknoten
 - Tonsillenschwellung oder -exsudat
 - Alter des Patienten (Kinder oder Erwachsene)

Frage 5

Welche therapeutischen Schritte leiten Sie ein?

Antwort(en):

- Viral - nur symptomatische Therapie
- Bakteriell – symptomatisch oder Penicillin V / Makrolid
- Analgetika / Antiphlogistika
- Bei sehr schwerem Krankheitsbild/-verlauf intravenöse Analgesie und Flüssigkeitssubstitution und gegebenenfalls Antibiose

Frage 6

Nennen Sie die häufigsten/wichtigsten Komplikationen einer akuten Tonsillitis.

Antwort(en):

- Akute Komplikationen:
 - Peritonsillarabszess, Para- und Retropharyngealabszess
- Spätkomplikationen der Streptokokkentonsillitis:
 - Polyarthritus rheumatica acuta, Glomerulonephritiden, Endo-, Myo- oder Pericarditis

Frage 7

Nennen Sie die Indikationen zur Tonsillektomie. Es gibt im Wesentlichen 3 Hauptindikationen zur Entfernung der Gaumenmandeln.

Antwort(en):

- Starke Vergrößerung (Hyperplasie) der Gaumenmandeln mit Luftwegeobstruktion
- Wiederholte schwere Infektionen der Gaumenmandeln
- Verdacht auf einen bösartigen Tumor der Gaumenmandeln

Frage 8

Nennen Sie einige Sonderformen und Differenzialdiagnosen zur akuten Tonsillitis.

Antwort(en):

- Morbus Pfeiffer/Mononukleose
- Angina Plaut Vincent
- Herpangina
- Diphtherie, Lues
- Angina im Rahmen einer Scharlach-Erkrankung
- Tumor (Lymphom)

Frage 9

Bei Verdacht auf Morbus Pfeiffer/Mononukleose, welche diagnostischen/therapeutischen Schritte können Sie vornehmen?

Antwort(en):

- HNO-Status incl. Palpation des Halses (Lymphknotenschwellungen)
- Labor inkl. Differenzialblutbild (Monozytose, Lymphozytose) und Leberfunktionsparameter
- Monosticon-Schnelltest
- EBV-Serologie
- Sonographie Hals und Abdomen (Milzvergrößerung)
- Therapie: symptomatisch; nur bei Superinfektion Antibiose (keine Aminopenicilline und Cephalosporine)
- Sportverbot für 3 Monate

Musterfall 2

Frau Maria Müller, 46 Jahre, kommt in Ihre Sprechstunde und berichtet, dass Sie seit gestern dem 09.10.2018 20:00 Uhr abends auf dem rechten Ohr deutlich schlechter hören würde, dass Sie das Gefühl habe am rechten Ohr einen Druck zu haben und dass Sie vor dem Ereignis bemerkt hätte um die rechte Ohrmuschel ein pelziges Gefühl zu haben. Sie habe nie Ohrprobleme gehabt.

Frage 1

Welche erste Verdachtsdiagnose würden Sie in diesem Fall annehmen?

Antwort(en):

- Hörsturz rechts

Frage 2

Wie definieren Sie Ihre gestellte Verdachtsdiagnose?

Antwort(en):

- Es handelt sich um eine ohne erkennbare Ursache plötzlich auftretende meist einseitige Schallempfindungsschwerhörigkeit oder Ertaubung.

Frage 3

Welche Symptome treten beim Hörsturz auf?

Antwort(en):

- Plötzliche Innenohrschwerhörigkeit unterschiedlichen Ausmaßes bis zur Ertaubung
- Tinnitus in bis zu 90 %
- Als Prodromalsymptome oft pelziges Gefühl im Ohrmuschelbereich
- Druckgefühl im Ohr in bis zu 50 %
- Schwindel in bis zu 30 %
- Diplakusis in bis zu 15 %

Frage 4

Welche Untersuchungen werden Sie bei dieser Patientin durchführen?

Antwort(en):

- Welche Untersuchungen führen Sie sofort durch?
 - Genaue Anamnese
 - HNO-Status (Ohrmikroskopie zeigt unauffälligen Befund)
 - Audiometrie und ev. Tympanometrie
 - Vestibularisprüfung
- Welche Untersuchungen werden Sie auch veranlassen?
 - Labor (BSG, Differentialblutbild, Virologie inkl. HIV, Lues- und Borrelien-Serologie)
 - Eventuell MRT

Frage 5

Welche Arten von Hörausfällen im Reintonschwellenaudiogramm können bei Hörsturz gefunden werden?

Antwort(en):

- Es gibt isolierte Hörausfälle in Tief-, Mittel- und Hochfrequenzbereich sowie pancochleäre über alle Frequenzen, partielle oder komplette Hörverluste.

Frage 6

Mögliche Ursachen des Hörsturzes?

Antwort(en):

Funktionsstörung des Innenohres

- Störungen der Durchblutung (Gefäßdysregulationen durch Vasospasmus und/oder Endothelschwellungen und Dysfunktionen und/oder rheologische Störungen), embolisch (Vorhofflimmern), Einblutungen (Antikoagulantientherapie)
- Entzündliche Veränderungen (viral, Borrelien)
- Ruptur von Innenohrmembranen (rundes Fenster)
- Unbekannte Pathochemie und Pathophysiologie

Frage 7

- a. Wie hoch ist die Inzidenz des Hörsturzes?
- b. In welcher Altersstufe tritt der Hörsturz auf?

Antwort(en):

- a. 1 zu 5000 Einwohner pro Jahr
- b. Häufigstes Auftreten zwischen dem 30. und 70. Lebensjahr

Frage 8

Welche Differentialdiagnosen kommen für Sie in Betracht?

Antwort(en):

- Cerumen obturans
- Akuter Tubenverschluss
- Knall- oder Explosionstrauma
- Morbus Meniere
- Barotrauma (Perilymphfistel)
- Akustikusneurinom
- Multiple Sklerose
- Neurolyues
- Intracranielle Blutung
- Stumpfes Schädel-Hirn-Trauma
- Toxische Innenohrerkrankungen wie z.B. nach Therapie mit ototoxischen Substanzen wie Cisplatin, Aminoglykosidantibiotika, Schleifendiuretika
- Vor allem bei Kindern Mumps-, Masern-, Röteln-Infektion, Meningitis, Encephalitis
- Cogan-Syndrom: eine nicht syphillitische interstitielle Keratitis mit Hörsturzartiger synchroner oder asynchroner Ertaubung und beidseitigem Vestibularisausfall (Kollagenose)

Frage 9

Welche Therapie werden Sie dem Patienten mit einem ideopathischen Hörsturz empfehlen?

Antwort(en):

- Antiödematöse/antientzündliche Therapie mit Glukocortikoiden wie z.B. mindestens 250 mg Prednisolon durch 3 Tage intravenös oder oral. (Bei Ausbleiben einer Hörverbesserung nach der oralen/intravenösen Gabe von Steroiden oder bei Patienten mit Diabetes Mellitus intratympanale Verabreichung von Steroiden (z.B. Volon A)).
- Chirurgische Therapie (bei Verdacht auf Ruptur der runden Fenstermembran bei Z. n. Barotrauma - OP Tympanotomie mit Abdeckung des runden Fensters)
- Weitere Empfehlungen: Stress vermeiden, Nikotinkarenz, Kreislaufstabilisierung

Frage 10

Welche Prognose geben Sie der Patientin nach einem Hörsturz?

Antwort(en):

Die beste Prognose hat der isolierte Hörausfall im Tieftonbereich, die schlechteste der pancochleäre komplette Hörverlust. Eine besonders schlechte Prognose haben Hörstürze mit einem Hörverlust im Sprachbereich schlechter als 70 dB. Die Prognose verschlechtert sich darüber hinaus, je später mit der Therapie begonnen wird. Es handelt sich hier um Eilbedürftigkeit bei der Behandlung. In 60 – 70 % eine Remission des Gehörs. In 40 % bleibt ein Tinnitus bestehen.

Musterfall 3

Herr Max Mayer, 21 Jahre alt, kommt Ende November in die Ordination und berichtet, dass er seit ungefähr 1 Jahr an einem Dauerschnupfen mit Niesanfällen leidet, besonders bei Aufenthalt in geheizten Räumen mit Teppichböden und zu Beginn der kühlen Jahreszeit. Die Beschwerden seien kurzfristig auf abschwellende Nasentropfen besser, aber diese Therapie sei keine große Hilfe; da er im Beipackzettel gelesen habe, dass man abschwellende Nasentropfen nur maximal 1 Woche verwenden solle. Er habe auch beobachtet, dass die Beschwerden in der warmen Jahreszeit etwas geringer seien, bei seinem letzten Urlaub im Hochgebirge in 1500 m Höhe sei es ihm sehr gut gegangen.

Frage 1

An welche Diagnose denken Sie? Wie erfolgt der Kontakt mit dem Allergen?

Antwort(en):

- Allergische Rhinopathie durch Kot der Hausstaubmilbe (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)
- aerogen

Frage 2

Welche Symptome schildert Ihnen typischerweise der Patient? Welches Bild werden Sie bei der Inspektion des Naseninneren sehen?

Antwort(en):

- Nasenatmungsbehinderung
- Niesreiz, Niesattacken
- wässrige, klare Sekretion
- Konjunktivitis (Brennen, Juckreiz)
- Passagere Hypo- oder Anosmie
- Gegebenenfalls Nasenmuschelhyperplasie
- eine entzündlich veränderte, livide Nasenmucosa mit vermehrt wässriger Sekretion

Frage 3

Welche Einteilungen der allergischen Rhinitiden kennen Sie?

Antwort(en):

- Die intermittierende, saisonale allergische Rhinitis, durch besonders Pollen in Mitteleuropa von Februar bis September verursacht
- Die perenniale, allergische Rhinitis durch Hausstaubmilbe, Tierhaare, Schimmelpilze
- nach dem Schweregrad (mild und intermittierend, mild und persistierend, mittel- bis schwergradig und intermittierend, mittel- bis schwergradig und persistierend)

Frage 4

Welche diagnostischen Schritte werden Sie durchführen?

Antwort(en):

- Anamnese
- HNO Status mit Nasenendoskopie
- PRICK-Test
- IgE-Bestimmung
- Gegebenenfalls Provokationstest (nasal oder konjunktival)

Frage 5

Welche Komplikationen der Hausstaubmilbenallergie kennen Sie?

Antwort(en):

- Ungefähr 1/3 der Patienten entwickelt eine erhöhte asthmabronchiale Bereitschaft, zunehmende Allergisierung gegen weitere Allergene, z. B. Pollen (Gräser, Bäume), Tierhaare...

Frage 6

Welche Therapie werden Sie dem Patienten empfehlen?

Antwort(en):

- **KAUSALE THERAPIEEMPFEHLUNG:**
Allergenkarenz, wenn möglich eine vollständige Allergenkarenz.
Eine Teilkarenz wird als Umgebungssanierung zur Reduktion der Allergenquelle durchgeführt.
- **HYPOSENSIBILISIERUNG:**
Die Durchführung der Hyposensibilisierung ist sowohl subcutan als auch mit Tabletten (sublingual) möglich.
Bei der subcutanen Immuntherapie werden dem Patienten die krankheitsauslösenden Allergene in langsam ansteigender Konzentration in regelmäßigen Abständen appliziert, sodass der Patient auf die natürliche Exposition schwächer reagiert. Die Verabreichung der Tabletten erfolgt täglich über 3 Jahre, wobei ganzjährig begonnen werden kann.
- **SYMPTOMATISCHE THERAPIE:**
Antihistaminika (H1 Antagonisten) oral, nicht sedierend
z.B. Cetirizin, Desloradatin, Dosis 1x1 Tabl.
- topische Steroide
z.B. Mometason
z.B. Fluticason
- Dekongestiva (Alpha Sympathomimetika z.B. Otrivin, Nasivin, sollten nur kurz und initial verwendet werden)

Frage 7

Welche Verhaltensmaßregeln bei Hausstaubmilbenallergie werden Sie dem Patienten noch mitgeben?

Antwort(en):

- Ziel ist es, ungünstige Lebensbedingungen für die Milbe zu gestalten.
- Nahrung (Hautschuppen) beseitigen
- Bettzeug einschließlich Kissen bei 60 Grad waschen, Möbel u. Matratze mit Akarizid (milbentötende Sprays / Pulver) behandeln.
- Milbendichte Überzüge für Bettdecken, Kissen und Matratzen (Encasing).
- Luftfeuchtigkeit senken (rel. Luftfeuchtigkeit auf 40-50 %), keinen Luftbefeuchter verwenden
- Temperatur senken, regelmäßiges Lüften von Räumen und Betten
- Zimmergestaltung, waschbar, Kunststoff statt Naturfaser, glatte Fußböden statt Teppichböden, reinigungsfreundlich
- Putzen: feucht wischen, nicht Staubsaugen oder spezielle Staubsauger mit Feinstaubfilter, keine Wäsche im Wohnbereich zum Trocknen aufhängen
- Urlaub im Gebirge über 1.500 m oder am Meer