

Musterfragen aus dem Fach Kinder- und Jugendchirurgie

Die Facharzt-Prüfung findet in Form einer Strukturierten Mündlichen Prüfung (SMP) statt. Hier finden Sie einige Musterfragen dazu, die vom Prüfungsausschuss zur Verfügung gestellt wurden. Anhand dieser Musterfragen können Sie sich mit der Prüfungsmethodik vertraut machen:

Musterfall 1

Sie erhalten im Nachtdienst ein Konsil der Neonatologie: Ihnen wird ein kleiner Patient namens Lukas, der bei vorzeitiger Wehentätigkeit bei 27+4 SSW mit 980g geboren wurde, vorgestellt. Mittlerweile ist Lukas 3 Wochen alt, nach initialer CPAP Therapie kardiorespiratorisch stabil und wird seit 1 Woche mit Formulanahrung über die Magensonde ernährt. Nun zeigt sich sein Abdomen gespannt, beginnendes Bauchdeckenerythem, über die Magensonde kommen gallige Magenreste und seit heute berichtet die Pflege über blutig tingierte Stühle. Auch respiratorisch verschlechtert sich das Neugeborene zunehmend.

Frage 1

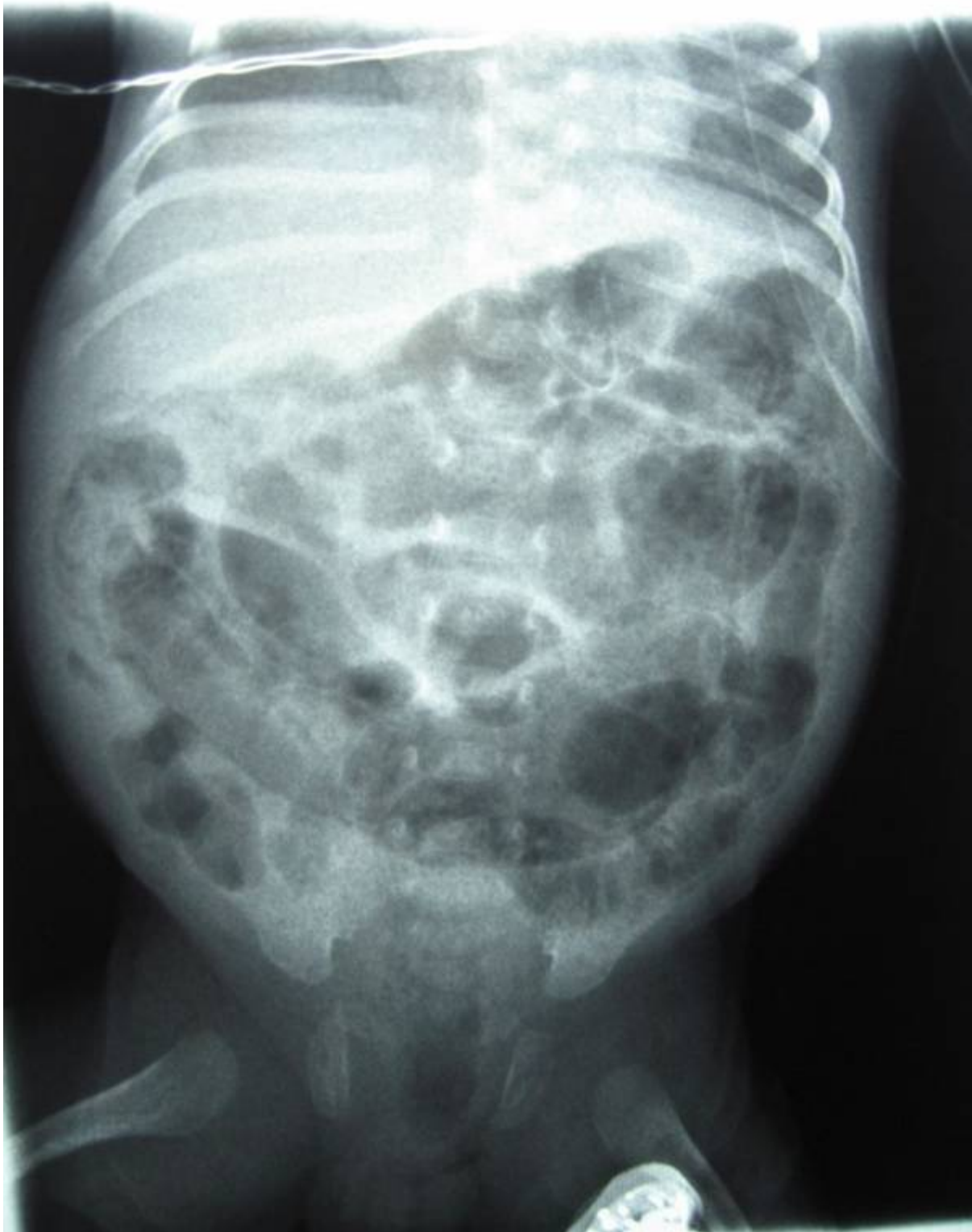
Welche diagnostischen Schritte leiten Sie ein?

Antwort(en):

- Röntgen Abdomen leer
- Laboruntersuchung
 - Blutbild – IL-6 – Gerinnung – Blutgruppe – Blutgasanalyse (Astrup) – Elyte
- Sonographie des Abdomens
 - Pneumatosisintestinalis/hepatis – frei von Luft – DD Volvulus!

ZWISCHENINFORMATION

Es zeigt sich folgendes Röntgenbild:



Frage 2

Im Labor zeigt sich eine deutliche Leukozytose sowie Thrombozytopenie das CRP liegt bei 20,5 mg/dl, IL-6 bei 1420 pg/ml. Des Weiteren zeigt sich eine metabolische Azidose sowie ein Laktat Anstieg. Wie lautet Ihre Verdachtsdiagnose?

Antwort(en):

- Nekrotisierende Enterokolitis

Frage 3

Nennen Sie mindestens drei für die NEC charakteristische Veränderungen im Nativröntgen des Abdomens.

Antwort(en):

- Pneumatis intestinalis
- Pneumoperitoneum
- Portalvenöses Gas
- Dilatierte Darmschlingen

Frage 4

Wie kann die Nekrotisierende Enterokolitis klassifiziert werden? Beschreiben Sie in Stichworten die einzelnen Stadien.

Antwort(en):

- Klassifikation nach Bell
- Stadium I: suspizierte NEC, Stadium II: manifeste NEC, Stadium III: fortgeschrittene NEC

Frage 5

Welches Stadium stellt eine absolute Operationsindikation dar?

Antwort(en):

- Stadium III – intestinale Perforation, Multiorganversagen

Frage 6

Welche konservativen und operativen Möglichkeiten der Therapie gibt es?

Antwort(en):

- Konservative Therapie:
 - Magensonde, nil per os, totale parenterale Ernährung, antibiotische Therapie
- Chirurgische Therapie:
 - Anlage abdominelle Drainage,
 - Resektion mit primärer Anastomose,
 - Resektion und Enterostoma,
 - VAC-Anlage

Frage 7

Welche Vorgänge spielen in der Genese der Erkrankung eine entscheidende Rolle?

Antwort(en):

- Intestinale Ischämie
- Bakterielle Besiedelung des Darmes
- Intestinale Entzündungsreaktion/ Inflammation
- Intestinale Unreife

Frage 8

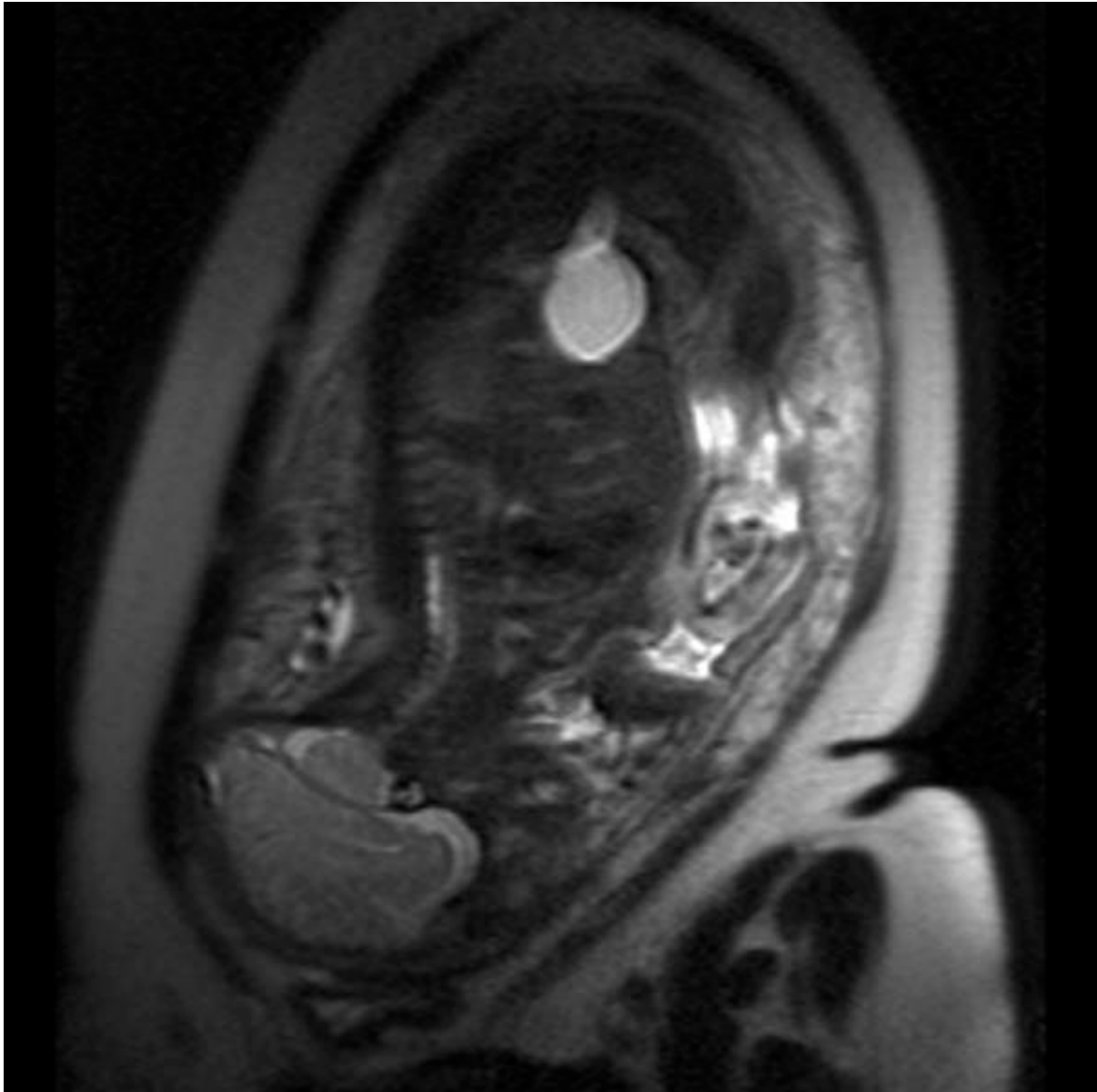
Welche Spätfolgen können nach NEC auftreten (mind. 3)?

Antwort(en):

- Strikturen /Stenosen
- Kurzdarmsyndrom
- Fisteln
- Ileus
- Malabsorptionssyndrom

Musterfall 2

In der 22. SSW wird bei einer gesunden Schwangeren (2. Grav.) im Ultraschall bei einem männlichen Feten eine beidseitig ausgeprägte Hydronephrose festgestellt. Es kommt im Verlauf zu einem Oligohydramnion. In der 24. SSW erfolgt die erweiterte Diagnostik.



Frage 1

Um welche Untersuchung handelt es sich? Wie lautet Ihre Verdachtsdiagnose?

Antwort(en):

- Fetales MRT
- V.a. posteriore Urethralklappe bei vergrößerter Harnblase mit ausgeweitetem Blasen Hals

Frage 2

Was ist die Pathogenese des Oligohydramnions und welche sekundären Probleme entstehen dadurch?

Antwort(en):

- Auf Grund der subvesikalen Obstruktion ist eine suffiziente Miktion des Fetus nicht möglich. Ab dem 2. Trimenon besteht jedoch die Amnionflüssigkeit hauptsächlich aus fetalem Urin, dadurch kommt es zum Oligohydramnion.
- die Amnionflüssigkeit ist für die fetale Lungenentwicklung essenziell, dadurch kann es bei einem Oligohydramnion zur Lungenhypoplasie kommen
- auf Grund des Oligohydramnion treten Deformitäten wie Klumpfüße, Fehlbildungen der Extremitäten und der Wirbelsäule als auch des Gesichts häufiger auf
- Potter Sequenz

Frage 3

Auf Grund des zunehmenden Oligohydramnions wird in der 35. SSW eine Sectio durchgeführt. Welche Erstmaßnahmen sind nach der Geburt einzuleiten?

Antwort(en):

- kardiopulmonale Versorgung und Stabilisierung des Kindes
- Dekompression des oberen und unteren Harntrakts (transurethraler Katheter, alternativ suprapubischer Katheter, Vesikostomie, Uretereostomie, Pyelostomie)
- Antibiotische Prophylaxe

Frage 4

Welche anschließende Diagnostik sollte erfolgen?

Antwort(en):

- Harnuntersuchung (Mikroskopie), Sediment und Kultur
- Labor: Serumkreatinin, Harnstoff, Elektrolyte (4.-7. Lebenstag)
- Ultraschall der Nieren und ableitenden Harnwege (direkt postpartal, dann nach 3-5 Tagen Wiederholung)
- Miktionszystourethrografie (Kontrastierung distal der Klappe, Detrusorhypertrophie, Pseudodivertikel, VUR) sobald als möglich
- Nierenzintigrafie (ING) nach 4-6 Wochen

ZU FRAGE 5



Frage 5

Interpretieren Sie folgende radiologische Untersuchung. Um welche Untersuchung handelt es sich und nennen Sie mind. 3 radiologische Befunde.

Antwort(en):

- MCU (Miktionszystourethroskopie)
- dünne, normalkalibrierte anteriore Urethra
- dilatierte posteriore Urethra
- dringender Verdacht auf posteriore Urethralklappe
- Megavesica mit unscharf begrenzter Wand und mehreren Pseudodivertikeln
- massiver beidseitiger VUR und Hydronephrode bds, Befund rechts ausgeprägter als links

Frage 6

Welche Therapie schlagen Sie vor?

Antwort(en):

- druckfreie Harnableitung (transurethral, suprapubisch, Vesikostomie, Pyelostomie)
- Infektionsprophylaxe
- transurethrale Klappenresektion
- Behandlung Niereninsuffizienz (ggf. Anlage CAPD)

Frage 7

Die posteriore Urethralklappe konnte erfolgreich zystoskopisch reseziert werden. Wie ist Ihre weitere Vorgangsweise?

Antwort(en):

- Nierenfunktionsprüfung mittels MAG3-Szintigrafie
- Infektionsprophylaxe
- Urodynamik
- Ultraschallkontrolle
- MCU im Verlauf
- Behandlung der Niereninsuffizienz

Frage 8

Welche präpartalen Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Antwort(en):

- präpartale (Einmal)Punktion der fetalen Harnblase
- Anlage Vesico-Amnialer Shunt (hohes Dislokationsrisiko)