

Bitte
beantworten Sie
die CME-Fragen
online unter
[www.elsevier.de/
leitlinien-paediatric](http://www.elsevier.de/leitlinien-paediatric)

Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin – CME-Fragen zur 22. Nachlieferung

Fragen zu Kapitel I Hämatologie (I2, I3, I5)

Es ist immer **nur eine Antwort pro Frage** zutreffend. **Einsendeschluss ist der 20.06.2012.**

Wenn Sie mindestens 70% der Fragen korrekt beantwortet haben, erhalten Sie **2 CME-Punkte.**

Bei richtiger Beantwortung von 100% der Fragen bekommen Sie **3 CME-Punkte.**

1. **Welche der nachfolgenden Aussagen ist richtig?**
 - A Patienten mit Thalassaemia major müssen nur in Ausnahmefällen transfundiert werden.
 - B Patienten mit Thalassaemia major werden bei zunehmender Anämie mit Eisen und Folsäure behandelt.
 - C Patienten mit Thalassaemia major werden bei Auftreten von Anämiesymptomen transfundiert.
 - D Patienten mit Thalassaemia major werden in regelmäßigen, ca. dreiwöchigen Abständen transfundiert.
 - E Patienten mit Thalassaemia major werden mit intermittierenden Austauschtransfusionen behandelt.

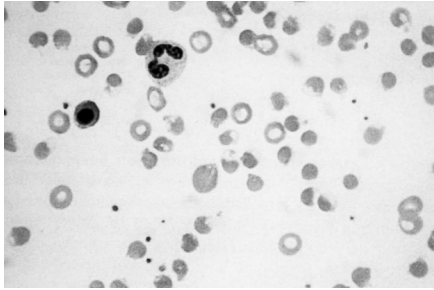
2. **Welche der nachfolgenden Aussagen ist falsch?**
 - A Die Diagnose einer Thalassaemia intermedia wird nur auf der Basis molekular-genetischer Befunde gestellt.
 - B Die genetische Basis bildet meist eine homozygote oder gemischt-heterozygote β -Thalassämie, modifiziert durch verschiedene Einflussfaktoren.
 - C Bei Komplikationen infolge der stark gesteigerten, jedoch ineffektiven Erythropoese bzw. bei Symptomen einer Anämie ist eine Indikation zur Transfusionstherapie gegeben.
 - D Auch Patienten mit Thalassaemia intermedia ohne Transfusionstherapie entwickeln im Krankheitsverlauf eine Hämosiderose.
 - E Einzelne Patienten mit Thalassaemia intermedia können erfolgreich mit Hydroxyharnstoff oder Butyratderivaten behandelt werden.

3. **Welche der nachfolgenden Aussagen ist richtig?**
 - A Die Diagnose einer α -Thalassämie wird ausschließlich durch die Hämoglobinelektrophorese gestellt.
 - B Patienten mit einer Minor-Form der α -Thalassämie müssen nur gelegentlich transfundiert werden.
 - C Bei HbH-Krankheit können virale Infekte und toxische Einflüsse zu hämolytischen und aplastischen Krisen führen.
 - D Das gleichzeitige Vorliegen einer α -Thalassaemia minima führt zu einem schwergradigeren Verlauf einer homozygoten β -Thalassämie.
 - E Die α -Thalassämie hat ihre höchste Prävalenz im südeuropäischen Mittelmeerraum.

4. **Anamnese:** 5-jähriger Junge türkischer Abstammung mit konnataler Meningomyelozele. Bekannte Blasenentleerungsstörung, rez. Harnwegsinfekt. Akuter HWI: seit Vortag Nitrofurantoin. Extrem blass, kaum ansprechbar, roter Urin. Aufnahmebefund: Puls 180/min, RR 90/40 mmHg. Atmung 60/min, Sklerenikterus. Bei Aufnahme Hb 6,0 g/dl. Reti 69%, Thrombo 503 000/ μ l, Leuko 14.400/ μ l, MCV 97 fl, Bilirubin 0,7 mg/dl. LDH 260 U/l. Dir. Coombs-Test neg. Im Blutbild sehen sie folgende Veränderungen (s. Abb.).

Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin – CME-Fragen zur 22. Nachlieferung

Fragen zu Kapitel I Hämatologie (I2, I3, I5)



Was ist die wahrscheinliche Ursache dieser Beschwerden?

- A Schwere Harnwegsinfektion mit Hämaturie.
- B Hämolytische Krise bei G6PD-Mangel.
- C Allergische Reaktion.
- D Sepsis mit konzentriertem Urin.
- E Aplastische Krise bei hereditärer Sphärozytose.

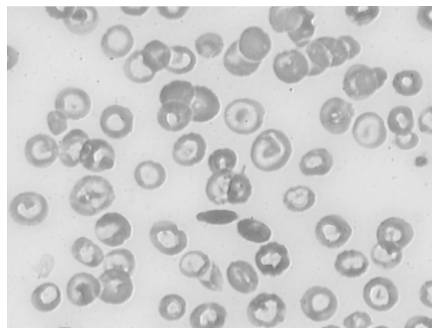
5. **Anamnese:** Kleinkind, 15 Monate, weiblich, afrikanischer Abstammung, mit Blässe und Beinschmerzen. Plötzliche Erkrankung mit Fieber und Beinschmerzen. Auffallende Blässe.

Aufnahmebefund: Mäßig reduzierter Allgemeinzustand, Blässe. Fieber bis 39,6 °C. Ausgeprägter Berührungsschmerz ohne Meningismus. Deutliche Rhinitis. Keine Hepatosplenomegalie, kein Ikterus.

Blutbild:

Hämoglobin bei Aufnahme (g/l)	71
MCV (fl)	77
MCH (pg)	23
MCHC (%)	30
RDW (normal < 15)	14,3
Retikulozyten (%)	11,8 (absolut 419 g/l)
Gesamtbilirubin (mg/dl)	0,6
LDH (normal bis 500 U/l)	450
Leukozyten (/µl)	11 000

Thrombozyten (/µl)	153 000
CRP (mg/l)	14
GOT (normal bis 55)	58
Ferritin (normal 10–140 ng/ml)	240



Wie lautet Ihre Diagnose?

- A Thalassämie.
 - B Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase-Mangel.
 - C Sichelzellanämie.
 - D Sichelzell-Thalassämie.
 - E Zieve-Syndrom.
6. **Aus welchen Lebensmitteln wird Eisen besonders gut resorbiert?**
- A Spinat.
 - B Getreideprodukte.
 - C Kuhmilch.
 - D Fleisch.
 - E Eier.
7. **Wo erfolgt hauptsächlich die Eisenresorption?**
- A Mundschleimhaut.
 - B Magen.
 - C Duodenum und oberes Jejunum.
 - D Ileum.
 - E Kolon.
8. **Welcher Diagnostik bedarf es bei typischer und plausibler Anamnese zur Sicherung eines alimentären Eisenmangels?**
- A Eisen im Serum.
 - B Transferrin.
 - C Ferritin.
 - D Komplettes Blutbild.
 - E Hämokkulttest.

Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin – CME-Fragen zur 22. Nachlieferung

Fragen zu Kapitel I Hämatologie (I2, I3, I5)

9. Ab welchem Alter bedarf es bei einem voll gestillten Säugling geeigneter Beikost, um eine Eisenmangelsituation zu verhüten?
- A 6 Wochen.
 - B 3 Monate.
 - C 6 Monate.
 - D 9 Monate.
 - E 12 Monate.
10. Welcher differenzialdiagnostischer Erwägung bedarf es nicht, wenn bei einer Eisenmangelanämie Nahrungseisenmangel ausgeschlossen ist?
- A Menstruationsstörungen.
 - B Glutensensitive Enteropathie.
 - C Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen.
 - D Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis.
 - E Oxyuriasis.

