



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 23. Nachlieferung

Fragen zu Kapitel O Gastroenterologie (O9, O16)

Es ist immer **nur eine Antwort pro Frage** zutreffend. **Einsendeschluss ist der 11.09.2012.**

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 diagnostischen Parameter sind bei der Zöliakie essenziell?**
 - A Malabsorptionssymptomatik, Zöliakie-Serologie, histologischer Befund der Duodenalbiopsie und Remission von Klinik und Zöliakie-Serologie unter glutenfreier Diät.
 - B Malabsorptionssymptomatik und positive Zöliakie-Serologie reichen aus.
 - C Beschwerdefreiheit unter glutenfreier Ernährung ist allein ausschlaggebend.
 - D Die totale Zottenatrophie ist eine conditio sine qua non.
 - E Der Nachweis von Zöliakie-typischen Antikörpern im Stuhl ist wegweisend.
2. **Worin besteht die diagnostische Bedeutung der molekulargenetischen Bestimmung von HLA-DQ2/8?**
 - A Mit dem positiven Nachweis von HLA-DQ2/8 ist die Zöliakie gesichert.
 - B Eine fehlende HLA-DQ2/8-Positivität schließt eine Zöliakie weitestgehend aus.
 - C Bei einem Diabetes-mellitus-Typ-1-Patienten, der HLA-DQ2/8 positiv ist, ist die Entwicklung einer Zöliakie extrem selten.
 - D In einem Kind mit M. Down ist die Bestimmung von HLA-DQ2/8 nicht geeignet, eine Zöliakie auszuschließen.
 - E Nur Patienten mit Zöliakie sind HLA-DQ2 oder -DQ8 positiv.
3. **Welche Aussage zur MARSH-2-Läsion (hyperplastischer Typ) der Zöliakie trifft zu?**
 - A Die MARSH-Läsionen klassifizieren das Enteropathie-assoziierte T-Zell-Lymphom der Zöliakie histologisch.
 - B Eine MARSH-2-Läsion reicht auch bei typischer Zöliakie-Symptomatik und -Serologie nicht aus, eine glutenfreie Diät zu starten.
 - C Nur eine MARSH-3-Läsion in der Duodenalbiopsie erlaubt die Diagnose einer Zöliakie.
 - D Bei einer MARSH-2-Veränderung im Duodenum ist lediglich die Zahl der intraepithelialen Lymphozyten pathologisch vermehrt.
 - E Die MARSH-2-Läsion der Duodenalschleimhaut beschreibt eine partielle Zottenatrophie mit Vermehrung der intraepithelialen Lymphozyten (> 30 pro 100 Enterozyten) und eine Kryptenhyperplasie.
4. **Welche Manifestation kann nicht eine extraintestinale der Zöliakie darstellen?**
 - A Asthma bronchiale.
 - B Dermatitis herpetiformis Duhring.
 - C Osteoporose.
 - D Kleinwuchs.
 - E Pankreasinsuffizienz.

Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin – CME-Fragen zur 23. Nachlieferung

Fragen zu Kapitel O Gastroenterologie (O9, O16)

5. **Bei Verdacht auf latente Zöliakie ...**
- A ... wird der weitere klinische Verlauf abgewartet.
 - B ... ist selbst bei Negativität von HLA-DQ2/8 eine weitere Differenzialdiagnostik nicht angebracht.
 - C ... wird unter stärkerer Glutenzufuhr (> 15 g/Tag) Symptomatik, Zöliakie-Serologie und duodenale Histologie im Verlauf kontrolliert.
 - D ... wird ein Behandlungsversuch mit glutenfreier Ernährung begonnen.
 - E ... bestätigt die Normalisierung der Befunde unter glutenfreier Ernährung die Diagnose einer Zöliakie.
6. **Welche differenzialdiagnostische Ursache ist im Rahmen der Abklärung einer Transaminasen-Abklärung nicht zu berücksichtigen?**
- A Myopathie.
 - B Autoimmunhepatitis.
 - C M. Wilson.
 - D Zöliakie.
 - E M. Gilbert-Meulengracht.
7. **Welche Aussage zur nicht-alkoholbedingten Fettlebererkrankung (NAFLD) im Kindesalter ist richtig?**
- A Die nicht-alkoholbedingte Steatohepatitis (NASH) ist die aggressivere Verlaufsform der NAFLD.
 - B Nur etwa 20% der Kinder mit NAFLD leiden an einer Adipositas.
 - C Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 entwickeln eher eine cholestatische Hepatopathie als eine NAFLD.
 - D Bei der NAFLD ist regelmäßig pANCA nachweisbar.
 - E Eine Leberbiopsie ist immer zur Sicherung der Diagnose einer NAFLD erforderlich.
8. **Welche diagnostische bzw. therapeutische Maßnahme ist bei einem adipösen Kind/Jugendlichen mit erhöhten Transaminasen ohne Hinweis auf eine progrediente Hepatopathie, Infekt oder Myopathie zunächst angebracht?**
- A Durchführung einer Leberbiopsie.
 - B Erweiterte Labordiagnostik.
 - C Verlaufskontrolle in 1/2 Jahr.
 - D Tandem-MS.
 - E Gewichtsreduktion (Änderung des Lebensstils).
9. **Welche therapierelevante Diagnose kann sich neben einer Adipositas hinter einer Transaminasen-Erhöhung eines Jugendlichen ohne Hyperbilirubinämie verbergen?**
- A Crigler-Najjar-Syndrom.
 - B Primär sklerosierende Cholangiopathie.
 - C M. Wilson.
 - D α_1 -Antitrypsin-Mangel.
 - E Cholelithiasis.
10. **Welche Diagnose ist aufgrund der Therapierelevanz bei einem adipösen Kind mit progredienten Transaminasen-Erhöhungen unter Gewichtsreduktion besonders zu berücksichtigen?**
- A Nicht-alkoholbedingte Fettlebererkrankung (NAFLD).
 - B Zustand nach viralem Infekt.
 - C Zustand nach i.m.-Injektion.
 - D Autoimmunhepatitis.
 - E Nicht-alkoholbedingte Steatohepatitis (NASH).