

Pädiatrie: Stellen Sie die richtigen Fragen?

René Tabin

Einige Fragen, die Sie sich in der Praxis stellen sollten – aus Themenbereichen, die derzeit in der Diskussion stehen und in der aktuellen Fachpresse behandelt werden [1].

Autismus

An welchen Facharzt überweist man ein Kind mit Verdacht auf kindlichen Autismus?

Die Kriterien für die frühzeitige Diagnostizierung dieser schweren und belastenden Krankheit sind erheblich verfeinert worden. Einfache Fragebögen für das medizinische Personal (z.B. der CHAT-Fragebogen [2]) ermöglichen heute die frühzeitige Diagnosestellung. Wenn ein Verdacht auf Autismus besteht, ist zunächst der Ätiologie auf den Grund zu gehen, da zahlreiche Symptome dieser Störung auch bei Syndromen auftreten können, die mit geistigen Behinderungen verbunden sind. Ein Protokoll zur Präzisierung der Diagnose ist vorgelegt worden [3]. Die erforderliche Differentialdiagnostik ist sehr umfassend und reicht von Erbkrankheiten, dysmorphischen Syndromen oder chromosomalen Anomalien bis hin zu Stoffwechselstörungen und neurologischen Erkrankungen.

Schädelhirntrauma beim Kind

Muss das Kind stationär beobachtet werden, oder kann es nach Hause entlassen werden? Welche Untersuchungen sind durchzuführen? Welche Empfehlungen sind bei der Entlassung mitzugeben?

Während die Versorgung des schweren Schädelhirntraumas beim Kind gut kodifiziert ist, wird im Falle des leichten Schädelhirntraumas noch kontrovers diskutiert. Die medizinische Versorgung schwerer Schädelhirntraumen (Glasgow-Score 3–7) und auch mittelschwerer Schädelhirntraumen (Glasgow-Score 8–13) erfolgt stationär. Da das Nichtvorliegen einer Schädelfraktur nur eine sehr gering negative prognostische Aussagekraft besitzt, gilt eine Röntgenaufnahme des Schädels bei leichtem Schädelhirntrauma nur noch dann als indiziert, wenn die Gefahr einer sich ausdehnenden Fraktur besteht, was nahezu ausschliesslich bei Kindern unter drei Jahren der Fall sein kann. Um intrakranielle Läsionen zu erkennen, die einen neurochirurgischen Eingriff erforderlich machen, wird eine Notfall-Computertomographie durchgeführt. Ein Entscheidungsalgorithmus [4] für das weitere therapeutische Vorgehen liegt vor. Wenn ent-

schieden wird, das Kind nach Hause zu schicken, muss es mindestens einen Tag lang überwacht werden. Dem verantwortlichen Betreuer sind klare Anweisungen mitzugeben, möglichst in Schriftform [4].

Fetale Echokardiographie [5]

Welchen Patientinnen ist zu dieser Untersuchung zu raten? Warum?

Die Inzidenz kardiologischer Fehlbildungen liegt bei rund 8 von 1000 Geburten. Erhöht wird sie durch Risikofaktoren in der Familie (betroffene Geschwister/Eltern, genetische Anomalien), bei der Mutter (Phenylketonurie, Typ-1-Diabetes, bestimmte Medikamente und Virusinfektionen wie Röteln, Zytomegalie, Coxsackie-Infektion in der Schwangerschaft) oder beim Fetus (Hydrops, chromosomale Anomalien). Die fetale Echokardiographie ermöglicht die pränatale Erkennung der meisten hämodynamisch relevanten kardiologischen Fehlbildungen; die positive beziehungsweise negative prognostische Aussagekraft liegt in Zentren für Kinderkardiologie über 95%. Nach pränataler Diagnosestellung können das Management der restlichen Schwangerschaft, die Entbindung und die neonatal durchzuführenden Massnahmen geplant werden. Wenn die postpartale Lungen- und Systemperfusion davon abhängt, ob der Ductus arteriosus sich schliesst oder nicht, kann eine Behandlung mit Prostaglandin E₂ sofort eingeleitet werden, um zu verhindern, dass sich der Zustand des Neugeborenen vor dem aufgrund der Fehlbildung erforderlichen Eingriff verschlechtert.

Pulmonale Hypertonie [6]

Wie diagnostizieren? Ist die Prognose immer schlecht?

Beim Kind wie beim erwachsenen Patienten gibt es idiopathische und erblich bedingte primäre Formen pulmonaler Hypertonie sowie diverse sekundäre Formen unterschiedlichster Ätiologie. Die Prognose für diese Störung war bis vor kurzem düster. Die Erforschung ihrer physiopathologischen Mechanismen hat jedoch wichtige Fortschritte und neue Medikamente hervorgebracht, die nicht nur die Symptome lindern, sondern auch die Überlebensraten verbessern. Die Diagnose muss so früh wie möglich gestellt werden, was beinhaltet, dass an die Erkrankung überhaupt gedacht wird. Bei Dyspnoe ungeklärter Ursache in Ruhe oder unter Belastung ist ein

EKG und/oder eine Echokardiographie durchzuführen, um das Vorliegen einer pulmonalen Hypertonie zu untersuchen.

Pädiatrische Fachzeitschriften – Verbände – Ratgeber für Eltern

Im Internet unter www.swiss-paediatrics.org/links und www.swiss-paediatrics.org/parents finden Sie zu Ihrer Information und für die Betreuung der Eltern Links zu den wichtigsten päd-

iatrischen Fachzeitschriften, ein Verzeichnis von Verbänden, Stiftungen etc. zur Unterstützung betroffener Kinder und ihrer Familien sowie umfangreiches Informationsmaterial für Eltern (Ratgeber Krankes Kind, Ernährungsplan der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie, Impfplan, Empfehlungen für die Auswahl einer Kinderkrippe/eines Betreuungsplatzes für die ganz Kleinen, Empfehlungen für das Tragen eines Rucksacks auf dem Schulweg etc.).

Übersetzung TranScript

Korrespondenz:
Dr. med. René Tabin
Facharzt FMH für Pädiatrie,
Neonatologie
Chef du département
médico-chirurgical de pédiatrie
Centre Hospitalier du Centre
du Valais
Av. du Grand Champsec
CH-1951 Sion
rene.tabin@swiss-paediatrics.org

Literatur

- 1 www.swiss-paediatrics.org/paediatrica.
- 2 www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol14n1/pdf/chat-fr.pdf.
- 3 Coleman M. A Framework for autism. *Paediatrica* 2003; 14(6):26–8.
- 4 Vernet O, Lutz N, Rilliet B. Prise en charge des traumatismes crânio-cérébraux de l'enfant. *Paediatrica* 2004;16:35–40.

- 5 Fasnacht M. La cardiologie du fœtus est davantage que l'échocardiographie fœtale. *Paediatrica* 2004;16:30–4.
- 6 Beghetti M, Fasnacht M. Hypertension artérielle pulmonaire de l'enfant: dépistage et traitement. *Paediatrica* 2004;15: 14–6.

Pédiatrie: vous êtes-vous posé les bonnes questions?

René Tabin

Quelques questions que le praticien pourrait se poser, choisies parmi des thèmes discutés récemment [1], sélectionnés dans l'actualité pédiatrique récente.

Autisme

A quel spécialiste faut-il référer un enfant suspect d'autisme infantile?

Les critères pour poser un diagnostic précoce de cette maladie sévère et invalidante se sont affinés et des questionnaires simples à l'usage des professionnels (par ex. questionnaire CHAT [2]) permettent un dépistage précoce. La suspicion d'un tel diagnostic doit amener le médecin à s'interroger sur l'étiologie, beaucoup des symptômes de cette affection pouvant se rencontrer également dans les syndromes s'accompagnant d'un retard mental. Un protocole visant à préciser le diagnostic a été proposé [3]. Le diagnostic différentiel est très large, et comprend entre autres des maladies génétiques et syndromes dysmorphiques, des anomalies chromosomiques, des maladies métaboliques et des affections neurologiques.

Traumatismes crânio-cérébraux chez l'enfant

L'enfant doit-il être hospitalisé pour surveillance ou peut-il rentrer à domicile? Quelles investigations effectuer? Quelles recommandations pour le retour à domicile?

Si la prise en charge des traumatismes crânio-cérébraux (TCC) sévères de l'enfant est bien codifiée, celle des TCC mineurs est encore controversée. La prise en charge des TCC sévères (score de Glasgow de 3 à 7), mais également modérés (score de Glasgow de 8 à 13) sera hospitalière. L'absence de fracture du crâne ayant une très faible valeur prédictive négative, la radiographie du crâne n'a plus que comme seule indication reconnue lors de TCC mineurs la possibilité d'une fracture croissante, pouvant survenir presque exclusivement chez des enfants de moins de trois ans. Pour déceler des lésions intracrâniennes susceptibles de nécessiter une intervention neurochirurgicale, un CT-scan en urgence sera effectué, des algorithmes décisionnels [4] ayant été proposés pour la prise en charge de ces enfants. Si l'on décide de renvoyer l'enfant à domicile, celui-ci sera surveillé durant

au moins un jour et des indications claires, si possibles écrites, seront fournies à la personne responsable [4].

Echocardiographie fœtale [5]

A quel(le) patient(e) faut-il conseiller cet examen? Pourquoi?

L'incidence des malformations cardiaques se situe autour de 8/1000 naissances. Des facteurs de risque familial (atteinte de la fratrie, d'un des parents, anomalies génétiques familiales), maternel (phénylcétonurie, diabète de type 1; médicaments ou infections virales (rubéole, cytomégalie, infection à coxsackie) durant la grossesse) ou fœtaux (hydrops, anomalies chromosomiques) augmentent ce risque. L'échocardiographie fœtale permet de diagnostiquer avant la naissance la plupart des malformations cardiaques hémodynamiquement significatives, avec une valeur prédictive positive ou négative se situant, dans les centres de cardiologie fœtale, au-dessus de 95%. Le diagnostic anténatal permet de planifier le suivi de la grossesse, l'accouchement et les mesures néonatales. Lorsque la perfusion pulmonaire ou systémique après la naissance dépend de la persistance du canal artériel, un traitement avec la prostaglandine E2 pourra être immédiatement instauré, ceci permettant d'éviter la péjoration de l'état du nouveau-né avant l'intervention nécessitée par sa malformation.

Hypertension artérielle pulmonaire [6]

Comment poser le diagnostic?

Un pronostic toujours sombre?

Chez l'enfant comme chez l'adulte surviennent des formes idiopathiques ou familiales primaires d'hypertension artérielle pulmonaire ainsi que diverses formes secondaires, d'étiologies multiples; cette affection avait jusqu'à récemment un pronostic sombre. La compréhension des mécanismes physiopathologiques a amené des progrès majeurs et de nouveaux médicaments, permettant d'améliorer les symptômes, mais également la survie. Un diagnostic précoce devrait être posé, en évoquant la possibilité de cette maladie. En présence chez l'enfant d'une dyspnée inexplicable au repos ou à l'exercice, un ECG et/ou une échocardiographie seront effectués à la recherche d'une hypertension artérielle pulmonaire.

Revue pédiatriques – associations – conseils aux parents

Aux adresses www.swiss-paediatrics.org/links et www.swiss-paediatrics.org/parents vous trouverez les liens vers les principales revues pédiatriques, un répertoire des associations, fondations, etc. venant à l'aide à l'enfant et à sa famille, ainsi que de nombreux documents à l'adresse

Correspondance:
Dr René Tabin
Spécialiste FMH en pédiatrie,
néonatalogie
Chef du département
médico-chirurgical de pédiatrie
Centre Hospitalier du Centre
du Valais
Av. du Grand Champsec
CH-1951 Sion
rene.tabin@swiss-paediatrics.org

Références

- 1 www.swiss-paediatrics.org/paediatrica
- 2 www.swiss-paediatrics.org/paediatrica/vol14n1/pdf/chat-fr.pdf
- 3 Coleman M. A Framework for autism. *Paediatrica* 2003; 14(6):26-8.
- 4 Vernet O, Lutz N, Rilliet B. Prise en charge des traumatismes crânio-cérébraux de l'enfant. *Paediatrica* 2004;16(4):35-40.

des parents (guide pour enfant malade, plan d'alimentation de la Société Suisse de Pédiatrie, plan de vaccination, recommandations pour le choix des crèches et lieux de gardiennage pour les petits enfants, conseils pour le port du sac à dos sur le chemin de l'école, etc.) qui vous permettront de vous documenter et d'informer vos patients.

- 5 Fasnacht M. La cardiologie du fœtus est davantage que l'échocardiographie fœtale. *Paediatrica* 2004;16(4):30-4.
- 6 Beghetti M, Fasnacht M. Hypertension artérielle pulmonaire de l'enfant: dépistage et traitement. *Paediatrica* 2004;15(2): 14-6.