

INHALTSVERZEICHNIS

1. Pädiatrische Endokrinologie	1
1.1. Wachstumsstörungen	1
1.2. konntatale Hypothyreose	1

1. PÄDIATRISCHE ENDOKRINOLOGIE

Wüller

1.1. Wachstumsstörungen.

- vermessende Parameter = Auxologische Parameter → Größe, Proportionen, Gewicht & Wachstumsgeschwindigkeit
- Mittlere Größe ist hoch = Bauch ist dick ;-)
- Größen-Berechnung: Eltern-durchschnitt \pm 6,5cm je nach geschlecht ist die Prognose, jedoch Korridor von \pm 8cm normal
- natürlich benutzt man normalerweise jedoch Perzentilenkurven
- Knochenalter \neq chronologisches Alter
- Knochenalter per Röntgenbild von der Hand - wie steht es mit den Epiphysenkernen und so weiter
- Verschiebungen oft: Knochenalter anders als chronologisches Alter – Grund: Reifungspause
- IGF-1 wird übrigens in der Leber hergestellt (GH-geschoben)
- bei Verdacht auf Wachstumshormondefizit: Sekretionstests
- konstitutionelle Entwicklungsverzögerung: Wachstumsvariante, keine Erkrankung per se
- wenn man einen Faktor wie Gluten abschaltet kommt es oft zu Aufholwachstum
- intrauterin: Schlechtere Gefäßversorgung eines Zwillingsskindes → 2 unterschiedlich große Kinder
- Nikotin in der Schwangerschaft: Kind klein und auch später klein
- bei GH-Mangel: tägliche Substitution per Pen-System (rekombinant hergestelltes Hormonanalogen)
- Ende der Therapie wenn sich das Wachstum verlangsamt, nicht wenn das Gesicht grob und die Zunge dick wird

- gutes Beispiel für Großwuhs und Akromegalie: Beisser/Jaws bei James Bond
- Gegenteil: es gibt GHRH-Antagonisten und GH-Rezeptor-Antagonisten
- Telarche: Beginn des Brustwachstums
- Axillarche: Beginn der Achselbehaarung
- Pubarche: Beginn der Schambehaarung
- Hodengröße unter 3ml: Präpuberter
- 10%-Perzentile: 12ml, 90% Perzentile: 22ml
- FW: Pubertas tarda & praecox
- bei Auffälligkeit: Knochenalterbestimmung, Gonaden sono beim Mädchen und ggf. MRT der Hypophyse
- pseudopubertas praecox bei androgenitalen Syndrom, Geschlechtshormone werden an falschem Ort produziert, also idR in der Nebenniere
- Virilisierung: Behaarung, Muskeln und Klit-Wachstum
- neugeborene: Mini-Pubertät mit Behaarung & hohen Geschlechtstestosteroidwerten, schneller Abfall dann natürlich
- bis zur Adoleszenz: Hemmung überwiegt massiv
- immer Abklopfen: Hypophysen/Hypothalamusgeschichte bei pubertas praecox
- Pubertas tarda: Hemmung hört nicht auf, es muss also per Substitution der Spiegel erhöht werden → inhibierende Neurone brechen ein durch die Therapie

1.2. konntatale Hypothyreose.

- Plazenta selbst endokrines Organ: Östrogene & hCG erhöhen z.B. T3 & T4 der Mutter
- Plazenta bildet TRH für den Fetus, TSH geht nicht ins Baby damit das Kind nicht an jedem Stress der Mutter beteiligt ist
- Symptome:
 - offene Fontanelle
 - Hyperbilirubinämie
 - Trinkschwäche
 - Makroglossie
 - Muskelhypotonie

- Hypothermie
- Nabelhernie
- Obstipation
- Bradykardie
- → ganz Schlechte entwicklung

- Hypothalamus-Probleme fallen nicht auf, da beim Neonatal-Fersenblut-Screening nur TSH getestet wird
- komisch, daß T4 nicht mitbestimmt wird → sollte man bei Kindern die ab Anfang unklar schlecht sind