



Prof. Seyberth
Kinderklinik der Universität Marburg
Deutschhausstr. 12
35037 Marburg

KINDERCHIRURGIE
PROF. DR. J. WALDSCHMIDT Tel. 7882-2728
DR. H. GIEST Tel. 7882-2128
DR. L. MEYER-JUNGHÄNEL Tel. 7882-2127
DR. K. LOHSE Tel. 7882-2710

Bäumerplan 24
12101 Berlin (Tempelhof)

Eingang Gontermannstraße 41
Telefax (030) 7882 - 2769
Telefon (030) 7882 - 0

D.: Prof. Waldschmidt,
Dr. med. E. Enders, 35066 Franhenberg (Eder)

Datum 5. Juni 2003

Sehr geehrter Herr Kollege,
wir berichten Ihnen über das Kind

Jannis LACHE, geb. 25.6.02
whft: Dr. Loderhose Str.27, 09668 Frankenberg

stationärer Aufenthalt vom 26.05.03 bis 06.06.03

Diagnose: Wilmstumor Stadium IV rechts, Metastase pulmonal, Einbruch in das Colon ascendens und den M. psoas (C64)

Therapie: Nephrektomie rechts mit Tumorexstirpation am 28.5.03 (Nebenniere erhaltend operiert)
Clip 1 am Colon ascendens
Clip 2 M. psoas
Heniotomie rechts

weitere Diagnosen: Chemotherapie nach SIOP 2001 seit 4.4.03
Portkathetersystem seit 4.4.03
Mikrodeletion 22q11 (Formenkreis eines CATCH-22 Mikrodeletionssyndrom)
kleiner Ventrikelseptumdefekt (Q21.0), Dextrokardie (Q21.0)
Ohrmuscheldysplasie bds(Q17,3) Brachycephalie (Q75,0) Vierfingerfurche rechts (Q82,8)
Hörminderung
Strabismus konvergenz
Hydrocele testes rechts

Anamnese: Das Kind wurde uns aus der Unikinderklinik Marburg zur Operation eines Wilmstumores Stadium IV überwiesen. Präopeativ hatte das Kind vom 4.4.- 13.5.03 eine Chemotherapie nach Protokoll SIOP 2001/GPOH erhalten. Darunter war der rechtsseitige Wilmstumor in der Größe von 8 x 9 cm auf 6,6 x 6 cm reduziert, der Lymphknoten war auf 1cm reduziert. im CT waren keine Lungenmetastasen mehr nachweisbar, die paraaortale Lymphadenopathie bestand weiterhin.

Status bei Aufnahme: 11 Monate alter männlicher Säugling stabiler AZ und EZ, blaß, makuläres Exanthem an Stamm und Extremitäten, Hinterkopf abgeflacht, Vierfingerfurche rechts, Ohrmuscheldysplasie bds, Augenmotilität regelrecht, Rachenring reizlos, Mundschleimhaut ohne Stomatitis, Pulmo gut belüftet kein Obstruktion, Cor HT rein 3/6 Systolikum, Abdomen mit leichter Abwehrspannung bei leicht ausladender Flanke rechts, keine Hepatosplenomegalie, keine sichere pathologische Resistenz tastbar, gute Peristaltik, Hydrocele testes rechts, testes bds deszendiert, leicht hypotone Muskulatur. Temp 37,2°C, Gewicht 8950g

Labor präoperativ: Leukocyten 5700/ μ l, Diff.-Bb.: Seg. 33%, Lymph. 50%, Mono 15%, Eos. 1%, Baso. 1%, Hb 11,3 g/dl, Thrombocyten 379000/ μ l, CRP 1,7 mg/dl, Na⁺ 139 mmol/l, K⁺ 4,6 mmol/l, Ca²⁺ 11,49 mg/dl, Cl⁻ 103 mmol/l, GOT 29 U/l, GGT 18,4 U/l, Krea 0,28 mg/dl, Bili 0,51 mg/dl, Gerinnung unauffällig

Labor im Verlauf:

CrP max 16,69 mg/dl, GOT 180 U/l, GPT 122,2 U/l, gGT 22,2 U/l,

Labor vom 5.6.03: Leukocyten 8700/ μ l, Diff.-Bb.: Lymph. 39,9%, Mono 10%, Eos. 3,8%, Baso. 0,1%, Hb 11,3 g/dl, Thrombocyten 443000/ μ l, CRP 0,9 mg/dl, Na⁺ 138 mmol/l, K⁺ 4,8 mmol/l, Cl⁻ 104 mmol/l, GOT 28,7 U/l, GGT 17,1 U/l, Krea 0,35 mg/dl

Sono Abdomen: inhomogene Raumforderung (7,4 x 4,6 x 6 cm Größe) mit unterschiedlicher Echogenität, rundlichen echofreien Arealen im Bereich des rechten Nierenlagers, Nierengewebe nicht mehr identifizierbar, am unteren Pol der Raumforderung zusätzliche bebegrenzte Struktur (Durchmesser 2,5 cm, mittlere mäßig inhomogene Echogenität, keine freie Flüssigkeit, kein Pleuraerguß, weitere Organe mit unauffälligen Befunden

Rö- Thorax 29.5.03: Expirationsaufnahme nach Reintubation, Dextrokardie, regelrechte Gefäßanatomie, V.a. perihiläre Zeichnungsvermehrung li, zentralvenöser Port, Portkatheter mündet tief zentral im Bereich des rechten Vorhofes, Tubus mündet oberhalb der medialen Claviculaenden, Magensonde in situ

Therapie und Verlauf: Die Operation erfolgte am 28.5.03 in Intubationsnarkose. Im Bereich des Colon ascendens fand sich ein Tumoreinbruch, der bis zur Muskelschicht reichte. Mittels Diathermie wurde der Tumor hier herauspräpariert. Die Serosa wird vernäht und mittels Titanclip markiert. Der Tumor reicht medial über die V-cava hinweg. Die Vena testicularis dextra wurde reseziert. Der Ureter wurde bis zur Blaseneinmündung reseziert. Im dorsalen Bereich des Tumors zeigt sich ein Einbruch in den M. psoas. Hier erfolgt eine Resektion unter Mitnahme der Fascie und eine Markierung mit einem 2. Titanclip. Nach cranial konnte der Tumor gut von der Nebenniere abgegrenzt werden. Der Tumor wird unter Mitnahme der Nierenkapsel bei vollständiger Erhaltung der Nebenniere entfernt. Zusätzlich wurden die deutlich vergrößerten und paketartig verbackenen Lymphknoten aus den Abgangsbereich der Nierenarterien entfernt. Die weiteren Lymphknotenentnahmen erfolgten nach Protokoll. Mittels Laser wurden die Resektionsstellen im Bereich des Colon ascendens und des Tumorbettes versiegelt. Die Oberflächen der Leber und der Milz weisen nach Tastbefund keine Hinweise auf Metastasen auf. Auch die linke Niere stellte sich unauffällig dar.


Intra- und postoperativ erhielt Jannis insgesamt 160 ml Erythrozytenkonzentrat. Am 1. postoperativen Tag erfolgte ein Extubationsversuch. Bei zunehmender Ateminsuffizienz und starker pulmonaler Sekretproduktion mußte nach ca 2 Stunden reintubiert werden. Die 2. Extubation am 31.5.03 erfolgte komplikationslos. Der Patient wurde insgesamt über 70 Stunden mit IPPV/SIMV beatmet, max FiO₂ Bedarf 0,3. Die Analgosedierung erfolgte mit Fentanyl- Dormicum. Wir führten perioperativ eine zusätzliche Therapie mit Unacid bis zum 5.6.03 durch. (insg. 10 Tage). Die Therapie mit Diflucan und Trimethoprim wurde fortgeführt. Nach Einsetzen der Darmmotilität am 4. postoperativen Tag auch Colistinsgabe. Am 03.06.03 erfolgte bei stabilen Laborparametern und gutem Allgemeinzustand nach Rücksprache mit der Kinderonkologie Marburg die i.v. Gabe von 0,3 mg Vincristin (korr KOF, 0,31 m², Dosisreduktion auf 2/3 bei KG < 12 kg). Zusätzlich wurde Ondansetron (1-2 x tgl 4 mg) p.o. und ein Glukose- Elektrolytgemisch intravenös verabreicht (Gesamtflüssigkeitszufuhr 100 ml/kg KG). Einmalig kam es nach Chemotherapie zum Erbrechen. Bei gehäuften Absetzen von dünneren Stühlen seit dem 03.06.03 entwickelte das Kind eine Windeldermatitis. Der Blasenkatheeter wurde am 4.6.03 entfernt, die Portnadel wurde am 6.6.03 nach Applikation von 1000 E pro 3 ml NaCl 0,9% gezogen. Die Entlassung erfolgte in gutem AZ und EZ.

Medikation:
Diflucan 1x20 mg p.o.
Trimethoprim 2x20 mg p.o.
Colistin 2x 1 Mill E p.o.
Nystatin Mundspülung nach jeder Mahlzeit

Wir bedanken uns für die Übernahme des Patienten und verbleiben mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. H. Giest
Leitender Arzt der Kinderchirurgie

OA Dr. L. Meyer-Junghänel
Kinderchirurg


Dr. A. Wiedenhöft
Stationsarzt