



Klinikum Dortmund gGmbH, 44123 Dortmund

Herrn

Dr. med. Meining

Steinstr. 19
58452 Witten**Vorläufiger Arztbrief**Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Direktor: Prof. Dr. Dominik T. SchneiderZentrale Aufnahme:
Tel.: 0231-95321700Anschrift: Beurhausstr. 40, 44137 Dortmund
Gebäude:
Auskunft erteilt: Blanke
Telefon: 0231/953-
Telefax: 0231/953-
E-Mail: kinderklinik@klinikumdo.de
Ihr Zeichen:
Mein Zeichen: blanket / blanket
Datum: 05.03.2013

- ☒ Prof. Rutkowski, HIT-2000-Studienzentrale, Universitätskinderklinik, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg
- ☒ Herrn PD Dr. Schultheiß, Klinikdirektor, Neurochirurgie, KLZ Nord
- ☒ Hämatologisch-Onkologische Ambulanz der Kinderklinik i. H.
- ☒ Klinik für Strahlentherapie im Hause

Sehr geehrter Herr Dr. Meining,

wir berichten Ihnen über **Manuel Bieling, geb. 19.09.1988**, wohnhaft Am Gardenkamp 55, 44227 Dortmund, der sich seit dem **27.02.2013** bis zum in unserer stationären Behandlung befand.**Diagnosen:**

- **Medulloblastom rechts-cerebellär (WHO Grad IV) ED: 20.02.2013**
- **konsekutiver Hydrocephalus occlusus**
- **iatrogener Pneumothorax li.**
- **Tumorexstirpation über suboccipitale Kraniektomie am 20.02.2013**
- **postoperativ neurologische Defizite**
 - **leichte cerebelläre Ataxie**
 - **positiver Unterberger-Tretversuch**

Medikation bei Aufnahme:

Novalgin 1 g 1-1-1-1, Ibuprofen 600 mg 1-1-1, Pantozol 40 mg 0-0-1, Fragmin P 1 x 1 s.c.

Therapie:

Suboccipitale Kraniektomie, kranio-zervikale Dekompression, Laminektomie HWK 1, Tumorexstirpation am 20.02.2013.

Anamnese:

Der Patient beklagte seit Monaten intermittierend Ohrensausen beidseits. Am 19.02.2013 kam es während eines Spazierganges zu einem plötzlichen synkopalen Ereignis mit anschließender retrograder Amnesie sowie verwaschener Sprache. Auf gezielte Anfrage berichtet der Patient von seit Wochen bestehender therapieresistenter Kopfschmerzsymptomatik. Ein MRT Schädel vom 20.02.13 ergab eine kontrastmittelaufnehmende Raumforderung in der re. Kleinhirnhemisphäre mit ödematöser Schwellung beider Kleinhirnhemisphären, sowie einen Tonsillentiefstand mit konsekutivem Hydrozephalus occlusus. Daraufhin erfolgte die suboccipitale Kraniektomie, kranio-zervikale Dekompression, Laminektomie HWK 1 und Tumorexstirpation am 20.02.2013. Der histologische Befund ergab Anteile eines Medulloblastoms (WHO Grad

Allgemeinpädiatrie,
Hämatologie, Onkologie,
Immunologie
CA Prof. Dr. Schneider
OA Dr. Bernbeck
OA Dr. Hecker-Nolting
FOÄ Dr. Lara-Villacanas
Pulmonologie, Allergologie
OA Prof. Dr. Kolchhoff

Neonatalogie / Intensivmedizin
OA Dr. Heitmann
OA Hofmann
FOÄ Dr. Hacker
FOÄ Fr. Wyrwich
Gastroenterologie, Rheumatologie
OA Dr. Berrang
Kardiologie
OA Dr. Windfuhr

Sozialpädiatrisches Zentrum
Neuropädiatrie
OA Dr. Steinert
Sonographie
OA Dr. Bernbeck
OA Dr. Berrang
Diabetologie / Endokrinologie
OA Dr. de Sousa

Klinikum Dortmund gGmbH
Akritisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster
Aufsichtsratsvorsitzender: Ullrich Sierau (Oberbürgermeister)
Rüdiger Mintrop (Vorsitzender der Geschäftsführung),
Prof. Dr. Michael Schwarz (Medizinischer Geschäftsführer),
Ortwin Schäfer (Arbeitsdirektor)
Am Bürgerpark Dortmund HRB 15156
Sparkasse Dortmund (BLZ 440 501 99) 001 049 550
www.klinikumdo.de

Manuel Bieling, geb. 19.09.1988

IV). Aufgrund eines iatrogenen Pneumothorax bei Subclavia-ZVK-Anlage links erfolgte die Anlage einer Thoraxdrainage, welche bereits am 25.02.2013 wieder entfernt werden konnte.
 Ein MRT des Schädels vom 22.02.13 zeigte keine kontrastmittelaufnehmende Raumforderung im Bereich der Tumoresektion rechts-cerebellär, sowie eine deutliche Rückbildung des Hydrozephalus occlusus.
 Am 27.02.2013 erfolgte die Verlegung in unsere Kinderklinik zur weiteren Therapie bei Medulloblastom WHO Grad IV.

Aufnahmebefund:

25-Jahre alter Patient. Reizlose Wundverhältnisse. Cor rein und rhythmisch, Pulmo stgl. Belüftet, keine RG, keine Obstruktion, Abdomen weich, kein Druckschmerz, keine Abwehrspannung, DG regelrecht, leichte Koordinationsstörung mit unsicherem Einbeinstand bds., Unterberger Treppenversuch pathologisch mit Abweichung nach rechts. Keine verwaschene Sprache. Kraft und Sensibilität unauffällig. Seitlängergang leicht unsicher. Zehenspitzen- und Hackengang unsicher möglich. Muskeleigenreflexe seitengleich auslösbar. Babinski negativ, Lasègue negativ. Kein Meningismus. Wach und zu allen Qualitäten orientiert.
 Selbstständige Mobilisation. Noch leichtes intermittierendes Schwindelgefühl, vor allem bei Mobilisation.
 Größe 1,74m, Gewicht 59 kg, RR 119/61 mmHg, HF 75/min, Körpertemperatur 36° C

Radiologische Befunde:

CT des Schädels nach i.v.-KM-Gabe vom 19.03.2013: Hydrocephalus occlusus bei infratentoriell gering KM-aufnehmendem Hirntumor. Hirndruckzeichen mit drohender unterer und oberer Einklemmung. Liquorzirkulationsstörung.
 Direkte Befundmitteilung an die diensthabende Neurologin.

MRT des Schädels nativ und mit KM vom 20.02.2013: Rechts latero-basal in der rechten Kleinhirnhemisphäre kommt eine 3,3 x 2,4 x 2,2 cm große Weichteilvermehrung mit etwas unregelmäßiger, aber scharfer Begrenzung zur Darstellung. Die Läsion ist in T2-Wichtung inhomogen signalangehoben und in T1-Wichtung signalgemindert mit diskreten bandförmigen Anteilen mit intermediärem Signal. Zystische Anteile. Die soliden Anteile zeigen nach i.v. KM-Applikation ein mäßiges Enhancement. Deutliches Marklagerödem des Kleinhirns beidseits mit Verlagerung des Vermis geringfügig nach links. Protrusion der Kleinhirnsillen in das Foramen Magnum mit bereits bestehender Verformung der Medulla oblongata bei unterer Einklemmung.
 Eine unregelmäßig begrenzte konfluente, z. T. bandförmige, zum Teil felderförmige Signalalteration beider Kleinhirnhemisphären, besonders in den T2-gewichteten Sequenzen wird oedematösen Marklagerveränderungen zugeordnet. Aufstau aller 4 Ventrikel, am ehesten bei Liquorabflussstörung im Bereich der Foramina Luschkae. Supratentoriell kein Nachweis einer kontrastmittelanreichernden Weichteilraumforderung.

Der Befund wurde unmittelbar im Anschluss an die Untersuchung Frau Dr. Lemke demonstriert und es wurde das weitere operative Vorgehen mit histologischer Abklärung besprochen.

MRT des Schädels nativ und mit KM vom 22.02.2013:

Im Vergleich zur praeoperativen Voruntersuchung vom 20.2.2013 jetzt vollständige Entfernung der rechts cerebellären Weichteilvermehrung. Flüssigkeitsansammlung im operativen Substanzdefekt und in T1-Wichtung bandförmige Signalanhebung im Resektionsrandgebiet, gewertet als Blutauflagerung. Kein Nachweis eines verbliebenen KM anreichernden Tumorrestes. Osteoplastischer Trepanationsdefekt rechts occipital. Kein Nachweis eines größeren Hämatoms im OP Gebiet. Bereits Entlastung des Hirnstammes und geringe Größenabnahme der Ventrikelräume als Hinweis auf einen besseren Liquorabfluss. Bandförmiges KM Enhancement der Meningen im OP Gebiet. Kein frischer Ischämienachweis.

MRT der Wirbelsäule nativ vom 04.03.2013: Es ergibt sich kein Anhalt für Abtropfmetastasen. Kein intraspinale Hämatom. Keine Bandscheibenvorfälle. Keine degenerativen Veränderungen.

Röntgen-Thorax a.p vom 20.03.2013: Die Spitze des von links zuführenden ZVK liegt in der oberen Hohlvene. Spannungspneumothorax links. Korrekte Lage des Beatmungstubus.

Röntgen-Thorax a.p vom 21.03.2013: Linksseitig neu eingebrachte Bülaudrainage, die Drainage kommt an der linken lateralen Lungenspitze zu liegen. Nach Drainagenanlage ist der zuvor aufgetretene Pneumothorax nun nicht mehr nachweisbar, die Lunge erscheint erneut vollständig entfaltet. Keine pneumonischen Infiltrate. Keine

Manuel Bieling, geb. 19.09.1988

auslaufenden Pleuraergüsse und keine kardiale Dekompensation. Unverändert korrekte Lage des ZVK über die linke V. subclavia.

Kardiologische Befunde:

EKG vom 05.03.2013: Respiratorische Sinusarrhythmie, Steiltyp, Vorhoferregung und Kammerkomplex regelrecht. Regelrechte R-Progression R/S-Umschlag zwischen V2/V3. Keine Hypertrophiezeichen. Keine Erregungsrückbildungsstörungen.

Sonstige apparative Untersuchungen:

EEG vom 05.03.2013: Beurteilung:

Pathologisches EEG mit fraglichen epilepsietypischen Potentialen bds. temporo occipital.

Empfehlungen:

Kontroll-EEG als Schlaf-EEG empfohlen.

Konsile und sonstige Befunde:

Augenärztliche Untersuchung vom 28.02.2013:

Visus: R ccs = 0,8

L ccs = 1,0

Tensio: R/L 14 mmHg

Pupillen isokor, seitengleiche Lichtreaktion, kein RAPD

Motilität bds. frei, keine Angabe von Doppelbildern

Spalt: R/L Bindehaut reizfrei, Hornhaut glatt, Vorderkammer tief, klar, Pupille rund und spielt, Linse transparent in loco

Fundus (in Mydriasis): R/L Stauungspapille, Makula homogen, Wallreflexe, Netzhaut anliegend

Goldmann GF bds. o.p.B.

Diagnose: R/L Stauungspapille.

HNO-Konsil vom 28.02.2013:

Ohnmikroskopie: bds. regelrecht

Stimmgabelversuche: regelrecht

Tonaudiogramm: Normakusis

Tympanogramm: bds. spitzgipflig

OAEs: in allen Frequenzen bds. auslösbar

Diagnose:

z.Zt. regelrechte Gehörfunktion

Neuropädiatrischer Status vom 01.03.2013:

Z. n. Medulloblastom-OP 20.08.2012. Wach, ansprechbar, adäquat reagierend, orientiert zu Zeit, Ort und Person. Sensibilität ubiquitär intakt, keine Parästhesien, MER seitengleich auslösbar, keine Reflexverbreiterung, keine Kloni, Finger-Nase-Versuch möglich, Augenbewegungen unauffällig. Unterberger-Tretversuch pathologisch nach rechts abweichend. Romberg unauffällig. Einbeinstand bds. unsicher möglich. Seiltänzerang leicht unsicher, Zehenspitzen- und Hackengang unsicher möglich. Babinski negativ, Lasègue negativ. Kein Meningismus, selbstständige Mobilisation.

Epikrise:

Die stationäre Aufnahme erfolgte durch die Neurochirurgie bei synkopalem Ereignis und anschließender retrograder Amnesie sowie verwaschener Sprache bei bereits zuvor bestehender Symptomatik mit Ohrensausen. Nach stationärer Aufnahme erfolgte eine Computertomographie des Schädels sowie ein MRT des Schädels. Hier zeigte sich ein Tumor rechts cerebellär mit konsekutivem Hydrocephalus internus. Es wurde der V. a. ein Medulloblastom geäußert, noch am gleichen Tag erfolgte die Tumorexstirpation über einen suboccipitalen Zugang. Der intraoperative Verlauf war komplikationslos, jedoch entstand iatrogen bei Anlage eines ZVK ein Pneumothorax links, welcher eine Drainage erforderte.

Postoperativ zeigte sich Manuel in erfreulich gutem Allgemeinzustand mit nur minimalen neurologischen Auffälligkeiten. Am 27.02.2013 erfolgte die Verlegung von Manuel in unsere Kinderklinik auf unsere kinderonkologische Station. Es erfolgte noch eine postoperative Analgesie mit Ibuprofen und Novalgin sowie eine Thromboseprophylaxe. Zur Mobilisation erhielt Manuel Physiotherapie. Die Wundverhältnisse zeigten sich reizlos ohne nennenswertes Liquorkissen. Das Nahtmaterial wurde am 05.03.2013 entfernt.

Manuel Bieling, geb. 19.09.1988

In der MRT-Untersuchung der Wirbelsäule konnten markoskopisch keine Metastasen nachgewiesen werden. Am 06.03.2013 erfolgte die postoperative Lumbalpunktion, es zeigten sich 250 Leukozyten. Durch das [REDACTED] der HIT-Registerleitung in Hamburg konnte in den aus dem Liquor angefertigten Zytospins Tumorzellverbände nachgewiesen werden.

Der klinisch und kernspintomographisch geäußerte Verdacht auf das Vorliegen eines Medulloblastoms wurde auch referenzhistopathologisch bestätigt. Daraufhin erfolgte die ausführliche Aufklärung und Einholung des Einverständnisses zur Therapie gem. den Therapieempfehlungen des HIT-Registers und Manuel wurde gem. dem HIT-Register in die Therapiegruppe xx stratifiziert.

Am 06.03.2013 erfolgte die Entlassung in die häusliche Umgebung. Am xx erfolgten dann die Simulations- und Verifikationsuntersuchungen für die anschließende Strahlentherapie der kraniospinalen Achse. Im Rahmen dieser Vorstellung erhielt Manuel erstmals den Therapieempfehlungen Vincristin i. v.. Die Strahlentherapie konnte am xx begonnen werden.

Empfehlungen:

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Dominik T. Schneider
Klinikdirektor

Dr. Bernbeck
Oberarzt

Blanke
Assistenzärztin