

# Chirurgischer Fallbericht 2: Trichterbrust

## Anamnese

Der 16 jährige Patient kam wegen zunehmender Dyspnoe, Tachykardie und Brustschmerzen bei angeborener Trichterbrust.

Laut Eigenanamnese sei habe die Luftnot insbesondere nach mehrmonatigem Besuch eines Fitnessstudios und konsekutiver Massenzunahme um ca 20kg deutlich zugenommen.

Der Patient war vorher jahrelang Leistungssportler, unter den Top 10 Golfern seiner Altersklasse in Deutschland.

Einen Monat zuvor war der Vater nach jahrelangem Krebsleiden verstorben.

## Therapie

Therapeutisch wurde eine operative Trichterbrustkorrektur nach Nuss durchgeführt. Bei dieser minimalinvasiven Methode wird eine bilaterale Inzision unterhalb des Rippenboges vorgenommen, ein vorgebogener Metallbügel darunter geschoben, um die Brust nach außen zu drücken, und der Metallbügel schliesslich an den Rippen verankert. Nach 2 bis 3 Jahren kann der Metallbügel in einer erneuten Operation entfernt werden.

Im Gegensatz dazu wird bei der offenen Operation nach Ravitch der Brustkorb durch einen vertikalen Schnitt eröffnet und die deformierten Rippen werden abgetrennt.

# Verlauf

Nach der Operation entwickelte der Patient einen Spitzenpneumothorax und wurde intensivmedizinisch überwacht.

Die starken Brustschmerzen standen zunächst einer Mobilisation im Wege und wurden mit Ibuprofen, Novalgin und Morphin behandelt. Zusätzlich wurde eine intensive Atem- und Krankengymnastik begonnen.

Erschwerend kamen Schlafstörungen und Angst wegen des kürzlichen Tod des Vaters hinzu. Zur vorübergehenden Linderung wurde Pregabalin gegeben.

Nach zunächst gutem Verlauf entwickelte der Patient einen Pleuraerguss mit Fieber (bis 40 C), erhöhtem CRP (bis 320mg/l) und auffälligen

Thrombozytenzahlen (400-700/nl). Blutkulturen blieben ohne Keimnachweis.

Bei dem septierten Erguss konnten mittels Punktion 400ml entnommen werden.

Das Punktat enthielt 1471 Leukozyten pro Mikroliter.

Die Entzündungswerte normalisierten sich im Verlauf von 10 Tagen nur langsam.

Bei erneuter sonographischer Kontrolle wurde zusätzlich zu einem Rest an Pleuraerguss ein Perikarderguss festgestellt, der jedoch nicht punktionswürdig war. Zur Therapie des Perikardergusses wurde Colchicin verabreicht.

Ein Kinderkardiologisches Konsil stellte den Verdacht auf ein Dressler-Syndrom.

Diese nicht entzündliche Perikarditis tritt gelegentlich nach Thoraxoperationen auf. Dabei lagern sich vermutlich Immunkomplexe im geschädigten Gewebe ab, auf die dann eine Entzündungsreaktion erfolgt. Auch Perikard- und Pleuraerguss werden im Rahmen dieses Syndroms beschrieben.

Dieses wurde m Verlauf bei Besserung der Symptomatik und rückläufige Entzündungsparameter nach Gabe von hochdosiertem Prednisolon bestätigt.

In der radiologischen Lagekontrolle des Nuss-Bügels wurde 3 Wochen postoperativ eine Dislokation festgestellt, so dass dieser komplett entfernt und ein neuer Bügel eingepasst wurde.

Während des postoperativen Aufenthalts persistierten starke Schmerzen bei dem Patienten, so dass mehrere Schmerzkonsile erfolgten und die Schmerzmedikation mehrmals angepasst wurde.

Schliesslich konnte der Patient in die engmaschige ambulante Kontrolle entlassen werden.

# Schmerzmedikation im Verlauf

Ibuprofen 600mg 1-1-1  
Novalgin 40mg 1-1-1-1  
Ortodon 750mg 0-0-2  
Katadolon 100mg 1-1-1  
Morphin 10mg 2-2-1  
Colchicin 0,5mg 2-0-0  
Piritramid 7,5mg bei Bedarf.

