



**Anamnese:** Die stationäre Aufnahme des Neugeborenen erfolgte als Übernahme aus dem KH ~~XXXXXX~~ aufgrund einer pränatal nicht bekannten Myelomeningocele nach spontaner Entbindung aus Schädellage in der 40 SSW (GeburtsGew. von 3960g) mit guter postnataler Anpassung Erstversorgung des Defekts mit feuchten Tüchern und steriler Folie und rasche Verlegung auf unsere Neo-ITS

**Status und Lokalbefund:** Eutrophes Neugeborenes. AZ stabil, rosiges Hautkolorit, vereinzelt Patechien am Kopf, Rücken und Unterschenkel Peripherie warm Abdomen weich, Pulmo seitengleich belüftet. Cor rein, rhythmisch Fontanelle im Niveau, Schädelnähte anliegend Anus angelegt, kein Sphinktertonus Männliches Genitale, Hoden beidseits deszendiert Alle vier Extremitäten werden spontan bewegt Hackenfüße beidseits Die weitere körperliche Untersuchung war altersentsprechend unauffällig.

**Diagnostik:**

<u>Labor bei Aufnahme</u> (Alle Werte in SI)	Hb 11.9 mmol/l CRP <0.3 mg/l	Hk: 0.515 L 18.7 Gp/l Thr. 179 Gp/l Astrup: ph 7.33, BE -3.4, K 4.4, Lak 2.3 aPTT 57.5, Quick 76 Blutgruppe: 0, Rh pos (CCD ee), Keil neg
<u>Labor vom 28.09.2010</u>	Unsediment Ery 256 /µl, Leu 147 /µl, Urate 394 /µl	
<u>Labor vom 29.09.2010</u>	Vancomycin 9.0 mg/l – Dosisanpassung erfolgt	
<u>Labor vom 02.10.2010</u>	Hb: 10.5 mmol/l CRP 0.30 mg/l	Hk: 0.458 L 6.9 Gp/l Thr 259 Gp/l
<u>Labor vom 26.10.2010</u>	Hb 8.4 mmol/l CRP <0.3 mg/l	Hk: 0.395 L: 10.7 Gp/l Thr 309 Gp/l Krea im Normbereich, Harnstoff 3.1, Cystatin C 1.69

Sonografie Schädel vom 30.09.2010: Hydrocephalus internus mit mäßig erweiterten Seitenventrikeln und betontem 3.Ventrikel. Z.n. subependymaler Blutung I Grades links mit kleiner Kolliquationszyste innerhalb der Blutung. Die hintere Schädelgrube ist relativ klein, passend zu einer Arnold-Chian-MF.

Sonografie Schädel vom 01.10.2010: Keine Änderung zur VU.  
Sonografie Schädel vom 02.10.2010: Geringe Progredienz zur VU.  
Sonografie Schädel vom 04.10.2010: Keine Änderung zur VU.  
Sonografie Schädel vom 06.10.2010: Keine Befunddynamik.  
Sonografie Schädel vom 08.10.2010: Keine Befunddynamik.

Sonografie Schädel vom 11.10.2010: Hydrocephalus internus mit erweiterten Seitenventrikeln und betontem 3.Ventrikel. Angullierung links heute nur noch andeutungsweise. Im Bildvergleich und bezügl der Messwerte etwas progredient im Vgl. zur VU. Ansteigender RI und niedriger enddiastolischer Druck (tendenziell ebenfalls progredient).

Sonografie Schädel vom 03.11.2010: Gerinfügige Progredienz der Weite der SV links. Nach w vor bek. Hydrozephalus der SV und weniger des III. Ventrikels.  
Sonografie Schädel vom 05.11.2010: Im Vergleich zur VU vom 3.11. keine weitere Progredienz der Ventrikelweite. Im Gesamtverlauf seit 30.9. ist es zu einer geringen bis mäßigen Zunahme gekommen, erstmals um den 20.10. und noch einmal gering um den 3.11. Die Ventrikel wirken aber nicht balloniert, die Angullierung ist noch erkennbar, die äußeren Liquorräume sind weit.

MRT Schädel und Wirbelsäule vom 27.09.2010: Große MMCeile mit einem bis in den Celensack reichenden und an dessen Oberfläche inserierten Myelon.  
MRT Schädel vom 26.10.2010: Progrediente Weite der äußeren und inneren Liquorräume. Kleines eingekapseltes Kavemom in der linken Kleinhirnhemisphäre. Regredienter Tonsillentiefstand, heute mit dem Bild einer Chian-Malformation vom Typ I.

Histologie intraoperativ vom 28.09.2010: Hautexzidat mit zur Tiefe membranar konfigurierten Anteilen eines regelrecht aufgebauten Plattenepithels mit ausgeprägter Abschlüpfung von Hornlamellen. Am eingesandten Material kein Anhalt für Malignität.

Mikrobiologie Abstrich intraoperativ vom 28.09.2010: Kein Keimnachweis.

Orthopädisches Konsil vom 04.10.2010: Hackenfüße bds., manuelle Redression der Füße Dehnung des M. tibialis ant., Schienebehandlung ist indiziert sobald dies vom AZ vertretbar ist.  
Orthopädisches Konsil vom 11.10.2010: Ausgereifte Säuglingshüfte beidseits. Klinische Kontrolle der Hüftgelenke und der Füße nach 1 Lebensjahr.  
Ophthalmologisches Konsil vom 11.10.2010: Keine Stauungspapille beidseits.

Neuropädiatrisches Konsil vom 11.10.2010: derzeit kein Hinweis auf Hirndruck bei leichter Naht-Dehizens.

Hörscreening 07.10.2010: Beidseits unauffälliger Befund

Zystomanometrie vom 29.10.2010: Druckwerte bei Spontanmiktion im Normalbereich Während Miktionsphase, keine Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie eruiert.

MCU vom 29.10.2010: Etwas unregelmäßige Blasenkontur als Hinweis auf Blasenwandhypotrophie. Kein Nachweis eines VUR. Leichte Tailierung der Pars prostatica der Urethra, kein Nachweis einer eindeutigen relevanten Stenose.

Verlauf: Nach Übernahme des spontan atmenden, kreislaufstabilem Reifgeborenen aus dem KH ~~erfolgte~~ erfolgte die Durchführung eines MRTs des Schädels und der Wirbelsäule, welches eine große MM-Cyste mit einem bis in den Celen sack reichenden und an dessen Oberfläche inserierten Myelon zeigte. Zudem Nachweis einer Arnold-Chiari-II-Malformation und eines mäßigen Hydrocephalus. Noch am ersten Lebenstag erfolgte die operative Versorgung des Defekts, welche in komplikationsloser Allgemeinanästhesie durchgeführt wurde. Postoperativ problemlose Extubation und Übernahme auf die Neo-ITS. Bei unauffälligem Verlauf konnte bereits am 2. postoperativen Tag die Verlegung auf Normalstation erfolgen. Die perioperativ begonnene i.v. antibiotische Therapie mit Claforan und Vancomycin wurde für insgesamt 8 Tage fortgeführt. Fieber trat nicht auf. Die anfänglichen Ödeme zeigten sich unter Furosemidgabe vollständig regredient. Der Kostaufbau gestaltete sich unauffällig. Die Wundverhältnisse zeigten sich unter offener Wundpflege stets reizlos. Bei anliegenden Schädelnähten war die große Fontanelle intermittierend gespannt. Bradykardien traten nicht auf. Sonografisch zeigte sich eine Hydrocephalus internus, mit initialer geringer Progredienz. Das Kontroll-MRT des Schädels ergab keine Zeichen für eine Hirndruckerhöhung, sodass von einer Shunt-Anlage zunächst abgesehen wurde. Spontane Miktion und Defäkation. Die Beine wurden stets seitengleich bewegt. Aufgrund der Hackenfüße erfolgte eine orthopädische und physiotherapeutische Begleitung. Die U2 mit Konakiongabe wurde termingerecht durchgeführt. Während des stationären Aufenthalts wurde die Mutter von Frau ~~to~~ vom Kindersozialdienst mitbetreut. Bei erschwerter Katheterisierung erfolgte am 28.10.2010 die diagnostische Urethrozystoskopie in komplikationsloser Allgemeinnarkose. Intraoperativ zeigte sich kein Hinweis auf Klappen oder eine Urethralstenose. Es erfolgte die intraoperative Einlage eines transurethralen Blasenkatheters. Am Folgetag Durchführung einer MCU, welche eine etwas unregelmäßige Blasenkontur als Hinweis einer Blasenwandhypotrophie und eine leichte Tailierung der Pars prostatica ohne eine eindeutig relevante Stenose zeigte. Die Zystomanometrie ergab normalwertige Drücke und kein Hinweis auf eine Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie. Nach Entfernung des transurethralen Blasenkatheters wurde mit der intermittierenden Katheterisierung begonnen, wozu die Mutter angeleitet wurde.

Wir entlassen ~~\_\_\_\_\_~~ am 08.11.2010 in gutem Allgemeinzustand in die häusliche Pflege und empfehlen

- 5-6 mal täglich: Saubere Katheterisierung (CIC) durch die Mutter
- Wiedervorstellung am 12.11.2010 um 12:00 Uhr in unserer kinderchirurgischen Poliklinik zur Sono-Kontrolle und anschließender Vorstellung in der Hydrocephalussprechstunde bei OA ~~\_\_\_\_\_~~ (~~\_\_\_\_\_~~ Dr. ~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~).
- Impfungen entsprechend den aktuellen Empfehlungen.
- Fortführung der Physiotherapie 2-3 mal wöchentlich.
- Wiedervorstellung in der pädiatrischen Orthopädie (~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~ ~~\_\_\_\_\_~~) zur klinische Kontrolle der Hüftgelenke und der Fußform im Verlauf

Mit den Eltern wurde ein ausführliches Gespräch geführt.

Entlassungsgewicht 5210g Nahrung bei Entlassung Pre-Nahrung  
Medikation Dekristol 400 1 Tabl  
Cefaciol 1.5 ml 0-0-1 p.o.

Bei der weiteren Verordnung können preisgünstigere Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung ausgewählt werden.

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

Prof. Dr. med. ~~\_\_\_\_\_~~  
Direktor der Klinik und Poliklinik  
für Kinderchirurgie

PD Dr. med. ~~\_\_\_\_\_~~  
Ltd. Oberarzt

Dr. med. ~~\_\_\_\_\_~~  
Assistenzärztin