



Herrn
Paul Allinger
WILLENDORFERG. 10
A-2700 Wiener Neustadt

Wiener Krankenanstaltenverbund
SMZ-Süd - Kaiser-Franz-Josef-Sp. mit
Preyer KiSp
PRE-Abt. Kinder u.-Jugendheilkunde
Vorstand: Univ.Doz.Dr. Günther Bernert
A-1100 Wien, Schrankenberggasse 31
Tel.: +43/01/60113/2608
Fax: +43/01/60113/2609
E-Mail: pre.post@wienkav.at
http://www.wienkav.at/kav/pre/

Wien, 08.06.2011/PREVDRSAS
vidiert

Betrifft: Paul Allinger, 20.11.2006

Sehr geehrte Familie!
Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Wir berichten über den stationären Aufenthalt des Patienten Paul Allinger, der vom 03.05.2011 bis 23.05.2011 an unserer PRE-Intensivstation und von 24.05.2011 bis 02.06.2011 an der PRE-Interne Station 2 in Behandlung war.

Rückübernahme vom SMZ-Ost am 6.6.2011 mit PEG-Sonde, bis 8.6. PRE-Interne 2

Diagnose: therapieresistente Epilepsie
psychomotorische Retardierung

Anamnese:

Der Patient wurde vom KH Mödling bei therapierefraktärer Epilepsie auf unsere Intensivstation übernommen, nachdem sich dort die Anfallsfrequenz unter Valproat i.v., Synacten Depot, Clonazepam i.v., Stesolid rektal, Phenobarbital Supp, Chloralhydrat nicht besserte. Es zeigten sich anfänglich stündlich sowohl multifokale als auch generalisierte Anfälle. In Folge steigerte sich die Anfallsfrequenz auf alle 20 min, passager bis max 4h anfallsfrei.

In der EEG-Ableitung primär fokale Krämpfe mit Generalisation sichtbar. Therapeutisch Phenobarbitalaufsättigung, daraufhin prompte Besserung. Im EEG - Verlauf deutliche Verkürzung der Krampfepisoden, wobei jedoch keine völlige Krampffreiheit erzielt werden kann. Ein Therapieversuch mit Inovelon musste wegen Zunahme der Krämpfe wieder beendet werden

Die Ernährung erfolgt anfänglich rein parenteral, anschließend Kostaufbau mit Nutriini MF per Magensonde. Ab dem 13.5. zur Anfallstherapie Beginn einer ketogenen Diät. Die Ketose wurde schnell erreicht. Darunter waren die Krampfanfälle deutlich rückläufig.

Zusätzlich wegen der wechselnden Anfallsfrequenz wurde zuletzt zusätzlich ein Therapieversuch mit Lyrica begonnen. Auch unter dieser Add on Therapie weiterhin zahlreiche Myoklonien, besonders im Bereich der oberen Extremität die zusätzlich die regelmäßige 2 x tgl Gabe von Chloralhydrat zu Coupierung notwendig machen.

Aufnahmestatus:

Reduzierter AZ, 16,3 kg herabgesetzter Muskeltonus, Bewusstseinslage unter Therapie herabgesetzt,



ÖkoBusinessPlan Wien

kreislaufstabil, Herztöne rein, rhythmisch, Pulmo bds. seitengleich belüftet, VA, Abdomen weich, keine Resistenzen, Genitale männlich, Hoden bds. deszendiert.

Erhobene Befunde:

- **Abdomen-US 6.5, inkl der Nieren und ableitenden Harnwege:** unauffällig bei limitierter Beurteilbarkeit der Pankreasregion,
- **Echokardiographie 11.5.** unauffälliger Befund,

Letzte Befunde unter ketogener Diät (Ketose bei normalem BZ und pH angestrebt)

Astrup 29.5.: pH 7,437, BE 0,5, Glukose 91, beta Hydroxy Buttersäure. 4,2mmol/l (Zielwert über 2,5)

Harn: 30.5.: Keton ++++. sonst ob

BB und Gerinnung : ob

Serumchemie:

BG /Rh : beiliegend

Sulfit-Test: neg.

Astrup v. 8.6.: im Normbereich

Ketostix 4,1

Therapie und Verlauf:

Nach oben beschriebenem Intensivaufenthalt wurde der Patient auf die Normalstation verlegt und die antikonvulsive Therapie mit Phenobarbital 100 mg Kapseln sowie Lyrica 25 mg 2-0-2 und Chloralhydrat erweitert, sowie auch L-Carnitin 1 x 750 mg, und Zantac 150 mg lösliche Tablette als Magenschutz hinzugefügt.

Wegen zunehmender Übelkeit unter ketogener Diät erhält unser Patient Zofran 4mg Sublingualtabletten.

Da sich die orale Ernährung wegen der Grundkrankheit insbesondere unter der ketogenen Diät äußerst schwierig gestaltet wurde die Indikation für eine PEG Sonde gestellt.

Bis dahin erfolgte h.o. die Ernährung über eine Magensonde, da ein oraler Kostaufbau nicht möglich war.

Dafür ist die stationäre Aufnahme am 2.6.2011 zur PEG-Sondenanlage am 3.6.2011 an der kinderchirurgischen Abteilung im SMZ-Ost geplant wozu wir den Patienten transferieren.

Unter der perioperativ notwendigen Infusionstherapie wird sich eventuell die aktuell erzielte Ketose nicht aufrecht erhalten lassen so dass wir auf die Notwendigkeit einen möglichst baldigen neuerlichen Beginns mit einer ketogenen Diät hinweisen möchten. Ferner besteht weiterhin die Notwendigkeit der antikonvulsiven Therapie (s.u.)

Einen Ernährungsplan und Ketokal übermitteln wir an die Abteilung bzw wurde der ernährungsmedizinische Dienst des SMZO von uns vorinformiert.

Dazu bieten wir die rasche Rückübernahme des Patienten an.

Am heutigen Tag (1.6.) besteht von unserer Seite her keine Kolnd gegen die geplante Anästhesie für den geplanten Eingriff.

Die Rückübernahme von der kinderchir. Abteilung SMZ-Ost erfolgte nach Legen einer PEG-Sonde am 6.6. Die ketogene Diät wurde weitergeführt, wobei die Ketose schon bei Übernahme erreicht war.

Insgesamt habe die Anfallshäufigkeit subjektiv gering abgenommen.

Am 8. 6. wird Paul bei gebesserter Anfallsfrequenz und in guter Ketose, nach Reanimationseinschulung der Mutter nach Hause entlassen.

Die Wiederaufnahme zur EEG-Kontrolle und ev. Therapieumstellung auf Brom ist für Dienstag den 14.6.2011 geplant.

Entlassungsgewicht: 16,3 kg

Weitere Therapieempfehlung:

	morgens	mittags	abends	nachts	Kommentar
Chloralhydrat 10%ige Lösung 8 ml	0	0	0	0	Max. alle 8 Stunden oder Temesta 2,5 max. 2 x tgl.

Phenobarbital 100 mg Kapseln	1	0	0	0	
ZOFRAN – Filmtabletten 4 mg	0	0	0	0	8.00, 16.00 und 24.00 Uhr.
ZANTAC – lösliche Tabletten 150 mg	0	0	0	0	2 x 10 mg
LYRICA – Hartkapseln 100 mg	1	0	1	0	
Movicol jun. 1 x 1 Beutel tgl.					
Fenistil Tropfen 10 gtt.b. Bed.					

Der Kinderfacharzt kann die hier angeführten Medikamente durch wirkstoffgleiche, preisgünstigere Präparate (Generika) ersetzen.

Weitere Ernährung:

Ketogene Diät lt. Diätplan.

Weitere Kontrollen:

Wiederaufnahme am 14.6.2011 mit EEG-Kontrolle.

Bei Rückfragen erreichen Sie uns telefonisch unter 01-60113/2646.

Mit freundlichen Grüßen
Der Abteilungsvorstand

diktiert: Dr. Christina Bauernfeind

vidiert: Dr. Helga Schacherl



Prim. Univ.Doz.Dr. Günther Bernert

Dieser Brief ist für behandelnde und am Befundverbund teilnehmende Ärztinnen und Ärzte nach Einwilligung des Patienten elektronisch abrufbar.

Aus dem beiliegenden Pflegebericht entnehmen Sie bitte etwaige Hinweise für die weitere pflegerische Betreuung.

Befunde:

Hinweis: Es werden nur Befunde vom 03.05.2011 bis 30.05.2011 angezeigt. Die ausgegebenen Referenzbereiche beziehen sich auf den jeweils jüngsten Wert.

HÄMATOLOGIE:

		2011-05-03 15:36	2011-05-06 09:25	2011-05-13 09:30	2011-05-31 09:15	2011-05-31 10:50
Leukozyten	4.30-10.00 G./l	7.16	* 11.08	* 11.54	--	5.45
Erythrozyten	3.90-5.10 T./l	4.97	4.17	4.01	--	4.49
Hämoglobin	12.0-15.0 g/dl	14.9	12.4	12.1	--	12.9
Hämatokrit	37.0-55.0 %	43.2	* 36.2	* 34.3	--	37.5
MCV	79.0-92.0 fl	87.1	86.8	85.5	--	83.5
MCH	26.0-32.0 pg	30.1	29.7	30.2	--	28.7
MCHC	32.0-36.0 g/dl	34.6	34.3	35.3	--	34.4
Thrombozyten	150-350 G./l	349	* 57	* 371	--	254
Stabkernige rel. mi.	0.0-12.0 %		0.0			
Segmentkern. rel.mi.	50.0-70.0 %		50.0			
Neutroph. Gran. rel.	50.0-70.0 %			62.9	--	* 37.2
Neutroph. Gran. abs.	1.50-8.50 G./l			7.27	--	2.03
Eosinophile Gr. rel.	0.0-6.0 %			0.3	--	1.8
Basophile Gr. rel.	0.0-2.5 %			0.3	--	0.4
Monozyten rel.	0.0-10.0 %			* 11.3	--	* 12.7
Lymphozyten rel.	25.0-40.0 %			25.2	--	* 47.9
Hypochrome Erythrozy	0.-2.5 %	0.4				
LGL rel. mi.	- %		4			

GERINNUNG:

		2011-05-16 09:10	2011-05-31 11:25
PTZ (Prothrombinz.)	70.0-130.0 %	111.2	92.2

aPTT	27.0-38.0 sec	* 25.7	31.6
Fibrinogen	2.0-4.5 g/l	3.6	2.4
D-Dimer	0.00-0.50 µg/ml	* 4.23	
AT III Aktivität	80.0-130.0 %	* >130.0	

BLUTGASE:

		2011-05-24 07:35	2011-05-25 00:40	2011-05-30 03:00
pH arteriell	7.36-7.44 negLG H+	7.436	7.439	7.409
pCO2 arteriell	35-46 mmHg	35.6	38.6	38.2
Base excess art.	-2 mmol/L	-0.2	1.9	-0.4
Bikarbonat arteriell	22-26 mmol/l	24.6	* 26.2	24.2
pO2 arteriell	74-108 mmHg	79.1	* 71.4	76.3
O2-Sättigung art.	94-98 %	97.1	95.8	96.5

KLINISCHE CHEMIE-Blut:

		2011-05-03 15:36	2011-05-06 09:25	2011-05-06 12:45	2011-05-24 07:35	2011-05-25 00:40	2011-05-30 03:00	2011-05-31 09:15
Natrium	130-145 mmol/l		135					
Kalium	3.5-5.5 mmol/l		4.4					
Calcium	2.00-2.70 mmol/L		2.31					
Calcium ionisiert	1.15-1.29 mmol/l				1.21	1.21	1.22	--
Magnesium	0.6-1.2 mmol/l		0.9					
Chlorid	95-110 mmol/l		100					
Phosphat	1.00-2.30 mmol/L		1.47					
BUN	6-22 mg/dl	* 3	8					
Kreatinin	0.20-0.80 mg/dl	0.23	0.31					
Triglyceride	35-150 mg/dl		69					
Cholesterin	100-200 mg/dl		144					
Bilirubin	0.1-1.0 mg/dl	0.3						
Ammoniak	46.0-58.0 µmol/l		* 22.3					
Lipase	13-60 U/l	30						
Alk.Phosphatase (AP)	50-332 U/l							
ASAT (GOT)	10-40 U/l	15		15				
ALAT (GPT)	5-30 U/l	9		26				
Gamma-GT	10-25 U/l			22				
LDH	100-290 U/l	235		214				
Totalprotein	59-80 g/l							
Laktat/Vollblut	1.8-2.2 mmol/l				* 0.9	* 1.4	* 0.9	
Natrium/Vollblut	130-145 mmol/l				137	138	138	
Kalium/Vollblut	3.5-5.5 mmol/l				4.1	5.0	4.3	
Glucose/Vollblut	50-100 mg/dl				87	91	87	
Chlorid/Vollblut	98-106 mmol/l				104	103	102	

		2011-05-31 11:25
Natrium	130-145 mmol/l	
Kalium	3.5-5.5 mmol/l	
Calcium	2.00-2.70 mmol/L	
Calcium ionisiert	1.15-1.29 mmol/l	
Magnesium	0.6-1.2 mmol/l	
Chlorid	95-110 mmol/l	
Phosphat	1.00-2.30 mmol/L	
BUN	6-22 mg/dl	6
Kreatinin	0.20-0.80 mg/dl	* 0.19
Triglyceride	35-150 mg/dl	
Cholesterin	100-200 mg/dl	
Bilirubin	0.1-1.0 mg/dl	
Ammoniak	46.0-58.0 µmol/l	
Lipase	13-60 U/l	
Alk.Phosphatase (AP)	50-332 U/l	198
ASAT (GOT)	10-40 U/l	20
ALAT (GPT)	5-30 U/l	19
Gamma-GT	10-25 U/l	* 42

LDH	100-290 U/l	223
Totalprotein	59-80 g/l	* 55
Laktat/Vollblut	1.8-2.2 mmol/l	
Natrium/Vollblut	130-145 mmol/l	
Kalium/Vollblut	3.5-5.5 mmol/l	
Glucose/Vollblut	50-100 mg/dl	
Chlorid/Vollblut	98-106 mmol/l	

PROTEINE:

		2011-05-03 15:36	2011-05-13 09:30	2011-05-31 11:25
Albumin rel. Elpho	55.8-66.1 %			[folgt]
Alpha-1-Globulin rl.	2.9-4.9 %			[folgt]
Alpha-2-Globulin rl.	7.1-11.8 %			[folgt]
Beta-1-Globulin rel.	4.7-7.2 %			[folgt]
Beta-2-Globulin rel.	3.2-6.5 %			[folgt]
Gamma-Globulin rel.	11.1-18.8 %			[folgt]
CRP	0.0-12.0 mg/l	<0.3		<0.3
CRP /KB	0.-12 mg/l		<8	
CRP /KB	0.-12 mg/l		<8	

MED. SPIEGEL:

		2011-05-05 12:16	2011-05-16 09:10
Phenobarbital	65-172 µmol/l	149.9	165.9

ALAT (GPT)	5-30 U/l	19
Gamma-GT	10-25 U/l	* 42
LDH	100-290 U/l	223
Totalprotein	59-80 g/l	* 55
Laktat/Vollblut	1.8-2.2 mmol/l	
Natrium/Vollblut	130-145 mmol/l	
Kalium/Vollblut	3.5-5.5 mmol/l	
Glucose/Vollblut	50-100 mg/dl	
Chlorid/Vollblut	98-106 mmol/l	

PROTEINE:

		2011-05-03 15:36	2011-05-13 09:30	2011-05-31 11:25
Albumin rel. Elpho	55.8-66.1 %			62.3
Alpha-1-Globulin rl.	2.9-4.9 %			* 6.3
Alpha-2-Globulin rl.	7.1-11.8 %			* 14.8
Beta-1-Globulin rel.	4.7-7.2 %			5.9
Beta-2-Globulin rel.	3.2-6.5 %			3.7
Gamma-Globulin rel.	11.1-18.8 %			* 7.0
CRP	0.0-12.0 mg/l	<0.3		<0.3
CRP /KB	0.-12 mg/l		<8	
CRP /KB	0.-12 mg/l		<8	

MED. SPIEGEL:

		2011-05-05 12:16	2011-05-16 09:10
Phenobarbital	65-172 µmol/l	149.9	165.9

Röntgen vom 06. 05. 2011

Sonografie des Abdomens: Untersuchung am Intensivbett, Dokumentation der Bilder auf Papier. Erstuntersuchung hierorts. Die Leber normgroß, regulär berandet, von homogener und regulärer Echostruktur. Die Gallenblase geräumig, flüssigkeitsgefüllt, konkrementfrei. Die Gallenwege nicht ausgeweitet. Das Pankreas bei Meteorismus nicht einsehbar. Die Milz normal groß. Beide Nieren von normaler Lage, Form und Größe, beidseits reguläre Parenchymstruktur und Parenchyembreite. Beidseits das NBKS etwas flüssigkeitsmarkiert, keine Hydronephrose. Unauffälliger Unterbauchsituation, kein Aszites. Ergebnis: Unauffällige Abdomensonografie bei limitierter Beurteilbarkeit der Pankreasregion. \

MIKROBIOLOGISCHER BEFUND vom 04.05.2011

Material: Nase auf MRSA E-Nr. 035140/2011

Befund:

MRSA nicht nachweisbar

EEG-Befund vom 05.05.2011

Zusammenfassung:

Abnormes EEG mit Zeichen einer ausgeprägten diffusen Verlangsamung, keinen Herdhinweisen jedoch Zeichen einer multifokal erhöhten cerebralen Erregungsbereitschaft sowie der Darstellung von 6 fokalen Paroxysmen, von denen die meisten von einem ictalen Muster über der linken Hemisphäre begleitet werden. Einmal beginnt der Anfall jedoch rechts, propagiert dann über die Mittellinie nach links und endet rechts deutlich früher als links.

EEG-Befund vom 05.05.2011

Zusammenfassung:

Abnormes Schlaf-EEG mit einer deutlichen Amplitudendifferenz zwischen li. und re. Hemisphäre sowie der 3xigen Ableitung eines fokalen Paroxysmus über der li. Hemisphäre. Es kommen keine schlaftypischen Potentiale zur Darstellung. Gegenüber dem Vorbefund sind die Paroxysmen deutlich kürzer (und in ihrem Muster daher etwas unterschiedlich?)

EEG-Befund vom 10.05.2011

Zusammenfassung:

Abnormes EEG mit kaum nachweisbarem Grundrhythmus, Amplitudenabflachung, Zeichen einer umschriebenen Funktionsstörung rechts temporoparietooccipital sowie Zeichen einer umschriebenen erhöhten cerebralen Erregungsbereitschaft links temporoparietooccipital. Während der Untersuchung 3malig Auftreten eines ca. 2 Minuten andauernden subklinischen ictalen Ereignisses über der linken Hemisphäre. Gegenüber dem Vorbefund vom 4.5.2011 unveränderter Befund.

EEG-Befund vom 16.05.2011

Zusammenfassung:

Abnormes EEG mit Zeichen einer deutlichen diffusen Verlangsamung, keinen Herdhinweisen jedoch sowohl Zeichen einer regional erhöhten Erregungsbereitschaft temporal und occipital re., als auch der Darstellungen von 3 Anfällen mit Beginn über der linken Hemisphäre wovon 2 sekundär generalisieren.

EEG-Befund vom 24.05.2011

Zusammenfassung:

Abnormes EEG mit Zeichen einer diffusen Verlangsamung und Zeichen einer regional erhöhten Erregungsbereitschaft, vor allem re. temporal und frontal sowie der Ableitung von 6 ichtalen Ereignissen wie oben beschrieben.