

HELIOS Klinik Holthausen

HELIOS Klinik Holthausen
Am Hagen 20 • D- 45527 Hattingen

An die weiterbehandelnden Ärzte

Shalamov, Georgii * 24.06.2009
wh.: Am Hagen 20, 45527 Hattingen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen ,

nachfolgend berichten wir Ihnen über den o. g. Patienten, der sich in der Zeit vom 02.01.2011 bis zum 12.02.2011 in unserer stationären rehabilitativen Behandlung befand.

Diagnosen

ICD	Text
G 0 0 . 1	Z.n. Pneumokokkenmeningoenzephalitis 29.04.2010
G 9 1 . 9	Hydrozephalus internus postmeningitisch mit media presure Shunt, implantiert im November 2010 versorgt
G 8 2 . 4 9	Spastische Tetraparese
F 8 4 . 9	Gravierende Störung der Entwicklung mit Verlust bereits erworbenen Fähigkeiten: Störung der Kopf- und Rumpfkontrolle, der sprachlichen und kognitiven Entwicklung
H 9 0 . 5	V.a. Hörverlust
H 4 7 . 2	Opticusathrophie bds.
R 0 6 . 1	Stridor bei V.a. Tracheastenose
G 4 0 . 3	Absencen-Epilepsie

1. Anamnese

Zugang zur Rehabilitation:

Am 02.10.2011 übernahmen wir den Patienten aus Moskau / Russland in unsere rehabilitative Behandlung.

**Kooperierende Klinik
der Universität Witten/Herdecke**

**Fachklinik für
neurochirurgische und
neurologische Rehabilitation**

Ärztlicher Direktor
Dr. med. Axel Petershofer

Sekretariat
Petra Jaschke
Tel 02324 966-612
Fax 02324 966-616
E-Mail
petra.jaschke@helios-kliniken.de

Klinikgeschäftsführerin
Ute Haller

Zentrale
Tel 02324 966-0
Fax 02324 966-746

Fachabteilungen für
Frührehabilitation
Weiterführende Rehabilitation
Neuropsychiatrische Rehabilitation
Neuropädiatrische Rehabilitation

09.02.2011
Rem-kle, Station 4a

Aktuelle Anamnese:

Georgii erkrankte akut am 27.04.2010 mit Fieber und Erbrechen. Sein Zustand hatte sich schnell verschlechtert, am 29.04.2010 wurde das Kind komatös. Es wurde eine Pneumokokkensepsis mit Meningoencephalitis festgestellt. Georgii befand sich 10 Tagen in komatösem Zustand. Dann traten Krampfanfälle auf. Im weiteren Verlauf entwickelte er einen Hydrocephalus. Zur Behandlung der hydrocephalen Entwicklung wurde eine operative Ventrikulostomie durchgeführt. Diese brachte jedoch keine wesentliche Verbesserung, so dass am 17.08.2010 eine Anlage eines VP-Shunts (Codman-Ventil) erfolgte. 10 Tage nach der Implantation kam es zu einer Shuntinfektion, 3 Wochen wurde Georgii antibiotisch behandelt und am 17.09.2010 erfolgte die Anlage eines neuen Shunts. Es wurde ein Medtronic-Ventil medium pressure implantiert. Nach Entlassung aus der akut-medizinischen Versorgung befand sich das Kind in rehabilitativer Behandlung im Heimatland.

Eigenanamnese/Vorerkrankungen:

Schwangerschaft und Geburt verliefen unauffällig. Das Körpergewicht betrug bei der Geburt 3800 bei einer Körperlänge von 52 cm. APGAR 8/9. Bis zum Alter von 7 Monaten wurde er gestillt. Mit einem Monat konnte der Patient gut den Kopf halten und konnte sich später umdrehen und einige Worte sprechen. Bis zum Alter von 10 Monaten war der Patient stetig gesund.

Vegetative Anamnese:

Keine Besonderheiten.

Risikofaktoren und Risikoverhalten:

Keine.

Familienanamnese:

Die Familienangehörigen sind gesund.

Allgemeine Sozialanamnese:

Der Patient hat 2 Schwestern im Alter von 11 und 14 Jahren. Die Familie bewohnt eine Wohnung in Moskau.

Aktuelle Beschwerden und funktionelle Einschränkungen:

Bei der Aufnahme in unsere Behandlung klagte die Mutter des Patienten über eine Störung der motorischen und kognitiven Entwicklung. Der Patient konnte nicht sicher den Kopf halten und konnte nicht frei sitzen und zeigte eine deutliche Körperasymmetrie. Seitens der Mutter besteht die große Hoffnung auf eine deutliche Verbesserung des Zustandes des Patienten im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung.

Bisherige therapeutische Maßnahmen:

Intensivmedizinische und später rehabilitative Behandlung im Heimatland.

Medikation bei Aufnahme:

Convulex (Valproinsäure) 15 Tr. 1-1-1

2. Aufnahmebefunde und Diagnostik

Pädiatrischer Befund:

1 Jahr und 6 Monate altes Kind in gutem Allgemein- und ausreichendem Ernährungszustand. Das Körpergewicht beträgt 10 kg (bezogen auf die Körpergröße auf der 75. Percentile) Körpergröße 73 cm (bezogen auf das chronologische Alter der 3. Percentile entsprechend) Kopfumfang 45 cm (über der 97. Perzentile). Haut blass. Die Fontanelle ist geschlossen. Die sichtbaren Schleimhäute waren feucht und rosig. Die Lungenauskultation zeigte einen unauffälligen Befund. Herztöne rein, rhythmisch. Das Abdomen war weich, Milz und Leber waren nicht vergrößert. Die Hoden waren descendiert. Ausgeprägte Skoliose der Brustwirbelsäule, Beckenschiefstand. Beinlängendifferenz zuletzt ca. 1 cm, Kopfasymmetrie. In der Bauchlage deutliche Asymmetrie der Körperlage nach rechts. Kopf nach rechts gedreht und retiniert.

Neurologischer Befund:

Hirnnerven: Rechte Pupille etwas weiter als die linke, Lichtreaktion links schwächer als rechts. Indirekte Lichtreaktion negativ. Keine Störung der sonstigen Hirnnerven.

Muskeltonus: An den oberen Extremitäten etwas erhöht, die unteren Extremitäten deutlich abgeschwächt.

Trophik: Ausgeprägte Muskelhypotrophie. Beide Füße befanden sich in Supinationsstellung, beide Hände in Palmarextensionsstellung.

Motorik/Kraftprüfung:

Gelenkbeweglichkeit: Kopfkontrolle deutlich unsicher, bei Lagerung auf die Beine Spitzfußstellung bds. deutlich. Passive Gelenkbeweglichkeit in beiden Schultergelenken sehr eingeschränkt. Der Patient trägt orthopädische Schuhe.

Reflexstatus: Mororeflex negativ. Handgreifreflex negativ. Fußgreifreflex negativ. Babinski-Reflex war linksseitig deutlich positiv. PSR bds. links mehr als rechts gesteigert. ASR bds. negativ.

Sensibilität: Keine Aussage möglich.

Meningeale Dehnungszeichen: negativ

Koordination und Mobilität: Es bestand eine deutliche Entwicklungsretardierung mit deutlicher Seitendifferenz des Muskeltonus von rechts nach links, der Patient bewegt nur sehr eingeschränkt alle Extremitäten, er kann sich nicht drehen, er kann nicht in die Kriechposition kommen. Unsichere Kopfkontrolle.

Sprache: Während der Untersuchung wurde eine Echolalie sowie isolierte Silben „bababa“ (sprachliche Entwicklung eines ca. 9 Monate alten Kindes) beobachtet.

Psychiatrischer Befund:

Der Patient war wach, er nahm Blickkontakt auf, konnte die Mutter erkennen, das Fremdeln war deutlich reduziert.

Zusatzdiagnostik:

EEG vom 04.01.2011

Bi-parieto-occipital bis frontal reichend meist mittelamplitudige, streckenweise auch niedrigamplitudige Hirnstromkurve mit 4-5/sek-Aktivität. In Superposition, streckenweise auch intermittierend Beta-Aktivität parieto-tempo-occipital, streckenweise rechts mehr als links unterlagernd und intermittierende, teilweise hochamplitudige Delta-Wellen. In diesen Bereichen einzelne steile, teilweise Sharp-slow-Wave-verdächtige Abläufe. Viele Bewegungsartefakte und streckenweise Muskelpotentiale, wodurch die Beurteilbarkeit der Hirnstromkurve streckenweise sehr eingeschränkt ist. Insgesamt deutliche

Allgemeinveränderungen sowie multifokale Sharp-slow-Wave-verdächtige Abläufe. Eine kurzfristige Kontrolle wird empfohlen.

Kernspintomographie Kopf vom 06.01.2011

Z.n. Pneumokokkenmeningitis mit Entwicklung eines Hydrocephalus internus, Implantation eines intraventrikulären Shunts und einer Ventrikulostomie. Bei liegendem und über links occipitale Bohrlochtrepantation angelegtem Shunt stellt sich das supratentorielle Ventrikelsystem massiv symmetrisch erweitert dar. Die Ventrikelbreite beträgt im Bereich der Vorderhörner bis 8,2 cm und im rostralen Anteil des 3. Ventrikels ca. 2 cm. Turbulente Liquorflussphänomene sind intraventrikulär nachweisbar. Die Ventrikelkonturen sind befriedigend begrenzt, keine Zeichen eines transependymalen Liquoraustritts.

Im Vergleich zu den auswärtigen Aufnahmen vom 16.11.10 ist die Ventrikelbreite konstant, sodass sich eine vorliegende Dysfunktion des Shunts nicht ausschließen lässt. In diesem Zusammenhang wird eine konsiliarische Vorstellung der Aufnahmen mit der Überlegung einer Shuntrevision durchgeführt. Eine CD-rom ist dafür erstellt worden.

Labor:

S.anbei in Kopie.

MRSA Screening negativ.

Konsiliaruntersuchungen:

Augenärztliche Konsiliaruntersuchung vom 07.01.2011:

Beidseits regelrechte Nervi optici, Gefäße und Makula ohne pathologischen Befund.

Augenärztliche Konsiliaruntersuchung vom 18.01.2011:

Kein Strabismus nachweisbar. Brille + 0.5 bds.

Das Tragen der Brille ist derzeit nicht notwendig.

Augenärztliche Konsiliaruntersuchung vom 25.01.2011:

Chalazion links größer rechts. Weitere 4 Wochen abwarten. Evtl. ist dann eine operative Behandlung notwendig.

Aussagen zur Übereinstimmung von Beschwerden und erhobenen Befunden:

Der Zustand des Kindes stimmt überein mit den Symptomen nach erlittenem schwerer Pneumokokken-Meningoencephalitis.

3. Therapieziele und Therapie

Rehabilitationsziele und Behandlungskonzept:

Als Ziele wurden die Verbesserung der Wahrnehmung, das Anbahnen physiologischer Bewegungsmuster sowie die adäquate Behandlung der noch vorhandenen Krampfanfälle genannt.

Georgii wurde eingebunden in ein therapeutisches Konzept, bestehend aus Ergotherapie, Krankengymnastik, balneo-physikalische Therapie, Logopädie und Heilpädagogik.

Rehabilitationsverlauf:

Georgij erhielt während des Aufenthalts mehrmals wöchentlich Ergotherapie und Physiotherapie als Einzeltherapie. Im Vordergrund der Therapie standen die Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas, der Abbau vestibulärer und taktiler Überempfindlichkeit, das Vermitteln von Bewegungserfahrungen, sowie die Anbahnung motorischer Eigenaktivität. Das Kind wurde nach dem Bobath-Konzept, Elementen der basalen Stimulation, sowie dem Konzept der Sensorischen Integrationstherapie nach Ayres behandelt.

Georgij konnte im Verlauf des Aufenthalts kleine individuelle Fortschritte erzielen. Bei Entlassung zeigte er in höheren Positionen eine verbesserte Rumpfaufrichtung und Kopfeinstellung. Lagewechsel konnte er etwas besser tolerieren. Im gehaltenen Sitz zeigte er ansatzweise Abstützreaktionen mit den Händen. Je nach Tagesform begann Georgij mit den Händen (re>li) unterschiedliche Materialien zu explorieren. Einige Male gelang es ihm größere Gegenstände mit der rechten Hand festzuhalten und diese zum Mund zu führen. Zielgerichtetes bimanuelles Hantieren war nicht zu beobachten.

Georgij reagierte sehr positiv auf intensive propriozeptive Stimuli. Dabei wurde er deutlich ruhiger, zeigte ein verbessertes Aufmerksamkeitsniveau und lächelte häufiger. Weiterhin bestand jedoch eine ausgeprägte vestibuläre und taktile Überempfindlichkeit, die die motorische Entwicklung limitierte.

Im Rahmen der balneophysikalischen Behandlung wurden Massagen und medizinische Bäder angewandt.

Therapieempfehlung: Zur weiteren Förderung der bestmöglichen Bewegungs- und Handlungskompetenz wird die Fortsetzung der Ergotherapie und der Physiotherapie im Heimatland empfohlen.

Motivation und Kooperation des Patienten:

Keine diesbezüglichen Probleme.

Verordnete Hilfsmittel:

1 Leichtgewichtsrollstuhl mit Zubehör.

Sozialmedizinische Epikrise:

Georgij wurde nach Hause entlassen.

5. Empfehlungen zu weiterführenden Maßnahmen und Nachsorge

Weitere Diagnostik:

Nach Vorgabe der weiterbehandelnden Ärzte. Weitere augenärztliche Konsiliaruntersuchungen.

Weitere Therapie:

Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie.

Medikation bei Entlassung:

Convulex 3 x 15 Tropfen

Keppra 2 x 1 ½ ml

Polyspectran Augensalbe 2 x täglich in jedes Auge

Shalamov, Georgii

Seite 6 von 6

Georgii und seiner Familie alles Gute wünschend verbleiben wir

mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. A. Petershofer
Ärztlicher Direktor

W. Boksch
Facharzt f. Kinder-u. Jugendmedizin
Leiter d. Abt. f. neuropädiatrische Rehabilitation

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Remmel-Spornhauer'. The signature is fluid and cursive, with a large initial 'A' and a long horizontal stroke.

A. Remmel-Spornhauer
Facharzt für Kinder- u. Jugendmedizin