

Behandlungszentrum Vogtareuth - Krankenhausstr. 20 - 83569 Vogtareuth

Familie Kulikov

Klinik für Neuropädiatrie  
und Neurologische Rehabilitation  
Epilepsiezentrum für  
Kinder und Jugendliche

**Chefarzt**

**Dr. med. H. Holthausen**

Telefon (08038) 90-1411

Telefax (08038) 90-3411

bhz.neuropaediatrie@schoen-kliniken.de

Vogtareuth, 06.05.2010

KEGLER / LRI

Behandlungszentrum  
Vogtareuth  
Krankenhausstraße 20  
83569 Vogtareuth

Telefon +49 8038 90-0  
Telefax +49 8038 90-1100

bhz.info@schoen-kliniken.de  
www.schoen-kliniken.de

Klinik für  
operative und interventionelle  
Gefäßchirurgie

Klinik für  
Herzchirurgie

Klinik für  
Neurochirurgie und  
Epilepsiechirurgie

Klinik für  
Neuropädiatrie und  
Neurologische Rehabilitation  
Epilepsiezentrum für  
Kinder und Jugendliche  
Tagesklinik für Neuropädiatrie

Klinik für  
Kinderorthopädie

Klinik für  
Neurologie mit  
Rückenschmerzzentrum

Klinik für  
Handchirurgie

Klinik für  
Orthopädie und  
Sporttraumatologie  
Endoprothetik und  
Knie- und Schulterchirurgie

Klinik für  
Wirbelsäulenchirurgie mit  
Skoliosezentrum

Klinik für  
Anästhesiologie und  
Intensivmedizin  
Schmerztherapie

Klinik für  
Rehabilitationsmedizin

### \* Vorläufiger Arztbrief \*

**Patient:** KULIKOV, Denis, geb. am: 21.06.2005  
**wohnhaft:**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über unseren gemeinsamen o. g. Patienten, der sich vom **02.05.2010** bis zum **07.05.2010** in unserer stationären Behandlung befand.

#### Diagnosen:

Fokale Epilepsie rechts occipital (G40.2)  
Ätiologie: V. a. fokale kortikale Dysplasie rechts occipital  
Autismus  
Psychomotorische Entwicklungsretardierung

#### Anamnese:

Für unsere Unterlagen fassen wir zusammen: Denis ist das 2. Kind der Mutter. Er hat noch eine 9-jährige gesunde Halbschwester. Die Mutter 30 Jahre alt, arbeitet als Rechtsanwältin, der Vater 38 Jahre alt, ist Polizist. Die Eltern haben sich mittlerweile getrennt. Familienanamnestisch ist bisher eine Epilepsie oder eine unklare geistige Retardierung bekannt. Nach unauffälliger Schwangerschaft erfolgte die Geburt spontan in der 39. SSW, Apgar 5/10 Minuten 8/8, Geburtsgewicht 2.830 g, Körperlänge 50 cm. Bis zum Alter vom 3. Lebensmonat unauffällige Entwicklung. Mit dem 3. Lebensmonat erstmalig auffällig mit apathischen Zuständen, Desinteresse an der Umwelt und Spiel, fehlende Blickkontaktaufnahme. Im 4. Lebensmonat zusätzlich Auftreten von Augen-Blickbewegungen nach oben. Es erfolgte eine diagnostische Abklärung mit Ausschluss einer Hörstörung/Sehstörung. Es wurde ein hypotoner Grundtonus diagnostiziert. Eine Bildgebung mittels Sonographie des Schädels zeigte den Befund einer Hirnasymmetrie links > rechts. Es erfolgte eine Therapie mit Massagen und Gymnastik.

Mit dem 9. Lebensmonat Auftreten von cerebralen Anfällen mit Blickstarre und Innehalten in der Bewegung, atoner Muskeltonus, Gesichtszyanose. Dauer der Ereignisse von wenigen Sekunden bis über 1 Minute. Anfallsfrequenz wellenförmig initial 2 x tägl. im Verlauf 1 x in 6 Wochen. Ein zu diesem Zeitpunkt durchgeführtes EEG war unauffällig.

Vom 9. Lebensmonat bis zum 1 1/2 Lebensjahr erfolgten insgesamt 10 i.v. Gaben des Medikamentes Gliatilin (Wirkstoff?). Mit 1 1/2 Jahren Beginn einer

Behandlungszentrum Vogtareuth  
GmbH & Co. KG  
Sitz: 83209 Prien am Chiemsee  
Reg.-Gericht Traunstein  
HRA-NR. 9245  
UST-ID-Nr.: DE 251644692

Pers. haft. Gesellschafter:  
Schön Klinik Verwaltung GmbH  
Sitz: 83209 Prien am Chiemsee  
Reg.-Gericht Traunstein  
HRB-Nr. 6666

Geschäftsführer:  
Dipl.-Kfm. Dieter Schön  
Dipl. oec. Hubert Seitz  
Dr. Jens Deereberg-Wittram  
Dr. Markus Hamm

Bankverbindung:  
Deutsche Bank  
BLZ 700 700 10  
Kto.-Nr. 7 317 779  
IBAN DE97 70070010 0731777900  
BIC DEUTDE33

antikonvulsiven Therapie mit Valproat, darunter war Denis vom Herbst 2007 bis Februar 2008 anfallsfrei. Im Rahmen eines hochfieberhaften Infektes im Februar 2008 erneutes Auftreten von cerebralen Anfällen mit tonischem Versteifen der Extremitäten, Dauer 30 Sekunden. Dieser Anfallstyp wurde nur im Rahmen des Infektes gezeigt.

Denis zeigt nun Ereignisse, bei denen er tief einatmet, es kommt zu Zuckungen in beiden Armen, der Kopf wir hin und herbewegt., er grinst und lacht dabei laut, Augen-Blickdeviation nach oben. Die Ereignisse dauern wenige Sekunden, aktuell 1 x wöchentlich auftretend. Nächtliche Anfälle sind der Mutter bisher noch nicht aufgefallen, bisher kein Status epilepticus.

Die antikonvulsive Therapie wurde im Jahr 2009 vor ca. 1 Jahr erweitert mit Eindosierung von Oxcarbazepin. Der Versuch einer Dosiserhöhung von Valproat auf 200mg/d wurde bei Auftreten von Nebenwirkungen mit Müdigkeit mit verminderter Aktivität von seiten der Mutter wieder rückgängig gemacht.

Zur abklärenden Diagnostik erfolgten EEG-Untersuchungen hier zeigte sich als wegweisender Befund eine epileptogene Zone über rechts parieto-temporal. Bildgebungen mit Schädel-MRT zeigten dazu nicht kongruent Auffälligkeiten über der linken Hemisphäre (Atrophie des linken Ammonshorn, erweiterte Subarachnoidalräume im linken Schläfenlappen, Subatrophie der Stirn-Scheitelregionen, atrophische linksseitige Ventrikulomegalie). Es erfolgten genetische Untersuchungen mit unauffälliger Chromosomenanalyse und Ausschluss eines Fragilen X-Syndroms.

Neben der Epilepsie besteht eine psychomotorische Entwicklungsretardierung mit hypotonen Grundtonus, die Diagnose eines Autismus wurde gestellt. Eine verbale Kommunikation ist nicht möglich, das Kind lautiert, hat wohl kein Sprachverständnis, kein Wörterwiederkennen, Einzelwörter Mama und Oma werden ausgesprochen. Vom Verhalten her ist er sehr unruhig und aktiv, zeigt jedoch kein eigen- oder fremdaggressives Verhalten. Er zeigt stereotypische Handlungen, mag es laute Geräusche zu erzeugen, wie Türen zuknallen, Klopfen auf Gegenstände, laute Geräusche. Bei ihm besteht eine ausgeprägte Symptomatik mit Zähneknirschen, mit bereits Schäden am Milchzahngewebiss. Denis hat das kauen fester Nahrung noch nicht gelernt. Die Ernährung erfolgt über flüssige und pürierte Kost. Das Schlafverhalten wird als unauffällig angegeben.

#### Medikation bei Aufnahme:

Wirkstoff / Präparat	Dosierung	mo.	mi.	ab.	na.
Depakine Saft	100 mg	0	0	1	
Trileptal	150 mg	1/2	0	1/2	

#### Körperlicher Untersuchungsbefund:

4 11/12 Jahre alter Junge in gutem Allgemeinzustand und noch eutrophen Ernährungszustand (Körpergröße 101,5 cm, Körpergewicht 15 kg). Wach, ständiges Knirschen mit den Zähnen, lacht, lautiert, keine Kommunikation, keine Kontaktaufnahme. Ständig unruhig und in Bewegung, zeigt häufig Verhalten mit Schütteln des Kopfes und dabei Lachen. Haut mit reizlosen Narben bei Z. n. Verbrennung über dem rechten Ellenbogen und über dem linken oberen Sprunggelenk. Haut mit ca. 2 x 3 cm großer braunem Naevus neben dem Nabel links, sonst rein, kein Exanthem. Cor, Pulmo und Abdomen auskultatorisch als auch palpatorisch unauffällig. HNO-Befund: Kariöses Milchgebiss, sonst reizfrei. Grundtonus eher hypoton, symmetrisch und seitengleiche Spontanmotorik, kein fokalneurologisches Defizit, Hirnnerven unauffällig. Pupillokulomotorik unauffällig, Pupillen isokor, direkte und indirekte Lichtreaktion seitengleich prompt. Muskeleigenreflexe können aufgrund Gegenspannen des Kindes nicht ausgelöst werden, keine pathologischen Reflexe, kein Babinski, keine Ataxie, kein Tremor. Genitale männlich infantil, Kryptorchismus beidseits.

#### Labor:

Stoffwechseluntersuchungen auf Aminosäuren und organische Säuren im Blut, Urin,  
Trockenblutkarte: erfolgt bei Entlassung noch ausstehend.

**Kumulativbefund:**

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	3.5.10 09:16	3.5.10 13:41
<b>Leukozyten</b>	4000-9000	/µl	6650	
<b>Erythrozyten</b>	4.5-6	/µl	4.48↓	
<b>Hämoglobin</b>	14-18	g/dl	11.5↓	
<b>Hämatokrit</b>	40-50	%	34.4↓	
<b>MCV</b>	85-95	fl	76.8↓	
<b>MCH (HBE)</b>	28-32	pg	25.7↓	
<b>MCHC</b>	32-36	g/dl	33.4	
<b>Thrombozyten</b>	150000-300000	/µl	390000↑	
<b>Neutrophile</b>	50-70	%	41.20↓	
<b>Lymphozyten</b>	25-40	%	45.40↑	
<b>Monozyten</b>	3-12	%	12.20↑	
<b>Eosinophile</b>	2-4	%	0.90↓	
<b>Basophile</b>	bis 1	%	0.30	
<b>CRP</b>	bis 1	mg/dl	negativ	
<b>Quick</b>	70-130	%	107↑	
<b>INR</b>	bis 1		1.0	
<b>PTT</b>	26-40	sec	39.3	
<b>Fibrinogen</b>	200-400	mg/dl	306	
<b>Natrium</b>	135-150	mmol/l	139	
<b>Kalium</b>	3.5-5.5	mmol/l	4.36	
<b>Calcium</b>	2.03-2.6	mmol/l	2.48	
<b>Chlorid</b>	97-108	mmol/l	105	
<b>GOT</b>	10-50	U/l	34	
<b>GPT</b>	10-50	U/l	16	
<b>GGT</b>	0-66	U/l	17	
<b>CK</b>	bis 190	U/l	94	
<b>Harnstoff</b>	10-50	mg/dl	24	
<b>Kreatinin</b>	0.6-1.1	mg/dl	0.33↓	
<b>Triglyzeride</b>	bis 150	mg/dl	76	
<b>Glucose</b>	75-115	mg/dl	97	
<b>Amyl-Pankreas</b>	13-53	U/l	16	
<b>Lipase</b>	bis 190	U/l	26	
<b>Valproinsäure</b>	50-100	µg/ml	20.08↓	
<b>freies T3</b>	2.0-4.2	pg/ml	2.86	
<b>freies T4</b>	0.93-1.7	ng/dl	1.04	
<b>TSH</b>	0.27-4.20	uIU/ml	1.62	
<b>Oxcarbazepin (HPLC)</b>	0 - 3.00	mg/l		< 1.0
<b>Oxc.-10-OH-Metabolit*</b>	13.0 - 30.0	mg/l		4.60↓

### Epikrise / Therapie und Verlauf:

In den durchgeführten EEG's zeigte sich ein konstanter epileptogener Fokus über rechts occipital. Passend dazu zeigte sich in der Bildgebung mit SchädelMRT milde Signalveränderungen über dem rechten Hinterhaupt. In der Anfallssemiologie zeigt Denis Anfälle mit horizontalen Blickbewegungen, zusammenkneifen der Augen, Bewegungen des Kopfes hin und her dabei lautes Lachen und Lautieren. Wir sehen dies als visuelle Anfälle an und gehen von einer fokalen Epilepsie rechts occipital aus.

Zusätzlich fielen im Schlaf vereinzelt links zentral Entladungen auf, die von der Morphologie her eine genetische Komponente andeuten. Im MRT zeigte sich über der Zentralregion ein unauffälliger Befund. Es fielen jedoch Signalveränderungen im mesialen Bereich des Schläfenlappen links auf, die im EEG kein Korrelat mit epileptogener Aktivität zeigten.

Wir besprachen die Befunde mit der Mutter und sehen bei verdächtiger epileptogener Zone im rechten Occipitallappen die Indikation zu einem neurochirurgischen Eingriff gegeben. Um genauere Daten zu bekommen möchten wir ein noninvasives Monitoring durchführen. Eine Terminvereinbarung erfolgt durch die Mutter.

Zwischenzeitlich schlagen wir bei niedrigen sowohl Valprat-als auch OXC-Spiegel eine Optimierung der antikonvulsiven Therapie mit Dosiserhöhung von OXC vor. Eine Dosiserhöhung von Valproat wurde von der Mutter abgelehnt. Ein Eindosierungsplan wurde mitgegeben.

Sollte dies einen positiven Effekt auf sein Verhalten und die Anfälle zeigen schlagen wir ein Ausschleichen von Valproat und eine Monotherapie mit OXC vor.

Als weitere Therapieoption schlagen wir als nächsten Schritt die Eindosierung von Ospolot vor. Ein Eindosierungsschema wurde ebenfalls mitgegeben.

### Medikation bei Entlassung:

Wirkstoff / Präparat	Dosierung	mo.	mi.	ab.	na.
Depakine Saft	100 mg	0	0	1	
Trileptal	150 mg	1/2	0	1/2	

Die angegebenen Medikamente basieren auf der hausinternen Apothekerliste und können jederzeit durch wirkungs- und inhaltsgleiche Generika ersetzt werden!

### Weitere Empfehlung:

- Dosiserhöhung von Trileptal um 75mg alle 5 Tage bis zu einer Tagesdosis von 450mg/d
- ggf. Ausschleichen von Depakine
- ggf. Eindosierung von Ospolot 50mg 1/2-0-1, Steigerung nach 5 Tagen Ospolot 50mg 1 1/2-0-1 1/2

### Wiedereinbestellung:

- stationäre Wiederaufnahme zum noninvasiven Monitoring

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung und verbleiben mit freundlichen kollegialen Grüßen