

Neues aus der Kinderchirurgie Suhl

- I Im Rahmen des Gesundheitsforums „Kind erLEBEN“ am 17. Juni 2009 im Congress Centrum Suhl wurden aktuelle kinderchirurgische Behandlungsstrategien bei Neugeborenen vorgestellt.
- I Mit einer regen Diskussion über neue Therapieverfahren in der Kinderchirurgie fand am 24. Juni 2009 der 2. Kinderchirurgische Stammtisch im Hotel Thüringen, Suhl für Kinder- und Allgemeinärzte statt.
- I In Zusammenarbeit mit der Stiftung Friedensdorf International e. V. konnte im Juni 2009 ein 8-jähriges Mädchen aus Tadschikistan nach erfolgreicher Operation einer anorektalen Malformation (Analatresie) zunächst in das Friedensdorf nach Oberhausen und später in die Heimat entlassen werden.
- I Zur Diagnostik des GÖR bei Kindern steht ab sofort ein neues, 24h-ph-Metrie Gerät mit altersgerechten Messsonden zur Verfügung.
- I Seit Anfang 2009 wurde die Propranolol-Therapie bei Säuglingshämangiomen mit Erfolg eingeführt.
- I Etablierung der sonographisch gestützten, hydrostatischen Devagination bei der idiopathischen Säuglingsinvagination
- I Kosmetisch bessere Operationsergebnisse durch den umbilikalen Zugang bei der Pyloromyotomie (nach BIANCHI)

Nächste Termine

- I Tag des Kinderkrankenhauses am 20. September 2009 mit Teddyklinik und Operationssaal für Kinder
- I Symposium „Angeborene Thoraxdeformitäten im Kindesalter – Konservative und operative Möglichkeiten“ im Dezember 2009

Dieses Infoblatt können Sie auch als Download auf unserer Homepage www.srh.de/zs (Klinik für Kinderchirurgie) herunterladen.



SRH Zentralklinikum Suhl GmbH
Albert-Schweitzer-Straße 2
98527 Suhl

Telefon: 03681 35-9
Telefax: 03681 35-5001
Internet: www.srh.de/zs

Ein Unternehmen der SRH

01/September 2009



Infoblatt – KINDERCHIRURGIE –

Fokus: TRICHTERBRUST

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

mit großer Freude darf ich Ihnen heute unsere erste Ausgabe des Infoblattes aus der Klinik für Kinderchirurgie am SRH Zentralklinikum Suhl überreichen.

Wir möchten Sie in Zukunft halbjährlich über praxisrelevante Themen, über neu eingeführte Operationsverfahren in der Kinderchirurgie und über aktuelle Neuigkeiten aus unserer Klinik auf dem Laufenden halten. Diese Informationen sollen Ihnen bei einer optimalen medizinischen Versorgung unserer gemeinsamen kleinen Patienten hilfreich sein. Gerne greifen wir auch Themen und Anfragen Ihrer Wahl auf und stehen für kritische Rückmeldungen zur Verfügung.

Das Team der Kinderchirurgie in Suhl freut sich im Interesse der uns anvertrauten Kinder auf eine rege Zusammenarbeit mit Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr

Dr. Frank Linke
Chefarzt der Klinik für Kinderchirurgie



Trichterbrust (Pectus excavatum)

- I Häufigkeit
- I Ätiologie
- I Symptome
- I Diagnostik
- I Therapie

Klinik für Kinderchirurgie

Sekretariat Annerose Heß
Tel.: 03681 35-5580

Station 32
Tel.: 03681 35-5641

E-Mail: frank.linke@zs.srh.de
Internet: www.srh.de/zs



TRICHTERBRUST – Wandel der Korrekturmethode

Häufigkeit

Mit einer Inzidenz von 1/1000, wobei Knaben (3:1) dominieren, ist die Trichterbrust die häufigste Thoraxwanddeformität.

Begleitpathologien treten bei 20 % der Kinder auf und dürfen nicht übersehen werden, da diese gelegentlich bevorzugt zu behandeln sind.

Pathogenese

Im Gegensatz zur primären embryonalen Genese werden heute die sternokostalen Veränderungen auf einen gesteigerten katabolen Stoffwechselprozess der Knorpelgrundsubstanz zurückgeführt.

Symptome

Charakteristisch ist der asthenische Habitus mit Haltungsschwäche der Schultermuskulatur und einer Fehlstellung der Wirbelsäule (Skoliose, Kyphoskoliose). Ein tiefer Trichter kann die Belastungskapazität reduzieren. Im Einzelfall tritt jenseits der Pubertät eine Leistungsminderung auf.



OP-Indikationen

- I Progression des Befundes
- I kardiopulmonale Störungen
- I psychische Belastung

Diagnostik

Neben den apparativen Untersuchungen (Rö-Thorax, CT, MRT, Echokardiographie, EKG und Spirometrie) zum Ausschluss von Begleitpathologien spielt die in der Vergangenheit oft vernachlässigte psychosoziale Anamnese eine entscheidende Rolle für die Indikationsstellung. Der Umstand, an einer Trichterbrust zu leiden, wird zunehmend als Diskrepanz zu normaler Lebensführung empfunden.

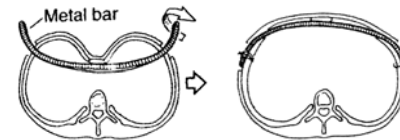
Wegen der Elastizität des kindlichen Brustkorbes korreliert die Trichtertiefe in der Regel nicht mit der Klinik.



TRICHTERBRUST – Wandel der Korrekturmethode

Minimal-invasive Brustkorb-rekonstruktion (MIRPE) nach NUSS

Eine Alternative zum konventionellen OP-Verfahren (Ravitch, Welch, Rehbein) stellt die in den USA entwickelte (NUSS, 1989), endoskopisch kontrollierte Korrekturmethode (MIRPE) dar. Dabei wird thorakolateral jeweils ein nur einige Zentimeter langer Hautschnitt gesetzt, durch den ein individuell angefertigter Metallbügel in den Brustkorb unter thoroskopischer Sicht eingepflanzt wird. Er hebt das Brustbein an und zwingt es, vergleichbar mit der herkömmlichen Zahnregulation, in sein normales Wachstum.



Nuss D; J Ped Surg 33:545-552, 1998

Der Bügel kann in 2 bis 3 Jahren entfernt werden.

Die Gewährleistung eines modernen Schmerzmanagements (PDK, PCA) und eine frühe Atemtherapie ist eine Grundvoraussetzung für den postoperativen Erfolg. Nach 3 Wochen Sportverbot ist eine volle Belastung ab 3 Monate postoperativ möglich.

Nur ein regelmäßiges, über einen langen Zeitraum durchgeführtes Training führt zu optimalen Resultaten und bleibendem Erfolg.

OP-Alter ab dem 8. Lebensjahr

Optimale kosmetische Ergebnisse bei weichem elastischen Thorax



Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die von NUSS entwickelte Technik zur Korrektur einer Trichterbrust eine komplikationsarme und wenig invasive Methode darstellt. Es werden keine Knorpel- oder Knochenresektionen durchgeführt. Der Blutverlust ist minimal, die Narben sind klein und nach sechs Monaten kaum sichtbar. Operationszeiten und Rekonvaleszenz sind bei der Methode nach NUSS wesentlich kürzer.