

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

nachfolgend berichten wir über unsere gemeinsame Patientin, die sich in unserer Klinik in Behandlung befunden hat.

Diagnose

Meningeom des Tuberculum sellae mit progressiver Kompression der Nn. optici und Infiltration des Optikuskanals (ICD-10: D32.0)

Durchgeführte Operation

Mikrochirurgische Resektion und Dekompression des Optikuskanals auf beiden Seiten über einen frontolateralen Zugang auf der rechten Seite

Histologie

Meningeom WHO Grad I

Befund bei Aufnahme

Bei Vorstellung berichtet die Patientin, dass sie sich bis vor etwa vier Wochen komplett gesund fühlte. Dann trat eine fortschreitende Sehbehinderung vorwiegend auf der linken Seite auf. Die ophthalmologische Untersuchung ergab eine Gesichtsfeldeinschränkung und eine Hemianopsie im unteren Quadranten. Daraufhin stellte sich die Patientin bei einem Neurologen vor, der zunächst eine Behandlung wegen einer Sehnervenentzündung einleitete. Aufgrund der anhaltenden Defizite wurde eine MRT-Untersuchung des Kopfes durchgeführt, die ein Tuberculum-sellae-Meningiom mit Verdacht auf Kompression beider Sehnerven ergab.

Die Patientin wurde zur chirurgischen Entfernung der Läsion und Dekompression des Sehnervenkanals in unser Krankenhaus eingewiesen. Der präoperative Hormonstatus ergab intakte Hypophysenhormon-Achsen. Die präoperative ophthalmologische Untersuchung ergab eine um 50 % reduzierte Sehschärfe auf der linken Seite bei normalem Sehvermögen auf der rechten Seite. Die Perimetrie zeigte eine Hemianopsie des nasalen Quadranten auf der rechten Seite und eine Beeinträchtigung der unteren Hälfte des linken Gesichtsfeldes.

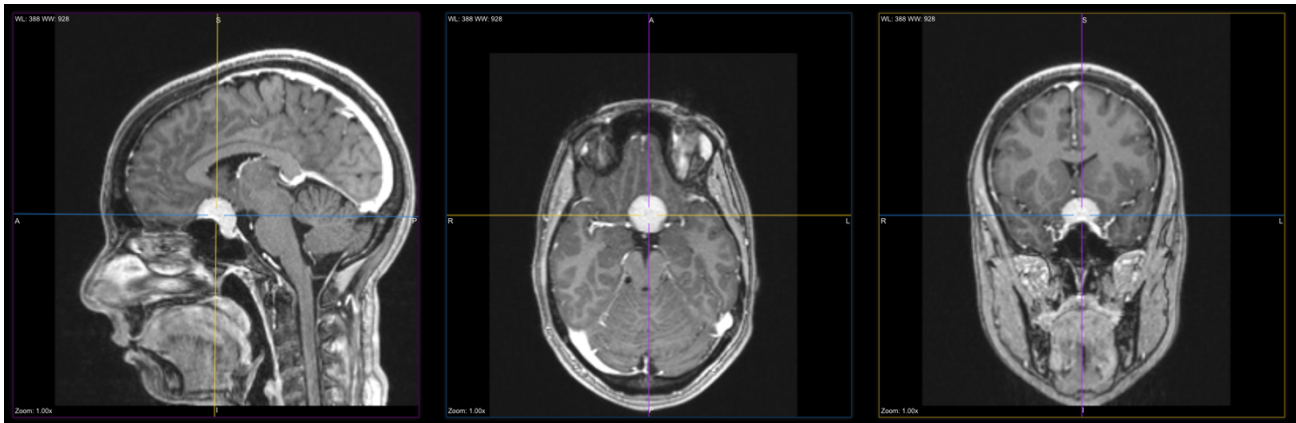
Die Patientin stimmte dem chirurgischen Eingriff und den damit verbundenen Risiken zu.

Körperliche Untersuchung

Die Patientin ist voll wach und orientiert. Pupillen isocor. Keine Hirnnervendefizite außer Gesichtsfeldausfällen. Keine sensomotorischen Defizite an den Extremitäten. Keine Gangstörung.

Bildgebung

Präoperatives T1w MP-RAGE MRT mit KM (Gadolinium)



Postoperativer Verlauf

Postoperativ wurde die Patientin auf der neurochirurgischen Intensivstation aufgenommen. Hier wurde sie bei stabilen kardiopulmonalen Bedingungen extubiert. Die postoperative CT-Untersuchung zeigte ein normales postoperatives Ergebnis. Anschließend wurde die Patientin wieder auf unsere neurochirurgische Allgemeinstation verlegt. Hier wurde sie unter physiotherapeutischer Betreuung ohne Schwierigkeiten mobilisiert. Die Wundheilung verlief gut.

Die visuellen Defizite zeigten im postoperativen Verlauf eine deutliche Verbesserung. Sehschärfe linkes Auge 1,0, rechtes Auge 1,25; Gesichtsfeld mit Verbesserung, insbesondere links nur noch leichte inferiore Ausfälle.

Entlassmedikation

Omeprazol 20mg	1-0-1
Kalinor 400mmol	1-0-0
Hydrocortison 10mg	2-1-0
L-Thyroxin 50µg	1-0-0
Ibuprofen 400mg	1-1-1

Wir bitten um regelmäßige Wundkontrollen. Die Wundnähte können am zehnten postoperativen Tag entfernt werden.

Wir bitten um postoperative körperliche Schonung, einschließlich einer Beurlaubung von der Arbeit, für die nächsten vier bis sechs Wochen.

Eine postoperative MRT-Untersuchung mit Kontrastmittelanreicherung sollte für drei Monate postoperativ geplant werden. Dann kann sich die Patientin in der Ambulanz von Prof. Tatagiba vorstellen oder uns die bildgebenden Untersuchungen per Post zusenden.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr Team der Sectio chirurgica