

Universität für Medizin und Pharmazie Tg. Mures,  
Hematoonkologische Abteilung der Klinik für Pädiatrie

## Arztbrief

Patient: Zsolt Barta, geb. 31.3.1994, wohnhaft in Sighisoara, Primaverii-Str. 20  
Stationärer Aufenthalt: seit 2.04.2010

Diagnosen:

1. Akute myeloblastische Leukämie (AML)
2. Anämie
3. Thrombozytopenie
4. intracranielle Hypertension mit vorbekannten pathol. Veränderung des Augenhintergrundes

Blutgruppe: B III, Rh positiv

Gewicht: 47 kg; H: 167cm; Körperoberfläche: 1,47qm

Zytostatika:

9.4.2010: Lanvis 0-0-1/2 /Tag (p.o.); Cytosar 60mg iv  
idem am 10.4., 11.4., 12.4., 13.4., 14.4.2010

Weitere Therapie: Fortum 3x1g, Diflucan 200mg iv, EK, TK, Milurit 100mg 2-2-1/  
d; Furosemid 3x10 mg iv; Manitol 20% 3x50mg, Zofran, Sulfamethoxazol

Labor:

CRP im NB, ASLO neg.,

Differentialblutbild: 89% Blasten, Eosinophile 4%, Basophile 0%, Monozyten 1%,  
Lymphozyten, 6%, Normocromie, Polichromatophylie, zerstreute Thrombozyten,  
oxyphyle Erithrozyten 1/100 Leuc, POX-positive Blasten.

Medulogramm:

Myeloblasten 86%, Promyelozyten 0%, Myelozyten 1%, Metamyelozyten 0%,  
segmentierte und nichtsegmentierte Granulozyten jeweils 0%, Eosinophile 2%,  
Basophile 0%, basophyle Erithroblasten 0%, polichromatophyle Erithroblasten 5%,  
oxyphyle Erithroblasten 3%, kleine Lymphozyten 3%, Monozyten 0%,  
und ansonsten keine freien Zellkerne, Promegaloblasten, Mastozyten, Plasmozyten,  
Lymphoblasten, Prolymphozyten, etc.

Berurteilung: reichliche Zellzahl mit myeloblastische Infiltration. Schwach  
repräsentierte granulozytäre und erithroblastäre Linien.

Durchflusszytometrie (FACS) der Knochenmarktes:

80% Blasten, positiv für die folgenden Markers: HLA\_Dr, CD13, CD33, CD34, CD117.  
Typischer Aspekt einer AML.

Blutbild: siehe rum. Arztbrief

Serologie: siehe rum. Arztbrief

Andere Laboruntersuchungen:

EBV IgM: neg.; Paul Bummel R.: neg.;

Stuhluntersuchung: neg.

Rö. Thorax (8.4.10): ohne path. Befund (opB);

CCT (8.4.10): leichte Asymetrie, ansonsten opB

Sono abd. (7.4.10): ausgeprägte Hepatosplenomegalie

Herz-Echo: opB

Augenhintergrund: RA: Papillen mit verwaschener Limes, blass, leicht ödematös.

LA: Papillen mit verwaschener Limes mit peripapilläre Pigmentierung.

EKG: opB

Neurol. Konsil: opB

HNO Konsil: chr. Tonsillitis, thrombozytogene Angina

Dermatol. Konsil: Exzem, Molluscus contagiosus

### Epikrise:

16-jähriger Patn., mit vorbekannter komitiale Erkrankung (?) seit dem 9. LJ mit Carbamazepin-Therapie (über 2 Jahren), entwickelte anschliessend einen benignen intrakraniellen Hypertonus,

(letzteres mit Steroiden über 3 Mo. behandelt wurde).

Aktuelle Krankheitsgeschichte: vor 3 Wochen entwickelte der Patn. ein Infekt der oberen Atemwege welches sich mit Fieber (39°), Dysphagie, wofür die Mutter eine symptomatische Therapie (autonom) einleitete, welches nicht zu einer Besserung der Symptomatik führte. Daraufhin fand eine Vorstellung bei dem Hausarzt, der Clarithromycin für 7 Tage verschrieb- leider mit der Konsequenz bzw. parallel zur weiteren Verschlechterung des AZ & Krankheitsbildes (Gewichtsabnahme, Blässe, ausgeprägte Müdigkeit)

Da im Labor eine Leukozytose (141000), Anämie (Hb 8,3 g/dl), Thrombopenie (90000) wurde der Verdacht einer malignen Hämopathie erhoben und wurde in unsere Abteilung verlegt zur weiteren Diagn. & Therapie.

Die klinische Untersuchung bei Aufnahme ergab ein red. AZ, kein Fieber, Blässe, geröteter Pharynx, hyperthrophe Tonsillen, hypertrophiertes blutendes Zahnfleisch, laterozervikale & inguinale LK-Vergrößerungen. Thorax: symmetrische Atemexkursionen, VAGs, ohen NG. Cor: rhytmisch, keine NG.

Abd.: weich, nicht distendiert, keine Druckschmerzen, Leber ca. 2cm unter dem re. Rippenbogen, Milz 1cm unter dem kontralateralen RB, physiol. Darmgeräusche. Neurol. unauffällig;

Schlussfolgernd diagnostizierten wir eine AML die wir nach dem AML 2004 Chemo Protokoll anbehandelt wurde.

Prof. Dr. d. Baghiu  
Direktorin

Dr. M. Chincesan  
FÄ

Dr. A. Nagy  
AÄ