

## INHALTSVERZEICHNIS

1. Chiru XX - Kinderchirurgie	1
1.1. allgemein	1
1.2. Omphalocele	1
1.3. Gastroschisis	1
1.4. Ösophagusatresie	1
1.5. Zwerchfellhernie	2
1.6. Duodenalatresie	2
1.7. Dünndarmatresie	2
1.8. Analatresie	2
1.9. Sacrococcygeale Teratome	2
2. Dinge die auf keine Fehlbildung beruhen	2
2.1. nekrotisierende Enterokolitis	2
2.2. M Hirschsprung	2
2.3. Tumore	2
2.4. Intrauterines	2

## 1. CHIRU XX - KINDERCHIRURGIE

der super Professor mit Schnurrbart

### 1.1. allgemein.

- eigener Facharzt
- spezielle Erkrankungen die nur bei Kindern vorkommen
- im OP ist es immer sehr warm, 30 Grad damit das Kind nicht auskühlt
- Thorax, Visceral und Unfallchirurgie bei Kindern

### 1.2. Omphalocele.

- = viel Dünndarm in der Nabelschnur statt im Bauch
- gerne auch die Leber mit in dem Sack
- Pränatal meistens bekannt
- keine Akute Infektion, da geschützt durch Whartonsche Sulze
- Mütter idR über 30
- 40% andere Fehlbildung

- Problem: Intrabdomineller Platz ist zu klein
- Gefahr des AKS, abdominales Kompartmentsyndrom
- 16mmHg ist der Maximal zu tolerierende Druck (Messung über Blasensonde)
- Methode: Verpackung in Netz in einer OP und die Omphalozele wird aufgehängt
- dann überhäutet es über die Netze herüber
- Problem: M rectus abdominis ist seitlich
- im Alter von 1,5 Jahren wird diese riesige Hernie dann zugemacht
- immer ist auch eine Non-Rotation auch vorhanden

### 1.3. Gastroschisis.

- Bauchdecke ist gespalten
- riesen Teil was da heraushängt
- chemische Peritonitis und Darm verhärtet
- Häufig: Entfernung nach Nekrose und später Kurzdarmsyndrom
- Kinder werden 35.-37. Woche geholt bereits um das früher zu versorgen → per Sono vorher ja idR. bekannt
- Mütter eher jung
- Versorgung wie bei der Omphalozele
- auch hier eine Non-Rotation = Dickdarm komplett rechts und Dünndarm links
- Prognose inzwischen gut
- Nabel dann nicht vorhanden → wird oft später plastisch rekonstruiert

### 1.4. Ösophagusatresie.

- gerne Ösophagobronchiale Fistel und Luft im Dünndarm
- wichtig bei Fistel besonders: OP innerhalb von 24h, da Salzsäure in die Lunge gerät
- Einteilung nach VOGT 1-3
- Therapie natürlich die Anastomose
- Problem des fehlenden Materials bekannt
- wenn die untere Anlage des Ö fehlt kann es keine Fistel geben
- Behandlung mit Magenhochzug
- Reflux eher bei Kindern die eine untere Anlage auch haben

### 1.5. Zwerchfellhernie.

- man weiß nicht ob der Grund eine Lungenhypoplasie ist oder der Darm das Lungenwachstums behindert
- meistens weitere Fehlbildungen → viele sterben schnell
- meistens links das ganze
- bei einem Kind mit Hernie erhöht sich mit jedem Atemzug die Gefahr - Bei spontaner Atmung oder Maskenbeatmung gerät immer Luft in den Magen → Mediastinalverlagerung
- daher die Kinder immer sofort intubieren bis zur OP
- 50% können primär ernährt werden, sonst Netz oder Muskelplastik

### 1.6. Duodenalatresie.

- Klassisches Kriterium: Keine Luft im unteren Darm auf Röntgenbild und oben eben schon
- können manchmal auch andere Verklebungen sein
- meistens aber wirklich Atresie
- zusammennähen und gut

### 1.7. Dünndarmatresie.

- man glaubt das liegt an einer Gefäßthrombose bei der Entwicklung
- bei proximaler Atresie: Polyhydramnion da keine Resorption des geschluckten Fruchtwassers
- OP: End-zu-end und Erweiterungs- und Verengungsplastiken

### 1.8. Analatresie.

- häufigste Fehlbildung bei Mädchen
- tief: unter der Levatorplatte
- manchmal Fisteln vorhanden
- daher immer Poloch sondieren
- endgültige Versorgung im Alter von 3 Monaten, vorher Stomaanlage
- Prognose recht gut: 70-80% sind gut kontinent
- oft Obstipation gleichzeitig, was die Kontinenz verbessert

### 1.9. Sacrococcygeale Teratome.

- sehr selten
- müssen schnell operiert werden
- Grund: entarten spätestens nach 6 Monaten
- Entfernung inklusive Steißbein
- riesen!! Teil mitunter → vorher bekannt
- man muss die Glutealmuskeln mit entfernen

## 2. DINGE DIE AUF KEINE FEHLBILDUNG BERUHEN

### 2.1. nekrotisierende Enterokolitis.

- überall Abszesse
- wird seltener inzwischen → gute Prophylaxe
- betroffene Abschnitte müssen entfernt werden → Kurzdarmsyndrom

### 2.2. M Hirschsprung.

- Harald Hirschsprung (Däne)
- beginnt am Anus und setzt sich nach proximal fort
- Problem: Ein enges Segment und Aufstau
- der Darm ÖFFNET nicht an der betroffenen Stelle
- Methode: Rektumbiopsie
- Histologisch: Nervenzellen nicht vorhanden im Biopsat
- oft wird das nicht sofort entdeckt – Stuhlgang aber immer kompliziert (je nach betroffener Länge kann durch die Kontraktionskraft das durch den Stenosebereich gepresst werden)

### 2.3. Tumore.

- Neuroblastom (z.B: Thorakal) → schlechte Prognose → Plexus muss rausgemacht werden

### 2.4. Intrauterines.

- = fetale Chirurgie
- man operiert durch den Bauch und Uterus offen hindurch
- Ethisch schwierig
- Abortrisiko steigt natürlich