



UNIVERSITÄTS-
**KINDERSPITAL
ZÜRICH**

Medizinische Klinik
Prof. Dr. med. Michael Grotzer

Onkologie
Prof. Dr. med. Jean-Pierre Bourquin
Chefarzt Onkologie Departement
Onkologie/Immunologie/Hämatologie/
SZT und Somatische Gentherapie
Tel. +41 44 266 73 04
jean-pierre.bourquin@kisp.zh.ch

Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung
Steinwiesstrasse 75
CH-8032 Zürich
www.kisp.zh.ch
Sekretariat Onkologie
Telefon +41 (0)44 266 74 55
onkologie.sekretariat@kisp.zh.ch

Kinderspital Zürich, Onkologie, Postfach, 8032 Zürich

Zürich, 13.01.2022/SAAMA/FID 2220145

Anisimava Yeva, 09.07.2020, Prospekt Kosmonawtow 23, kw. 25, BY-246004 Gomel

Diagnosen

Chiasmatisch-hypothalamisches pilozytisches Astrozytom WHO Grad I (ED 27.11.2020, Weissrussland) mit/bei:

- Klinik: Nystagmus, Entwicklungsverzögerung
- St.n. Teilresektion am 07.12.2020 (Weissrussland)
- Histologie: Pilozytisches Astrozytom WHO Grad I, molekulare Untersuchungen (USZ): KIAA1549-BRAF Fusion nachgewiesen
- Postoperativ ischämische Veränderungen im rechten Frontallappen mit korrespondierenden linksbetonten Krampfanfällen
- St.n. Status epilepticus am 08.04.2021
- Subtotaler Papillenatrophie bds., ED 13.04.2021
- Fragliche Lichtperzeption bei weiten lichtstarrten Pupillen
- Therapie mit Trametinib p.o. 27.04.2021 bis Ende Juni 2021 (bei Progress abgebrochen)
- MRI 22.06.2021: Grössenprogredienz des Tumors
- Therapiewechsel auf TPCV (Thioguanine, Procarbazine, CCNU [Lomustine], and Vincristine)
- Cycle 1 13.07. - 09.08.2021
- Cycle 2 30.08. - 29.09.2021
- Cycle 3 06.10. - 02.11.2021
- Cycle 4 17.11. - 14.12.2021

Manifeste Hypophyseninsuffizienz

- **Diabetes insipidus**
- Vasopressin-Substitution
- **ACTH-Mangel**
- Hydrocortisonsubstitution
- St.n. Addison-Krise ED 26.04.2021
- **Hypothyreose**, substituiert

Nebendiagnosen/Komplikationen

Trinkverweigerung

- DD Verhaltensproblematik, DD zentrale Adipsie

- Einlage nasogastrale Sonde 04/2021

ESBL-Besiedelung ED 08.04.2021**St.n. erstmaligem febrilem Harnwegsinfekt, ED 21.04.2021, mit/bei:**

- Wachstum von K. pneumonia MRS und ESBL und E. coli in Urinkultur vom 21.04.2021

- Megaureter rechtsseitig und geringe Ektasie NBKS-bds. (Sonographie 21.04.2021)

Inhomogenes Leberparenchym im rechten Leberlappen ED 21.04.2021

- DD Mehrverfettung

St.n. Katheterinfekt 06.08.2021 mit/bei

- Bakteriämie in schwerer Neutropenie, TTP: 2h

- Erreger: Enterobacter cloacae Komplex (ESBL), Klebsiella pneumoniae subsp. pneumoniae (ESBL) und Enterococcus faecalis

- PICC Line entfernt, aktuell kein zentralvenöser Zugang

St.n. Adenovirus positive Enteritis, ED 26.08.2021**Aktuell:**

Start Cycle 5 ab 10.01.2022

Verlauf

Yeva wurde seit April 2021 bei chiasmatisch-hypothalamischem pilozytischen Astrozytom mit St.n. Teilresektion in Weissrussland bei uns medizinisch betreut und therapiert.

Während der ersten Hospitalisation zur Diagnostik vor Beginn der geplanten Therapie mit Trametinib (MEK-Inhibitor) kam es zu einem Status epilepticus, welcher medikamentös rasch durchbrochen werden konnte. Seither ist Yeva mit einer antikonvulsiven Therapie mit Valproat und Levetiracetam gut eingestellt ohne Hinweise für erneute Krampfanfälle.

Es kam zu mehreren infektiologischen Komplikationen mit febrilem Harnwegsinfekt sowie Katheter-assoziiertes (PICC-Line) Bakteriämie, welche mit resistenzgerechter antibiotischer Therapie gut behandelt werden konnten. Die PICC-Line war für die Verabreichung von Vincristine sowie die Blutentnahmen eingelegt worden und musste im Rahmen des Infektes gezogen werden.

Zudem entwickelte Yeva im Verlauf des Aufenthaltes in Zürich einen Hypopituitarismus mit Notwendigkeit einer Substitution von L-Thyroxin, Hydrocortison und Vasopressin.

Bei Trinkverweigerung wurde eine nasogastrale Sonde zur Ernährung sowie zur Verabreichung der Medikamente eingelegt. Die Ätiologie der Trinkverweigerung war nicht schlussendlich klar, jedoch gehen wir am ehesten von einer zentralen Adipsie aus. Das Gewicht von Yeva war zwar leicht abnehmend während des Aufenthaltes in Zürich, jedoch am ehesten bei rückläufigem Cushing-Syndrom und Gewichtsstabilisierung.

Unter Therapie mit Trametinib zeigte sich leider erneut ein Progress des Tumors, so dass die Therapie auf TPCV Protokoll umgestellt wurde (Thioguanin, Procarbazine, CCNU, Vincristine; Ater JL et al - Randomized study of two chemotherapy regimens for treatment of low-grade glioma in young children: a report from the Children's Oncology Group. J Clin Oncol 2012; 30(21):2641-7.). Mit dieser Therapie zeigte sich nach drei Zyklen erfreulicherweise weiterhin ein stabiler bis teilweise grössenregredienter Tumor in der MRI-Untersuchung. Den fünften Zyklus konnten wir am 10.01.2022 beginnen und wird weiterhin ohne intravenösen Vincristin geplant.