

Diskussion, dass oft hinter 'aneurysmatischen Knochenzysten' teleangiektatische Osteosarkome stecken. Der Nagel hätte den gesamten Knochen kontaminiert.

Ambulant

Patient mit rezidivierendem Chondrosarkom – jetzt intrapelviner Abszess. Empfohlene Punktion unter Ultraschallkontrolle durch Radiologen (Eiter), danach Implantation eines Pigetails mit Drainage des Eiters ca. 250cc, Spülung mit Betadin.

Mehrere bildgebende Fälle mit Dr. Batzorig besprochen

01.04.2024

Sekundärer Wundverschluss bei Patientin mit Tumor



*Patienten: A. *1996,*

Junge Frau – Medizinstudium in Novosibirsk, jetzt Assistenzärztin in der Psychiatrie. Riesenzelltumor am Schienbein. Biopsie Peking 2019, später Kürettage und Allograft in Novosibirsk. 2020 Zement Dr. Batzorig einschließlich Fibula von hinten (2021). Röntgenologisch stabil seit Empfehlung: neues MRT – dann Entfernung des Zements und biologische Rekonstruktion mit autologem Knochen diskutieren. Später vielleicht Arthrodesese. Besprochene Empfehlung für die Zukunft: kleine Zementschicht über dem Knorpel unter Kühlung, dann Zement, um eine Freilegung des Knorpels zu vermeiden.

04.04.2024 MRT – keine signifikanten Veränderungen im Vergleich zu vor 2 Jahren



Orthese zur Unterstützung empfohlen

Leider konnte ich mich zu diesem Zeitpunkt nicht für die vorgeschlagene Operation entscheiden.



Patientin mit fibröser Dysplasie des Knochens. Curettiert, Knochenzement plus Stift (später entfernt). Keine Schmerzen. Belassen wie es ist.



Oberschenkelschaftfraktur, Nagel – Pseudarthrose – Platte wechseln – Platte jetzt locker. Diskussion der Optionen (Wechsel zum Nagel – würde möglicherweise die Frakturheilung durch Aufbohren verbessern – wieder vs. winkelstabile Platte, Knochen transplantation.). Geplante Revision mit Platte und autologem Knochen transplantat.



*Patientin B.A. *1992*

Petrochantäre Fraktur rechts 2022 mit Hüft-Endoprothese versorgt (pathologisch Lipom (?), keine Bilder der Fraktur vorhanden. Ich bezweifle, dass es sich um eine pathologische Fraktur handelte, da eine petrochantäre Fraktur eher untypisch ist... – Gleichzeitig zufälliger Befund einer Läsion am linken Oberschenkel (für mich Bericht der Pathologie vereinbar mit LFSMT. Auf wiederholte Nachfrage sagte die Patientin, sie habe vor dem Röntgenbild bei der Fraktur rechts Schmerzen gehabt). Behandelt mit Platte und Einbringen von Granulat (Hydroxylapatit?). Platte und Schrauben entfernt. Jetzt anhaltende Schmerzen in Ruhe. Es scheint keine Infektion zu sein; ich halte es für eine Entzündungsreaktion auf Fremdmaterial. Empfohlener Knochenscan, da Artefakte in MRT und CT erwartet werden.

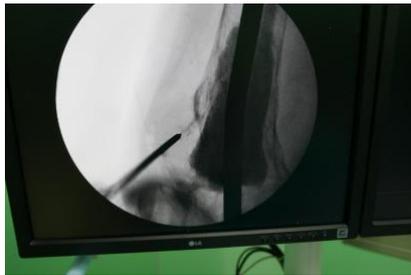




SPECT 11.04.2024 zeigt aktive Herde im Bereich des implantierten linken Oberschenkels (geringgradige Infektion? Reaktion auf zur Sterilisation verwendete Substanzen?); Art des Implantats nicht bekannt.

Aufgrund der anhaltenden Schmerzen wird eine Kürettage des gesamten Fremdmaterials durch das ventrale Fenster empfohlen, prophylaktische Stabilisierung mit einer 130°-Winkelplatte. Bei fehlendem Bakterienwachstum Beobachtung der Spontanregeneration oder sekundäre Knochentransplantation – vorzugsweise autologer Knochen.

Myoinflammatorischer Tumor mit aneurysmatischem Komponentenprozess im distalen Femur, der mit Zement und Nagel behandelt wurde. Nach schmerzfreier Phase jetzt Schmerzen, radiographisch expandierender Prozess nach ventral. Biopsie durchgeführt 01.04.2024. Andere Fälle besprochen.



02.04.2024

Ambulanz im Krebskrankenhaus mit Dr. Ankhbayar Enkhbaatar (Neurochirurg) und Dr. Nurtilek Bainosh von D&T mit den Kollegen des Krebszentrums.

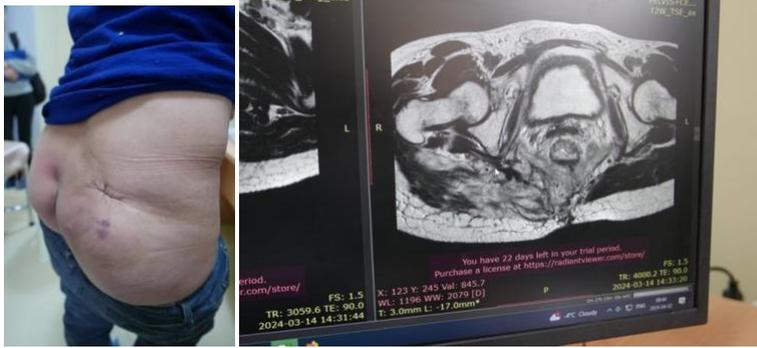


*Patientin T.G. Weiblich *1957*

Gebärmutterhalskrebs und fibromyxoides Sarkom M. gluteus maximus (offene Biopsie nicht diagnostisch 07/2023, Nadelbiopsie 03/2024).

Lungenmetastasen.

Empfohlen: Diskussion palliative Radio-/Chemotherapie



*Patient A.D. *07.09.2000.*

Intrakortikaler Processus femoris diaphysis R (vaskuläres? Adamantinom, EWING?)

Biopsie durchgeführt (Bohrer und Rongeur). Zugangsintervall M. Vastus intermedius/lateralis



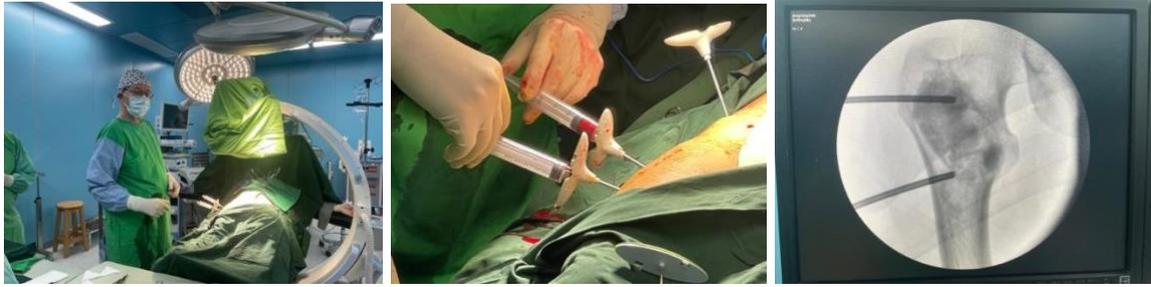
*Patient C. *08.04.1978*

Herzinsuffizienz, Läsion M. vastus lateralis. Bilder vereinbar mit myxoidem Liposarkom. Prinzipiell empfohlene Biopsie. In dieser Situation jedoch Resektion durch M. vastus intermedius vorgeschlagen, breite Hautresektion, zunächst VAC, dann einige Tage später Spalthaut vom kontralateralen Oberschenkel. Wegen der Versicherung Operation im Krebszentrum mit den Kollegen von D%T.



Leider keine weiteren Informationen nach Konsultation

*Patient T. F * 1995.* Schmerzen im Oberschenkel bei Ruhe. Wahrscheinlich einfache Knochenzyste. Geplant sind Punktion, Spülung und Auffüllung mit Knochenmark aus dem Beckenkamm bil. Eine Fraktur muss unter allen Umständen vermieden werden. Beruf: Arbeit als Sicherheitsmann auf dem Bau.



04.04.2024: Punktion 2 – Nadeln, Aspiration von blutiger Staineflüssigkeit, Spülung mit 0,9%iger Kochsalzlösung, Injektion von röntgendichtem Jod – nein Injektion von je 6 cc Knochenmark aus linkem und rechtem Beckenkamm am D%T-Zentrum.

*Patient T. F *18.01.1973.* Zufälliger Befund einer ruhigen Läsion im Oberschenkel (Meniskusprobleme). Keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

*Patient T. *1957.* Läsion Tuber ischiadicum in Acetabulum mit extraossärer Ausdehnung R. (Metastase? Lymphom?). Empfohlen für PET. Hatte vor 2 Tagen eine Biopsienadel von hinten – noch kein Ergebnis.



*Patient D. * 1964.* Hohe Oberschenkelamputation 2020. Jetzt große inguinale Läsion (Lymphknotenmetastase?). Empfohlen für Nadelbiopsie.

*Patientin B. Mädchen *02.06.2010.* Zufallsbefund distales Wadenbein wurde kürettiert (Dx Riesenzelltumor). Bilder unverdächtig, was gegen GCT spricht, sowie Lage und Alter. Ha femora vara sehr ausgeprägt als Baby. Kürzlich 8-Platten bil. Medial – zum Glück ohne Wirkung. Fall erinnert mich an S.J. – aber zusätzlich epiphysäre Dysplasien Knie und Femurkopf. Ich habe keine Erklärung für die Implantation der 8-Platten



Zufallsbefund eines intraossären Osteoms (langfristige f/u zum Ausschluss eines zentralen Osteosarkoms erwägen)



Ambulanz D&T Zentrum

*Patientin B.N. *09.01.1976. Axillartumor mit Lymphknotenmetastasen. (z.B. Dermatofibrosarcoma protuberans). Geplant für Weichteilbiopsie*



03.04.2024 Biopsie



Ambulanz



*Patient E.B. *02.09.2006* – Oberschule. Klavikelläsion seit Sept. 2023.

Biopsie 'GCT mit ABC'. Schlüsselbein für mich typischer Ort für ABC, EWING, CMRO. Hier ABC aus der Bildgebung am wahrscheinlichsten. Empfohlen für MRT und dann Nadelbiopsie, bei Flüssigkeitsaspiration Injektion von Alkohol in Flowseal oder ähnlichem.

08.04.2024

D&T Zentrum

Ambulante Patienten gesehen. Diskussion über das Management von Knorpeltumoren, insbesondere von Zufallsbefunden.

*Patientin T.B. *24.06.1957*

Hepatozelluläres Karzinom – solitäre Metastase intertrochantär rechts mit pathologischer, nicht dislozierter Fraktur.

War Kinderarzt. Familie will nicht, dass sie vom Krebs erfährt. Bruder spricht ausgezeichnet Deutsch

09.04.2024

Besuch Herz–Kreislauf–Zentrum



Überprüfung der Instrumente mit der OP-Schwester. Demonstration der Positionierung auf dem OP-Tisch.

Während der Vorbereitung auf die Spinalanästhesie zeigte der Patient ein schweres Exanthem (einzige Medikation war NSAID)



10.04.2024

Stabilisierung mit einem Nagel. Während der Lagerung des Patienten unter spinaler lateraler Dekubitusluxation durch die Fraktur. Zum Einbringen des Führungsdrahtes wurde eine offene Reposition notwendig.

Operation durchgeführt von Dr. Ochbaya Chuluun (Handchirurg), Dr. Nurtilek Baimopsh, Exner

Anfängliche Röntgenaufnahmen unter Bildverstärker zeigten eine gute Position und den Trochanter minor an Ort und Stelle, endgültige Röntgenaufnahmen zeigten dann eine ausgedehnte intertrochantäre Osteolyse und einen dislozierten Trochanter minor.

Die Familie wurde informiert. Anschließend: Besprechung mit dem Onkologen und den Strahlentherapeuten.



14 Uhr bis 16 Uhr

Vorlesungen:

Biopsie – Strategie, Taktik, Technik

Sarkom-Behandlung im D&T-Zentrum, Grundsätze

EWING-Sarkom – Grundsätze der Behandlung

Punktion eines Serom-Jungen, behandelt am 29.03.2023 mit Dr. Ankhbayar – sieht eher nicht infektiös aus

Leiterin der Abteilung: Frau Ch. Tuvjargal, MD, PhD , Kardiologin und Technikerin für Herz-Lungen-Maschine.

Professor Bat-Undral Dorjsuren, ehemaliger Chef-Herzchirurg.

Enge Zusammenarbeit mit Luxemburg.

Ausgezeichnete Abteilung.

Besuch von Prof. Sabine Däbritz, Herzchirurgin, geplant am 14. April mit Chirurg aus Luxemburg.



10.04.2024

Besuch Gesundheitszentrum von Müttern



Chefarzt Kinderchirurgie und Chefarzt Radiologie – verantwortlich für das von Exner 2006 ins Leben gerufene Hüftdysplasie-Screening-Programm, das dann von den Schweizer Kinderärzten SVUPP übernommen wurde



11.04.2024

D&T am Vormittag. Operation eines Ganglions im AC-Gelenk der rechten Schulter. Ich empfahl die Resektion des Schlüsselbeinendes (nicht durchgeführt).

12.04.2024

Patientin mit Clavicula ABC operiert.

Am Abend Einladung zum Abschiedsessen mit dem tollen Team um Dr. Batzorig.

13.04.2024

Patientenvisite – soweit alle ok.

Dame mit Metastase am Bein akzeptabel, jedoch unzureichende Sauerstoffversorgung und verminderte Nierenfunktion (vielleicht durch Mikroembolie, Nebenwirkung von NSAID?).



14.04.2024

Rückflug nach Zürich via Istanbul

Persönliche Schlussfolgerung:

Große Fortschritte seit meinem letzten Besuch 2006.

Die Kollegen geben wichtige Informationen zum Management von Knochen- und Weichteiltumoren.

Und für mich selbst: Ziele der medizinischen Fortbildung erreicht.

Habe mich bereit erklärt, dass ich weiterhin zu Behandlungen und Vorträgen kommen werde.