

Kindern und Jugendlichen mit rezidivierter oder refraktärer akuter lymphoblastischer Leukämie eine stabile Remission hervorrufen kann.

Maude SL et al: Tisagenlecleucel in Children and Young Adults with B-Cell Lymphoblastic Leukemia. *N Engl J Med* 2018;378:439–48

Kommentar

Die CAR-T-Zellen sind, wie auch Studien bei Erwachsenen zeigen, ein vielversprechender Ansatz für „austherapierte“ Patienten, deren Prognose im Allgemeinen extrem schlecht ist. Die CAR-T-Zellen können als eine Art „personalisierte Medizin“ bezeichnet werden, wobei ihre Herstellung kompliziert, aufwen-

dig und sehr teuer ist und eine gewisse Zeit benötigt, somit dem Patienten nicht sofort zur Verfügung steht. In künftigen Studien muss zudem versucht werden, die Nebenwirkungen dieser Krebstherapie zu verringern. Ob ein Einsatz der CAR-T-Zellen auch bei soliden Tumoren sinnvoll ist, bleibt abzuwarten. *Prof. Dr. Thomas Lehrnbecher*

Risiken von Magensonden bei Frühgeborenen

Die Anlage einer orogastralen Sonde ist eine sehr häufige Prozedur in der Neonatologie. Eine beeindruckende Serie von pharyngealen und ösophagealen Verletzungen in einer aktuellen Veröffentlichung der *Pediatric Radiology* zeigt jedoch, welche Fehllagen auftreten können und dass auch diese scheinbar so triviale Tätigkeit ernsthafte Gefahren birgt.

Die Literaturrecherche der Autoren fand keine Veröffentlichung, die die Vielzahl verschiedener radiografisch nachweisbarer Formen von pharyngealen und ösophagealen Verletzungen durch fehlpositionierte Magensonden bei Neugeborenen umfassend wiedergab. Hiervon motiviert stellten sie sieben Fälle der vergangenen 10 Jahre aus ihrer Institution, dem Albert Einstein College of Medicine in New York, zusammen. Typ

1: posteriore pharyngeale Ruptur mit Pneumomediastinum; Typ 2: unkomplizierte Fehllage in der Trachea; Typ 3: Ösophagusruptur mit rechtsseitigem Pneumothorax (**Abb. 1**), (Sonderform: Ösophagusatresie). Die klinischen Zeichen waren bei Typ 1–3 jeweils unspezifisch. Die Diagnosen wurden auf der Grundlage von Röntgenuntersuchungen gestellt, die primär anderen klinischen Indikationen dienen sollten, wie etwa

der Kontrolle einer korrekten endotrachealen Tubuslage.

Wolf JA et al. Imaging findings of iatrogenic pharyngeal and esophageal injuries in neonates. *Pediatr Radiol* 2018;48:1806–13

Kommentar

Der normale Verlauf einer Magensonde auf einem symmetrisch eingestellten Röntgenthorax ist entlang der Mitte der linken Seite der Wirbelsäule und der Lufröhre und nach Zwerchfellpassage mit Biegung nach links zum Magen. Während eine endotracheale Intubation unter direkter oder indirekter laryngoskopischer Sicht erfolgt, ist die Anlage einer Magensonde eine „blinde“ Intervention. Meist werden weder die dabei erforderliche Zeitdauer der Einführung, eventuell beobachtete Hindernisse und Widerstände, noch die Anzahl der Versuche in der Patientenkurve dokumentiert. Eine Verzögerung der Diagnose einer Sondenfehllage kann jedoch zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität führen. Da orale Magensonden häufig ersetzt werden müssen, ist es besonders suspekt, wenn eine Sonde, die auf vorherigen Röntgenaufnahmen eine normale Positionierung zeigte, plötzlich nicht mehr in den Magen gelangt. Eine sorgfältige Prüfung auf mögliche Luftlecks sollte dann umgehend erfolgen. Die rasche Kommunikation zwischen Neonatologen und Radiologen ist von wesentlicher Bedeutung, da traumatische Insertion oder Resistenzen während des Einbringens einer orogastralen Sonde Risikofaktoren für mögliche Verletzungen sind. Der Stellenwert der bettseitigen Sonografie wird von den Autoren leider nicht diskutiert. Erfreulicherweise gestaltet sich die Behandlung dieser Verletzungen jedoch meist konservativ und in der Mehrzahl der Fälle mit günstigen Ergebnissen.

Dr. Thomas Hoppen

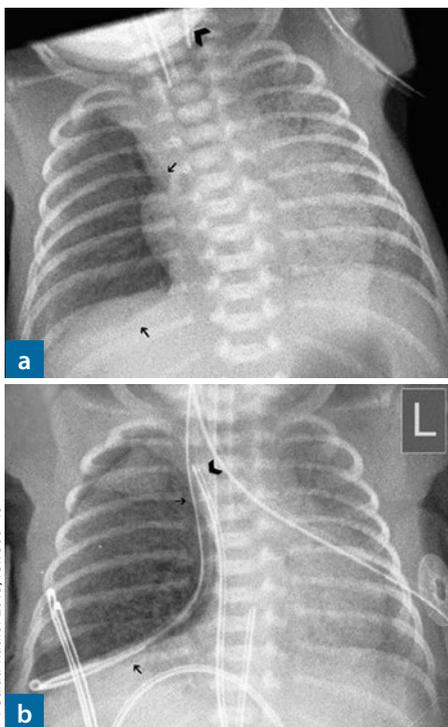


Abb. 1: Ösophagusruptur mit Penetration in den rechten Pleuraspalte bei einem Frühgeborenen der 25. SSW. Die Röntgenaufnahme des Thorax (a) zeigt eine Sondenfehllage (dicke Pfeilspitze) und einen rechtsseitigen Pneumothorax (Pfeile). Eine Kontrollaufnahme (b) gibt die Sondenfehllage im rechten Pleuraraum deutlich wieder (Pfeile). Der Pneumothorax hat sich vergrößert und der Beatmungstubus endet nun auf der Carina. Der NVK ist im Bereich der rechten V. brachiocephalica fehlpositioniert (dicke Pfeilspitze). Ein korrekt liegender NAK ist ebenfalls sichtbar („hohe Lage“).