

*** Kolitis unter Immuncheckpointinhibition mit Pembrolizumab**

- Stuhlkultur: negativ
- Infusionstherapie
- Prednison 1 mg/kg KG 24.06.-04.07.

0,5 mg/kg KG seit 05.07.

*** Sepsis bei neutropener Kolitis**

- SOFA-Score: 5

Antinfektive Therapie:

- Ceftriaxon/Metronidazol 24.-29.06. - Meropenem 29.06.-02.07.

*** Hypokaliämie**

*** Portimplantation am 05.07.**

Lungenkarzinom S7/8 rechts ED 2022

Manifestation: maligner Perikard- und Pleuraerguss links, LK- Met mediastinal, hilär, parakardial

Histo: Adenokarzinom

Weitere Diagnosen:

2007 Pemphigus letzte Manifestation vor ca Mitte 2021

- überwiegend Haut der unteren Extremität betroffen

2008 benigne Prostatahyperplasie

2006 arterielle Hypertonie

2013 Z.n. Hüft-TEP bds.

2021 teiltrombosierte Aneurysma der A. abdominalis infrarenal

2021 Verschluss der A. femoralis superf. rechts

2022 mittel- bis hochgradiger Verschluss der A. femoralis superf. links 2022 V.a.

hochgradige Stenose / Verschluss d. A. renalis sinister

2021 Vorhofflimmern

2021 V.a. rupturierte Epidermalzyste Flanke links

2022 kardiogener Schock bei hämodynamisch relevantem Perikarderguss

Anamnese

Aufnahme aus der Häuslichkeit. Der Patient beklagt seit Dienstag Diarrhoen nach jeder Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme. Dünner/wässriger Stuhlgang, kein Erbrechen, etwas erhöhte Temperatur. Kennt dies bereits aus dem 1. Zyklus, damals nach 3 Tagen spontan sistierend. Eine Therapie mit Loperamid in der Häuslichkeit habe nicht ausreichende Linderung verschafft, könne kaum Nahrung zu sich nehmen.

Klinische Befunde

Pat. wach, AZ reduziert, EZ adipös Haut: warm, trocken

Kopf: frei beweglich, kein Meningismus Nervenaustrittspunkte: frei

Augen: unauffällig, Pupille links: mw, Pupille rechts: mw, Lichtreaktion: seitengleich Mund: MSH feucht
Lymphknoten: cervical, supraclaviculär, axillär nicht vergrößert
Thorax: symmetrisch, seitengleich belüftet, keine Nebengeräusche

Cor: rhythmisch, keine Herzgeräusche

Abdomen: weich, keine AWS, dezenter Druckschmerz im gesamten Abdomen keine Resistenzen,
Leber am Rippenbogen tastbar, Milz nicht tastbar, Peristaltik regelrecht, Nierenlager ohne
Klopfeschmerz

DRU: nicht durchgeführt

WS: kein KS

Extremitäten: frei beweglich, keine Ödeme, keine Umfangsdifferenz, keine thrombotischen
Druckschmerzen

ZNS: vollständig orientiert

Verlauf

Es erfolgte eine stationäre Aufnahme bei deutlicher Minderung des Allgemeinzustands und Diarrhoen nach ambulant applizierter Chemotherapie. Initial begannen wir eine Therapie mit 1 mg/kg Körpergewicht Prednisolon bei Verdacht auf immunvermittelte Kolitis nach Gabe eines Immuncheckpointinhibitors. Parallel etablierten wir eine antibiotische Therapie mit Ceftriaxon/Metronidazol ab dem 24.06.. Zusätzlich erfolgte eine Fokussuche hinsichtlich ambulanter Enteritiserreger sowie Clostridium difficile. Hier ergab sich kein Nachweis einer infektiösen Genese der Diarrhoen. Asservierte Blutkulturen blieben negativ und im Urin zeigte sich kein Hinweis auf eine Harnwegsinfektion. Es zeigte sich jedoch eine Nierenfunktionsverschlechterung im Sinne eines akuten Nierenversagens sowie eine Elektrolytentgleisung mit Hypokaliämie aufgrund der Diarrhoen.

Im Verlauf kam es zu einer Stabilisierung des Allgemeinzustandes von Herrn Patient, jedoch zeigte sich eine zunehmende Blutbildverschlechterung nach erfolgter Chemotherapie mit Anstieg der Entzündungsparameter sowie Kreislauddrression (systolischer Blutdruck <90 mmHg). Daher erfolgte eine Infusionstherapie zur Kreislaufstabilisierung und eine Umstellung der Antibiose auf Meropenem ab dem 29.06. Durch diese Therapie konnte der Kreislauf stabilisiert werden und die Elektrolytentgleisung (Hypokaliämie) konnte substituiert werden. Unter dieser sowie der Blutbildregeneration zeigten sich rückläufige Entzündungsparameter, so dass die Antibiose am 02.07. beendet werden konnte.

Nach Besserung des Allgemeinzustandes des Patienten erfolgte eine Reduktion der Prednisolontherapie auf 0,5 mg/kg Körpergewicht ab dem 05.07. Die Therapie sollte im Verlauf weiter reduziert werden.

Nach ausführlichem Gespräch mit dem Patienten erfolgte nach ausführlicher Aufklärung eine Portimplantation am 05.07. Postinterventionell zeigte sich im Röntgen-Thorax eine regelrechte Lage und kein Anhalt für einen Pneumothorax. Eine Entfernung des Nahtmaterials ist nicht notwendig.

Entlassung des Patienten in subjektiv gebessertem Allgemeinzustand und kardiopulmonal stabil in Ihre geschätzte ambulante Weiterbetreuung. Wir bitten um Beachtung u. g. Procederes.

Procedere

- Wiedervorstellung **am 08.07. um 8:40 Uhr** in der onkologischen Tagesklinik zur Planung der weiteren Therapie
- Prednisolon im Verlauf tapern Mit freundlichen Grüßen

