



Medizinische Klinik und Poliklinik I

Direktoren: Prof. Dr. med. M. Bornhäuser / Prof. Dr. med. J. Hampe

Leiter Bereich Gastroenterologie: Prof. Dr. med. J. Hampe

Leiter Funktionsbereich Endoskopie: Dr. med. St. Brückner

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01307 Dresden

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon (0351) 4 58 - 0

Vorläufiger Entlassungsbrief

Sehr geehrter Herr Kollege

wir berichten über den

Patienten

wohnhaft

geboren am 1973

Aufnahmenr.

der sich in der Zeit vom 19.07.2023 bis 08.08.2023 in unserer stationären Behandlung befand.

19.07.2023 KNA-S1

19.07. - 25.07.2023 MK-ITS

25.07. - 08.08.2023 MK1-S3

Diagnosen: Aktuell:

Leberabszess unklarer Genese, ITS 19.07-25.07 bei septischem Schock

- BK 19.07.: Enterocloster clostr., BK 20.07.: Hungatella huth.
- Mibi Abszess 20.07.: Enterococcus faecalis (Vancomycin-sensibel)
- Drainageanlage in subphrenischen Leberabszess am 20.07.2023
- Neuanlage Drainage nach Dislokation am 03.08.2023
- **Verdacht auf Anschluss des Abszesses an die Gallenwege, Bilirubin im Punktat ausstehend**

- Anastomoseninsuffizienz der Pankreatikojejunostomie

- die einliegende Drainage liegt in RS mit VTG a.e. direkt an der Anastomoseninsuffizienz, daher kontrastiert sich bei KM Gabe nur Dünndarm ohne Austritt von KM ins Peritoneum
- 24.07.2023 Lipase 650 $\mu\text{mol/s}^*\text{L}$
- 03.08.23 Amylase 874, Lipase 1123, Bilirubin 31

Antinfektive Therapie / Mikrobiologie:

- Ciprofloaxcin vom 02.07.-19.07.23 bei E. coli in BK (Tazobac R)
- Ceftriaxon 19.07.2023 - 08.08.2023

- Ampicillin 24.07. - XX (Dauer in Abhängigkeit der sonographischen Verlaufskontrolle)
- Metronidazol 24.07. -XX (Dauer in Abhängigkeit der sonographischen Verlaufskontrolle)

Einliegende Drainagen:

1. rechtsseitige Leberabszessdrainage
 - Bilirubin in Drainageflüssigkeit:
2. linksseitige Drainage an der Pankreatikojejunostomie
 - 24.07.2023 Lipase 650 µmol/s*L
 - 03.08.23 Amylase 874, Lipase 1123, Bilirubin 31

CAVE: KM Allergie (Ultravist 370/Peritrast), Hautreaktion mit Quaddelbildung am 01.08.2023

vorbekannte Diagnosen:

- **Z.n. Explorativer Laparotomie mit Duodenopankreatektomie mit Teilresektion des Magens, Teilresektion der V. mesenterica superior und Cholezystektomie (Kausch-Whipple) 05/2023 bei**
- **Lymphknotenmetastase des Zökum-CA (cTx cNx pM1 (pul)) mit Infiltration des Duodenum und daraus resultierender transfusionspflichtiger oberer GIB**
- **Forrest IIb - IIc**
 - Leber- und Lungenmetastasen (ED 05/2023) ; Stand 08/2023 keine Lebermetastasen nachweisbar
 - Tumorboard 05/2023: palliative Chemotherapie (keine Platin-haltige Therapie bei PNP)
- Z.n. laparoskop. ass. Hemikolektomie rechts 01/22 bei Zökum-CA (ED 01/2022, initial pT3b pN2a (5/16) cM0 G2 R0 L1 V0 Pn0 pCRM negativ)
 - Z.n. adjuvanter Chemotherapie 02-08/2022
- chron. Herzinsuffizienz
- HP Gastritis mit Eradiationstherapie (01/22)
- Z.n. spontan perf. perianalem Abszess bei 6 Uhr SSL mit analer Fistulotomie am 28.08.2022, Wundheilungstörung mit Restfistulotomie-Ezision am 18.01.2023
- Art. Hypertonie

Anamnese

Die Übernahme aus der Notaufnahme erfolgte bei V.a. hämorrhagischen DD septischen Schock. Zur Aufnahme ist der Patient wach, adäquat, pulmonal stabil, jedoch selbst nach 3l Infusion mit Vollelektrolytlösung hyopton. Schmerzen, Dyspnoe, Allergien werden verneint. Aktuell Rezidiv des Zökum-Ca lt Friedrichstadt palliative Therapieintention. Desweiteren nach PPPD mehrere abd. Abszesse mit E.coli (Pip/Taz resistent) unter Ciprofloxacin-Dauertherapie bis zur Aufnahme.

Initiale Anamnese internistische Notaufnahme

Die Vorstellung des Patienten erfolgte mit dem Rettungsdienst mit V.a. gastrointestinale Blutung bei rektalen Blutabgängen seit mehreren Tagen. Der Patient berichtet von frischblutigen rektalen Abgängen seit mindestens einer Woche. Aus diesem Grund erfolgte heute Vormittag eine Vorstellung beim ambulant behandelnden Onkologen, diese haben nach einer Blutabnahme eine Klinikeinweisung mit V.a. gastrointestinaler Blutung empfohlen. Bekanntes Zökumkarzinom (Erstdiagnose 01/2022) mit Z.n. Resektion mit rechtsseitiger Hemikolektomie und adjuvanter Chemotherapie bis August 2022. Im Verlauf neue Tumormanifestationen mit Infiltration des Duodenum, Z.n. Whipple 05/2023 im Krankenhaus Friedrichstadt.

Aktuell CT-grafisch V.a. neue Leber- und Lungenmetastasen. Laut Patient sei eine erneute Chemotherapie geplant, jedoch laut ambulant behandelnden Onkologen aktuell "nicht stabil genug". Der Patient berichtet von hypotonen Blutdruckwerten seit mehreren Tagen. Keine Diarrhö, kein blutiges Erbrechen, kein Fieber, kein Schüttelfrost.

Klinische Befunde

Kopf: kein Meningismus, Pupillen mw, re=li, direkt und konsensuelle Lichtreaktion prompt und seitengleich; Pulmo: Atemgeräusch vesikulär, seitengleich belüftet, keine Nebengeräusche; Cor: rhythmisch, tachycard, keine pathologischen Geräusche; Abdomen: weich, keine AWS, Peristaltik regelrecht, Leber nicht palpabel, Milz nicht palpabel, Keine Hernien sichtbar, **mediane Lapartomienarbe, li UB mit Drainage**; Extremitäten: frei beweglich, keine Umfangsdifferenz, keine Ödeme; ZNS: vollständig orientiert, GCS 15

Laborwerte:

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
Status			Auftrag eingegangen			
Hämoglobin i.B. (EDTA)	8,60 - 12,10	mmol/L	* 4.70↓↓	5.60↓	* 4.70↓↓	6.20↓
Hämatokrit i.B. (EDTA)	0,400 - 0,540	L/L	0.25↓	0.30↓	0.25↓	0.32↓
Leukozyten i.B. (EDTA)	3,8 - 9,8	GPt/L	7.88	5.83	5.78	30.42↑↑
Thrombozyten i.B. (EDTA)	150 - 400	GPt/L	317	422↑	240	559↑
Mittleres Thrombozytenvolumen (EDTA)	9,0 - 13,0	fl	10.1	8.9↓	8.9↓	10.9
Erythrozyten i.B. (EDTA)	4,60 - 6,20	TPt/L	3.26↓	3.68↓	3.26↓	4.15↓
mittl.korp.Hämogl. (MCH)	1,70 - 2,10	fmol	1.44↓	1.52↓	1.44↓	1.58↓
mittl. korp. Hb-Konz. (MCHC)	19,0 - 22,0	mmol/L	19.2	18.9↓	18.9↓	20.7
mittl.korp.Volumen (MCV)	80 - 96	fl	75↓	80	74↓	82
Ery-Verteil.-breite (EDTA)	11,6 - 14,4	%	18.4↑	21.8↑	18.3↑	22.7↑
Retikulozyten i.B. (EDTA,rel.)	9 - 27	pro 1000Ery	46↑	46↑	46↑	46↑
Retikulozyten i.B. (EDTA,absolut)	23 - 70	GPt/L	168.40↑	168.40↑	168.40↑	168.40↑
Retikulozyten-Hämoglobin	1,74 - 2,17	fmol	1.96	1.96	1.96	1.96
Delta-Hämoglobin	0.25 - 0.45	fmol	0.47↑	0.47↑	0.47↑	0.47↑
Erythroblasten (abs.)	0	GPt/L	0.01	0.01	0.01	0.01
Neutr. Granulozyten (rel.)	36,0 - 77,0	%	96.1↑	72.5	72.5	96.1↑
Lymphozyten (rel.)	20,0 - 49,0	%	2.7↓	16.9↓	2.7↓	16.9↓
Monozyten (rel.)	0,0 - 9,0	%	0.9	7.5	0.9	7.5
Eosino. Granulozyten (rel.)	0,0 - 5,0	%	0.0	2.5	0.0	2.5
Baso. Granulozyten (rel.)	0,0 - 1,0	%	0.3	0.6	0.3	0.6
Neutr. Granulozyten (abs.)	1,80 - 7,55	GPt/L	7.58↑	7.80↑	7.58↑	7.80↑
Lymphozyten (abs.)	1,50 - 4,00	GPt/L	0.21↓	1.82	0.21↓	1.82
Monozyten (abs.)	0,20 - 1,00	GPt/L	0.07↓	0.81	0.07↓	0.81
Eosino. Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,49	GPt/L	0.00	0.27	0.00	0.27
Baso. Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,20	GPt/L	0.02	0.07	0.02	0.07
manuelles DiffBB			X	X		
Basophile Granulozyten (rel.)	0,0 - 1,0	%	0.0	0.0	0.0	0.0
Eosinophile Granulozyten (rel.)	0,0 - 5,0	%	0.9	1.8	0.9	1.8
Myelozyten (rel.)	0	%	1.8↑	1.8↑	1.8↑	1.8↑
Stabk. Granulozyten (rel.)	0,0 - 7,0	%	10.8↑	10.8↑	10.8↑	10.8↑
Seg. Granulozyten (rel.)	36,0 - 70,0	%	85.6↑	84.4↑	84.4↑	85.6↑
Lymphozyten (typ.) (rel.)	20,0 - 49,0	%	0.9↓	9.2↓	0.9↓	9.2↓
Monozyten (rel.)	0,0 - 9,0	%	0.0	4.6	0.0	4.6



Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
Basophile Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,20	GPT/L	0	0	0	0
Eosinophile Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,49	GPT/L	0.07	0.19	0.07	0.19
Myelozyten (abs.)	0	GPT/L	0.14↑	0.14↑	0.14↑	0.14↑
Stabk.Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,69	GPT/L	0.85↑	0.85↑	0.85↑	0.85↑
Seg.Granulozyten (abs.)	1,80 - 6,86	GPT/L	6.75	9.09↑	6.75	9.09↑
Lymphozyten (typ.) (abs.)	1,50 - 4,00	GPT/L	0.07↓	0.99↓	0.07↓	0.99↓
Monozyten (abs.)	0,20 - 1,00	GPT/L	0↓	0.50	0↓	0.50
Anisozytose der Erythrozyten	nicht definiert		+	+		
Mikrozytose der Erythrozyten	nicht definiert		+	+		
Poikilozytose der Erythrozyten	nicht definiert		+	+		
Hypochromasie der Erythrozyten	nicht definiert		+	+		
Targetzellen im Blut	nicht definiert		+	+		
basophile Punktierung der Ery	nicht definiert		+	+		
Anisozytose der Thrombozyten	nicht definiert		+	+		
Makrothrombozyten	nicht definiert		+	+		
Quick i.P.	70 - 120	%	41↓	68↓	39↓	77
INR i.P.	0,9 - 1,2		1.84↑	1.27↑	1.17	1.93↑
aPTT i.P.	24 - 36	s	28	26	26	31
Fibrinogen i.P.	2.0 - 4.0	g/L	5.90↑	5.90↑	5.90↑	5.90↑
Antithrombin [Aktivität gegen F.IIIa]	80 - 120	%	70↓	70↓	70↓	70↓
C-reaktives Protein i.S.	< 5.0	mg/L	156.5↑	17.1↑	13.6↑	156.5↑
C-reaktives Protein i.P.	< 5.0	mg/L	142.1↑	21.4↑	21.4↑	181.6↑
Procalcitonin i.S.	<0,50	ng/mL	9.74↑	0.06	0.06	9.74↑
Procalcitonin i.P.	<0,50	ng/mL	24.20↑↑	2.04↑	2.04↑	24.20↑↑
Glukose i.S.	4,50 - 6,00	mmol/L	* 8.30↑	* 8.30↑	* 8.30↑	* 8.30↑
Natrium i.S.	136,0 - 145,0	mmol/L	134.2↓	139.0	134.2↓	139.0
Kalium i.S.	3,50 - 5,10	mmol/L	3.66	4.21	3.51	4.54
Chlorid i.S.	98 - 107	mmol/L	97↓	97↓	97↓	97↓
Kreatinin i.S.	62 - 106	µmol/L	132↑	33↓	33↓	132↑
Kreatinin i.P.	62 - 106	µmol/L	119↑	39↓	39↓	119↑
eGFR für Kreatinin (n.CKD-EPI)	!sKomm	mL/min/1,73	* 54↓	! >90	* 54↓	* 54↓
eGFR für Kreatinin (n.CKD-EPI) i.P.	!sKomm	mL/min/1,73	* 61	! >90	* 61	* 61
Harnstoff i.S.	3,0 - 9,2	mmol/L	8.6	1.4↓↓	1.2↓↓	8.6
Harnstoff i.P.	3,0 - 9,2	mmol/L	7.8	2.7↓	2.7↓	7.8
ALAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	5.04↑	0.19	0.19	5.04↑
ALAT i.P.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	3.00↑	0.95↑	0.95↑	3.00↑
ASAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	3.56↑	0.29	0.19	3.56↑
ASAT i.P.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	2.00↑	0.35	0.35	2.00↑
Gamma-GT i.S.	<1,19	µmol/(s*L)	6.12↑	5.59↑	5.59↑	12.56↑↑
Gamma-GT i.P.	<1,19	µmol/(s*L)	4.72↑	11.07↑↑	4.72↑	11.07↑↑
Creatinkinase Gesamt-Aktivität i.P.	< 3,17	µmol/(s*L)	0.29	0.13	0.13	0.29
Myoglobin i.P.	< 72,0	µg/L	* 34.9	* < 21.1	* 22.9	* 34.9
Alkal. Phosphatase (IFCC) i.S.	0.67 - 2.17	µmol/(s*L)	7.45↑	3.62↑	3.62↑	8.23↑

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
Alkal. Phosphatase (IFCC) i.P.	0.67 - 2.17	µmol/(s*L)	4.77↑	6.76↑	4.28↑	6.76↑
LDH i.S. (IFCC)	2,25 - 3,75	µmol/(s*L)	3.32	2.03↓	2.03↓	3.32
LDH i.P. (IFCC)	2,25 - 3,75	µmol/(s*L)	3.25	2.81	2.23↓	3.25
Bilirubin (ges.) i.S.	< 21,0	µmol/L	18.8	5.7	5.7	18.8
Bilirubin (ges.) i.P.	< 21,0	µmol/L	31.1↑	9.3	9.3	31.1↑
Bilirubin(konj) i.S.	< 5,1	µmol/L	7.6↑	7.6↑	7.6↑	7.6↑
Phosphat i.P.	0,87 - 1,45	mmol/L	1.33	1.33	0.91	1.40
Lipase i.S.	< 1,00	µmol/(s*L)	0.21	0.30	0.21	0.30
Thyreostimul. H.i.S.	0.27 - 4.20	mU/L	3.60	1.38	1.38	3.60
Gesamteiweiß i.S.	66,0 - 83,0	g/L	65.4↓	60.8↓	60.5↓	65.4↓
Gesamteiweiß i.P.	66,0 - 83,0	g/L	58.9↓	60.6↓	53.0↓	60.6↓
Albumin i.S.	35,0 - 52,0	g/L	28.7↓	27.5↓	25.8↓	28.7↓
Albumin i.P.	35,0 - 52,0	g/L	22.9↓↓	22.7↓↓	20.5↓↓	22.9↓↓
Haptoglobin i.S.	0,30 - 2,00	g/L	2.84↑	2.84↑	2.84↑	2.84↑
Triglyzeride i.P.	0,35 - 1,70	mmol/L	3.90↑	2.26↑	2.26↑	3.90↑
Cholesterol i.P.	< 5,20	mmol/L	2.95	2.65	2.41	2.95
Eisen i.S.	7,2 - 21,5	µmol/L	6.5↓	6.5↓	6.5↓	6.5↓
Transferrin i.S.	2,00 - 3,60	g/L	1.81↓	1.81↓	1.81↓	1.81↓
Transferrinsättigung	16,0 - 45,0	%	14.3↓	14.3↓	14.3↓	14.3↓
Ferritin i.S.	30,0 - 400,0	µg/L	400.7↑	400.7↑	400.7↑	400.7↑
löslicher Transferrin-Rezeptor i.S.	1.71 - 4.13	mg/L	4.86↑	4.86↑	4.86↑	4.86↑
Ferritin-Index	s. Thomas-Plot		1.87	1.87	1.87	1.87
Vancomycin i.S.	!sKomm	mg/L	* !sKomm	* 12.40	* 12.40	* 12.40
Vancomycin i.P.	!sKomm	mg/L	* 11.80	* 4.80↓	* 4.80↓	* 14.10
Magnesium i.P.	0,66 - 1,07	mmol/L	0.74	0.72	0.66	0.74
Vitamin B12 i.S.	197 - 771	pg/mL	* 1989↑↑	* 1989↑↑	* 1989↑↑	* 1989↑↑
Folsäure i.S.	3.89 - 26.8	ng/mL	* 2.63↓	* 2.63↓	* 2.63↓	* 2.63↓
Art / Lokalisation			Pankreaslog	Leberabszesse		
Punktatort			fehlt	fehlt		
Punktatfarbe			gelb	grün		
Punktataussehen			trüb	trüb		
Punktatkonsistenz			flüssig	flüssig		
Bilirubin i.Punktat*	!sKomm	µmol/L	* 31.0	* 198.2	* 31.0	* 198.2
P-Amylase i.Punktat*	siehe Laborkatalog	µmol/(s*L)	* 888.00	874.16	874.16	* 888.00
Lipase i.Punktat*	nicht definiert	µmol/(s*L)	* 656.30	0.16	0.16	* 1123.00
Adenovirus			negativ	negativ		
Rotavirus			negativ	negativ		
Astrovirus			negativ	negativ		
Norovirus GI			* negativ	* negativ		
Norovirus GII			* negativ	* negativ		
Aeromonas spp.			negativ	negativ		
Clostridioides difficile Toxin			negativ	negativ		
Shigella spp./ EIEC			negativ	negativ		
Yersinia enterocolitica			negativ	negativ		
Campylobacter spp.			negativ	negativ		
Salmonella spp.			negativ	negativ		
Vibrio spp.			negativ	negativ		

Laborwerte:



Bezeichnung	19.7.23 23:23	20.7.23 00:42	20.7.23 16:14	20.7.23 16:18	21.7.23 11:13	26.7.23 11:34
Diagnose	SEPSIS?	SEPSIS?	Keime	Abszess	Infektsuche	Infektion?
Sonstiges			Leberabszess			WHST Abdomen
Blutkultur aerob	negativ	negativ	positiv			
Blutkultur aerob			* s. Bem.!			
Blutkultur aerob			* s. Bem.!			
Blutkultur anaerob	positiv	positiv	positiv			
Blutkultur anaerob	* s. Bem.!	* s. Bem.!	* s. Bem.!			
Blutkultur anaerob			* s. Bem.!			
Gramfärbung				* s. Bem.!		
Quantifizierung				zahlreich		
Gramfärbung				Zelldetritus		
Quantifizierung				zahlreich		
Gramfärbung				Granulozyten		
Quantifizierung				sehr vereinzelt		
Erregeridentifikation	Enterocloster (Clostridium) clostridioformis	Hungatella (Clostridium) hathewayi	* Enterococcus faecalis	Enterococcus faecalis	Candida dubliniensis	
Keimzahl				zahlreich	massenhaft	
Erregeridentifikation			* Enterococcus faecalis	* Bacteroides spp.		
Keimzahl				massenhaft		
Erregeridentifikation			Bacteroides ovatus	Bacteroides fragilis		
Keimzahl				zahlreich		
Erregeridentifikation			Hungatella (Clostridium) hathewayi	* Anaerobe gramnegative Stäbchen		
Keimzahl				zahlreich		
Resultatkommentar	*	*	*	*	*	*

Probenentnahmedat.: 19.07.2023 23:23

Erreger	Bezeichnung	Material
1.	Enterocloster (Clostridium) clostridioformis (Erregeridentifikation)	Blut / Blutkultur aerob+anaerob / arteriell
	Erreger 1.	
Antibiotika		
Penicillin G	R	
Amoxicillin/Clavulansäure	S	
Piperacillin/Tazobactam	S	
Imipenem	S	
Metronidazol	S	
Clindamycin	S	
Vancomycin	S	

Probenentnahmedat.: 20.07.2023 00:42

Erreger	Bezeichnung	Material
1.	Hungatella (Clostridium) hathewayi (Erregeridentifikation)	Blut / Blutkultur aerob+anaerob / links
	Erreger 1.	
Antibiotika		
Penicillin G	R	
Amoxicillin/Clavulansäure	S	
Piperacillin/Tazobactam	S	
Imipenem	S	



Antibiotika	Erreger	1.
Metronidazol		S
Clindamycin		S
Vancomycin		S

Probenentnahmedat.: 20.07.2023 16:14

Erreger	Bezeichnung	Material
1.	Enterococcus faecalis (Erregeridentifikation)	Punktat / Blutkultur aerob+anaerob
2.	Bacteroides ovatus (Erregeridentifikation)	Punktat / Blutkultur aerob+anaerob
3.	Hungatella (Clostridium) hathewayi (Erregeridentifikation)	Punktat / Blutkultur aerob+anaerob

Antibiotika	Erreger	1.	2.	3.
Penicillin G			R	R
Ampicillin*		S		
Amoxicillin/Clavulansäure			S	S
Piperacillin/Tazobactam			S	S
Cefuroxim i.v.		R		
Imipenem		I	S	S
Metronidazol			S	S
Clindamycin		R	R	S
Teicoplanin		S		
Vancomycin		S		S
Gentamicin High Level Resistenz				
Linezolid		S		
Nitrofurantoin		S		
Tigecyclin		S		

Probenentnahmedat.: 20.07.2023 16:18

Erreger	Bezeichnung	Material
1.	Enterococcus faecalis (Erregeridentifikation)	Punktat / Abszess / Empyem
2.	Bacteroides spp. (Erregeridentifikation)	Punktat / Abszess / Empyem
3.	Bacteroides fragilis (Erregeridentifikation)	Punktat / Abszess / Empyem
4.	Anaerobe gramnegative Stäbchen (Erregeridentifikation)	Punktat / Abszess / Empyem

Antibiotika	Erreger	1.	2.	3.	4.
Penicillin G			R	R	S
Ampicillin*		S			
Amoxicillin/Clavulansäure			S	S	S
Piperacillin/Tazobactam			S	S	S
Cefuroxim i.v.		R			
Imipenem		I	S	S	S
Metronidazol			S	S	S
Clindamycin		R	R	R	S
Teicoplanin		S			
Vancomycin		S			
Gentamicin High Level Resistenz					
Linezolid		S			
Nitrofurantoin		S			
Tigecyclin		S			

Befunde

Venöse BGA bei Aufnahme am 19.07.2023: PH: 7,39, Hb: 4,8 mmol/l, Elektrolyte ausgeglichen, Glucose: 5,9

mmol/l, Lactat: 8,9 mmol/l

ÖGD vom 19.07.2023

Notfalluntersuchung bei GI-Blutung.

Normale Schleimhaut des gesamten Ösophagus. Der Restmagen ist mit reichlich festen wie flüssigen Speiseresten gefüllt, die nur partiell abgesaugt werden können. Daher fokussierte Untersuchung bei Aspirationsgefahr. Kein Hämatin, kein frisches Blut, keine Schleimhautläsion im Restmagen darstellbar. Einsicht bis kurz distal der Gastrojejunostomie. Distal erneut reichlich Speisereste initial ohne Blutungszeichen, durch Gerätepassage leichte Schleimhautblutung. Keinen weiteren Vorschub forciert. Gastrojejunostomie mit vereinzelt Nahtmaterial sonst soweit beurteilbar reizlos. Normale Schleimhaut des eingesehenen Dünndarms.

Diagnose: Gastrojejunostomie bei Z.n. PPPD, reichlich Speisereste im Restmagen, kein Anhalt für Blutungsquelle

Kommentar und Empfehlung: PPI in doppelter SD für 5 Tage, dann PPI in Standarddosis für 4-8 Wochen empfohlen. Danach Symptom-adaptierte Erhaltungstherapie weiter mit PPI in halber SD. Anlage nasogastrale Ablaufsonde. Bei im Verlauf V.a. Sepsis als führendes Problem zunächst Infekttherapie, Transfusion und Gerinnungsoptimierung. Im Falle erneuter Hb-relevanter Blutungszeichen Re-ÖGD mit ggf. langem Gerät. Klärung des Gesamtkonzepts bei palliativem Tumorleiden (keine Vorbefunde im UKD). Ausschluss distaler Abflussstörung bei ausgeprägter Magenfüllung trotz 6h Nahrungskarenz.

Röntgen Thorax a.p. liegend bedside, durchgeführt am 20.07.2023

Keine Voraufnahme vorliegend.

Nicht maximaler Inspirationstiefe. Z.n. Anlage eines über die linke V. jugularis interna vorgeschobenen ZVKs, die Katheterspitze projiziert sich auf die V. cava superior. Kein Pneumothorax. Keine pneumonischen Infiltrate. Keine Pleuraergüsse. Keine Lungenstauung. Prominenter Aortenknopf. Soweit einsehbar degenerative Veränderung des mit erfassten Achsenskeletts.

CT Abdomen, KM i.v. (ggf. KM oral), durchgeführt am 20.07.2023

Es liegen keine entsprechenden Voruntersuchungen zum Vergleich vor.

Partiell erfasste Thorax:

Normal großes Herz. Kein Perikarderguss. Pleuraerguss bds. rechts > links mit begleitender Belüftungsstörung. Konsolidierung im rechten Unterlappen. Polylobulierter Rundherd von ca. 9 mm Durchmesser im linken Unterlappen lateral. Mehrere bipulmonale Noduli, z. B. im Mittellappen Segment 4 ca. 6,7 mm, in Segment 5 rechts ca. 5 mm.

Abdomen:

Hepatomegalie, ca. 12 x 7,7 cm große hypodense Läsion in den Segmenten VI/VII mit disseminierten Gaseinschlüssen und Spiegelbildung. Perfusionsstörung des rechten Leberlappens Segment VII. Z.n. Cholezystektomie. Erweiterung der intrahepatischen Gallenwege. Lebervenen und Pfortader regelrecht kontrastiert, keine Thrombose. Splenomegalie. Z.n. PPPD mit Roux-en-Y-Rekonstruktion. Effusion am Leberhilus. Unauffällige Darstellung der Anastomose ohne Anhalt für KM-Extraluminat. Geringe Aszites perihepatisch. Der Rest des Pankreas ist regelrecht lobuliert ohne fokale Läsionen. Nebennieren beidseits schlank. Nieren seitengleich und regelrecht kontrastiert. Ableitende Harnwege normal weit, keine Konkrementen. Harnblase glattwandig und ohne fokale Wandverdickung. Prostata homogen und nicht vergrößert. Gastrointestinaltrakt ohne umschriebene Wandverdickung oder Kalibersprung. Z.n. Hemikolektomie. Angiosklerose. Grenzwertig vergrößerte Lymphknoten mesenterial bis ca. 11,4 mm (Serie 2/ Bild 68). Easy-Flow Drainage im Oberbauch mit Schleifenbildung, die Spitze liegt ventral im Mittelbauch links. Drainage durch die Jejunumschlinge bis an die Anastomose mit Austritt im linken Mittelbauch.

Skelett:

Keine suspekten ossären Läsionen. Spondylitis deformans. Osteochondrosis intervertebralis. Spondylarthrose.

Gesamtbeurteilung:

1. Ca. 12 x 7,7 cm messender Leberabszess im Segment VI/VII. Angrenzende Perfusionsstörungen der Leber. Regelrechte Kontrastierung der Pfortader. Die Leberarterien lassen sich in der venösen Phase nicht sicher abgrenzen, fraglicher Abbruch in der Kontrastierung in der A. hepatica communis.

2. Liegende Drainage um die Pankreatikojejunostomie. Kein Nachweis von freier Flüssigkeit oder Lufteinschlüssen um die Anastomose, somit ct-morphologisch kein Hinweis auf eine Anastomosensuffizienz. Liegende Drainage durch die Jejunumschlinge bis an die Anastomose mit Austritt im linken Mittelbauch.

3. Mehrere bipulmonale Noduli, vereinbar mit pulmonalen Metastasen.

Drainagenanlage Leber, durchgeführt am 20.07.2023

Nach Desinfektion und lokaler Anästhesie mit 10 ml Xylocain 1 % und 10 ml Xylocain 2 % zunächst Stichinzision interkostal rechts. Anschließend Einlage einer 10F Einfach-Pigtail Drainage unter sonographischer Sicht in den Abszess unter Direktpunktionstechnik. Es entleeren sich ca. 200 ml Eiter. Nahezu der komplette flüssige Inhalt der Abszesshöhle wurde abgezogen.

Materialversand ad Mikrobiologie.

Wiederholtes Spülen der Drainage mit 40 ml NaCl. Lagekontrolle der Drainage durch Spülen mit Sonovue (1 Tropfen in 10 ml NaCl). Annaht und Verband.

Gesamtbeurteilung: Komplikationslose Drainagenanlage in einen großen subphrenischen Leberabszess.

Empfehlung: Drainage zweimal täglich mit jeweils 20 ml NaCl spülen und direkt abziehen, Drainage wieder auf

Ablauf stellen. Drainagebeutel über Nacht entfernen und Drainage gut verpacken.

Sonographie Leber mit KM, durchgeführt am 20.07.2023

Es zeigte sich in Seg. VII subphrenisch eine 10 x 7 cm große, liquide Abszesshöhle mit zahlreichen Einschlüssen. Es stellte sich in diesem Bereich keine tumorösen Umrandung im Sinne von einer eingeschmolzenen Metastase.

Nach Gabe von 1,8 ml SonoVue nahm die liquide Struktur kein KM auf, das umgebende Gewebe zeigte sich unscharf hyperkontrastiert im Sinne einer entzündlichen Umgebungsreaktion.

In der Spätphase demarkierten sich in der restlichen Leber keine suspekten Läsionen.

Gesamtbeurteilung: Großer, liquider Abszess in Seg. VII - hier kein Hinweis auf eine eingeschmolzene Metastase. In der restlichen Leber zeigten sich orientierend keine weiteren suspekten Läsionen.

Empfehlung: Gerne nochmal dezidierte KM-Sono im Verlauf, um kleine suspekten Herde in der restlichen Leber sicher auszuschließen.

Sonographie Peritoneum mit KM, durchgeführt am 21.07.2023

Nach Gabe von 1 Tropf. SonoVue in 10 ml NaCl über die dickere Drainage im linken Mittelbauch konnte ihr Verlauf bis in die Pankreasloge im Anastomosenbereich verfolgt werden, wo sich die Spülflüssigkeit mit KM in einen flauen, flüssigen Verhalt verteilt hat und eine daran angrenzende Jejunumschlinge sich etwas verspätet mit kontrastierte. In dieser Jejunumschlinge ist eine dünnere Drainage darzustellen.

Sonographie Leber, durchgeführt am 21.07.2023

Abszesshöhle größenregredient und weniger gefüllt, jedoch noch liquider Inhalt abgrenzbar. Korrekt liegende Drainage, deren Lage mit Anspülung mit 1 Tropf. SonoVue in 10 ml NaCl gesichert werden konnte.

Gesamtbeurteilung: Regrediente Abszesshöhle in Seg. VII der Leber. Eine dicke perkutane Drainage, die in der Pankreasloge in einen kleinen Verhalt endet. Eine dünnere Drainage in einer Jejunumschlinge im Bereich der Anastomose darstellbar.

Empfehlung: Die eingespülte Flüssigkeit über die Leberdrainage wieder vorsichtig nach Spülung aspirieren und die Drainage anschließend auf Ablauf stellen. Keinen starken Sog dabei applizieren!

Demo der Bilder bzgl. der Drainage im linken Mittelbauch am kommenden Montag. Anforderung des OP-Berichtes, um den Verlauf und Funktion der Drainagen besser zu nachvollziehen.

Angiologie Befund vom 27.07.2023

komplette Kompressionssonografie der Beinvenen (cCUS):

Rechts: Atmungsmodulierter Abstrom in die Beckenetape. Vollständig kompressibel sind VFC, VFP, VF, V. popl. (proximal und distal im Bereich des Konfluens med.+lat.), tiefe Unterschenkelvenen und Wadenmuskelvenen.

Links: Atmungsmodulierter Abstrom in die Beckenetape. Vollständig kompressibel sind VFC, VFP, VF, V. popl. (proximal und distal im Bereich des Konfluens med.+lat.), tiefe Unterschenkelvenen und Wadenmuskelvenen.

Zusammenfassung: Ausschluss TVT

Endosonographie - Bericht vom 31.07.2023

Zwei einliegende abdominelle Drainagen:

Eine lumenstarke Easy-flow-Drainage, eine dünne Pankreasgangdrainage.

Endosonographisch kein Nachweis eines liquiden Verhaltes im Bereich der Pancreaticojejunostomie.

Es erfolgt zunächst die Gabe von NaCl über die Easy-flow-Drainage, dabei endosonographisch sofort Auffüllung von Dünndarmschlingen, keine Ausbildung einer Flüssigkeitsansammlung außerhalb des Dünndarmlumens.

Anschließend Gabe von KM, auch dabei sofortige Kontrastierung von Dünndarmschlingen.

Anschließend Versuch der Gabe von KM über die "dünne" Drainage, diese lässt sich nicht anspritzen, auch nicht mit höherem Druck, offenbar ist die Drainage verschlossen. Diese Drainage wird gezogen.

Zusammenfassung: Die dünne Pankreasdrainage wurde gezogen. Die Easy-flow-Drainage wird abgeklemmt, zunächst abgeklemmt belassen, Ende der Woche Verlaufskontrolle (CT).

Sonographie Leber mit KM, durchgeführt am 03.08.2023 um 14:39

Befund: In Seg. VII subphrenisch zeigt sich immernoch ein deutlich flüssigkeitsgefüllter Abszess mit Luftbläschen von 7,5 x 5 cm Größe.

Es lassen sich im B-Bild keine weiteren hepatischen Läsionen darstellen.

Bereits im B-Bild fällt auf, dass sich die Abszess-Drainage nicht mehr im Abszess darstellen lässt.

Keine Cholestase.

Nach Gabe von SonoVue zeigt ein größeres Areal in Seg. VII von ca. 170 x 99 mm, das den Abszess mit einschließt eine leicht verzögerte arterielle Perfusion aufweist, die später arteriell (bereits bei 9 sec. p.i.) und dann portal-venös komplett ausgeglichen wird, sodass das rechte Leberlappen portal-venös eine homogene Kontrastierung zeigt. Spät demarkierten sich keine weiteren Läsionen. Homogene Kontrastierung des linken Leberlappens in allen drei Phasen, hier ebenfalls keine Demarkierung von fokalen Läsionen.

Auf Wunsch der Stationsärzte wurde noch die Easyflow-Drainage begutachtet und mit SonoVue angespült. Diese liegt weiterhin mit der Spitze im Anastomosenbereich. Dort lässt sich kein Verhalt abgrenzen. Nach Gabe von SonoVue kontrastierte sich prompt die benachbarte Jejunumschlinge der Pankreatikojejunostomie.

Gesamtbeurteilung: Fortbestehend großer liquider Abszess in Seg. VII bei Drainagendislokation. Keine weiteren hepatischen Läsionen im B-Bild und in der CEUS. Keine Cholestase. Ein größeres Areal in Seg. VII, das den

Abszess einschließt mit etwas verzögerter arterieller Kontrastierung, die jedoch spät arteriell und portal-venös komplett ausgeglichen wird. Easyflow-Drainage weiterhin mit der Spitze im Bereich der pankreatikojejunalen Anastomose darstellbar. Hier kein Verhalt.

Drainagenanlage Leber, durchgeführt am 03.08.2023 um 14:40

Befund: Prämedikation: 3 mg Midazolam i.v.

Nach Desinfektion erfolgt vor Punktion eine Applikation von 10 ml Xylocitin 1 % und 10 ml Xylocain 2 % lokal.

Nach Lokalanästhesie Stichinzision interkostal rechts. Anschließend wird das abszesssuspekte Areal der Leber unter sonographischer Sicht mit einer 10F Einfach-Pigtail Drainage punktiert. Es lassen sich 17 ml galliger und zum Schluss trüb braun-gelblicher Sekret aspirieren. Im Unterschied zur urspündlichen Abszessdrainage entleert sich heute kein rahmiger Eiter. Lagekontrolle der Drainage durch Spülen mit Sonovue (1 Tropfen in 10 ml NaCl). Spülung mit insgesamt 20 ml NaCl. Annaht und Verband. Materialversand ad Mikrobiologie.

Gesamtbeurteilung: Komplikationslose Drainagenanlage in einen Abszess in Seg. VII. Aufgrund des nun galligen Sekretes ist ein Anschluss des Abszesses an das Gallenwegssystem anzunehmen.

Empfehlung: Drainage zweimal täglich mit jeweils 20 ml NaCl spülen und wieder abziehen (ohne starken Sog!). Drainagebeutel über Nacht entfernen und Drainage gut verpacken.

Sonographische Kontrolle am: 04.08.2023.

Bemerkung: Die Drainage liegt nun tief im Abszess mit der Spitze am subphrenischen Rand des Abszesses. Sollte kein guter Abfluss darüber sein, kann sie unter sonographischer etwas zurückgezogen werden.

Sonographie Leber, durchgeführt am 04.08.2023

Befund: Fokussierte Untersuchung gemäß Fragestellung:

In Seg VII stellt sich der ehemalige Verhalt inhomogen und wenig liquide dar. Es zeigen sich einzelne wabernde "Bläschen", insgesamt deutlich weniger liquide als am Vortag. Die aktuelle Größe ist ca. 60 x 40 mm (VU: 76 x 52 mm). Bereits im B-Bild zeigt sich eine regelrecht liegende Pigtail-Drainage.

Anspülen des Verhaltes mit verdünntem SonoVue-Kontrastmittel - hier stellt sich weiterhin ein umschriebener Verhalt dar ohne das sich Gallenwege kontrastieren.

Gesamtbeurteilung: regredienter Leberabszess, aktuell nur noch wenig liquide Anteile. Regelrecht liegende Abszessdrainage. Sonographisch lässt sich kein Anschluss an die Gallenwege feststellen (bei weiterhin galliger Förderung).

Empfehlung: Drainage zweimal täglich weiter mit jeweils 20 ml NaCl spülen und wieder abziehen (ohne starken Sog!). Drainagebeutel über Nacht entfernen und Drainage gut verpacken.

nächste sonograph. Kontrolle Anfang kommender Woche.

Bronchoskopie vom 04.08.2023

Links: kein relevanter Erguss.

Rechts: sehr kleiner, nicht septierter, nicht punktionswürdiger Winkelerguss.

Empfehlung: kleiner nicht punktionswürdiger echoarmer Erguss rechts, ca. 150 ml

Sonographie Leber, durchgeführt am 07.08.2023

Fokussierte Untersuchung gemäß Fragestellung:

In Seg VII stellt sich der ehemalige Verhalt inhomogen und wenig liquide dar. Es zeigen sich einzelne wabernde "Wolken". Die aktuelle Größe ist ca. 65 x 24 mm (VU: 60 x 40 mm).

Anspülen des Verhaltes mit verdünntem SonoVue-Kontrastmittel - hier stellt sich weiterhin ein umschriebener Verhalt dar ohne das sich Gallenwege kontrastieren mit regelrechter Lage der Abszessdrainage.

Nach Abziehen der Drainage

Gesamtbeurteilung: allenfalls gering größenregredienter Abszess in Seg VII mit regelrecht liegender Drainage.

CT Thorax, KM i.v., durchgeführt am 07.08.2023

nach RS mit [REDACTED] - anamnestisch keine Atemnot und schnelle Regredienz der Quaddelbildung, die bei der CT-Untersuchung am 1.8.23 aufgetretenen sind. Damals Gabe von Histakut unmittelbar nach Auftreten der Symptomatik in unserer Abteilung und Prednisolon nachfolgend auf Station. Es ist von einer Reaktion Grad I nach Ring und Mesmer auszugehen - Prämedikation direkt vor der Untersuchung mit 2 ampl Histakut auf Station erfolgt.

Die aktuelle CT-Untersuchung verlief unauffällig, der Patient verließ beschwerdefrei unsere Abteilung.

Befund: Es liegt eine CT vom 01.08.2023 und eine externe CT vom 02.07.2023 zum Vergleich vor.

Thorax:

Portsystem rechts präpektoral und ZVK von links jugulär, die Spitzen liegen jeweils in der V. cava superior. Partiiell erfasste Schilddrüse unauffällig. Kein Nachweis pathologisch vergrößerter Lymphknoten supra- und infraclavikulär, axillär, mediastinal und retrocrural. Separater Abgang der A. vertebralis links aus dem Aortenbogen als Normvariante. Sonst unauffällige mediastinale und supraaortale Gefäße soweit erfasst. Ösophagus ohne Nachweis einer Wandverdickung. Herz normal groß. Aortenklappensklerose. Kein Perikarderguß. Tracheobronchialsystem soweit einsehbar frei. Multiple bipulmonale Rundherde, zum Teil mit Kontakt zur Pleura und der Pleuraspalte, bis 13 mm groß - exemplarisch Serie 4 Bild 38 im Mittellappen. Weiterhin eine ca. 1 cm große Metastase hilusnah rechts, 2/42. Neuer Pleuraerguss rechts mit Saumbreite bis 60 mm und angrenzenden Dystelektasen. Keine pneumonischen Milchglastrübungen oder Konsolidierungen. Gynäkomastia vera bds.

Partiell erfasster Oberbauch: Bis 55 mm großer, klinisch bekannter Abszess mit mehreren Lufteinschlüssen bei orthotop einliegendem Pigtailkatheter von rechts lateral. Geringes Hämatom um den Katheter. Sonst stellen sich die teilerfassten Oberbauchorgane konstant dar.

Skelett:

Keine malignitätssuspekten ossären Läsionen. Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule.

Gesamtbeurteilung:

1. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 02.07.2023 in Anzahl und Größe progrediente multiple Lungenmetastasen, z.T. mit Kontakt zur Pleura, Zwerchfell und Pleuraspalten.
2. Weiterhin Bronchialwandverdickung im rechten Unterlappen, dd entzündlich bedingt.
3. Soweit erfasst regredienter Leberabszess im Segment VI/VII mit orthotoper Lage des Pigtailkatheters.

Konsiliarbefunde

Konsil KIF - Befund vom 24.07.23

Beurteilung:

1. **Leberabszess im Seg. VI/VII mit Nachweis von *E. faecalis* und gramnegativen Stäbchen im Punktat bei 3., ED 20.07.23**

- 20.07.23 CT: 12 x 7,7 cm + Drainageanlage

2. ***Enterocloster (Clostridium) clostridioformis*- sowie *Hungatella (Clostridium) hathewayi*-Bakteriämie bei 3., ED 02.07.23**

- bisher keine BK-Sterilität nachgewiesen

3. **Zökum-Carcinom (MTS lymphogen, hepatisch, pulmonal), ED 01/2022**

- Z.n. Hemikolektomie rechts 01/22

- Z.n. adjuvanter Chemotherapie 02-08/22

- Z.n. Duodenopankreatektomie mit Teilresektion des Magens, Teilresektion der V. mesenterica superior und Cholezystektomie (Kausch-Whipple) 05/23

- 20.07.23 CT: kein Hinweis auf eine Anastomoseninsuffizienz, liegende Drainage um die Pankreatikojejunostomie

4. Z.n. *E. coli*-Bakteriämie, ED 02.07.23

Vorschlag:

Diagnostik:

- bitte heute 2 BK-Sets zur Sterilitätskontrolle abnehmen

- bitte mikrobiologische Befunde weiter verfolgen: im Punktat neben *E. faecalis* noch gramnegative Stäbchen gesehen + Antibiogramme von *Enterocloster clostridioformis* und *Hungatella hathewayi* ausstehend

Therapie:

- bitte weiterhin bestmögliche Abszessdrainage

- Vancomycin beenden, stattdessen bitte

- Ampicillin 4 x 2g IV beginnen (Infusion über 1h) zur Behandlung des Leberabszesses durch *E. faecalis*

- Metronidazol 3 x 500mg IV (Infusion über 1h) zur Behandlung der *Enterocloster (Clostridium) clostridioformis*- sowie *Hungatella (Clostridium) hathewayi*-Bakteriämie fortführen

- Ceftriaxon bitte reduzieren auf 1 x 2g IV (Kurzinfusion) und fortführen, zur Behandlung der bisher nicht weiter differenzierten gramnegativen Stäbchen im Punktat

Konsil KIF - Befund vom 31.07.23

Beurteilung:

1. **Leberabszess im Seg. VI/VII mit Nachweis von *E. faecalis* und Anaerobiern (*Hungatella hathewayi*, *Bacteroides* spp.) im Punktat bei 3., ED 20.07.23**

- 20.07.23 CT: 12 x 7,7 cm + Drainageanlage

2. ***Enterocloster (Clostridium) clostridioformis*- sowie *Hungatella (Clostridium) hathewayi*-Bakteriämie bei 3., ED 02.07.23**

- bisher keine BK-Sterilität nachgewiesen

3. **Zökum-Carcinom (MTS lymphogen, hepatisch, pulmonal), ED 01/2022**

- Z.n. Hemikolektomie rechts 01/22

- Z.n. adjuvanter Chemotherapie 02-08/22

- Z.n. Duodenopankreatektomie mit Teilresektion des Magens, Teilresektion der V. mesenterica superior und Cholezystektomie (Kausch-Whipple) 05/23

- 20.07.23 CT: kein Hinweis auf eine Anastomoseninsuffizienz, liegende Drainage um die Pankreatikojejunostomie

4. Z.n. *E. coli*-Bakteriämie, ED 02.07.23

Fremdmaterial: Port

Vorschlag:

Diagnostik:

- CT Abdomen mit KM wie geplant durchführen mit der Frage nach Größendynamik des Leberabszesses

Therapie:

- bitte weiterhin bestmögliche Abszessdrainage

- Ampicillin 4 x 2g IV fortführen (Infusion über 1h) zur Behandlung des Leberabszesses durch *E. faecalis* (bis mind. nächste Woche parenteral, dann ggf. Oralisierung)

- Metronidazol 3 x 500mg bitte oralisieren bei guter Bioverfügbarkeit (gleiche Dosierung) zur Behandlung der *Enterocloster (Clostridium) clostridioformis*- sowie *Hungatella (Clostridium) hathewayi*-Infektion
- Ceftriaxon kann beendet werden
- Gesamttherapiedauer 4-6 Wochen

Konsil VTG - Befund vom 02.08.23

Empfehlung:

- Bitte Drainage weiter öffnen
- Leberdrainage korrigieren bzw. neu einlegen
- Frage an Radiologie bzgl. Verbesserung der Leberdurchblutung
- Amylase aus Drainage bestimmen
- Bitte Flüssigkeitsmenge ml/24h täglich dokumentieren

Konsil KIF - Befund vom 03.08.23

Beurteilung:

1. Leberabszess im Seg. VI/VII mit Nachweis von *E. faecalis* und Anaerobiern (*Hungatella hathewayi*, *Bacteroides spp.*) im Punktat bei 3., ED 20.07.23

- 20.07.23 CT: 120 x 77 mm + Drainageanlage
- 01.08.23 CT: regredienter Leberabszess (jetzt 88 mm)

2. *Enterocloster (Clostridium) clostridioformis*- sowie *Hungatella (Clostridium) hathewayi*-Bakteriämie bei 3., ED 02.07.23

- bisher keine BK-Sterilität nachgewiesen

3. Insuffizienz der Pankreatojejunostomie bei Zökum-Carcinom (MTS lymphogen, hepatisch, pulmonal), ED 01/2022

- Z.n. Hemikolektomie rechts 01/22
- Z.n. adjuvanter Chemotherapie 02-08/22
- Z.n. Duodenopankreatektomie mit Teilresektion des Magens, Teilresektion der V. mesenterica superior und Cholezystektomie (Kausch-Whipple) 05/23
- 20.07.23 CT: kein Hinweis auf eine Anastomoseninsuffizienz, liegende Drainage um die Pankreatikojejunostomie
- 01.08.23 CT: nach KM-applikation über Pankreasdrainage entsteht KM-depot intraluminal im Jejunum, nicht extraluminal -> Drainage liegt mit Spitze intraluminal an Pankreaticojejunostomie
- **aktuell:** Insuffizienz der Pankreatojejunostomie, EasyFlow-Drainage liegt mit Spitze in/an Anastomose, Insuffizienz soll sich laut VTG über die nächsten Wochen sekundär verschließen
- 03.08.23 Sono: Easyflow-Drainage weiterhin mit der Spitze im Bereich der pankreatikojejunalen Anastomose darstellbar. Hier kein Verhalt.

4. Z.n. *E. coli*-Bakteriämie, ED 02.07.23

Fremdmaterial: Port

V.a. KM-Allergie

Vorschlag:

Diagnostik:

- CT Abdomen mit KM Ende nächster/ Anfang übernächster Woche durchführen mit der Frage nach Größendynamik des Leberabszesses
- tägliche Dokumentation der Fördermengen aus den Drainagen

Therapie: Anm.: Die steigenden Entzündungsparameter nach Beendigung von Ceftriaxon kann durchaus auch mit der allergischen Reaktion auf das KM zusammenhängen und muss nicht auf eine infektiöse Ursache zurückzuführen sein. Bzgl. des Leberabszesses ist der Patient sowohl mit einer neuen Drainage als auch antibiotischen umfassend versorgt, alle gefunden Erreger sind abgedeckt. Inwieweit eine relevante Anastomoseninsuffizienz durch die anliegende bzw. intraluminal liegende Easyflow besteht, ist aktuell nicht klar. Da aber kein KM von intra- nach extraluminal übertritt und sonografisch kein Verhalt um die pankreatikojejunale Anastomose darstellbar ist, scheint diese dicht zu sein. Eine Langzeitantibiotikatherapie für die Liegedauer der EasyFlow-Draiange ist kein zielführendes Therapiekonzept. Daher empfehlen wir Ceftriaxon wieder zu beenden und zunächst der Verlauf zu verfolgen.

- bitte weiterhin bestmögliche Abszessdrainage Leber
- Ampicillin 4 x 2g IV fortführen (Infusion über 1h) zur Behandlung des Leberabszesses durch *E. faecalis* (bis mind. nächste Woche parenteral, dann ggf. Oralisierung)
- Metronidazol 3 x 500mg PO bitte fortführen zur Behandlung der *Enterocloster (Clostridium) clostridioformis*- sowie *Hungatella (Clostridium) hathewayi*-Infektion (Bakteriämie, Leberabszess)
- Gesamttherapiedauer bzgl. des Leberabszesses 4-6 Wochen in Abhängigkeit von weiteren Verlauf. Ggf. kann im Verlauf komplett oralisiert werden, das ist aber abhängig von der nächsten CT-Kontrolle.
- Ceftriaxon 1 x 2g IV bitte beenden

Konsil VTG - Befund vom 04.08.23

Empfehlung:

- Bitte die Easyflow-Drainagen in situ belassen
- Abszessdrainage auf Ablauf, ggf. zum offenhalten täglich 1x Spülen mit 10 ml NaCl

Montag Rekonsil

Konsil VTG - Befund vom 07.08.23

Empfehlung:

Bitte heute CT Thorax

Morgen erfolgt dann die Demonstration der Bilder und im Anschluss Übernahme des Patienten zur Planung der operativen Behandlung

Die Übernahme bitte mit Frau [REDACTED] organisieren

Sonstige Befunde

Wund- und Stomatherapie Befund vom 26.07.23

26.07.2023- Visite und VW bettseitig erfolgt: WHST Abdomen, bereits PD in Häuslichkeit für umtägigen VW etabliert, Befund und Proc. entnehmen sie bitte der Wunddokumentation

Versorgung:

-> Wundreinigung/ Spülung der Wundtasche via Knopfkanüle mit Lavanox, Wundrandschutz mit ESENTA Hautschutz Applikator, Purillon Hydroalginat Gel in Wundgrund einbringen, Sekundärabdeckung mit Mepilex border flex Leukomed steril Pflaster Fixation, Stülpafix

-> VW aller 2-3 Tage

Verlauf

Die Übernahme des Patienten erfolgte von unserer internistischen Intensivstation mit Z.n. septischem Schock bei Leberabszess. Für den ausführlichen Verlauf verweisen wir freundlich auf den Brief der Intensivstation. Zusammenfassend besteht ein Leberabszess sowie eine Insuffizienz der Pankreatikojejunostomie nach Whipple Operation. Die Whipple Operation wurde notfallmäßig am 20.05.2023 im KH [REDACTED] durchgeführt, da es zu einer Blutung mit hämorrhagischem Schock bei infiltrativer Duodenalmetastase des bekannten Zökumkarzinoms gekommen war.

Zum Zeitpunkt der Verlegung ist die Genese des Leberabszesses nicht abschließend geklärt. In der Kontrastmittelsonographie zeigte sich eine insgesamt gute Durchblutung der Leber (leicht verzögerte arterielle Perfusion, die später arteriell (bereits bei 9 sec. p.i.) und dann portal-venös komplett ausgeglichen wird). Wir entschieden uns daher zur konservativen Therapie des Leberabszesses. Die Entzündungswerte zeigten sich unter antibiotischer Therapie gut rückläufig, der Patient blieb allzeit kardiorespiratorisch stabil. In der Verlaufskontrolle am 04.08.2023 stellte sich der Abszess verkleinert dar (60 x 40 mm mit wenig liquiden Anteilen). Im Verlauf zeigte sich eine zunehmende gallige Förderung aus der Leberabszessdrainage. Die Bestimmung von Bilirubin bestätigte den Verdacht auf einen Anschluss an die Gallenwege. Wir empfehlen daher die Anlage einer PTCD zur längerfristigen Versorgung. In Rücksprache mit unseren Kollegen der Infektiologie empfehlen wir zur Versorgung des Leberabszesses eine antibiotische Therapie mit Ampicillin/Metronidazol für mindestens 4-6 Wochen. Die Antibiose kann im Verlauf oralisiert werden, dies hängt jedoch vom nächsten CT am 11.08.2023 ab. Wir bitten um erneute Rücksprache mit den Infektiologen am 14.08.2023 zur Weiterführung der Antibiose.

In extern befundeten CTs aus [REDACTED] bestand seit dem 12.05.2023 der Verdacht auf eine hepatische Metastasierung des Zökum-Karzinoms. In der durchgeführten Kontrastmittelsonographie und im CT zeigen sich zum aktuellen Zeitpunkt keine Lebermetasen. In Rücksprache mit unseren Kollegen der Radiologie besteht die Möglichkeit, dass die vorbeschriebenen Leberläsionen Anfang Mai bereits beginnende Abszesse waren. Differentialdiagnostisch kommt eine Einschmelzung der Metastasen in den Abszess in Betracht, wobei dies auf Grund der Lokalisierung in Rücksprache mit der Radiologie eher unwahrscheinlich erscheint. Eine erneute Tumorboardvorstellung erfolgt am 09.08.2023. Radiologisch besteht weiterhin der Verdacht auf Lungenmetastasen, im CT vom 07.08.2023 zeigten sich diese in Anzahl und Größe progredient.

Seit der Operation am 20.05.2023 liegt eine Drainage an der Pankreatikojejunostomie an, die auf Grund von persistierender Förderung bislang nicht entfernt werden konnte. In der Drainage ließen sich wiederholt Lipase und Amylase nachweisen. Zu Verlegung besteht eine

Fördermenge von ca. 300ml/d. Bei Anspülen mit Kontrastmittel kontrastiert sich ausschließlich Jejunum, ein Kontrastmittelaustritt außerhalb des Jejunums ließ sich mehrfach nicht nachweisen. Ebenso ließ sich endosonographisch kein Verhalt um die Anastomose herum nachweisen. In Zusammenschau der Befunde gehen wir von einer Anastomoseninsuffizienz aus, die Spitze der Drainage liegt vermutlich im Jejunum oder direkt an der Insuffizienz an. In Rücksprache mit unseren Kollegen der VTG besteht die Indikation zur chirurgischen Versorgung der Anastomoseninsuffizienz und Hemihepatektomie zur Sanierung des Leberabszesses.

Anamnestisch beschrieb der Patient gelegentliche frisch blutige Auflagerungen auf dem Stuhlgang, die sich im stationären Verlauf nicht zeigten. Wir empfehlen eine Koloskopie im kurzfristigen Verlauf, ebenso ist eine proktologische Nachsorge bei Z.n. Hemikolektomie rechts 01/2022 zu empfehlen. Hier habe laut dem Patienten ein Termin am 02.08.2023 in [REDACTED] bestanden, der auf Grund des stationären Aufenthaltes nicht wahrgenommen werden konnte.

Die seit 05/23 einliegende Pankreasgangdrainage im Oberbauch förderte seit Entlassung aus [REDACTED] nicht mehr und wurde zunächst belassen, da sie intraabdominell mit PDS Fäden fixiert war. In Rücksprache mit den Kollegen in [REDACTED] konnte die Drainage am 01.08.23 komplikationslos entfernt werden.

Wir verlegen den Patienten zur operativen Versorgung am 08.08.2023 und danken für die Übernahme. Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Entlassungsmedikation

Medikation

Medikament	Wirkstoff	Applikation / Stärke	F	M	A	N	Bed.	Bemerkung
AMPICILLIN-ratiopharm 2,0 g Plv.z.Her.e.Inj.-Lsg.	Ampicillin natrium	i.v.	1	1	1	1		1.00-00:00, 1.00-06:00, 1.00-12:00, 1.00-18:00,
CEFTRIAXON Eberth 2 g Plv.z.Herstel.e.Inf.-Lsg.	Ceftriaxon dinatrium-3,5-Wasser	i.v.	0	0	1	0		
METRONIDAZOL-ratiopharm 500 mg Tabletten	Metronidazol	p.o.	1	1	1	0		500.00-07:00, 500.00-15:00, 500.00-23:00, (mg), täglich
NOVAMINSULFON Injekt 1000 mg Ampullen	Metamizol natrium-1-Wasser	i.v.	1	1	1	1		
CLEXANE 4.000 I.E. 40mg Klinik ILO F.Sp.+Sich-Sys.	Enoxaparin natrium	s.c.	0	0	1	0		
ESCITALOPRAM-1A Pharma 5 mg Filmtabletten	Escitalopram oxalat	p.o.	2	0	0	0		
FOLVERLAN 5 mg Tabletten	Folsäure-x-Wasser	p.o.	1	0	0	0		
KREON 25.000 Hartkps.m.magensaft.überz.vom Schwein Pellets	Pankreas-Pulver	p.o.	1	1	1	0		Zu den Mahlzeiten
OXYGESIC 10 mg Retardtabletten	Oxycodon hydrochlorid	p.o.	1	0	0	1		1.00-08:00, 1.00-20:00
PANTOPRAZOL-1A Pharma 40 mg magensaftres.Tabletten	Pantoprazol natrium-1,5-Wasser	p.o.	1	0	1	0		

PREGABALIN-ratiopharm 100 mg Hartkapseln	Pregabalin	p.o.	1	0	1	0	
AMPHO-MORONAL Suspension 100 mg/ml	Amphotericin B	p.o.	5	5	5	0	5.00-07:00, 5.00-13:00, 5.00-19:00,
FRESUBIN PROTEIN Energy DRINK Mischkart.Trinkfl.	Gesamt-Protein, Gesamt-Protein	p.o.	1	1	1	0	
ZOPICLON-ratiopharm 3,75 mg Filmtabletten	Zopiclon	p.o.					x

Selbstverständlich können die empfohlenen Medikamente durch analoge wirkstoffgleiche Präparate ersetzt werden.

Die Beipackzettel zur ausführlichen Information zu den Medikamenten finden Sie im Internet z.B. unter <http://www.apotheken-umschau.de/Medikamente/Beipackzettel> oder <http://www.beipackzettel.de>

Procedere

- Sonographische Verlaufskontrolle des Abszesses am 14.08.2023 um 09:20 Uhr
- erneute Tumorboardvorstellung am 09.08.2023
- ambulante onkologische Anbindung an onkologische Gemeinschaftspraxis [REDACTED]
- bitte zeitnahe ambulante Koloskopie und proktologische Nachsorge nach Hemikolektomie rechts planen
- ggf. Anlage einer PTCD bei Anschluss des Leberabszesses an die Gallenwege

Mit freundlichen Grüßen

