



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01304 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



Gemeinsame Einrichtung von:

Medizinischer Fakultät

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus

und Partnern.

gefördert durch:



Patient
wohnhaft

geboren am [REDACTED] 1954
Aufnahmenr. [REDACTED]

Sehr geehrte Frau Kollegin [REDACTED],

wir berichten über o. g. Patientin, die sich am **14.11.2023** hier vorstellte.

Diagnosen: 1). V.a. hepatozelluläres Karzinom Seg. VI, VIII

30.10.2023 Erstdiagnose; D37.6

Weitere Diagnosen:

K74.6 Leberzirrhose mit Z.n. Dekompensation

Tumorboard:

Beschluß vom 15.11.23:

Bei drei HCC Herden und eingeschränkter Leberfunktion Indikation zur RFA. Bei fortbestehendem Alkoholkonsum aktuell keine Transplantation.

Befunde:

CT Thorax, Abdomen mit Becken, KM i.v. (ggf. KM oral), durchgeführt am 14.11.2023 um 09:23

Methodik: Siemens Somatom Definition Edge, nativ und mit i.v.-Kontrastmittelgabe (80 ml Ultravist 370), 35 und 70 s Delay. Axiale Primärrekonstruktionen im Weichteil- und Lungenfenster in 3 mm Schichtdicke; Multiplanare Rekonstruktionen im Weichteil- und Knochenfenster.

Befund: Thorax:

Partiell erfasste Schilddrüse normal groß mit inhomogenem Parenchym. Herz normal groß. Aorten-, Aortenklappen- und Koronarsklerose. Kein Perikarderguss. Supraaortale und mediastinale Gefäße soweit erfasst unauffällig. Ösophagus ohne umschriebene Wandverdickung. Trachea frei. Pleurakuppenschwielen beidseits. Pleuraständiger, hyperdenser Nodulus im rechts apikalen Oberlappen mit ca. 5 mm

LAD (S10B22). Keine suspekten intrapulmonalen Rundherde oder pneumonischen Infiltrate. Kein Pneumothorax. Kein Pleuraerguss. Keine pathologisch vergrößerten Lymphknoten thorakal.

Abdomen:

Buckelig konturierte Leber klein mit links lobärer Hypertrophie. Mehrere, in der arteriellen und venösen Phase hypodense, scharf begrenzte Läsionen in den Segmenten II, III und IVa/b, exemplarisch im Segment IVa mit ca. 14 mm LAD (S7B17). Drei hyperdense Läsionen im Lebersegment II und VI in der arteriellen Phase scharf begrenzt und in der venösen Phase nur flau abgrenzbar, exemplarisch im Segment VI mit max. 14 mm LAD (S5B130) und im Segment II mit ca. 6 mm LAD (S5B90). Keine Erweiterung der intra- oder extrahepatischen Gallenwege. Lebervenen und Pfortader regelrecht kontrastiert. Portokavale Anastomose der V. portae hepatis über die unverändert ektatische V. umbilicalis mit Mündung in die V. femoralis communis sinistra. Subtotal entleerte Gallenblase mit geringer Wandbetonung und ohne Konkreme. Normal große, homogene Milz. Regelrecht lobuliertes Pankreas mit kleiner Verkalkung im Pankreasschwanz und gering betontem Ductus pancreaticus. Kein Anhalt für suspekte Läsionen. Nebennieren beidseits schlank. Nieren seitengleich und regelrecht kontrastiert. Ableitende Harnwege normal weit, keine Konkreme. Subtotal entleerte Harnblase glattwandig und ohne fokale Wandverdickung. Uterus unauffällig. Varicosis uteri. Gastrointestinaltrakt ohne umschriebene Wandverdickung oder Kalibersprung. Generalisierte Angiosklerose. Geringe freie Flüssigkeit im kleinen Becken. Keine pathologisch vergrößerten Lymphknoten abdominell oder inguinal.

Skelett:

Keine suspekten ossären Läsionen. Geringe degenerative Knochenveränderungen. ISG- und Coxarthrose beidseits.

Gesamtbeurteilung: 1. Bildmorphologisch fortgeschrittene Leberzirrhose mit drei HCC-suspekten Raumforderungen im Segment VI und II, mit dennoch atypischem Kontrastmittelverhalten.
2. Im Übrigen kein Anhalt für malignitätssuspekte Raumforderungen.
3. Portokavale Anastomose der V. portae hepatis über die unverändert ektatische V. umbilicalis mit Mündung in die V. femoralis communis sinistra.
4. Mehrere Leberzysten im Segment II, III und IVa/b.
5. A.e. postentzündlicher Nodulus im rechts apikalen Oberlappen.

Sonographie Leber mit KM, durchgeführt am 30.10.2023 um 14:02

Befund: Leber: Gut beurteilbar. Organ nicht vergrößert. Verplumpte Kontur. Oberfläche glatt. Echomuster inhomogen und mittelgradig verdichtet. Pfortader orthograd perfundiert. Kein Aszites.

In Seg. VI eine vorbeschriebene, echoarme, rundliche Läsion von 18 x 13 mm (14 x 14 mm).

Zudem zeigt sich eine neue, nicht vorbeschriebene Läsion subprehnisch in Seg. VIII (nur von subcostal einsehbar) von 9 x 9 mm. In Seg. V und Seg. VII zwei Zysten von jeweils 7 x 5 mm und 11 x 10 mm.

Nach KM-Gabe zeigte die bekannte Läsion in Seg. VI eine ungeordnete, arterielle Hyperkontrastierung, a.e. vom Rand ausgehend. Erst nach 5 min p.i. war ein diskretes Auswaschen der Läsion zu sehen.

Die Läsion in Seg. VIII war schwieriger aufgrund der Tiefe zu untersuchen. Arteriell zeigte sie aber ebenfalls eine Hyperkontrastierung ohne abgrenzbares Muster. Portal-venös und spät war kein "wash out" sicher zu sehen, jedoch nicht sicher auszuschließen bei eingeschränkten Schallbedingungen.

Gesamtbeurteilung: Vollbild der Leberzirrhose.

In Seg. VI dringend HCC-suspekte Läsion.

In Seg. VIII subkapsulär eine weitere Läsion, welche aufgrund der arteriellen Hyperkontrastierung ebenfalls HCC suspekt ist.

Empfehlung: Einbestellung über das UCC bereits vereinbart.

Laborwerte:

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	14.11.23 13:01
Status			Endbefund
Hämoglobin i.B. (EDTA)	7,40 - 10,70	mmol/L	6.70↓
Hämatokrit i.B. (EDTA)	0,370 - 0,470	L/L	0.32↓
Leukozyten i.B. (EDTA)	3,8 - 9,8	GPt/L	6.99
Thrombozyten i.B. (EDTA)	150 - 400	GPt/L	110↓
Mittleres Thrombozytenvolumen (EDTA)	9,0 - 13,0	fl	10.7
Erythrozyten i.B. (EDTA)	4,20 - 5,40	TPt/L	3.26↓
mittl.korp.Hämogl. (MCH)	1,70 - 2,10	fmol	2.06
mittl. korp. Hb-Konz. (MCHC)	20,0 - 23,0	mmol/L	20.6
mittl.korp.Volumen (MCV)	80 - 96	fl	100↑
Ery-Verteil.-breite (EDTA)	11,6 - 14,4	%	15.6↑
Neutr. Granulozyten (rel.)	36,0 - 77,0	%	62.8
Lymphozyten (rel.)	20,0 - 49,0	%	22.6
Monozyten (rel.)	0,0 - 9,0	%	11.2↑
Eosino. Granulozyten (rel.)	0,0 - 5,0	%	2.7
Baso. Granulozyten (rel.)	0,0 - 1,0	%	0.7
Neutr. Granulozyten (abs.)	1,80 - 7,55	GPt/L	4.39
Lymphozyten (abs.)	1,50 - 4,00	GPt/L	1.58
Monozyten (abs.)	0,20 - 1,00	GPt/L	0.78
Eosino. Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,49	GPt/L	0.19
Baso. Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,20	GPt/L	0.05
Quick i.P.	70 - 120	%	48↓
INR i.P.	0,9 - 1,2		1.65↑
aPTT i.P.	24 - 36	s	37↑
C-reaktives Protein i.S.	< 5,0	mg/L	0.7
Glukose i.S.	4,50 - 6,00	mmol/L	* 7.23↑
Lipämie-Index (Serum)	<10		13
L			
Ikterus-Index (Serum) I	<=1(17µmol/IBili)		4
Natrium i.S.	136,0 - 145,0	mmol/L	137.0
Kalium i.S.	3.50 - 5-10	mmol/L	3.85
Kreatinin i.S.	44 - 80	µmol/L	66
eGFR für Kreatinin (n.CKD-EPI)	!sKomm	mL/min/1,73	* 82
Harnstoff i.S.	3,5 - 7,2	mmol/L	2.2↓

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	14.11.23 13:01
ALAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,60	µmol/(s*L)	0.82↑
ASAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,60	µmol/(s*L)	1.62↑
Gamma-GT i.S.	<0,70	µmol/(s*L)	0.77↑
kard.Troponin T,hs[Roche]i.S.	<14	ng/L	* 28↑
Alkal. Phosphatase (IFCC) i.S.	0.58 - 1.75	µmol/(s*L)	1.91↑
LDH i.S. (IFCC)	2,25 - 3,55	µmol/(s*L)	5.74↑
Bilirubin (ges.) i.S.	< 21,0	µmol/L	59.1↑
Kalzium i.S.	2,19 - 2,54	mmol/L	2.18↓
Phosphat i.S.	0,87 - 1,45	mmol/L	0.83↓
Lipase i.S.	< 1,00	µmol/(s*L)	1.47↑
Harnsäure i.S.	137 - 363	µmol/L	195
Thyreoeastimul. H.i.S.	0.27 - 4.20	mU/L	0.87
Gesamteiweiß i.S.	66,0 - 83,0	g/L	75.1
Albumin i.S.	35,0 - 52,0	g/L	36.6
Albumin i.S. (relativ)	55.8 - 66.1	%	48.6↓
alpha1-Globuline i.S.	2.9 - 4.9	%	3.0
alpha2-Globuline i.S.	7.1 - 11.8	%	8.4
beta-Globuline i.S.	8.4 - 13.1	%	11.4
gamma-Globuline i.S.	11.1 - 18.8	%	28.6↑
Albumin i.S. (rechn.)	35,0 - 52,0	g/L	36.5
Alpha-Fetoprotein i.S. (ECLIA, Fa.Roche)	< 7.0	ng/mL	4.4
Magnesium i.S.	0,66 - 0,99	mmol/L	0.66

Glukose i.S.:

Glukose i.S.: aufgrund fehlendem Zusatz von Glykolysehemmern sind Meßwerte falsch niedrig (in Abhängigkeit Transport/Lagerungszeit und Leukozytenzahl, d.h. nur orientierender Charakter); für exakte Glukosebestimmung wird F-EDTA bzw. Citrat-F-EDTA Monovette empfohlen (Details siehe Laborleistungsverzeichnis)

. [14.11.2023 13:48],

eGFR für Kreatinin (n.CKD-EPI):

Beurteilung eGFR nach CKD-EPI (Levey, Ann Intern Med 2009; 150(9), 607ff):

normal >= 90 ml/min/1,73qm

milde Einschränkung 60 - 89 ml/min/1,73qm

mittelgradige Einschränkung 30 - 59 ml/min/1,73qm

schwere Einschränkung < 30 ml/min/1,73qm [14.11.2023 13:48],

kard.Troponin T,hs[Roche]i.S.:

Kardiales Troponin T (cTnT, Fa.Roche, Methode ECLIA):

- 99.Perzentile Gesunder: 14 ng/l

- AMI: Beurteilung der Kinetik "1-Stunden-Algorithmus" (Lit.: Kardiologe, B. 9, H. 6, Dezember 2015):

-- 0-Wert <5 ng/l -> Ausschluss AMI

-- 0-Wert <12 ng/l und Differenz 1-Stundenwert zum 0-Wert kleiner 3 ng/l -> Ausschluss AMI

-- 0-Wert >52 ng/l -> Bestätigung AMI

-- Differenz 1-Stundenwert zum 0-Wert größer/gleich 5 ng/l -> Bestätigung AMI

-- andere Werte (12-52 ng/l): weitere Beobachtung und ggf. Kontrollmessungen spätestens nach drei Stunden empfohlen

- weitere Erkrankungen (z.B. Herzinsuffizienz, Lungenembolie, Nierenversagen, Sepsis) sind mit erhöhtem, aber im zeitlichen Verlauf konstantem cTnT assoziiert [14.11.2023 13:48],

Aktuelle Medikation

Medikament	Wirkstoff	Applikation / Stärke	F	M	A	N	Bed.	Bemerkung
PANTOPRAZOL HEXAL 20 mg magensaftres. Tabletten	Pantoprazol		1	0	0	0		(Stück),
SPIRONOLACTON ratiopharm 50 mg Tabletten	Spironolacton		½	0	0	0		(Stück),

VITAMIN B Duo Filmtabletten	Thiaminium-Kation, Pyridoxin	1	1	1	0	(Stück),
BIFITERAL Sirup	Lactulose	15	0	0	0	(ml),

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>

Empfohlenes Procedere:

Wir danken für die Vorstellung der Patientin. In der Zusammenschau der Bildgebung gehen wir von 3 HCC-Herden aus. Es ist gemäß Tumorboardbeschuß eine RFA in kurativer Intention geplant. Über den weiteren Verlauf werden wir berichten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

