



Medizinische Klinik und Poliklinik I

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

Onkologische Tagesklinik und Ambulanz

Leiter: Prof. Dr. med. G. Folprecht

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

Entlassungsbrief

Sehr geehrter Herr Kollege

wir berichten über die

Patientin

wohnhaft

geboren am 1962

Aufnahmenr.

die am 14.09.2023 aufgenommen wurde und am 09.10.2023 auf unserer Station verstarb.

14.09. - 14.09.23 KNA-S1

14.09. - 14.09.23 MK1-S6

14.09. - 17.09.23 MK-ITS

17.09. - 09.10.23 MK1-S6

**Diagnosen: Exitus letalis bei Aspirationspneumonie und
Leberabszess bei metastasiertem Tonsillen-CA
initial Septischer Schock mit Katecholamintherapie**

- Abdomensonos vom 14.09.2023: Leberabszess, mehrere Leberräumforderungen, Cholestase und V.a. Stentverschluss
- CT-gestützte Drainageanlage am 14.09.2023 rechter Leberlappen
- ERCP am 15.09.2023: - Abszess mit Anschluss ans Gallengangsystem -> Einlage einer internen Pigtaildrainage via Sondierung d. Gallenwege in eine zentrale Flüssigkeitskollektion
- ERCP 04.10.2023: Entfernung des liegenden Doppelpigtails und Einlage eines 9cm 10 Fr Doppel-Pigtail in die Abszesshöhle.
- Mikrobiologie: E. faecium, E. coli und Klebsiella oxytoca,
- Antibiotische Therapie:
 - kalkuliert Piperacillin/Tazobactam 14.09.-17.09.2023; 22.09.-02.10.2023
 - Metronidazol: 14.09.- 22.09.2023
 - Ceftriaxon: 17.09.- 22.09.2023
 - Vancomycin: 17.09.- 08.10.2023
 - Meropenem: 02.10.- 08.10.2023

Va. Portinfektion

- Block Port Vancomycin ab 21.09.2023

Pleuraerguss links mit Totalatektase

- Anlage Pleuradrainage links am 22.09.2023
 - Mantelpneumothorax
- Patho: Erguss nicht malignitätsverdächtig
- Pleurapunktion rechts am 27.09.2023 - 1 L Erguss abgelassen
 - Patho: Erguss nicht malignitätsverdächtig

Diarrhoen mit Hypokaliämie

- K⁺ 3,2 mmol/l

Weitere Diagnosen:

- * Z. n. Bipulmonale Pneumokokken-Lobärpneumonie 12/21
- * 12/2021 konfluierendes, zentrolobuläres Emphysem
- * Varikothrombophlebitis links
 - eines Vena saph. magna-Seitenastes
- * seit 09/2022 langstreckig nicht perfundierte A. carotis communis links
- * Fazialisparese links
- * arterielle Hypertonie
- * Katarakt links

Onkologische Grunderkrankung:

* Tonsillenkarzinom (L)

- aktuell: **Palliative Immunchemotherapie**

ED 19.11.2019 mittelgradig differenziertes, nicht verhornendes Plattenepithelkarzinom
cT2 cN3b cM0, p16: positiv

11/19 OP: PE-Tonsille und Raumforderung links cervical (dia.)
12/19 - 01/20 RCTx

01/21 LK-Metastase an Pankreaskopf-Korpusübergang
angrenzend; C77.2
M8085/6 vereinbar mit metastatischer Infiltration durch das
vordiagn. p16-positive Oropharynxkarzinom

03/21 pulmonale Metastase: Segm. 8 re - 07/22 RTx

03/21 CTx: Carboplatin 5-FU /FA/ Pembrolizumab

ab 05/21 Pembrolizumab

05/22 **Progress** : LK Oberbauch, Infiltration Pfortader,
part. progrediente bilobäre hepatische Met., konst. pulm Met.

ab 16.05.2023 **IMA401 Phase I Studie** (bispz. AK MAG003xCD3) Kohort 5;

05/23 C1d15 - IMA401 Phase I Studie (bispz. AK MAG003xCD3)
Kohort 5; 324 µg (DR bei Gewicht <50kg),

06/23 maligne DHC Stenose durch Metastase des Tonsillenkarzinoms
ERC mit Stentwechsel

06/23 C1d22 - IMA401 Phase I Studie (bispz. AK MAG003xCD3)
Kohort 5; 324 µg (DR bei Gewicht <50kg),
06.06. planmäßige stationäre Aufnahme nach 4. Gabe der Studienmedikation

Anamnese

MK-ITS:

Die Übernahme der Patientin erfolgte von der onkologischen Normalstation (MK1-S6) bei Sepsis mit Nachweis eines 8x8 cm-messenden Leberabszesses. Dieser wurde CT-gestützt punktiert und eine Drainage eingelegt. Die Patientin war bei Übernahme hypoton und tachykard. Zusätzlich zu den deutlich erhöhten Entzündungsparametern zeigte sich laborchemisch ein akutes Nierenversagen, Leberwerterhöhung und Thrombozytopenie, a.e. im Rahmen der Sepsis. Zusätzlich zu den o.g. Beschwerden liegt aktuell Luftnot vor.

Initiale Anamnese Zentrale Notaufnahme:

Die Einweisung der Patientin erfolgte via RTW in die Zentrale Notaufnahme bei seit gestern

bestehenden Diarrhoen, Fieber und Hypotonie bei palliativer Immunchemotherapie im Rahmen der C1d22 - IMA401 Phase I Studie bei Tonsillen-CA. Sie klagt aktuell über Schüttelfrost. Husten, Schnupfen, dysurische/ algurische Beschwerden seien nicht bemerkt worden.

Allergie: Paracetamol-Unverträglichkeit, Latex-Allergie
ca. 8 py, seit 2019 Nichtraucherin, kein Alkohol

Klinische Befunde

Wach, orientiert. Cor: HA arrhythmisch, tachykard, HT rein. Pulmo (in RL): VAG bds., keine NG. Abdomen: weich/leicht gespannt, keine Abwehrspannung, träge Peristaltik über allen 4Q, kein Druckschmerz. Extremitäten: keine peripheren Ödeme, kachektischer EZ, kein thrombose-typischer Druckschmerz, US-Kompressionsstrumpf links.

Befunde

EKG vom 14.09.2023 (ZNA): VHF arrhythmisch, Herzfrequenz normofrequent 60/min, QRS-Komplex normal konfiguriert 80ms, QTc 410ms, R/S U v3/v4, regelhafte R Pogression keine ERBS

BGA vom 14.09.2023 (ZNA): pH 7,35, pCO₂ 3,7, ABE -9,2, SBC 16,9, Hb 4,6, Na 133,, Ca 1,09, Lac 3,8

Röntgen Thorax, a.p. liegend

14.09.2023 um 11:51 Uhr: Glatt konturiertes, normal gewölbtes Zwerchfell. Partiell erfasste Zwerchfellrippenwinkel frei. Lunge allseits der Thoraxwand anliegend. Pulmonalvenöse Stauung mit Kerley-B-lines. Rechts basal fleckige Verschattung, sodass zusätzlich eine Pneumonitis nicht ausgeschlossen werden. Mediastinum mittelständig und normal breit. Trachea regelrecht. Herzschatten normal konfiguriert. Thoraxskelett ist symmetrisch geformt. Spondylosis deformans. Portsystem präpektoral rechts via V. subclavia dextra einliegend mit Spitzenprojektion im Kavatrialen Übergang. Weichteilmantel unauffällig.

14.09.2023 um 23:17 Uhr: Neu einliegender ZVK transjugulär rechts mit Spitzenprojektion auf die V. cava superior. Im Liegen kein Pneumothorax abgrenzbar. Persistierende Stauungszeichen. Keine pneumonietypischen Konsolidierungen in den einsehbaren Lungenabschnitten. Keine relevanten Pleuraergüsse.

Sonographie Abdomen gesamt ohne Darm vom 14.09.2023:

Gesamtbeurteilung: Großer, liquider, a.e. biliärer Abszess in Seg. VII. Maligne DHC-Stenose (DHC-Lumen nicht abgrenzbar) bei hepatischer RF im Leberhilus. Zwei liegende DHC-Stents sind a.e. verschlossen bei bds. diskreter intrahepatischer Cholestase und Sludge in den rechtsseitigen Gallenwegen. Deutlich verdickte Magenwand mit aufgetriebenem Pylorus - V.a. Magenentleerungsstörung. Minimalst Aszitesaum am kaudalen Rand des rechten LLs.

Empfehlung: Heute CT-gestützte Drainage. Morgen ERCP (RS OÄ Babatz erfolgt.)

ERCP vom 15.09.2023:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
hiermit berichten wir Ihnen über o.g. Patienten/in, bei dem/der wir am 15.09.2023 eine ERCP durchführten.

Indikation:

Cholangiosepsis bei Leberabszess bei maligner, hilärer DHC Stenose bei met. Tonsilllen-Ca.

U-Modus: Notfalluntersuchung.

Duodenum:

Normale Schleimhaut des eingesehenen Duodenums.

Papilla Major: Zwei einliegende Doppelpigtails.

Gallenwege:

Nach links kommt nur die Kontur des vormals einliegenden DP zu Darstellung keine weiteren GW. Nach rechts kontrastiert sich eine große KM-Aussparung (Abszess mit einliegender perkutaner Drainage) in den mehrere Gallenwege münden.

Diagnose:

Multikompartmentssituation bei hilärer Stenose bei met. Tons.-CA. Anschluss des Leberabszess an die rechtsseitigen GW (transpapilläre Pigtail-Einlage).

Therapie:

Aufwendige Sondierungsversuche aus dem rechtsseitigen Leberabszess in die angeschlossenen GW, Sondierung gelingt aber Dislokation in die Abszesshöhle bei Vorschub DP. es wird ein 13cm, 10fr DP in den Abszess eingelegt. Nach links frustrane Sondierung sowohl vor Einlage des rechtsseitigen DP als auch nach Einlage.

Kommentar:

Transpapillär keine sinnvollen Optionen. es ist auch fraglich inwieweit die linksseitigen GW relevant für das aktuelle Problem sind. Weiteres Vorgehen in Abhängigkeit vom klin. Verlauf. Wochenanfang Sono dann RS erbeten. Spülen der perkutanen Drainage 3xtgl. 20ml (nicht abziehen), Ablaufbeutel.

Röntgen Thorax a.p. liegend bedside vom 16.09.2023:

Befund: Voraufnahme vom 14.09.2023 zum Vergleich vorliegend. Fremdmaterial in konstanter Projektion und orthotop einliegend. Kein Pneumothorax. Persistierend als Stauungszeichen. Keine pneumonietypischen Konsolidierungen. Progrediente nach apikal auslaufende Pleuraergüsse bilateral mit angrenzenden Dystelektasen und apikal abgeklebter Ergusskomponente bipulmonal.

Sonographie Gallenwege vom 18.09.2023:

Befund: Der eingelegte Stent ist nur kurzstreckig, a.e. im Hilusbereich einsehbar, kann aber nicht weiter verfolgt werden.

Kein Lumen im DHC abgrenzbar bei bekannter maligner Stenose. Die zentralen GW sind idem zur VU ebenfalls nicht abgrenzbar bei vorbeschriebener a.e. diffuser Tumordinfiltration im Leberhilus. Die rechtsseitigen Gallenwege in Abszessnähe sind nur noch minimal erweitert bis 2,7 mm (VU: 4 mm). Aerobilie der rechtsseitigen GW. Linksseitig segmental diskrete Erweiterung der peripheren Gallenwege bis 2,4 mm (VU: 2,3 mm).

Gallenblase: Prall gefüllt, Länge bis 6 cm. Keine Wandverdickung. Etwas Sludge.

Sonographie Leber, durchgeführt am 18.09.2023 um 11:27

Befund: Leber: Organ nicht vergrößert. Regelrechte Kontur. Oberfläche glatt. Echomuster homogen und nicht verdichtet. In Seg. VII stellt sich der inhomogene, liquide Abszess mit aktuell 62 x 55 mm im B-Bild dar (VU: 80 x 80 mm), dieser mit waberndem Inhalt und Lufteinschlüssen. Nach Gabe von verdünntem Sonovue über die Drainage Kontrastierung eines Areals von 42 x 58 mm. Bekannte zentrale RF in der Leberpforte. Im Leberhilus an der zentralen RF angrenzend wie vorbeschrieben ein a.e. weiteres Abszessareal von ca. 38 x 15 mm (VU: 31 x 13 mm).

Nachtragsbefund (pro Untersuchung): Aszites in allen 4 Quadranten. Pleuraerguss rechts.

Gesamtbeurteilung:

1. Größenregredienter Abszess in Segm. VII mit einliegender Drainage.
2. Regrediente rechtsseitige Cholestase, aktuell nur noch dezente Erweiterung der rechtsseitigen GW.
3. Dezente Erweiterung der linksseitigen GW idem zur VU.
4. Einliegender DHC-Stent, der aber nur kurzstreckig im Hilusbereich einsehbar ist.
5. In etwa größenkonstantes, längliches Abszessareal am Hilus (siehe VU).
6. Prall gefüllte Gallenblase, a.e. bei Tumordinfiltration des Dct. cysticus.

Nachtragsbefund (Gesamt): Aszites in allen 4 Quadranten. Pleuraerguss rechts.

Röntgen Thorax, p.a. stehend vom 23.09.2023:

Befund: Es liegt eine Voraufnahme vom 22.09.2023 vor.

Zur Voruntersuchung mutmaßlich Z.n. zwischenzeitlich minimalem Rückzug der linksseitigen Thoraxdrainage, die Spitze projiziert sich weiterhin auf das laterale Unterfeld. Bei nun Aufnahme im Stehen veränderte Verteilung des Seropneumothorax links: ausgedehnter, bis nach apikal reichender, im Oberfeld teils abgeklebter Pleuraerguss und ausgeprägter apikaler Pneumothorax links mit 9 cm Breite. Keine wesentliche Regredienz des Seropneumothorax. Nach wie vor kein Mediastinalshift nach rechts. Vorbestehende Totalatelektase links mit abrupten Abbruch des linken Hauptbronchus im proximalen Drittel. Konstanter Pleuraerguss rechts mit kompressionsbedingter Unterlappenteilelektase. Soweit intermodal vergleichbar, zur CT-Voruntersuchung vom 21.09.2023 progrediente pneumonische Infiltrate im rechten Oberlappen. Unveränderte Lage des ZVKs und des Portsystems von rechts. Sonst keine relevante Befundänderung.

Sonographie Leber vom 25.09.2023:

Befund: Weiterhin liquider Abszess von 60 x 62 mm in Seg. VII. Die Drainagenlage ist korrekt und der Verhalt kontrastierte sich regelrecht nach KM-Gabe (1 Tropf. SonoVue auf 10 ml NaCl). Im Drainagebeutel ist reichlich gallige Flüssigkeit. Unter aktiver Aspiration nur 3 ml Flüssigkeit zu aspirieren.

Gesamtbeurteilung: Unverändert liquider Verhalt mit stagnierender Größe trotz regelrechter Drainagenlage. Möglicherweise nicht ausreichende Entlastung aufgrund tiefer, randständiger Lage der Drainage. Dennoch reichlich gefüllter Drainagebeutel.

Empfehlung: Sono-Kontrolle am Do. in Drainagebereitschaft (gleich so anmelden), falls Verhalt nicht kleiner. Drainagemenge genau dokumentieren.

Zeiterfassung vom 22.09.2023:

Befund: Rechts: Mittelgradiger echoarmer Erguss ca. 800 ml nachweisbar.

Links: Mittelgradiger echoarmer Erguss ca. 1000 ml nachweisbar.

Drainagenanlage: Nach sonographischer Markierung und Hautdesinfektion erfolgte unter sterilen Kautelen Lokalanästhesie. Unproblematische Platzierung einer 14 Ch. Pigtail-Wayne®-Drainage in Höhe des 10. ICR links. Ablassen von 550 ml Erguß (klar, Glukose 4,1 mmol/l und mit pH 7,577). Annaht, Verband mit Betaisodonasalbe.

Materialversand: Mikrobiologie (Varia/Tbc/Pilze), Pathologie (Zytologie) und Klinische Chemie (SuPAR/Zellzahl/Glucose/pH/GE/LDH/Amylase/Lipase/spezifisches Gewicht/Cholesterol/Triglyzeride).

Zusammenfassung: - Anlage Pigtail Drainage links, Ablassen von 550 ml

- Transport übers Rö-Thorax auf Station

Empfehlung: - Anschluss an Medela Pumpe, Sog mit 15 cm H2O

- heute maximal 1000 ml ablassen!

- 12 stdl. Anspülen der Drainage mit 20 ml körperwarmer physiologischer NaCl-Lösung
- Wiedervorstellung zur Pleurapunktion rechts
- bei Persistenz der Atelektase links Bronchoskopie

Röntgen Thorax, a.p. liegend vom 24.09.2023:

Befund: Es liegt eine Voraufnahme vom 23.09.2023 vor.

Unveränderte Lage der linksseitigen Thoraxdrainage. Seropneumothorax links mit deutlicher Größenzunahme der Ergussanteilen. Funktionalität der Drainage? Kein Mediastinalshift nach rechts. Totalatektase links. Leicht an Größe zunehmender Pleuraerguss rechts. Progrediente pneumonische Infiltrate im rechten Oberlappen. Sonst in der kurzzeitigen Verlaufskontrolle keine relevante Befundänderung.

CT Oberbauch, Thorax nativ (ggf. KM oral) vom 25.09.2023:

Befund: Es liegt die CT-Voruntersuchung vom 21.09.2023 zum Vergleich vor.

1. Schmalen Pneumothorax links bis 1 cm Saumbreite. Deutlich regredienter linksseitiger Pleuraerguss bei Z.n. Neuanlage einer Pleuradrainage links. Ausgeprägte Regredienz der linksseitigen Dystelektasen.
2. Unveränderter Pleuraerguss rechts bis 5 cm Saumbreite. Unveränderte Dystelektasen im rechten Lungenunterlappen dorsal. Regrediente Verschlüsse des linken Hauptbronchus.
3. Progrediente retikuläre Infiltrate im Ober- und Mittellappen rechts.
4. Bekanntem ausgebreiteter rechtsseitiger Leberabszess mit orthotop einliegender Pigtaildrainage. Unveränderte Cholestase.

5. Im wesentlichen konstante pulmonale Metastase im Mittellappensegment 4. Die anderen pulmonalen Metastasen sind durch den Pleuraerguss nicht beurteilbar.

6. Die vorbeschriebenen Lebermetastasen im rechten Lappen sind nativ nicht beurteilbar.

7. Soweit beurteilbar unverändertes Lymphknotenkonglomerat am Leberhilus.

Sonstige Befunde: Präpektoral rechts einliegendes Portsystem mit Katheterspitze im rechten Atrium. ZVK rechts jugulär mit Spitze in der V. cava superior. Anasarka. Schmalen Perikarderguss. Stauungszeichen bds. Regredienter Ascites. Angiosklerose.

Thoraxsonografie vom 25.09.2023:

Befund: Rechts: mittelgradiger nicht septierter echoarmer Erguss.

Links: wenig echoarmer Erguss und Seropneumothorax, liegende TSD, leicht abgeknickt, lässt sich gut spülen, es lässt sich wenig klarer Erguss aspirieren, die Medela Pumpe zeigt kein Flow, Flüssigkeitssensor defekt, leider nicht mit Akku verbunden und scheint nicht richtig zu funktionieren. Nach Aus- und Anschalten der Pumpe weiterhin kein Flüssigkeitssensor, kein Flow.

Zusammenfassung: - nicht ausreichende Drainage bei Seropneumothorax

Empfehlung: - bitte auf Station Wechsel auf eine neue Medela Pumpe mit Behälter und Schlauch

- intensive Atemtherapie (Patientin liegt immer im Bett, die Drainage erreicht den Seropneumothorax nicht)

- CT Thorax zur Lagekontrolle heute

- Wiedervorstellung zur Pleurapunktion rechts (mit aktueller Gerinnung und nach Pausieren Arixtra)

- Wiedervorstellung am Mittwoch-Donnerstag zur Thoraxsono mit evtl. Anlage einer 2. Drainage apikal, falls kein Erfolg nach Atemtherapie

Angiologie Befund vom 26.09.2023:

Duplexsonografie Hals-/Schultervenen:

Regelrechte Darstellung der Vv. subclaviae beidseits und V. jugularis interna rechts mit atmungsabhängigem Spontankollaps und atmungsmoduliertem Fluss ohne Hinweis auf thrombotisches Material. Normalweites Lumen in allen Gefäßen. V. jugularis interna links nicht darstellbar, jedoch kein H. a. frische Thrombose.

Duplexsonographie der Armvenen rechts:

V. subclavia mit atmungsmoduliertem Spontankollaps. V. axillaris, Vv. brachiales, Vv. radiales, Vv. ulnares, Vv. interosseaes frei und kompressibel.

Oberflächliche Armvenen frei und kompressibel.

Zusammenfassung: Kein H. a. Armvenenthrombose rechts

Kein H. a. Thrombose der Hals- oder Schultervenen

Empfehlung: Wiedervorstellung bei neuen Aspekten und Beschwerden jederzeit

Röntgen Thorax, a.p. liegend vom 27.09.2023:

Befund: Voraufnahme vom 24.09.2023 zum Vergleich vorliegend. Fremdmaterial in konstanter Projektion und orthotop einliegend. Deutlich progredienter nach apikal auslaufender Pleuraerguss rechts mit angrenzenden Kompressionsdystelektasen, hierbei sind pneumonische Infiltrate möglich. Deutlich verbesserte Belüftungssituation des linken Hemithorax mit allenfalls geringem Pleuraerguss. Konstante Zeichen der pulmonalvenösen Stauung. Kein Pneumothorax im Liegen abgrenzbar.

Thoraxsonografie vom 27.09.2023:

Durchgeführte Untersuchung: Thoraxsonographie

Befund: Rechts: dorsal/ventral und in hinterer Axillarlinie;

Erguß/Lunge: Großer Erguß von ca.~ 1000 ml nachweisbar; punktionswürdig;

Echogenität Erguß: Echoarmer Erguß;

Pleura: Regelrechte Darstellung der Pleura parietalis.

Links: dorsal/ventral und in hinterer Axillarlinie;

Erguß/Lunge: Geringer Randwinkelerguß nachweisbar;

Echogenität Erguß: Echoarmer Erguß;

Pleura: Regelrechte Darstellung der Pleura parietalis.

Nach sonographischer Markierung der geeigneten Punktionsstelle und Lokalanästhesie erfolgt in sterilen Kautelen unproblematische Punktion von 1050 ml leicht trüben bernsteinfarbenen und nach pH-Wert nicht entzündlichen Pleuraergusses rechts (pH 7,36 und Lactat 1,0 mmol/l).

Postinterventionell sonographisch kaum Resterguß (ca. << 50 ml) nachweisbar.

Materialversand: Mikrobiologie (Varia/Tbc/Pilze), Pathologie (Zytologie) und Klinische Chemie (Zellzahl/Glucose/pH/GE/LDH/Amylase/Lipase/spezifisches Gewicht/Cholesterol/Triglyzeride).

Zusammenfassung: Unproblematische Punktion von 1050 ml leicht trüben und nach pH-Wert vorerst nicht entzündlichen PLE rechts.

Links bei einliegender Pigtail-Drainage lediglich eine Randwinkelerguss nachweisbar.

Empfehlung: Bei 1 x Punktion ohne Luftaspiration Röntgen-Thorax erst bei klinischer Auffälligkeit/ Notwendigkeit.

Bronchoskopie vom 28.09.2023:

Befund: Zugang:

Orotrachealer Zugang.

Larynx:

Stimmbandbeweglichkeit gut; Stimmritzenschluß vollständig. Viel gelblich schaumiges Sekret im gesamten Rachenraum.

Trachea:

Trachea regelrecht.

Hauptcarina:

Hauptcarina mittelständig und scharfgratig.

Bronchialsystem:

Beidseits sind - nach Absaugen von viel schaumig gelblichen Sekret (Aspiration?)- alle Ostien offen und bis in den Subsegmentbereich gut einsehbar.

Schleimhaut:

Mäßiggradig vermehrte Gefäßinjektion der Schleimhaut im Sinne einer akuten Bronchitis

Schienenstrangphänomen und erweiterte Drüsenausführungsgänge im Sinne einer chronischen Tracheobronchitis.

Kein endobronchiales Tumorwachstum, keine Beläge.

Mikrobiologie-Proben:

1. Sekret bronchial ubiquitär - Materialversand in Mikrobiologie (Varia, Mykobakterien, Pilze).

2. Bronchialsplüfung UL links (100/30 ml - trüb gelblich) - Materialversand in Mikrobiologie (Varia/ Mykobakterien/ Pilze/ Chlamydien/ Mykoplasmen/ Pneumozystis/ Aspergillus-Antigen/ Aspergillus-PCR) und Virologie Adeno/ Entero/ Influenza/ Parainfluenza/ HMPV/ SARS-CoV2)

Pathologie-Proben:

1. Bronchialsplüfung UL links (100/30 ml - trüb gelblich) - Materialversand in Pathologie (Zytologie/ Diff.-Zytologie/ Pilze/ Siderophagen)

Zusammenfassung: mittelgradig akute eitige Bronchitis mit viel gelblich (Aspiration?) Sekret bereits im Rachenraum chronisch atrophe Tracheobronchitis

kein endobronchiales Tumorwachstum, keine Kompression des Bronchialsystems von außen

Empfehlung: * nüchtern und Überwachung bis 12:30 Uhr

Sonographie Leber vom 28.09.2023:

Befund: Erneutes Spülen des Bilioms (makroskopisch eher Galle als Pus). Gutes Anfluten der Spülflüssigkeit innerhalb des Verhaltes. Mit forciertem! Abziehen lässt sich Galle aspirieren (Dreiwegehahn wurde wegen Lumenverengung entfernt). Noch weiterer bekannter Abszess im Hilus.

Gesamtbeurteilung: Bei nicht zu erwartendem Benefit für die Pat. wurde auf eine weitere Drainage verzichtet. Die einliegende Drainage dient a.e. als externe PTCd des rechten LL. Insgesamt ist von einer Perfusionsstörung des rechten LL auszugehen mit dtl verzögerter, wenn überhaupt möglicher Wundheilung (da trotz antibiotischer Therapie und interner sowie externer Ableitung keine Befundbesserung zu verzeichnen ist).

Empfehlung: 3 x tgl. mit 20 ml anspülen, dann forciert abziehen, anschließend wieder 20 ml einbringen und belassen > auf Ablauf stellen.

ERCP vom 04.10.2023:

Indikation:

Leberabszess bei maligner, hilärer DHC Stenose bei met. Tonsillen-Ca. Versuch der Optimierung der internen Drainage erbeten.

Duodenum: Normale Schleimhaut des eingesehenen Duodenums.

Papilla Major: Ein einliegender Doppelpigtail.

Entlassungsbrief, MK1 Medizinische Klinik I, nicht vidiert

gedruckt am 15.05.2024 15:56

Gallenwege: Untersuchung nur in Linksseitenlage möglich bei grenzwertig sedierbarer Patientin. Sondierung gelingt bis in den Hilus. keine Darstellung von intrahepatischen Gallenwegen auch bei Gabe von viel KM. Sondierung dann wieder kaudalwärts aus dem DHC möglich. In der Darstellung zeigt sich dann eine ca 75x60mm große Höhle. In der Darstellung einmündend ein kleiner Gallenweg sichtbar. Die Höhle scheint drainiert über die externe Drainage. Über die Papille entleert sich eitrig tingierte Galle.

Pankreasgang: Keine Darstellung (da nicht intendiert).

Diagnose:

Multikompartmentssituation bei hilärer Stenose bei met. Tons.-CA. Anschluss des Leberabszess an die GW (transpapilläre Pigtail-Einlage).

Therapie:

Entfernung des liegenden Doppelpigtails und Einlage eines 9cm 10 Fr Doppel-Pigtail in die Abszesshöhle.

Kommentar:

Transpapillär keine sinnvollen Optionen mehr.

Konsiliarbefunde

Konsil HNO vom 27.09.2023:

Befund:

Schluckkonsil gem. mit Logopädin

Pat. kooperabel, geschwächt

Zunge gut bew., Gaumen bew.

Husten- und Schluckreflex vorhanden

Larynx: Stimmlippen weiß und glatt, seitengleich bew., zähes Sekret paralaryngeal, abgesaugt, Tablette klebt an Pharynxwand

nach Gabe von etwas Nutilis wird Tablette zwar bewegt und Pat. gibt an, dass Tablette weg ist, liegt schließlich aber endolaryngeal, durch kräftiges Husten entfernbar

Gabe von Nutilis, Schleim-Nutilis-Residuen paralaryngeal, wiederholtes Hochhusten und Nachschlucken erforderlich

Gabe von Flüssigkeit ähnlicher Befund

keine Aspiration

Pat. erschöpft sich zunehmend

Empfehlung:

angedickte Getränke, Dysphagiekost II unter Aufsicht des Pflegepersonals, logop. Schlucktraining

Histologie

Pathologie vom 22.09.2023

Materialarten: **Pleurapunktat**

Zusammenfassende mikroskopische Beurteilung und Diagnose:

Nach HE- sowie Papanicolaou-Färbung der übersandten Flüssigkeit handelt es sich um einen nicht malignitätsverdächtigen zytologischen Befund in dem zellarmen sowie mäßig hämorrhagischen Zytozentrifugenpräparat aus dem übersandten Pleurapunktat links ohne wesentliche Entzündungsreaktion, die in der Flüssigkeit schwimmende Flocke überwiegend bestehend aus Flüssigkeitsniederschlägen sowie wenigen kernhaltigen Blutbestandteilen, ohne Nachweis atypischer Zellen oder Zellgruppen.

Pathologie vom 27.09.2023

Materialarten: **Pleurapunktat rechts**

Zusammenfassende mikroskopische Beurteilung und Diagnose:

Nach HE- sowie Papanicolaou-Färbung der übersandten Flüssigkeit handelt es sich um zellreiche sowie mäßig hämorrhagische Sedimentausstrichpräparate aus dem übersandten Pleurapunktat rechts, mit Zeichen einer floriden Entzündungsreaktion mit Nachweis von zahlreichen neutrophilen Granulozyten, mit reaktiv veränderten Serosadeckzellen, wobei noch ein Zellblock angefertigt wird, ein Nachbericht hierzu folgt.

Pathologie vom 28.09.2023

Materialarten: **Bronchialspülung UL links**

Zusammenfassende mikroskopische Beurteilung und Diagnose:

Nach Anfertigung von Zytozentrifugaten und HE- sowie Papanicolaou-Färbung der übersandten Flüssigkeit inkl. Spezialfärbung (PAS und Berliner-Blau-Reaktion) sowie Einbettung der darin enthaltenen Flocke entspricht der Befund einem nicht malignitätsverdächtigen zytologischen Befund der zellreichen und gering hämorrhagischen broncho-alveolären Lavageflüssigkeit, überwiegend bestehend aus neutrophilen Granulozyten, als Hinweiszeichen auf eine mäßiggradige floride Entzündungsreaktion, mit einigen aus dem Verband gelösten abgeschilften Zylinder- und Plattenepithelien ohne zytologische Atypien, mit Flüssigkeitsniederschlägen, mit Nachweis von einzelnen Pilzhyphen und -sporen, in erster Linie von Candida spec. stammend, ohne Nachweis von Siderophagen.

Differenzialzytologie der Makrophagen und Leukozyten:

Alveolarmakrophagen: 5 %

neutrophile Granulozyten: 93 %

Lymphozyten: 2 %
eosinophile Granulozyten: unter 1 %

Verlauf

Verlauf ITS:

Es wurde eine kalkulierte antibiotische Therapie mit Piperacillin/Tazobactam und Metronidazol begonnen. In den Blutkulturen konnte E. faecium, E. coli und Klebsiella oxytoca nachgewiesen werden. Die Antibiotogramme sind bei Verlegung noch ausstehend, sodass bei fallenden Entzündungswerten die laufende antibiotische Therapie vorerst beibehalten wurde.

Mittels i.v. Flüssigkeitsgabe und Katecholamintherapie konnte eine Kreislaufstabilisierung erreicht werden. Sonographisch konnte eine postrenale Genese des Nierenversagens ausgeschlossen werden, sodass dieses a.e. im Rahmen der Sepsis gewertet wurde. Auch die ausgeprägte Thrombopenie wurde im Rahmen der Sepsis interpretiert.

Unter Therapie zeigten sich Entzündungswerte, Katecholaminbedarf und Nierenretentionswerte regredient. Die Katecholamintherapie konnte am 16.09.2023 beendet werden.

Vor der geplanten Intervention erfolgte die Transfusion eines Thrombozytenkonzentrats. Bei Cholestase zeigte sich in der ERCP vom 15.09.2023 eine hiläre Stenose der Gallenwege im Rahmen des metastasierten Tonsillenkarzinoms. Der Abszess kommuniziert direkt mit den Gallenwegen. Es erfolgte die transpapilläre Anlage eines Pigtailkatheters in eine zentrale Hilusnahe Flüssigkeitskollektion zur inneren und äußeren Galleableitung. Eine Sondierung der linksseitigen Gallenwege war frustan. Zur Therapiebeurteilung und Festlegung des weiteren Prozederes wurde eine sonografische Verlaufskontrolle für den 18.09.2023 geplant.

Nebenbefundlich zeigten sich während des Aufenthaltes wiederholt Episoden von Vorhofflimmern mit tachykarder Entgleisung. Nach Gabe von Metoprolol kam es i.d.R. rasch zur Konversion in einen Sinusrhythmus mit temporärer, selbstlimitierender Bradykardie. Es wurde eine orale Therapie mit Metoprolol zur Rezidivprophylaxe und Frequenzkontrolle begonnen. Auf eine therapeutische Antikoagulation wurde aufgrund der Sepsis mit schwerer Thrombopenie sowie der Leberdrainage mit erhöhtem Blutungsrisiko vorerst verzichtet.

Bei postinterventionellem Hb-Abfall ohne Blutungszeichen (a.e. kombinierter Genese) erfolgte die Transfusion von 2 Erythrozytenkonzentraten mit adäquatem Hb-Anstieg.

Wir bitten im Verlauf um Anpassung der Antikoagulation je nach Klinik und Blutungsrisiko.

Wir bedanken uns für die unkomplizierte Übernahme und verlegen Frau [REDACTED] in stabil reduziertem Allgemeinzustand in ihre stationäre Weiterbehandlung. Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Verlauf MK1-S6 ab 17.09.2023:

Zusammengefasst hatte sich die Patientin mit Diarrhöen Fieber und Hypotonie in der konservativen Notaufnahme vorgestellt. In der Sonografie des Abdomens war ein Leberabszess gefunden worden, dieser wurde notfallmäßig CT-gestützt drainiert. Bei Sepsis mit Katecholaminbedarf erfolgte die Verlegung auf die Intensivstation. Hier erfolgte am 15.09 auch eine ERCP in der eine Pigtail-Drainage in einen hilusnahen Abszess/Erguss eingelegt wurde.

Nach aber Übernahme auf die Normalstation sahen wir eine Patientin in deutlich reduziertem Allgemeinzustand wird ein Sauerstoffbedarf von 4 l /min. Die Entzündungswerte waren gefallen, es zeigte sich jedoch noch ein positives PCT. Die

Antibiose mit Ceftriaxon und Vancomycin wurde fortgesetzt, ab dem 19.09. es wurde erneut Metronidazol ergänzt. Am 20.09. und in Blutkulturen grampositive Kokken gefunden, wir stellten daher auf Piperacillin/Tazobactam+Vancomycin um. Die Patientin wurde konsiliarisch durch die Kollegen der klinischen Infektiologie mitbetreut. In den Blutkulturen vom 14.09. und den Kulturen aus der Abszessdrainage konnten mehrere Erreger, unter anderem, E. coli und Klebsiella oxytoca nachgewiesen werden. Am 21.09. führten wir ein CT zur Kontrolle der Abszesse und durch. Hier zeigte sich neu aufgetretene pneumonische Infiltrate im rechten Oberlappen und eine großer linksseitiger Pleuraerguss Melz Verschluss des linken Hauptbronchus uns einer Totalatelektase links. Die Leberabszesse waren in dieser Bildgebung gering Größenregredienz. Die Lebermetastasierung war im Vergleich zum August 2023 konstant. Insgesamt zeigte sich jedoch ein klinischer Progress der Erkrankung. Weshalb die Kollegen der ECTU (early clinical trials unit) die Studienteilnahme in der IMA401 Phase I Studie beendeten.

Bei großem Pleuraerguss erfolgte am 22.09. die Anlage einer Pleuradrainage links. Im Rahmen des Eingriffs zog sich die Patientin einen Mantelpneumothorax zu, die Drainage wurde daher mittels Vakuumpumpe unter Sog gehalten. Im Kontrollröntgen vom 23.09. zeigten sich Erguss und Pneumothorax rückläufig. Histopathologisch konnten keine malignen Zellen im Erguss nachgewiesen werden.

Ein rechtsseitiger Pleuraerguss wurde am 27.09.2023 entlastet, es wurde eine der Erguss abgelassen. Histopathologisch wurden hier keine malignen Zellen gefunden. Da der linke Hauptbronchus im CT verlegen und dann im Folge-CT vom 25.09. weiterhin reichlich Sekret vorhanden war, streben wir eine Bronchoskopie an. Diese wurde am 28.09. durchgeführt. Hier konnte reichlich gelbliches Sekret geborgen werden.

Unter physiotherapeutischer Beübung und nach Entlastung der Ergüsse, sowie hydropische Rekompensation gelang eine Stabilisierung der Patientin auf niedrigem Niveau. Als Ursache für die Pneumonie konnte eine Aspirationsneigung festgesetzt werden. Frau [REDACTED] wurde durch die HNO und Logopädie mitbetreut. Trotz intensiver Beübung aspirierte die Patientin weiter, sodass Flüssigkeiten nur angedickt verabreicht werden konnten.

Insgesamt zeigte sich somit eine komplexe Infektsituation mit Leberabszessen und einer Aspirationspneumonie. Wir sahen trotz Antibiose mit Vancomycin und Piperacillin/Tazobactam konstant hohe Entzündungsparameter, sodass eine Umstellung auf Meropenem / Vancomycin erfolgte. Am 04.10. erfolgte erneut eine ERCP mit dem Versuch die Drainagesituation in der Leber zu optimieren.

Respiratorisch war die Patientin in der Folge eher schlechter. In mehreren ausführlichen Gesprächen wurde die Patientin und ihre Angehörige über die insgesamt kritische Lage aufgeklärt. Die insgesamt palliative Situation war Frau [REDACTED] bewusst. Trotz unserer ausgedehnten therapeutischen Bemühungen konnte die Infektproblematik und letztlich auch die angespannte respiratorische Situation nicht adäquat kontrolliert werden, sodass Frau [REDACTED] 09.10.2023 im Beisein ihrer Schwester verstarb.

Wir bedauern Ihnen keine bessere Mitteilung machen zu können und wünschen der Familie viel Kraft.

Mit freundlichen Grüßen



—

—

—