



Empfänger:

Frau

Nachrichtlich an:

Herrn

Herrn

Entlassungsbrief

Sehr geehrte Frau Kollegin

wir berichten über den

Patienten

wohnhaft

geboren am

1943

Aufnahmenr.

der sich in der Zeit vom 08.08.2023 bis 14.08.2023 in unserer stationären Behandlung befand.

- Diagnosen:**
- **Atopische Dermatitis**
 - **Aktuell Einleitung einer intensivierten Lokalthherapie**
 - **Mycosis fungoides, ED 06/2021**
 - **Aktuell Einleitung einer intensivierten Lokalthherapie**
 - **Nephrogener Pruritus**
 - **Zinkmangel**
 - **Aktuell Beginn orale Substitution**
 - **V.a. Basalzellkarzinom, sternal links**
 - **Leberhämangiom, Seg. IVb**
 - **KM-Sonografie am 11.08.2023 erfolgt**
 - **C2-Abusus**

Nebendiagnosen:

- **Chronische Niereninsuffizienz, Stadium 4**
 - **Renale Anämie**
 - **Sekundärer Hyperparathyreoidismus**
- **Diabetes mellitus Typ 2**

- Diabetische Polyneuropathie
- Arterielle Hypertonie
- Z.n. Port-Implantation 03/2023
- Z.n. Tibiafraktur rechts mit Spalthautdeckung
- Permanentes Vorhofflimmern, OAK mit Apixaban
- Globales Herzinsuffizienz (NYHA III)
- Z.n. Basalzellkarzinom, Sakralbereich mittig 08/2018, Schläfe rechts 09/2016
- Z.n. Plattenepithelkarzinom, Ohr rechts 12/2018, Stirn rechts 08/2018, Wange rechts 11/2014, Nasenflügel links 07/2013

Anamnese

Die stationäre Aufnahme des Patienten erfolgte bei Verdacht auf Exazerbation der bekannten Mycosis fungoides.

Bei Aufnahme sahen wir einen stark Juckreiz-geplagten Patienten mit 7/10 NRS. Der Patient sei dadurch insbesondere beim Einschlafen beeinträchtigt. Bei Aufnahme wird insbesondere eine Hyperpigmentation des gesamten Integuments. Der Patient ist in regelmäßiger ambulanter Nachsorge bezüglich der Mycosis fungoides bisher ist eine intensiviertere Lokalthherapie erfolgt.

Genussmittelanamnese:

Rauchen: nein (30 py)

Alkohol: ja (3 Flaschen Bier/ Tag)

Vegetative Anamnese:

Stuhlgang und Wasserlassen sind ohne pathologischen Befund.

Eine B-Symptomatik (Fieber, Schüttelfrost, Nachtschweiß, Übelkeit oder Erbrechen) wird verneint. Kein Gewichtsverlust.

Infektanamnese:

Die Infektanamnese ist leer.

Der Patient ist gegen COVID geimpft.

Allergien:

Es bestehen keine bekannten Allergien. Medikamente wurden bisher immer vertragen.

DLQI: 2/30

Hautbefunde

Bei der Untersuchung der gesamten Haut einschließlich der behaarten Kopfhaut und der einsehbaren Schleimhäute zeigten sich eine Hyperpigmentierung am gesamten Integument. An den Innenseiten der Oberarme sowie Oberschenkel zeigten sich lokalisierte Erytheme mit dezenter Schuppung. Sternal links fiel ein ca. 8x12 mm messende erythematöse Plaque mit Teleangiektasien und Pigmentpunkten auf.

Erlanger Atopie-Score: 10.0 (Atopische Hautdiathese sicher)

SCORAD u. oSCORAD: 34.86 u. 24.86

EASI: 4.8

Klinische Befunde

Status:

AZ: stabil

EZ: normosom

Pat. zur Aufnahme wach, örtlich, zeitlich und situativ vollständig orientiert

ECOG (0-4): 1

Größe: 173 cm
Gewicht: 74 kg

Körperliche Untersuchung:

MSH: reizlos, Prothese einliegend

Pupillen: bds. mittelweit, isokor, direkt und indirekt lichtreagibel

Auskultation Cor: 3/6 Systolikum mit p.m. über 2. ICR rechts, rhythmisch

Auskultation Pulmo: Entfaltungsgknistern vesikuläres AG, keine RGs oder Spastik

Abdomen: weich, kein DS, DG regelrecht vorhanden in allen 4 Quadranten

Nierenlager: frei, kein KS

Wirbelsäule: kein KS

Extremitäten: moderate Unterschenkelödeme beidseits, Beweglichkeit und Sensibilität allseits intakt, Fußpulse beidseits palpabel, Füße warm

Lymphknoten: links axillär sowie beidseits inguinal vergrößerte Lymphknoten palpabel

Laborbefunde

(SI-Einheiten:)

Laborwerte:

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	8.8.23 12:23	9.8.23 07:00	10.8.23 08:00
Status			Endbefund	Endbefund	Endbefund
Hämoglobin i.B. (EDTA)	8,60 - 12,10	mmol/L	7.30↓		* !sKomm
Hämatokrit i.B. (EDTA)	0,400 - 0,540	L/L	0.34↓		* !sKomm
Leukozyten i.B. (EDTA)	3,8 - 9,8	GPt/L	6.12		* !sKomm
Thrombozyten i.B. (EDTA)	150 - 400	GPt/L	210		* !sKomm
Mittleres Thrombozytenvolumen (EDTA)	9,0 - 13,0	fl	11.2		* !sKomm
Erythrozyten i.B. (EDTA)	4,60 - 6,20	TPt/L	3.90↓		* !sKomm
mittl.korp.Hämogl. (MCH)	1,70 - 2,10	fmol	1.87		* !sKomm
mittl. korp. Hb-Konz. (MCHC)	19,0 - 22,0	mmol/L	21.7		* !sKomm
mittl.korp.Volumen (MCV)	80 - 96	fl	86		* !sKomm
Ery-Verteil.-breite (EDTA)	11,6 - 14,4	%	15.1↑		* !sKomm
Erythroblasten (abs.)	0	GPt/L	0.02		* !sKomm
Neutr. Granulozyten (rel.)	36,0 - 77,0	%	77.0		
Lymphozyten (rel.)	20,0 - 49,0	%	12.4↓		
Monozyten (rel.)	0,0 - 9,0	%	5.7		
Eosino. Granulozyten (rel.)	0,0 - 5,0	%	3.9		
Baso. Granulozyten (rel.)	0,0 - 1,0	%	1.0		
Neutr. Granulozyten (abs.)	1,80 - 7,55	GPt/L	4.71		
Lymphozyten (abs.)	1,50 - 4,00	GPt/L	0.76↓		
Monozyten (abs.)	0,20 - 1,00	GPt/L	0.35		
Eosino. Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,49	GPt/L	0.24		
Baso. Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,20	GPt/L	0.06		
C-reaktives Protein i.S.	< 5.0	mg/L	2.9		
Glukose i.S.	4,50 - 6,00	mmol/L	* 6.89↑		
HbA1c i.VB	< 6.5	%	4.8		
HbA1c [IFCC] i.VB	< 48	mmol/mol	29		
Natrium i.S.	136,0 - 145,0	mmol/L	124.5↓		137.9
Kalium i.S.	3,50 - 5,10	mmol/L	5.03		4.39
Kreatinin i.S.	62 - 106	µmol/L	296↑		333↑
eGFR für Kreatinin (n.CKD-EPI)	!sKomm	mL/min/1,73	* 16↓↓		* 14↓↓
ALAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	0.28		

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	8.8.23 12:23	9.8.23 07:00	10.8.23 08:00
ASAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	0.46		
Gamma-GT i.S.	<1,19	µmol/(s*L)	7.78↑		
Alkal. Phosphatase (IFCC) i.S.	0.67 - 2.17	µmol/(s*L)	3.75↑		
LDH i.S. (IFCC)	2,25 - 3,75	µmol/(s*L)	4.77↑		
Bilirubin (ges.) i.S.	< 21,0	µmol/L	5.5		
Gallensäuren	< 8,1	µmol/L	5.5		
Harnsäure i.S.	214 - 488	µmol/L	207↓		
Thyreoeastimul. H.i.S.	0.27 - 4.20	mU/L	0.87		
Gesamteiweiß i.S.	66,0 - 83,0	g/L	70.0		
IgE,gesamt	<20kU/l;(Atopie>100)kU/L		20435.0		
Albumin i.S. (relativ)	55.8 - 66.1	%	53.9↓		
alpha1-Globuline i.S.	2.9 - 4.9	%	5.5↑		
alpha2-Globuline i.S.	7.1 - 11.8	%	11.8		
beta-Globuline i.S.	8.4 - 13.1	%	12.1		
gamma-Globuline i.S.	11.1 - 18.8	%	16.7		
Albumin i.S. (rechn.)	35,0 - 52,0	g/L	37.7		
Triglyzeride i.S.	0,35 - 1,70	mmol/L		1.27	
Cholesterol i.S.	< 5,20	mmol/L		3.78	
HDL-Cholesterol i.S.	> 0,90	mmol/L		1.74	
LDL-Cholesterol i.S.	s.Kommentar	mmol/L		* 1.72	
Eisen i.S.	7,2 - 21,5	µmol/L	16.3		
Ferritin i.S.	30,0 - 400,0	µg/L	407.1↑		
Zink i.S.	11.0 - 24.0	µmol/L	7.8↓		
Mastzell-Tryptase i.S.	normal: <11,4 µg/l	µg/L	13.30↑		
IgE Basistest Inhalat.sx1 (g6,12,t3,w6,d1,e1,5,m2)	<0.35kU/l(negativ)	kU/L	1.92↑		positiv
IgE D.pteronysinus d1	<0.35kU/l(CAP-Kl.0)	kU/L	0.53↑		
CAP-Klasse			1		
IgE Katzenschuppen e1	<0.35kU/l(CAP-Kl.0)	kU/L	0.42↑		
CAP-Klasse e1			1		
IgE Hundeschuppen e5	<0.35kU/l(CAP-Kl.0)	kU/L	0.35		
CAP-Klasse			1		
IgE Roggen g12	<0.35kU/l(CAP-Kl.0)	kU/L	0.87↑		
CAP-Klasse			2		
IgE Lieschgras g6	<0.35kU/l(CAP-Kl.0)	kU/L	0.93↑		
CAP-Klasse			2		
IgE Cladosporium herb. m2	<0.35kU/l(CAP-Kl.0)	kU/L	2.66↑		
CAP-Klasse			2		
IgE Birke t3	<0.35kU/l(CAP-Kl.0)	kU/L	0.38↑		
CAP-Klasse			1		
IgE Beifuß w6	<0.35kU/l(CAP-Kl.0)	kU/L	0.60↑		
CAP-Klasse			1		

Apparative Befunde

Sonographie Lymphknoten axillär rechts, Sonographie Lymphknoten axillär links, Sonographie Abdomen gesamt ohne Darm, Sonographie Lymphknoten Leiste links, Sonographie Lymphknoten Leiste rechts, durchgeführt am 09.08.2023

Befund axillär rechts:

Einzelne ovaläre Lymphknoten mit Hiluszeichen bis max. 12 x 6 mm, a.e. reaktiv. Keine signalveränderten Lymphknoten.

Befund axillär links:

Einzelne ovaläre Lymphknoten mit Hiluszeichen bis max. 26 x 10 mm, a.e. reaktiv. Keine

signalveränderten Lymphknoten.

Befund Abdomen:

Leber: Organ nicht vergrößert (11 cm in der MCL). Regelrechte Kontur. Lobus caudatus etwas verplumpt (43 x 31 mm). Oberfläche angedeutet wellig. Echomuster etwas feinkörnig verdichtet. In Seg. VIb rundliche echoreiche Läsion von 9 x 7 mm, a.e. einem Hämangiom entsprechend. Pfortader im Stamm normal weit und orthograd perfundiert (Vmax 21 cm/s). Lebervenen normalkalibrig und regelrecht perfundiert. Kein Aszites.

Gallenwege: Extra- und intrahepatische Gallenwege nicht erweitert.

Gallenblase: Postprandial kontrahiert. Kein Steinnachweis. Kein Hinweis auf Entzündung.

Pankreas: Pankreasschwanz nicht einsehbar. Soweit beurteilbar, Organ nicht vergrößert. Ohne Hinweis für Entzündung oder Raumforderung. Pankreasparenchym echoreich wolkig.

Milz: Nicht einsehbar.

Nieren: Normal groß. Mit altersentsprechender Parenchymdicke und ohne Hinweis auf Steine sowie Stau oder Raumforderung.

Retroperitoneum: Eingeschränkte Beurteilbarkeit bei Darmgasüberlagerung. Soweit einsehbar kein Hinweis auf pathologisch vergrößerte Lymphknoten oder Gefäßveränderungen.

Peritoneum: Kein Nachweis einer freien Flüssigkeitsansammlung.

Harnblase: Ohne pathologischen Befund.

Prostata: Normale Größe. Etwas inhomogene Struktur.

Befund Leiste links:

Einzelne ovaläre Lymphknoten mit Hiluszeichen bis max. 35 x 7 mm, a.e. reaktiv. Keine signalveränderten Lymphknoten.

Befund Leiste rechts:

Einzelne ovaläre Lymphknoten mit Hiluszeichen bis max. 30 x 7 mm, a.e. reaktiv. Keine signalveränderten Lymphknoten.

Gesamtbeurteilung:

Echoreiche Läsion in Leberseg. VI, a.e. Hämangiom. Zeichen des beginnenden Leberumbaus. Pankreaslipomatose. Inhomogene Prostata.

Einzelne a.e. reaktiv veränderte Lymphknoten axillär bds. und inguinal bds.

Kein Nachweis malignitätssuspekter Raumforderungen oder Lymphknoten.

Empfehlung:

Ergänzend KM-Sonographie der echoreichen Leberläsion empfohlen.

Sonographie Leber mit KM, durchgeführt am 11.08.2023:

Befund: In Seg. IVb (nicht VI) eine kleine echoreiche Läsion von 4 x 4 mm mit Hämangiomtypischem Aussehen.

Nach Gabe von SonoVue nahm die Läsion zentral kein KM auf, am Rand waren kleine hyperkontrastierte Noduli zu erahnen. Portal-venös und und spät blieb das Zentrum der Läsion "dunkel" und größenident, ohne komplett an KM zu verlieren.

Gesamtbeurteilung: Eingeschränkte Beurteilung der arteriellen Phase bei sehr kleiner Läsion. Es handelt sich a.e. um ein kleines, zentral thrombosierte Hämangiom.

Röntgen Thorax, p.a. + lateral links stehend, durchgeführt am 09.08.2023:

Befund: Es liegen keine Voraufnahmen zum Vergleich vor.

Herz vergrößert. Hili überlagerungsbedingt nicht einsehbar. Randwinkel links verschattet, rechts frei. Geringe Verschattung um rechten Unterfeld am ehesten durch flache Einatmung bedingt. Zwerchfellkuppeln bds. nicht glatt abgrenzbar. Unauffällige Transparenz beider Lungenflügel. Einliegender Port mit Spitzenprojektion auf den rechten Vorhof.

Altersentsprechendes Thoraxskelett. Unauffälliger Weichteilmantel.

Gesamtbeurteilung: Kein Pneumothorax. Kein Pleuraerguss. Keine p.v.-Stauung. Keine Infiltrate. Kein Anhalt für pulmonale Rundherde.

Lymphozytentypisierung vom 09.08.23:

Der B-Zellanteil ist normal. Innerhalb der T-Zellen ist die CD4/CD8-Relation in Richtung der CD4+ Zellen verschoben. Alle weiteren T-Zellantigene werden normal exprimiert. Keine Klonalität der CD4+Zellen mittels TCRB1 nachweisbar.

Diagnostik

Mikrobiologischer Befund vom 08.08.2023:

Rachen:

Kein Wachstum von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) innerhalb von 48 Stunden.

Nasenvorhof:

Kein Wachstum von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) innerhalb von 48 Stunden.

Therapie

Intern: (einschließlich bestehender Hausarztmedikation)

Medikation

Medikament	Wirkstoff	Applikation / Stärke	F	M	A	N	Bed.	Bemerkung
Allopurinol 300 mg	Allopurinol	p.o.	0	0	1	0		
Bicanom	Natriumhydrogencar bonat	p.o.	1	0	0	0		
Cetirizin 10 mg	Cetirizin	p.o.	1	0	1	0		NEU; bedarfsgerec hte Reduktion im Verlauf
Eliquis 2,5 mg	Apixaban	p.o.	1	0	1	0		
Ferro sanol® duodenal 100 mg	Eisen(II)-glycin-sulfat-Komplex	p.o.	0	0	1	0		
Folverlan 5 mg	Folsäure	p.o.	1	0	0	0		
Furosemid 40 mg	Furosemid	p.o.	1	0	0	0		
Lorano 10 mg	Loratadin	p.o.	0	1	0	1		NEU; bedarfsgerec hte Reduktion im Verlauf
Metohexal Succ. 95 mg	Metoprolol	p.o.	½	0	0	0		
Pantoprazol 20 mg	Pantoprazol	p.o.	1	0	0	0		
Pregabalin 25 mg	Pregabalin	p.o.	0	0	2	0		erhöht
Sitagliptin 25 mg	Sitagliptin	p.o.	1	0	0	0		
Tamsulosin 0,4 mg	Tamsulosin	p.o.	1	0	0	0		
Unizink 50 mg	Zinkbis(hydrogen-DL-aspartat)	p.o.	1	0	0	0		NEU
Macrogol Btl.	Macrogol	p.o.	1	0	0	0		
Novaminsulfon 500 mg/ml	Metamizol	Tropfen	30	30	30	30		NEU
Aranesp 30 µg	Darbepoetin alfa	s.c.						

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>

Extern (stationär):

Pflege:

Basodexan Salbe [Hände, Füße] 1x tgl.

Physiogel A.I. Creme [Gesicht] 1x tgl.
Polidocanol Harnstoff Creme [Körper] 1x tgl.
Xeracalm A.D. Creme [Körper] 1x tgl.

Läsionen Gesicht:

Laticort (Hydrocortisonbutyrat) Creme 2x tgl.

Läsionen Körper:

Mometason Octenidin Creme 2x tgl.

Extern (ambulant):

Pflege:

Basodexan Salbe [Hände, Füße] 1x tgl.
Physiogel A.I. Creme [Gesicht] 1x tgl.
Polidocanol Harnstoff Creme [Körper] 1x tgl.
Xeracalm A.D. Creme [Körper] 1x tgl.

Läsionen Gesicht:

Laticort (Hydrocortisonbutyrat) Creme 2x tgl. für 1 Woche, dann 1x tgl. für 1 Woche, dann umtäglich für 1 Woche, dann 1x/Woche

Läsionen Körper:

Ecural (Mometasonfuroat) Fettcreme 1x tgl. für 2 Wochen, dann
Dermatop (Prednicarbat) Salbe 2x tgl. für 2 Wochen, dann 1x tgl. für 2 Wochen,
dann umtäglich für 2 Wochen, dann 1x/Woche

Procedere

Die stationäre Aufnahme des Patienten erfolgte bei Mycosis fungoides zur Einleitung einer intensivierten Lokalthherapie.

Aktuell sahen wir allenfalls eine milde Manifestation der Mycosis fungoides (MF) an den Innenseiten der Oberarme sowie Oberschenkel. Aktuell besteht keine Indikation zu einer Systemtherapie bezüglich der MF. Differentialdiagnostisch handelt es sich um die Manifestation einer atopischen Dermatitis. In der Lymphozytentypisierung zeigte sich keine Monoklonalität. Das gesamte Integument zeigte sich hyperpigmentiert a.e. im Rahmen der bekannten chronischen Niereninsuffizienz. Bei unzureichender Besserung wäre im Verlauf entweder eine Einleitung mit Dupilumab bei Progress der Atopie typischen Hautveränderungen empfohlen. Bei generalisiertem Pruritus ohne Hautveränderungen wäre im Verlauf ggf. eine Medikation mit Naloxon stationär bei vorrangig nephrogener Genese des Pruritus möglich.

Im Rahmen der jährlichen Kontrolluntersuchungen bei MF erfolgte eine Sonografie des Abdomens und der Lymphknoten. In der Abdomen-Sonografie zeigte sich eine echoreiche Läsion in Lebersegment IVb. Daraufhin führten wir eine Kontrastmittelsonografie durch, in welcher sich bei eingeschränkter Beurteilbarkeit a.e. ein kleines, zentral thrombosiertes Hämangiom zeigte. In der Lymphknotenultraschalluntersuchung sahen die Kollegen einzelne a.e. reaktiv veränderte Lymphknoten axillär bds. und inguinal bds.. Weiterhin erfolgte ein Röntgen-Thorax, welcher einen unauffälligen Befund erbrachte.

t.

Die Kombination aus externer Lokalthherapie und systemischer antipruriginöser Therapie führte zu einer deutlichen Verbesserung des Hautbefundes und einer rückläufigen

Juckreizsymptomatik. Die antipruriginöse Therapie mit Antihistaminika kann im Verlauf bedarfsgerecht adaptiert werden.

Der Patient wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass er mit der zurzeit durchgeführten antipruriginösen Therapie (Cetirizin, Loratadin) in o.g. Dosierung nicht verkehrstüchtig ist und keine Maschinen bedienen darf. Daher muss im Verlauf die Dosierung des Loratadins auf 10 mg 1x tgl. (am besten abends) unbedingt reduziert und das Cetirizin ganz abgesetzt werden. Die Fachinformation sagt dazu folgendes: "In klinischen Studien zur Beurteilung der Verkehrstüchtigkeit wurde bei Patienten, die Loratadin erhielten [Anmerkung: 10 mg 1x tgl.], keine Beeinträchtigung festgestellt. Jedoch kann es bei manchen Personen in sehr seltenen Fällen zu Benommenheit kommen, was zu einer Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit oder der Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen führen kann."

Wir bitten um die Fortführung einer adäquaten Lokalthherapie mit einer intensiven rückfettenden Pflege sowie die mittelfristige Anwendung von niedrig- bis mittelpotenten Glukokortikosteroiden. In der Folge empfehlen wir eine Intervalltherapie mit Glukokortikoiden 2x/Woche bzw. die Einleitung einer proaktiven Therapie mit Calcineurininhibitoren (z.B. nach obigem Schema). Dabei sollte auf einen hinreichenden Lichtschutz geachtet werden. Ein Behandlungsplan zur topischen Therapie wurde dem Patienten ausgehändigt.

Nebenbefundlich stellten wir den Verdacht auf ein Basalzellkarzinom sternal links. Ihr freundliches Einverständnis vorausgesetzt, vereinbarten wir einen Termin in unserer prä-operativen Sprechstunde für den 19.09.2023 um 09:00 Uhr (Haus 82, EG, Tel.: 0351/458-12232, bitte mit Einweisungsschein und Chipkarte). Bitte zuvor Anmeldung über die zentrale Patientenaufnahme in Haus 76. Dem Patienten würde ein Schreiben mit weiteren Details diesbezüglich ausgehändigt.

Wir entließen den Patienten mit deutlich gebessertem Hautbefund und in gutem Allgemeinzustand in Ihre ambulante Weiterbehandlung. Bei evtl. Rückfragen stehen wir telefonisch gern zur Verfügung.

Zusammenfassung

- Fortführung einer adäquaten Lokalthherapie nach oben genanntem Schema im ambulanten Setting
- Kontrolle der Lymphknoten mittels Sonografie im Verlauf
- Engmaschige nephrologische Vorstellung
- Termin in unserer prä-operativen Sprechstunde für den 19.09.2023 um 09:00 Uhr (Haus 82, EG, Tel.: 0351/458-12232, bitte mit Einweisungsschein und Chipkarte); zuvor Anmeldung über die zentrale Patientenaufnahme in Haus 76

Mit freundlichen Grüßen