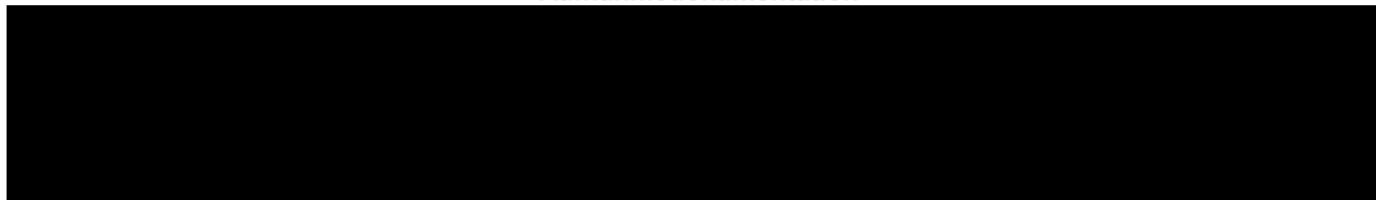


Pat.: [REDACTED]

Fall: [REDACTED]

Geb.Dat.: [REDACTED].1966, M

### Aufnahmedokumentation



Behandlung von 02.01.2024 bis

#### Vitalparameter

RR: /

#### Diagnosen

##### Aktuell:

##### \* Erstdiagnose HCC 03/2024

- KM-Sono 05.02: dringend HCC suspekter Herd Segment VI
- Staging CT 28.02.24: Verdächtig auf atypisches HCC
- KM-Sonografie und Punktion 20.03.24: hochdifferenziertes hepatozelluläres Karzinom (Grad 1 nach WHO)

##### \* Lungenarterienembolie links hilär sowie isolierte distale tiefe Beinvenenthrombose rechts, ED 29.02.2024

- Genese a. e. paraneoplastisch atypischem HCC
- aktuell (11.03.): keine TVT nachweisbar
- Antikoagulation: halbtherapeutische Dosis bei Thrombozytopenie und Leberzirrhose CHILD B und bekannten Ösophagusvarizen -> **Clexane 4000 IE s. c. 2x täglich**

##### \* Leberzirrhose CHILD B (aktuell 9 Pkt., 02/24)

##### a. e. bei NASH und Z. n. Hepatitis C, spontan ausgeheilt (Hep. C PCR 01/2022 negativ)

- chron. Pfortaderverschluss, partieller Verschluss VMS
- Splenomegalie
- Panzytopenie
- ausgeprägte Umgehungskreisläufe (Fundus- und Ösophagusvarizen)
  - \* Obere Gastrointestinale Blutung 11/2018, Ulcus im Ösophagus, Ösophagusvarizen Grad II
  - \* **Ligaturtherapie der Ösophagusvarizen II° 03/2019**
  - \* 08/2021: Ösophagusvarizen Grad I, keine Blutungszeichen.
  - \* 09/2022: Ösophagusvarizen Grad I, Isolierte gastrische Varizen Typ I, keine Blutungszeichen, portalhypertensive Gastropathie
- **Milz-Arterie-Coiling bei rezidiv. hepatischen Enzephalopathien und GIB (03/2019)**
- Z. n. rezidivierenden hepatischen Enzephalopathien (Grad II)

##### \* Antrumgastritis 09/2022

- Pathologie 05.09.2022: HP positiv

##### \* Erstdiagnose Diabetes mellitus, Typ II 18.07.2022

- HbA1C 28.11.2022: 4,8 %
- Insulintherapie

##### weitere Diagnosen:

- Z.n. epileptischem Krampfanfall bei Hypoglykämie 04/23
- Nachweis 3 MRGN rektal 04/23
- serologisch Z.n. Hepatitis A, B und E
- Ulcus duodeni 07/2018 (KH [REDACTED]) und 09/2020
- Cholezystolithiasis
- Hypothyreose
- Z. n. traumatischer Schulter-/Armschädigung rechts mit Schulterluxation, Armdeformierung, Teilamputation d2 rechts
- Nebenmilzen

- **Allergie: Penicillin**

Diagnostik:

Sonographie Abdomen 08.01.2019

Vollbild der Leberzirrhose mit Umgehungskreisläufen. Vollständige Pfortaderthrombose. VMS-Thrombose.

Cholezystolithiasis. Splenomegalie. Zwei Nebenmilzen.

Sonographie Leber 02.07.2019

Leber: Mäßig beurteilbar. Vollbild der Leberzirrhose mit stark vergrößertem Parenchym und welliger Oberfläche.

Bekannte Pfortaderthrombose. Kein Anhalt für HCC.

Sonographie Milz 02.07.2019

Milz: Organ gut beurteilbar. mit 170x66 mm vergrößert (eher progredient imVgl. zum VB (von Sono: 153x59 mm; CT ca. 140 mm CC)) und homogen. Splenorealer Shunt. 2 Nebenmilzen mit 30x26 und 16x12 mm. Nach Applikation von insgesamt 1.5 ml Sonovue kontrastiert die Milz komplett und homogen ohne Kontrastaussparungen.

ÖGD vom 19.09.2019:

Gutes Ergebnis nach Varizenligatur. Ösophagusvarizen Grad I im mittleren Ösophagusdrittel.. Portal-hypertensive Gastropathie

Kommentar und Empfehlung: Kontroll-ÖGD in einem Jahr.

Sonographie Leber 14.04.2020:

Vollbild der Leberzirrhose mit Umgehungskreisläufen. Pfortader nicht abgrenzbar, a.e. im Rahmen der bekannten vollständigen Pfortaderthrombose. Cholezystolithiasis.

Bei stark eingeschränkten Untersuchungsbedingungen kein Anhalt für HCC. Minimal Aszites im rechten Unterbauch.

ÖGD 03.09.2020:

Bekannte Ösophagusvarizen Grad I. Isolierte gastrische Varizen Typ I. Bekannte portal-hypertensive Gastropathie. Ulkus Forrest III und einzelne fibrin- und hämatinbelegte sowie flache Erosionen im Bulbus duodeni, keine Blutungszeichen.

Sonographie Leber 06.10.2020:

Stabiler Befund im Vergleich zur Voruntersuchung. Vollbild der Leberzirrhose mit Umgehungskreisläufen. Pfortader nicht abgrenzbar, a.e. im Rahmen der bekannten vollständigen Pfortaderthrombose. Cholezystolithiasis. Bei eingeschränkten Untersuchungsbedingungen kein Anhalt für HCC.

Sonographie Abdomen 19.04.2021

Vollbild der Leberzirrhose mit Splenomegalie. Kein Aszites. Kein Fluss über der Pfortader. Keine fokalen Läsionen in der Leber abgrenzbar.

NB: 2 Nebenmilzen. Cholezystolithiasis.

Empfehlung: Insgesamt bei sehr grobkörnigem, inhomogenem Parenchym deutlich erschwerter, sonographischer HCC-Ausschluss. Empfehlung zur abwechselnden Zweitbildgebung (bspw. MRT-Leber).

ÖGD vom 30.08.2021:

Bekannte Ösophagusvarizen Grad I, keine Blutungszeichen. Bekannte portal-hypertensive Gastropathie.

Kommentar und Empfehlung

Kontrolle in einem Jahr.

CT Oberbauch 15.10.2021

1. Leberzirrhose mit venösen Umgehungskreisläufen im Oberbauch. Konstanter vollständiger Verschluss der Pfortader mit ausgeprägten Varizen paraösophageal / perisplenal. Kein Anhalt für ein HCC.

2. Z.n. Coilembolisation einer Milzarterie. Kein Nachweis eines Perfusionsdefizits.

3. Cholezystolithiasis ohne Zeichen der Cholecystitis.

EKG vom 10.01.2022:

Sinusrhythmus, HF 61/min, Indifferenztyp. Zeiten in der Norm (QTc 416 ms). Keine Blockbilder. Regelmäßige R-Progression über der Vorderwand. R/S-Umschlag in V3. Keine relevanten Erregungsrückbildungsstörungen.

Sonographie Leber vom 25.04.2022

Im B-Bild keine intrahepatische Raumforderung abgrenzbar. Kein Aszites.

ÖGD vom 05.09.2022

Bekannte Ösophagusvarizen Grad I, keine Blutungszeichen.

Bekannte portal-hypertensive Gastropathie.

Isolierte gastrische Varizen Typ I

Antrumgastritis

Histo: **Helicobacter positiv**

CT 07.11.2022

1. CT-morphologisch, kein Anhalt für ein hepatozelluläres Karzinom.

2. Im Vergleich zum 05.10.2021 konstantes Bild einer ausgeprägten Leberzirrhose bei Z.n. Hepatitis B/C mit ausgeprägten Umgehungskreisläufen (Fundus- und Ösophagusvarizen). Chronischer Pfortaderverschluss. Splenomegalie.

3. Cholezystolithiasis.

Sonografie 27.02.23

Vollbild Leberzirrhose, keine Läsionen, Splenomegalie

CT Abdomen 07/2023

1. Kein Anhalt für ein hepatozelluläres Karzinom.
2. Zur Voruntersuchung konstantes Bild einer ausgeprägten Leberzirrhose mit ausgeprägten Umgehungskreisläufen (Fundus- und Ösophagusvarizen). Kein Aszites.
3. Chronischer Pfortaderverschluss. Splenomegalie. Cholecystolithiasis ohne Anhalt für Cholecystitis.

ÖGD 12.12.2023

Bekannte Ösophagusvarizen Grad I ohne Blutungszeichen (keine red spots). V. a. portal-hypertensive Gastropathie. Pangastritis.

Kommentar und Empfehlung

Prüfen, ob H.p. Eradikation erfolgt ist. H.p. Antigen-Test im Stuhl. PPI in Standarddosis für 8 Wochen, danach in halber Standarddosis für weitere 8 Wochen.

Sonografie 08.01.2024

**Leber:** In Linksseitenlage ausreichend beurteilbar. Organ plump mit welliger Kontur. Oberfläche höckrig. Das Parenchym ist sehr inhomogen und grobknotig verdichtet. Gefäßrarefizierung, wie im Vorbefund bereits geschrieben ist die Pfortader im B-Bild nicht abgrenzbar. In Seg. VI findet sich eine 23 x 13 mm große echoarme Läsion, welche die Leberkapsel aufwirft. Kein Aszites.

Vollbild der Leberzirrhose ohne Aszites. Neu aufgetretene Raumforderung in Seg. VI.

**KM-Sonografie 05.02.2024:**

Eine echoarme, rundliche Läsion in Seg. VI subkapsulär, die die Leberkontur vorwölbt und hochgradig suspekt erscheint. Nach KM-Gabe eine irreguläre Hyperkontrastierung in der arteriellen Phase und portal-venös dann Isokontrastierung. Erst sehr spät ab 3,5 min p.i. beginnt ein zunehmendes KM-Auswaschen.

**Beurteilung: Ein neuer Leberherd in Seg. VI mit dringend HCC-suspektem KM-Verhalten.**

#### Anamnese

Erstvorstellung über [REDACTED] bei Leberzirrhose auf Boden einer unbehandelten Hep C mit Frage nach TIPPS. Dolmetscher und Ehefrau anwesend.

Lt. ext. Unterlagen Ansteckung via Transfusion bei Arm-OP aufgrund von Explosionsverletzung vor mehreren Jahren. Lt. lokalen Ärzten nur Leber-Tx mgl., welcher sich der Pat. nicht leisten konnte.

Aktuell bestehe Schwindel nach dem Aufstehen, rechtseitig OB-Schmerzen nach dem Essen, sei vor 3 Wochen wegen Blutung bei Husten in ext. KHaus gewesen (Ulcus im Ösophagus, Varizen Grad II). Keine psychischen Probleme bisher. Lt. Ehefrau seit 5 Monaten zunehmende Vergesslichkeit, Desorientiertheit. Kontrolle ZOP via Dolmetscher: sei nur zur Person orientiert. KG aktuell 80kg, lt. Ehefrau eher abgenommen, kein Fieber, schwitze insgesamt viel (fraglich Nachtschweiß). Medikamente wie EN-Brief [REDACTED] aktuell. Keine Blutverdünnung bisher. Bisher keine Hep C-Therapie, kein IFN. Medikamente werden regelmäßig eingenommen.

SA: aus Afghanistan (Sprache: persisch), seit 7 Mon in Deutschland, aktuell keine Aufenthaltsgenehmigung bekommen, Anwalt wolle in Revision gehen, keine Krankenkasse aktuell; verheiratet, 5 Kinder, seit 7.7.18 in Deutschland, 3x tgl. PD zur Medigabe

**Allergie:** Penicillin

**Ernährung:** ☐ Screening Mangelernährung ☒ aktuell nicht indiziert, auf Grund

Best supportiv care

#### Status

Allgemein: AZ leicht reduziert. EZ gut.

Haut: Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet, Hautturgor trocken, gräuliches Hautkolorit

Thorax: symmetrisch freibeweglich Pulmo: sonorer Klopfschall bds., Atemgeräusch vesikulär, seitengleich belüftet, keine Nebengeräusche.

Cor: Herztöne rein, kein Geräusch.

Abdomen: weich, keine AWS, leichter Druckschmerz im re. UB, keine Resistenzen. Leber nicht palpabel. Milz nicht palpabel.

Peristaltik regelrecht. Nierenlager ohne Klopfschmerz. Keine Hernien sichtbar Rektale Untersuchung: nicht durchgeführt.

Extremitäten: frei beweglich, leichte Unterschenkelödeme, keine Umfangsdifferenz, keine Rötung oder Schwellung. keine thrombosetypischen Druckschmerzen.

Wirbelsäule: kein KS.

ZNS: V.a. Hepatische Enzephalopathie, nur zur Person orientiert

Gewicht:

07/2019: 85,6 kg, keine US-Ödeme, Sono gibt k.A. für Aszites

09/19: 88,5kg, US bds. mit ATS, schlank, klinisch k.A. für ausgeprägten Aszites eher adipös

**Vormedikation**

Medikament	Wirkstoff	Applikation / Stärke	F	M	A	N	Bed.	Bemerkung
Spironolacton 100 Heumann, Tabletten	Spironolacton (100 mg)		1	0	0			
Furosemid 40 - 1 A Pharma®, Tbl.	Furosemid (40 mg)		1	0	0			
L-Thyroxin Aristo® 25 µg Tabletten	Levothyroxin natrium (25 µg)		1	0	0			30 Minuten vor dem Essen
Xifaxan® 550 mg, Filmtabletten	Rifaximin (550 mg)		1	0	1			
Hepa-Merz® Granulat 6000	Ornithin aspartat (6 g)		1	1	1			
Bifiteral® 667 g/l, Sirup	Lactulose (3,3 g)		40	40	30			erhöht
Macrogol-ratiopharm® Balance Pulv. zur Herstell. einer Lösung zum Einnehmen	Kaliumchlorid~Natriumhydrogencarbonat~Natriumchlorid~Macrogol 3350		1	1	1			erhöht Ziel 2-3xtgl. Stuhlgang
Jardiance® 10 mg Filmtabletten	Empagliflozin	p.o.	1	0	0			
Dekristol® 20 000 I.E. Weichkapseln	Colecalciferol, ölige Lösungen	p.o.						neu ab 11/2022, 2x Woche
Insulin human 300 IE/3ml Injektionslösung		s.c.	4	4	4			IE, nach BZ
Carvedilol HEXAL® 6,25 mg Tabletten	Carvedilol		1	0	0			neu, bei Ösophagusvarizen
Pylera 140 mg/125 mg/125 mg 2care4 Hartkapseln	Metronidazol~Tetracyclin hydrochlorid~Citronensäure, Bismut-Kalium-Salz (2:1:5) x Wasser		3	3	3	3		neu, HP-Eradikation
OMEPRAZOL BASICS 20 mg Hartkapseln	Omeprazol		1	0	1	0		neu, 1-0-1 für 8 Wochen, danach 1-0-0

#### Therapie und Verlauf

08.01.2019 ( ): Erläuterung Ansteckungsgefahr, Untersuchung Familie via HA, HIV-Aufklärung in Anwesenheit der Ehefrau erfolgt, **CD mit CT-Befunden aus**  **wird durch Ehefrau organisiert**

**Nachtrag:**  **zeitnahe stationäre Aufnahme zur Klärung Therapieoptionen (ggf. inkl. CT mit Frage nach Shunts, die ggf. verschlossen werden könnten zur Minderung der HE), Anfrage KÜ über**  **gestellt**

Nachtrag bei Ammoniak 133 HepaMERz und Bifiteral erhöht, schriftliche Info an Pat. erfolgt

02.07.2019 ( ): mit Dolmetscher, aktuell keine Beschwerden, habe vor 2 Monaten Blut im Stuhl gehabt > stationär KH Kolo gemacht, Befunde unklar, EN-Brief liegt nicht vor > nachfordern, ZOP via Dolmetscher kontrolliert (voll orientiert), keine HE-Episoden aber klagt über Vergesslichkeit, Medis regelmäßig eingenommen, Medis anhand vorgelegtem Mediplan aktualisiert, KG subjektiv zugenommen, habe keine Waage > regelmäßige KG-Kontrolle empfohlen

01.10.2019 ( ): mit Dolmetscherin, seit 3 Monaten Schwindel/schwarz werden vor den Augen wenn er aufstehe, aufgrunddessen sei er bereits häufiger gestürzt aber ohne Bewusstlosigkeit, bisher nicht beim HA/im Krankenhaus gewesen deswegen, außerdem dauerhaftes unangenehmes Wärmegefühl in beiden Beinen und im Kopf, kein Schmerzen, keine Blutungszeichen, Gewicht? - unklar, habe keine Waage, bei uns 88,5kg > seit 07/19 ca. 3 kg zugenommen, habe normal gegessen, 1,5l/Tag TM, Alkohol verneint, Medis regelmäßig eingenommen, AT-Strümpfe regelmäßig getragen, ÖGD im Sept. mit gutem Ergebnis nach Ligatur, Ösophagusvarizen Grad I im mittleren Ösophagusdrittel, Kontrolle nächstes Jahr, Befund KH 05/19 beschreibt nur Erysipel, keine Kolo; P: RR+HF heute, Anpassung RR-Medi nach Werten, ggf. kardiologische Diagnostik via HA

07.01.2020 ( ): mit Dolmetscher, subj. gut., Schwindel beim Betten beim schnellen Aufstehen -> Betten nur im Sitzen! seit ein paar Tagen Übelkeit. Das passiert ab und zu. Vom Konzentration deutlich besser seit der Coiling. keine HE. Stuhlgang 3-4 tgl., weich. keine Blutungszeichen. Eisen Rezept vom 10/2019 nicht angekommen -> neu rezeptiert. Sono heute

geplant.

14.04.2020 ( ): mit Dolmetscher, subj. gut, Blut Auflagerung auf dem Stuhl vom 01. bis 03.04. aktuell kein Blut mehr. Stuhlgang aktuell unauffällig und weich. 2xtgl. Keine HE-Zeichen.  
Eisen angeblich eingenommen. klinisch eher euvoäm, Pat- fragt ob ein Auslassversuch auf Kompressionstrumen möglich wäre -> 1 Woche Probe ohne.  
Pat. klagte über Impotenz -> bei aktuell gutem Volumenzustand, kein Aszites, Propranolol reduziert.

21.07.2020 ( ) mit Dolmetscher, Pat. sehr zufrieden. Keine Blutung, SG 2-3xtgl., keine ausgeprägten HE Zeichen, allgemein deutlich besser seit dem er bei uns in Behandlung ist. Aktuell besucht er Deutschkurs!  
aktuell euvoäm. Impotenz besser unter kleinerer Dosis von Obsidan.

06.10.2020 ( ) mit Dolmetscher: Pat. klagt über abendliche Brennen in beiden Füßen, RLS unwahrscheinlich da wenn er schläft merke er nichts mehr! , keine Ödeme/Aszites, Pat. habe 3-4 Kg abgenommen, trinke wenig (1L) -> 1,5 L Tm tgl. / Furosemid von 60 mg tgl auf 40mg tgl. reduziert. keine HE Zeichen (vor der Coiling Verlangsamung oder Schläfrigkeit, Ehefrau dabei).

Sono heute 13 Uhr

ÖGD 03.09.2020:

Bekannte Ösophagusvarizen Grad I.

Isolierte gastrische Varizen Typ I

Bekannte portal-hypertensive Gastropathie.

**Ulcer Forrest III und einzelne fibrin- und hämatinbelegte sowie flache Erosionen** im Bulbus duodeni, keine Blutungszeichen.

-> Esomeprazol 20 mg rezeptiert

Nachtrag: Labor Ammoniak 193 aber keine klinische Korrelation, maxim. HE Therapie drin.

Sono ohne neue Aspekte.

18.01.2021 ( ) mit Dolmetscherin: subj., gut, keine Ödeme, Gewichtszunahme unter weniger Bewegung (wegen Corona). SG keine Probleme, keine HE-Zeichen, keine Blutungszeichen. Pat. auf Spätschick hingewiesen.

**Nachtrag: Tz 38, Quick 56% -> RS an Zahnklinik ( ): 2 TKs periinterventionell empfohlen. -> Pat. wird zu Aufklärungsgespräch am 19.04. 15 Uhr (nach der WV bei uns) bestellt.**

Bei WV am 19.04. einen kleinen Freitext über die Empfehlung wegen Gerinnung mitgeben (ggf. Rotem mit abnehmen und RS Berning). Die Schwester in MKG kümmert sich wegen RS mit Häma Ambulanz wegen ambulanter Transfusion perioperativ.

19.04.2021 ( ) mit Dolmetscherin, AZ mäßig, aktuell keine Schmerzen, Stuhlgang ist sehr fest. Bei starkem Pressen etwas Blut dabei. Anscheinend Bifiteral aufgebraucht und keine neues Rezept über HA erhalten (?). Behandlung in Zahnklinik bereits erfolgt. Pat. fährt mit Sachsenticket alles sehr schwierig bezüglich Terminvergabe und Fahrtkosten. Pat. wünscht Behinderungsausweis. Pat. wünscht Schreiben, dass Umzug ( ) notwendig ist. Pat. lebt in ( ) Involvement Sozialdienst möglich?

19.07.2021 ( ) Befinden gut, keine Bauchschmerzen, keine Probleme mit dem Stuhlgang, etwas an Gewicht zugenommen, Bauchumfang etwas mehr. Gewicht war 85kg, jetzt 90 kg, seit ca. 12 Monaten. Keine Schmerzen beim Wasserlassen, Urin reicht unangenehm, wäre morgens teils blutig, seit 5 Monaten bereits. Keine Ödeme. Epikrise ( ) Pat. hat bereits in der Vergangenheit MRT-Untersuchungen gehabt, keine Metallsplitters oder ähnliches.

Nachtrag: Urinstreifentest unauffällig. Planung ÖGD und MR Leber.

30.08.2021 ( ): Info von Endoskopie über Foetor ex ore mit V.a. C2-Abusus, bei nächster WV ETG i. Urin. Nochmal Reevaluation bzgl. Kontrollintervall der Varizen laut Leitlinie. Dolmetscher auch beim MRT mgl.?

11.10.2021 ( ) Befinden gut, keine Wassereinlagerungen, einmalig a.e. vasovagale Synkope, sonst kein Anhalt für HE. Dolmetscher zum MRT. Pat. hat bereits in der Vergangenheit MRT-Untersuchungen gehabt, keine Metallsplitters oder ähnliches.

10.01.22 ( ) Befinden gut. Einmalig Übelkeit und Bauchschmerzen am 31.12.21. Klinisch keine Blutungszeichen. Stuhlgang schwarz seit Eiseneinnahme. Brennende Schmerzen retrosternal seit Ende Dezember, verstärkt im Liegen. Jedoch auch belastungsabhängig soweit zu Erueien (Treppensteigen verursacht starke Probleme). Am 31.12. auch Dyspnoe. Keine peripheren Ödeme bemerkt. Gewicht stabil (aktuell 88,3 kg, zuvor anamnestisch 91 kg). Keine Anzeichen für HE. Appetit normal. Medikamenteneinnahme regelmäßig. Kein Nikotinkonsum. Kein Alkoholkonsum.

Status: Herztöne rein, rhythmisch. Klinisch kein Anhalt für Aszites, epigastrische Druckdolenz. Adipositas. EKG unauffällig.

Labor: Ammoniak 130, jedoch klinisch keine HE, sonst stabile Befunde

Procedere: Steigerung Nexium besprochen, ambulante kardiologische Vorstellung zum Ausschluss Angina pectoris. WV ggf. vorzeitig wenn Beschwerden nicht gebessert.

25.04.2022 [REDACTED] Befinden leicht reduziert. Kein Aszites. Gewicht 82 kg, fallend in 3 Monaten um 9 kg (esse aber auch weniger, kein richtige Diät). Trinkmenge 3 L/Tag, bei gesteigerten Durstgefühl. Kein Alkoholkonsum. Stuhlgang eher zu fest aber täglich. Keine Blutungszeichen. Schwarzer Stuhlgang bei Eisentherapie. Heute kein klarer Anhalt für HE, in der Vergangenheit schwer zu eruieren aber dauerhafte Müdigkeit. Seit Kurzem berichtet der Patient über Schwindel. Kardiologie letzte Woche, dort habe er einen Brief erhalten. Genauere Befunde habe er nicht --> soll diesen mitbringen. Medis abgeglichen, werden anamnestisch regelmäßig eingenommen. Sono besprochen. MRT nicht möglich aufgrund Metallteil im Körper (Kriegsverletzung ?), daher CT angemeldet.

**P: nächster Termin nur klinische Kontrolle ÖGD und Kolo aufklären. In 6 Monaten CT**

18.07.2022 [REDACTED] Befinden gut. Hohes Durstgefühl, trinkt 3-4l/Tag. Kein Aszites, keine peripheren Ödeme. Dranginkontinenz. Brennen in den Füßen, vom Knie bis unten. Gewicht 76 kg, weiter fallend, Ursprungsgewicht 91 kg. Weiterhin Gewichtsverlust, dieser ist aber gewollt. Appetit gut, er möchte Gewicht abnehmen. Stuhlgang hart, 1xtgl. Keine Blutungszeichen. Kardiologische Vorstellung wohl erfolgt, aber kein Befund dabei.  
P: ÖGD geplant, WV nach CT. Eisen beendet bei zuletzt mehrfach erhöhter Transferrin-Sättigung. Pat. äußert immer diffuse Beschwerden, nochmals edukatives Gespräch über Lebererkrankung und Verhaltensweisen (auf Stuhlgang achten, eiweißreiche Kost, Spätstück), insgesamt aber v.a. mangelnde Therapieadhärenz. Kommunikation auch mit Dolmetscher nicht immer einfach. Pat. benötigt zu jedem Vorstellungstermin alle Medikamente (auch die nicht gastroenterologischen), insgesamt fraglich ob Medis eingenommen werden. Da nur 1xtgl. Stuhlgang Macrogol ergänzt.

28.11.2022 [REDACTED] Vorstellung mit Dolmetscherin und Ehefrau, Befinden in Ordnung, Gewicht schwankt um 85 kg, Stuhlgang 2-3x am Tag, laut Ehefrau sei er recht vergesslich und schläfrig, kein Hinweis auf Aszites, die Beine seien ab und zu geschwollen tagsüber, hat Kribbeln in den Füßen und Kälteempfinden in den Oberschenkeln, soll sich einmal beim Angiologen/Neurologen vorstellen mit ÜW von [REDACTED] Medikamentenplan von 10/2022 mitgebracht, Pflege und Insulinspritzen übernimmt die Ehefrau, Zuckerwerte aktuell in Ordnung, in ÖGD 09/22 Antrumgastritis mit HP Nachweis, aktuell keine Eradikation gewünscht, im CT Abdomen 11/22 kein Hinweis für HCC  
Nachtrag: sehr niedriger Vitamin D Spiegel, Rezept Dekrisol 20 000 IE versendet

27.02.2023 [REDACTED] Vorstellung mit Dolmetscherin und Ehefrau, Befinden sei in Ordnung. Gibt jedoch zunehmend Schwindel mit Sturzneigung an sowie Vergesslichkeit, er würde beim Sturz nicht das Bewusstsein verlieren aber habe keine Kontrolle über den Körper, fremdanamnestisch kein Krampfanfall. Im Januar sei er in der Nacht gestürzt und der Notarzt habe kommen müssen, dieser habe dem Patienten eine Spritze gegeben und Tee mit Honig, was gespritzt wurde wissen sie aber nicht und haben auch keinen Befund mit... mutmaßlich Hypoglykämie? im Blutzuckerheft Glukosewerte v. 6-8 mmol/l, soll jetzt auch in der Nacht messen und ein Spätstück essen. Weiterhin Brennen in den Füßen a.e. neuropathisch, bisher kein Neurologe aufgesucht, wird nochmal empfohlen. Aktuelles Gewicht: 85,8 kg, kein Ikterus, Trinkmenge 2l, Blutungszeichen keine, Stuhlgang 2-3x am Tag breiig. Befund Sono heute: Vollbild der Leberzirrhose ohne Aszites oder b-bildsonographisch abgrenzbare Läsionen. Splenomegalie. Proc: PPI halbiert. Beim nächsten Termin Planung ÖGD bei Ösophagusvarizen, ggf. nochmal Prüfen ob jährliches + Intervall sowie Planung CT zum HCC Screening. Nachtrag: Ammoniak im Vergleich zu den Vorwerten gesunken, sonstiges Labor stabil, Vit D suffizient angestiegen.

03.07.2023 [REDACTED] Vorstellung mit Dolmetscherin und Ehefrau, sehr schwierige Anamnese. Befinden sei eingeschränkt. Stuhlgang fest, keine Blutungszeichen. Gewicht: 81,3 kg. Mache "Sport" = häufige Spaziergänge mit Sohn. Sei sehr vergesslich. Weiterhin rez. Stürze laut Patient. Habe seit dem Wochenende Schüttelfrost sowie blutigen Urin bemerkt, war noch nicht beim Hausarzt. Sei kurz nach letztem Ambulanztermin 2 Wochen stationär im KH [REDACTED] gewesen (1 Woche Intensivstation?), können nicht mehr dazu sagen, haben keine Brief dabei. EN war wohl 03/2023. CT zum HCC Screening angemeldet. Planung ÖGD Varizenkontrolle beim nächsten Mal nach Eingang des Briefs vom letzten stationären Aufenthalt in [REDACTED] Proc: Urindiagnostik, BE, WV in 3 Monaten. Nachtrag: im Labor fortschreitende Thrombozytopenie, Leukozytopenie, CRP/PCT normal. Dolmetscherin angerufen, [REDACTED] soll sich bei [REDACTED] vorstellen zur Kontrolle (Virusinfekt?) und Fax an [REDACTED] gesendet mit Befunden

09.10.2023 [REDACTED] Vorstellung mit Dolmetscher und Ehefrau.  
Anamnese trotz Dolmetscher erschwert, Befinden: gibt vorbekannten Schwindel und Schwäche an, sei weiterhin vergesslich; klin. soweit beurteilbar milde HE (vorbekannte Konz./Gedächtnisprobleme); keine rel. Veränderung; Stuhlgang aktuell 3-4x/Tag eher breiig bis flüssig, keine Blutungszeichen; auf Nachfrage sei der Urin am morgen rötlich, Diurese sei bei 8-9/Tag; Bifi und Movicol werden rgm. eingenommen; Gewicht: 76kg;  
- keine erneute Vorstellung beim Hausarzt [REDACTED] erfolgt - Hausarzt sei wohl wdh. nicht da, daher gehe er nur für Überweisungen dort hin.  
- Brief aus [REDACTED] erhalten -> epileptischer Anfall bei Hypoglykämie, keine neurologische Weiterbetreuung bisher (sei dem Pat. nicht mitgeteilt wurden);  
- CT besprochen (kein Hinweis auf HCC). Aufklärung ÖGD+Sedierung erfolgt, Pat. stimmt zu.  
- Mediplan anbei (leider nicht eingescannt)  
Nachtrag: Labor -> Hb stabil, Leukos 4,7; Thr 38, kein CRP, Niere stabil; Bili gestiegen auf 50, Ammoniak bei 137mmol/l -> klin. kein Hinweis auf akute Verschlechterung einer HE DD Analytikproblem; U-Status: Nachweis Nitrit-pos. HWI -> Empfehlung antibiot. Therapie; Info via Dolmetscherin, dass sich Pat. beim HA vorstellen soll zum Beginn der Antibiose +



Kontrolle HWI und Ammoniakspiegel; + Brief an Hausärztin. It. Dolmetscherin wohl wdhl. Probleme bei Hausärztin bzgl. Laborkontrollen etc., bei letzter Kontrolle sei Hausärztin nicht informiert gewesen (nach RS hatte [REDACTED] tel. informiert)

08.01.2024 [REDACTED] Vorstellung mit Dolmetscher und Ehefrau. Befinden soweit gut, Gewicht: 77 kg stabil. keine Ödeme, kein Aszites. weiterhin viel Schwindel, Verwirrtheit laut Patient. Bisher kein Neurologe / Angiologe aufgesucht. Befund Sono: Neu aufgetretene Raumforderung in Seg. VI. Proc: HP Eradikation Pylora, Umstellung Propanolol auf Carvedilol, dann keine jährliche ÖGD notwendig, KM Sono der Leber

05.02.2024 [REDACTED] Fallbesprechung nach KM-Sono. Hier dringender HCC Verdacht. Bei ecog 3, child B (9) und schwerer HE limitierte therapieoptionen. zunächst CT TAB zum staging, im anschluss termin ambulanzt und besprechung procedere mit dolmetscherin. Bei fortgeschr. Leberzirrhose und rezidiv. HEs sowie AZ-Beinträchtigung keine Systemtherapie / OP nach RS [REDACTED] Klärung via RAD ob RFA möglich.

28.02.2024 [REDACTED] Kommt in Beisein von Ehefrau und Dolmetscher, selbstständig mobil, ECOG 2; Befinden soweit gut, subjektiv mehr Vergesslichkeit; weiterhin viel schwindel; bisher kein neurologe aufgesucht; gewicht: 76kg; keine schmerzen, keine luftnot, kein fieber, kein nachtschweiß; CT TAB heute erfolgt. Nach RS RAD [REDACTED] in Segment 6 HCC verdächtiger Befund, jedoch nicht ganz typisches HCC Verhalten, da kein Auswaschen in ven Phase. Dennoch dringend verdächtig auf atypisches HCC. RFA prinzipiell gut möglich. Histol. Abklärung empfohlen. Patient aufgeklärt. Ist mit RFA und vorheriger sonograf. Biopsie einverstanden. Anruf RAD: im CT als Zufallsbefund LAE links peripher---> Vorstellung in KNA. [RS OA \[REDACTED\] HCC Sicherung bei Thrombozytopenie und entgl. Gerinnung stationär und nicht tagesklinisch --> Info ad \[REDACTED\] zur Umplanung erfolgt.](#)

Zischenstand 26.03.2024: Diagnose HCC histologisch gesichert nach Punktion. Zudem gesicherte LAE/TVT mit halbtherapeutischer AK. RS OA [REDACTED] erfolgt: Vorstellung Tumorboard. Je nach Größe Diskussion RFA (laut Radiologie prinzipiell gut möglich) vs. BSC. Bei fortgeschrittener Leberzirrhose Systemtherapie keine Option. Zuletzt CHILD B (8 Pkt.).

08.04.2024 [REDACTED]

#### MEMO:

- Brief an Hausärztin, will keine Überweisung ausstellen??
- jährliche ÖGD bei Ösophagusvarizen - nächste 12/2024 ??
- Abwechselnde Bildgebung aller 6 Monate: CT (zuletzt 07/2023 -> 07/24), Sono (zuletzt 02/2023 -> 01/24)

#### Behandlungsplan und Procedere

08.01.2019 [REDACTED] BE inkl. Ammoniak (gekühlt!) + ETG i.U. + HIV, bitte AB einscannen und Kopie ad Patient, WV in 6 Wochen + Dolmetscher für Klärung weiteres Proc und ggf. Therapiebeginn, bitte Befund einscannen

02.07.2019 [REDACTED] BE inkl. Ammoniak (gekühlt!), WV in 3 Mo, bitte EV zum Datenaustausch mit KH [REDACTED] unterschreiben lassen und EN-Brief von 05/19 anfordern, Mediplan kopieren und in mein Fach bitte

01.10.2019 [REDACTED] BE, ETG i.U., WV in 3 Monaten mit Sono mit DM, bitte heute RR + HF

07.01.2020: BE (Hep C Verlauf + Gerinnung + Albumin + Ammoniak gekühlt), ETG i.U., Sono heute, WV in 3 Monaten mit Dolmetscher

14.04.2020: BE (vorgelegt, Ammoniak gekühlt), ETG i.U., Sono heute, WV in 3 Monaten und mit Dolmetscher

21.07.2020: BE (Hep C Verlauf, Albumin, Gerinnung, Ammoniak gekühlt), ETG i.U., ÖGD 09/2020 planen, AB einscannen, WV in 3 Monaten und mit Sono / mit Dolmetscher

06.10.2020: BE (Hep C Verlauf, Albumin, Gerinnung, Thomas-Plot, Ammoniak gekühlt), Sono heute, WV in 3 Monaten / mit Dolmetscher

18.01.2021 [REDACTED] BE (angelegt), WV in 3 Monaten mit Sono/ mit Dolmetscher

19.04.2021 [REDACTED] BE plus Gerinnung und Ammoniak gekühlt!, WV in 3 Monaten mit Dolmetscher.

19.07.2021 [REDACTED]: BE plus Gerinnung und Ammoniak gekühlt!, plus Urinprobe. WV in 3 Monaten mit Dolmetscher. MRT-Leber (prästationärer Fall). ÖGD planen

11.10.2021 [REDACTED] BE, EtG i.U., bitte AV MRT, bitte Zuzahlungsbefreiung hinterlegen, WV in 3 Monaten mit Dolmetscher.

10.01.2022 [REDACTED] **Ruhe-EKG, danach nochmal in die Sprechstunde.** BE plus Gerinnung und Ammoniak gekühlt! plus Virologie plus Urinprobe. WV in 2 Monaten mit Dolmetscher und Sono

25.04.22 [REDACTED] BE + ETG i.U. + Ammoniak (**gekühlt!**) + Serologie. WV in 3 Monaten mit Dolmetscher. Bitte prästat. Fall für CT. AV an mich nach CT. Zuzahlungsbefreiung eintragen

18.07.2022 [REDACTED] citoBE + ThrombExact + ETG i.U. + HbA1c + **Ammoniak (gekühlt)**. Bitte RR/Puls messen und Doku im Orbis, WV nach CT. AV nach ÖGD. ÖGD planen.

28.11.2022 [REDACTED] BE + Ammoniak gekühlt + ETG i.U. + WV in 3-4 Monaten mit Sonografie

27.02.2023 [REDACTED] BE + Ammoniak gekühlt + WV in 4 Monaten bitte 30 Minuten einplanen + bitte Brief von Juli 22 ausdrucken und mitgeben

03.07.2023 [REDACTED] BE + Ammoniak gekühlt. Urinstix + kultur. Patient sendet Brief von stationärer Behandlung [REDACTED] bitte AV an mich. Bitte aktuellen prästat. Fall für CT. AV an mich nach CT. WV in 3 Monaten (bitte 30 Minuten einplanen), dann Planung ÖGD.

09.10.2023 [REDACTED]: BE + Ammoniak gekühlt, Urinstix + kultur, Planung ÖGD 11-12/23 (bitte Aufklärungsbögen einscannen), Av bei [REDACTED] sobald erfolgt, dann WV 01/24 mit Sono + Auswertung ÖGD. Bitte Medi-Plan einscannen. Bestätigung dass Pat zu entsprechenden Terminen hier war im Zeitraum vom 27.09.22-28.11.22  
08.01.2024 [REDACTED]: BE + Ammoniak gekühlt. Urinstix und kultur. KM Sonografie der Leber terminieren, AV wenn Untersuchung erfolgt. WV in 3-4 Monaten (bitte 30 Minuten einplanen)

28.02.2024 [REDACTED] BE + Ammoniak gekühlt. Bitte Aufklärung Leberpunktion einscannen und terminieren (RIS Antrag drin). AV sobald Histo da. WV wie geplant im April.

Datum

08.01.2024

