



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

Entlassungsbrief

Sehr geehrte Frau [REDACTED]

wir berichten über den

Patienten [REDACTED]

wohnhaft [REDACTED]

geboren am [REDACTED] 1966

Aufnahmenr. [REDACTED]

der sich in der Zeit vom 20.03.2024 bis 21.03.2024 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen: Hepatozelluläres Karzinom (Segment VI)

20.03.2024 Erstdiagnose; C22.0

Punktion Leber 20.03.24: Histologie vereinbar mit einem hochdifferenzierten
hepatozellulären Karzinom Grad 1 nach WHO

Grunderkrankung:

* **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, portal-hypertensive Gastropathie
- **Milz-Arterie-Coiling bei rezidiv. hepatischen Enzephalopathien und GIB (03/2019)**
- Z. n. rezidivierenden hepatischen Enzephalopathien (Grad II)

- Lungenarterienembolie links hilär
 - Antikoagulation Clexane 4000 IE s. c. 2x täglich
- Antrumgastritis 09/2022
 - Pathologie 05.09.2022: HP positiv
- Erstdiagnose Diabetes mellitus, Typ II 18.07.2022
 - HbA1C 28.11.2022: 4,8 %
 - Insulintherapie
- 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**

Anamnese

Aufnahme zur Leberpunktion. Pat. stabil ,keine Beschwerden. Infekt wird verneint.
Allergien: Penicillin

Klinische Befunde

Kopf/Hals:Pupillen bds, isocor, mw, direkt und indirekt lichtreagibel, MSH feucht, Zunge nicht belegt. Cor: HT rein und rhythmisch. Pulmo: seitengleiche Belüftung, VAG bds., keine Nebengeräusch. Abdomen: weich kein DS, keine AWS, keine Resistenzen, regelrechte Peristaltik. Extremitäten: keine Ödeme, pDMS intakt

Laborwerte:

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	20.3.24 07:00
Status			Endbefund
Hämoglobin i.B. (EDTA)	8,60 - 12,10	mmol/L	8.70
Hämatokrit i.B. (EDTA)	0,400 - 0,540	L/L	0.42
Leukozyten i.B. (EDTA)	3,8 - 9,8	GPt/L	3.60↓
Thrombozyten i.B. (EDTA)	150 - 400	GPt/L	38↓↓
Erythrozyten i.B. (EDTA)	4,60 - 6,20	TPt/L	4.31↓
mittl.korp.Hämogl. (MCH)	1,70 - 2,10	fmol	2.02
mittl. korp. Hb-Konz. (MCHC)	19,0 - 22,0	mmol/L	21.0
mittl.korp.Volumen (MCV)	80 - 96	fl	96
Ery-Verteil.-breite (EDTA)	11,6 - 14,4	%	14.1
Thrombozyten (ThroExact-Monov.)	150 - 400	GPt/L	40↓↓
Quick i.P.	70 - 120	%	60↓
INR i.P.	0,9 - 1,2		1.45↑
aPTT i.P.	24 - 36	s	44↑
C-reaktives Protein i.S.	< 5.0	mg/L	1.0
Glukose i.S.	4,50 - 6,00	mmol/L	* 5.97
Hämolyse-Index (Serum) H	<50(29µmol/lHb)		129↑↑
Ikterus-Index (Serum) I	<=1(17µmol/lBili)		3
Natrium i.S.	136,0 - 145,0	mmol/L	133.3↓
Kalium i.S.	3,50 - 5,10	mmol/L	* 5.21↑
Kreatinin i.S.	62 - 106	µmol/L	54↓

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	20.3.24 07:00
eGFR für Kreatinin (n.CKD-EPI)	>=90	mL/min/1,73	>90
Harnstoff i.S.	3,0 - 9,2	mmol/L	5.1
ALAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	0.54
ASAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	* 0.96↑
Gamma-GT i.S.	<1,19	µmol/(s*L)	0.42
Alkal. Phosphatase (IFCC) i.S.	0.67 - 2.17	µmol/(s*L)	2.13
LDH i.S. (IFCC)	2,25 - 3,75	µmol/(s*L)	* 6.49↑
Bilirubin (ges.) i.S.	< 21,0	µmol/L	33.0↑
Lipase i.S.	< 1,00	µmol/(s*L)	1.30↑
Thyreoeastimul. H.i.S.	0.27 - 4.20	mU/L	2.85
Albumin i.S.	35,0 - 52,0	g/L	30.0↓

Befunde

Punktion Leber, durchgeführt am 20.03.2024

Vorbekannte, subkapsuläre Leberläsion mit hochgrad. HCC Verdacht S VI zur Punktion bei Leberzirrhose.

Nach Desinfektion und lokaler Anästhesie mit 20 ml Xylocain 2 % zunächst Stichinzision rechten Oberbauch. Danach dreimalige Punktion der Raumforderung im Segment VI unter sonographischer Sicht. Es werden zwei ca. 2 cm lange Gewebezylinder gewonnen.

Unmittelbar postinterventionell kein Nachweis einer intra- oder perihepatischen Einblutung.

Fragestellung Pathologie: HCC bei bekannter Leberzirrhose.

Gesamtbeurteilung: komplikationslose Leberbiopsie.

Histologie

Institut für Pathologie vom 20.03.2024

Materialarten: Punktion Leber

Nach Untersuchung des vollständig eingebetteten Materials (1 Kapsel) mit Spezialfärbungen (Goldner, Gomori, Berliner-Blau- und PAS-Reaktion) sowie immunhistochemischen Untersuchungen (CK7, Hep-Par und CD34) entspricht der Befund einem in zwei Anteilen vorliegenden Leberstanzylinder mit Infiltration durch Anteile eines lebereigenen, gut differenzierten, solid sowie teils angedeutet azinär wachsenden Tumors, immunhistochemisch mit Expression von Hep-Par und kleinherdig schwach auch CK7 sowie mit pathologischer Kapillarisierung in der Reaktion mit CD34, somit insgesamt vereinbar mit einem hochdifferenzierten hepatozellulären Karzinom (Grad 1 nach WHO) mit auch Verlust des Retikulinfasernetzes in der Versilberung, das übrige, nur spärlich miterfasste Leberparenchym mit zirrhotischem Leberumbau sowie ohne wesentliche hepatozelluläre Verfettung, mit bis zu mäßiggradiger hepatozellulärer Siderose und ohne eindeutig nachweisbare Cholestase.

Tumorklassifikationsschlüssel (ICD-O): C 22.0

Tumorphistologieschlüssel (ICD-O): M 8170/3

Im Rahmen der Qualitätssicherung wurde nach dem sog. "Vier-Augen-Prinzip" die Tumordiagnose durch einen zweiten Facharzt bestätigt.

Verlauf

Nach Ausschluss von Kontraindikationen und erfolgter Aufklärung führten wir am 20.03.2024 die komplikationslose sonographisch gestützte Leberbiopsie durch. Präinterventionell transfundierten wir 1 Tbk.

Der anschließende Überwachungsverlauf gestaltete sich unauffällig. Insbesondere traten trotz erhöhtem Nachblutungsrisiko keine Hinweise dafür auf. Histologisch zeigte sich ein hochdifferenziertes HCC. Eine entsprechende Tumorboardvorstellung mit Planung der weiteren Behandlung über das UCC wurde veranlasst.

Herr [REDACTED] wird in stabilem Allgemeinzustand in die Häuslichkeit entlassen.

Entlassungsmedikation

Medikation

Medikament	Wirkstoff	Applikation / Stärke	F	M	A	N	Bed.	Bemerkung
------------	-----------	----------------------	---	---	---	---	------	-----------

HUMINSULIN Normal 100IE/ml KwikPen Injektionslösung	Insulin, normal (human)					nach Schema
CARVEDILOL 6,25 mg Tabletten	Carvedilol	1	0	0	0	
FUROSEMID- 40 mg Tabletten	Furosemid	1	0	0	0	
JARDIANCE 10 mg Filmdabletten	Empagliflozin	1	0	0	0	
L-THYROXIN 25 Tabletten	Levothyroxin natrium	1	0	0	0	
NEXIUM mups 20 mg magensaftresistente Tabletten	Esomeprazol hemimagnesium- 1,5-Wasser	1	0	0	0	
SPIRONOLACTON 50 mg Tabletten	Spironolacton	2	0	0	0	
XIFAXAN 550 mg Filmdabletten	Rifaximin	1	0	1	0	
Bifiteral	mL	40	30	30	0	
HEPA MERZ granulat 6000		1	1	1	0	

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>

Mit freundlichen Grüßen