



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 geehrter [REDACTED]

wir berichten über die

Patientin [REDACTED]

wohnhaft [REDACTED]

geboren am [REDACTED] 1969

Aufnahmenr. [REDACTED]

die sich in der Zeit am 19.10.2023 in unserer teilstationären Behandlung befand.

Diagnosen: Aktuell: Zwei hepatische Läsionen : 1) zentral in Seg. IVa, VIII, VII von 62 x 39 mm und 2) Seg. VII 30 x 28 mm

- ED 05/22

- in ambulanter MR-Kontrolle von 07/23: zu 1) Größenregression von 6,5 cm auf 5,5 cm, zu 2) Größenprogredienz von 1,8 cm auf 2,4 cm

- KM-Sonographie von 09/23: zu 1) Läsion mit suspektem, eindrücklichem "wasch-out"-Phänomen, zu 2) Läsion gut vereinbar mit einer FNH -> Indikation zur Punktion der Läsion 1)

- **komplikationslose CT-gestützte Punktion der Läsion 1) am 19.10.2023:**
Histologie - fokal noduläre Hyperplasie (FNH)

Anamnese

Die Vorstellung der Patientin erfolgte zur sonographischen Korrelation bei unklaren hepatischen Läsionen, die zuletzt MR-morphologisch kontrolliert wurden.

Klinische Befunde

Aufnahmestatus: Abdomen weich, kein Druckschmerz, keine Resistenz. Herz und Lunge unauffällig. Keine Dyspnoe, kreislaufstabil.

Entlassstatus: Abdomen unverändert, kreislaufstabil, Eingriff ohne Komplikationen.

Befunde

Sonographie Leber mit KM, durchgeführt am 28.09.2023 um 14:26

Befund:

In Seg. IVa, VIII, VII eine große, rundliche, echoarme, Läsion, relativ scharf abgegrenzt, keine Verkalkungen, von ca. 62 x 39 mm.

In Seg. VII eine weitere rundliche isoechogene Läsion von 30 x 28 mm.

Nach Gabe von KM zeigte sich die Läsion in Seg. VII mit einer typischen, schnellen, zentrifugalen Hyperkontrastierung. Portal-venös und spät blieb die Läsion lange isokontrastiert. Die große RF in Seg. IVa, VIII, VII zeigte ein deutlich anderes KM-Verhalten. Es zeigte sich eine schnelle Hyperkontrastierung, die jedoch keinem klaren Muster zuzuordnen war. Bereits zu Beginn der portal-venösen Phase begann ein flächiger, rasch zunehmender KM-Verlust, sodass die Läsion flächig deutlich hypokontrastiert als die Umgebung war. Keine weiteren Läsionen abgrenzbar.

Beurteilung:

Eine große zentrale RF, die ein suspektes KM-Verhalten zeigt. Aufgrund des eindrücklichen Auswaschphänomens kann Malignität nicht sicher ausgeschlossen werden.

Eine FNH in Seg. VII.

CT Biopsie/Punktion, Abdomen, durchgeführt am 19.10.2023 um 12:02

Methodik: Somatom Definition AS+, native Planungs-CT in 3 mm Schichtdicke in Rückenlage. Vor der elektiven Intervention lagen die schriftliche und mündliche Patienteneinwilligung vor.

Folgende Laborwerte lagen vor: Quick: o.B., PTT: o.B., Thrombozyten: o.B., eGFR: o.B..

Befund: Lokalanästhesie mit 10 ml Xylocitin 2%. Intervention unter den üblichen sterilen Bedingungen. Stichinzision. Fluoroskopisch gestützte Platzierung der Führungsnadel. Dann Einbringen der 18G Punktionsnadel, sodass diese mit ihrer Notch in der zu punktierenden Läsion in folgender Lokalisation endet: Raumforderung Lebersegment VIII/IV. Mehrfache Probenentnahme (4 Zylinder gewonnen). Fixierung der Proben: in Formaldehyd. Versand des Biopsiematerials an die Pathologie. Materialentfernung und Pflasterverband. Keine Komplikation in der Abschlusskontrolle.

Einzelbeurteilung: Erfolgreiche Punktion einer Läsion in folgender Lokalisation: Raumforderung Lebersegment VIII/IV.

Gesamtbeurteilung: Bitte um sonographische Kontrolle der Leber vor Entlassung.

Histologie

Pathologisch-anatomische Begutachtung

Klinische Angaben/Fragestellung:

Dignität unklare RF Lebersegment VIII/IV

Makroskopie:

Vier Punktionszylinder, zusammen 5 cm. -/scsa

Mikroskopie:

Nach vollständiger Einbettung des übersandten Leberstanzzylindermaterials und Untersuchung in zahlreichen Schnittstufen mit Sonderfärbungen (Goldener, PAS, Berliner-Blau-Reaktion, Gomori) und Anfertigung einer immunhistologischen Untersuchung (Antikörper gegen CD34) zeigen die Schnitte repräsentatives Leberstanzzylindermaterial mit erhaltener Organarchitektur. Fokal findet sich eine porto-septale Fibrose mit beginnender knotiger Abschnürung von Pseudolobuli. In den verbreiterten Septen finden sich z.T. auffällige dickwandigere Blutgefäße und reichlich Gallengangsregenerate. Außerdem zeigt sich in den Septen herdförmig eine geringgradige gemischtzellige, vorwiegend chronische Entzündungszellinfiltration. Keine Gallengangsassoziation der Entzündungsreaktion. Kein Übergreifen der Entzündungsreaktion auf das Leberparenchym. Außerdem mit einer ausgeprägten retikulären Fibrose intralobulär sowie einer etwas unregelmäßig verteilten geringgradigen, relativ feintropfigen Leberzellverfettung (ca. 25 % der Hepatozyten). Keine PAS-positiven intrazytoplasmatischen Einschlüsse. Die Eisenreaktion praktisch negativ. Keine Cholestase. Keine Atypien.

Zusammenfassende mikroskopische Beurteilung und Diagnose:

Der Befund entspricht einem mehrteiligen Leberpunktionszylinder, bei dem aufgrund der histomorphologischen Veränderungen in 1. Linie eine fokal noduläre Hyperplasie (FNH) in Betracht kommt, wobei in jedem Falle die klinisch-bildgebenden Befunde korreliert sein sollten.

Im vorliegenden Einsendungsmaterial kein Anhalt für Malignität.

Verlauf

Im Rahmen einer Kontrastmittel-gestützten Sonographie wurden die zwei ambulant vorbeschriebenen Läsionen näher untersucht. Die kleinere Läsion zeigte ein typisches Kontrastierungsmuster für eine FNH. Die größere Läsion in Seg. IVa, VIII, VII wies jedoch ein suspektes, eindrückliches "wash-out"-Phänomen auf. Daher fiel der Entscheid zur CT-gestützten Punktion der größeren Läsion bei schlechtem sonographischem Punktionsfenster.

Nach Lokalanästhesie erfolgte die komplikationslose diagnostische Punktion der größeren, zentralen Läsion. Es konnten vier Gewebezylinder (kumulativ ca. 5 cm Länge) gewonnen werden. Direkt postinterventionell bestand kein Anhalt für eine Einblutung oder sonstige Komplikation.

Die postinterventionelle Überwachung war aufgrund eines erhöhten Blutungsrisikos nach Leberpunktion bei einer stark vaskularisierten Struktur erforderlich. Diese verlief ohne Auffälligkeiten. In der sonographischen Nachkontrolle sowie Hb-Kontrolle 4 Stunden nach Punktion ergab sich ebenso kein Anhalt für eine postinterventionelle Komplikation. Die Patientin war subjektiv beschwerdefrei.

Die histologische Untersuchung der Gewebeprobe ergab eine fokal noduläre Hyperplasie ohne Hinweis auf Malignität.

Wir konnten die Patientin bei subjektivem Wohlbefinden in Ihre ambulante Weiterbehandlung entlassen.

Die Patientin hat die Informationen zum Entlassmanagement erhalten und mit ihrer Unterschrift eingewilligt. Der Ablauf der Untersuchung und das weitere Prozedere nach der Untersuchung wurde mit der Patientin besprochen. Die Patientin wurde über mögliche Komplikationen und deren klinisches Bild informiert.

Eine Befundbesprechung mit der Patientin ist erfolgt.

Trotz des positiven histologischen Befundes wurde aufgrund der suspekten bildgebenden Befunde der größeren Läsion der Patientencasus interdisziplinär im Tumorboard besprochen. Wir empfehlen eine Primovist-MR der Leber zur Verlaufskontrolle. Die Patientin wird über den Termin postalisch informiert. Anschließend ist die Befundbesprechung im UCC der Uniklinik Dresden geplant. Auch diesbezüglich wird die Patientin postalisch benachrichtigt.

Bei Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen