



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

Epikrise

Sehr geehrte Frau Kollegin [REDACTED]

wir berichten über den

Patienten [REDACTED]

wohnhaft [REDACTED]

geboren am [REDACTED] 1953

Aufnahmenr. [REDACTED]

der sich in der Zeit vom 14.07.2023 bis 20.07.2023 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen: Aktuell:

* **Exitus letalis bei**

* **progredientem, akutem Leberversagen**

im Rahmen eines duktales Adenokarzinoms des oberen Gastrointestinaltrakts mit

großen Lebermetastasen in Segment II+III sowie disseminierten Metastasen rechts

- AFP 7,3 pg/l; CA 19-9 6774 E/ml

- Leberpunktion am 17.07.2023

- Histologie: duktales Adenokarzinom aus dem oberen Gastrointestinaltrakt einschließlich Pankreas und Gallengänge

Komplikationen:

* **Spontan bakterielle Peritonitis, Aszites**

- Piperacillin/Tazobactam 15.07.-20.07.2023

- Albuminsubstitution

- Histologie: malignitätsverdächtiger zytologischer Befund

* **V.a. hepatorenales Syndrom mit akutem Nierenversagen**

* **V.a. hepatische Enzephalopathie**

- HepaMerz und Lactulose

*** Gerinnungsentleisung**

- Konaktion i.v.

*** Blutzuckerentgleisung**

- Insulingabe

*** Dringender Verdacht auf Peritonealkarzinose**

*** Ca. 3 mm große pulmonale Herdläsion im Segment I/II des li. Oberlappens (eher benigne)**

*** Pleuraerguss beidseits**

- Röntgen 17.07.23: regredienter Pleuraerguss links und progredienter Pleuraerguss rechts
- Diuretikatherapie

*** Mb. Bechterew mit Schmerzeskalation**

- Opioid-Schmerzbehandlung
- NSAR, Coxibe

Vordiagnosen

- bekannte koronare 3-Gefäßerkrankung mit zuletzt erhaltener LV-EF (TTE 09/19)
 - diagnostische HKU 11/19 (KOB): funktionell relevante langstreckige Stenose des medianen RIVA und funktionell relevante Tandemstenose des RIVA Im Segment 8 - aufgrund einer periprozeduralen TIA-Symptomatik (sensomotorische Aphasie) vorzeitiger Abbruch der Untersuchung ohne Intervention
- TIA mit sensomotorischer Aphasie (DD atypische Kontrastmittelreaktion) ohne Nachweis einer relevanten frischen Hirnischämie im MRT
- Diabetes mellitus Typ II, medikamentös geführt
- ess. art. Hypertonie
- Ex-Nikotinabusus
- Helicobacter pylori-neg. Gastritis und Bulbitis duodeni
- Verdacht auf Long-Segment-Barrett-Ösophagus
- chron. Niereninsuffizienz KDOQI Stad. II
- bekannte atypische Parenchymwulstung der li. Niere (sonografische Diagnose, akt. CT-morphol. unauff. Parenchymdarstellung)
- Diuretika-induzierte Hypokaliämie

Anamnese

Die stationäre Aufnahme von Herr [REDACTED] erfolgte nach Überweisung auf Wunsch des Patienten und bei fulminanten Verlauf aus dem KH [REDACTED] bei progredienter Leberinsuffizienz bei großem Lebertumor im linken Leberlappen. Aufnahmegrund in [REDACTED] war ein progredienter, schmerzloser Ikterus, der anamnestisch am 04.07. erstmals aufgefallen war.

In [REDACTED] erfolgten eine CT sowie Abdomensonografie, bei der sich ein großer Lebertumor im linken Leberlappen darstellte. Eine Punktion des Tumors war bei stark ausgeprägter Aszites nicht möglich. Weiterhin sei es in [REDACTED] nach Absetzen der Indometacin-Therapie zu exazerbierten Schmerzschüben des Mb. Bechterew im Bereich des oberen Rückens und des Brustkorbes gekommen. Diese wurden mit Dipidolor, Oxycodon und Fentanyl behandelt.

Keine Allergien bekannt.

Vegetative Anamnese: Stuhl weißlich entfärbt, regelmäßig, Miktion unauffällig, Appetitlosigkeit, Nachtschweiß (evtl hoher Temperaturen), Gewichtsverlust von 10 Kg in zwei Wochen
Suchtmittelanamnese: Ex Nikotinabusus (genaue Dauer nicht eruierbar, Ex Alkoholabusus
Sozialanamnese: berentet, lebt mit Frau in Eigenheim, selbstversorgend
Miktion: ua, Stuhlgang: weißlich entfärbt, regelmäßig, Fieber/Infekt: nein
Allergien: keine, Nikotin: Ex-Nikotinabusus, Alkohol: Ex-Alkoholabusus

Klinische Befunde

69-jähriger Patient. Größe: 170 cm, Gewicht: 76 kg. Allgemeinzustand: leicht reduziert. Ernährungszustand: gut. Haut: Hautikterus. Kopf: Frei beweglich. NAP: frei. Augen: Sklerenikterus. Pupille links: mw, Pupille rechts: mw, Lichtreaktion: seitengleich prompt direkt und konsensuell. Mund: MSH feucht, Zunge belegt. Rachenring: reizlos. Tonsillen: nicht untersucht. Periphere Lymphknoten: cervical, supraclaviculär, axillär, beidseits nicht vergrößert. Schilddrüse: Keine Struma. Thorax: symmetrisch Pulmo: sonorer Klopfschall, Atemgeräusch vesikulär, feinblasige Rasselgeräusche linker unterer Lungenlappen. Cor: Herzaktion rhythmisch, kein Geräusch. Abdomen: weich, geringer Druckschmerz rechter Oberbauch, keine Resistenzen. Leber nicht palpabel. Milz nicht palpabel. Peristaltik regelrecht. Nierenlager ohne Klopfeschmerz. Keine Hernien sichtbar. Extremitäten: frei beweglich, keine Ödeme, keine Umfangsdifferenz, keine Rötung oder Schwellung. keine thrombosetypischen Druckschmerzen. Wirbelsäule: kein KS. ZNS: Grob orientierende neurologische Untersuchung unauffällig, vollständig orientiert

Befunde

Röntgen Thorax, p.a. + lateral links stehend, durchgeführt am 16.07.2023

Zum Vergleich liegt externe Thoraxform 10.07.23 vor.

Soweit intermodal vergleichbar regredienter Pleuraerguss links mit Restbefund und progredienter Pleuraerguss rechts. Angrenzende Belüftungsstörung beidseits. Keine flächige Pneumonie, keine pulmonalvenöse Stauung sowie kein Pneumothorax.

Punktion Leber, durchgeführt am 17.07.2023 um 15:40

Nach Desinfektion und lokaler Anästhesie mit 10 ml Xylocain 1 % und 10 ml Xylocain 2 % zunächst Stichinzision im Oberbauch. Danach einmalige Punktion der Raumforderung im Segment II/III unter sonographischer Sicht. Es wird ein ca. 2 cm langer Gewebezylinder gewonnen.

Unmittelbar postinterventionell kein Nachweis einer intra- oder perihepatischen Einblutung.

Fragestellung Pathologie: Tumorentität? CC? HCC? Genese des Leberversagens.

Gesamtbeurteilung: Komplikationslose Leberpunktion einer großen RF in Seg. II/III.

Empfehlung: Für morgen früh sonographische Kontrolle anmelden.

Sonographie Leber mit KM, durchgeführt am 17.07.2023 um 16:30

Leber: Gut beurteilbar. Organ nicht vergrößert. Verplumpte Kontur. Oberfläche glatt. Echomuster inhomogen und verdichtet. Gefäße rarefiziert. Rechte und mittlere Lebervene frei, die mittlere wird jedoch von der Läsion im linken LL pelottiert. Die linke LV ist nicht abgrenzbar. Im rechten LL mind. zwei echoarme Läsionen (V und VIII). Im linken LL und diesen komplett einnehmend findet sich eine inhomogene, unscharf abgrenzbare, echoärmere Läsion von ca. 10 x 7,5 cm.

Nach Gabe von Sonovue ist die Läsion bereits initial überwiegend hypokontrastierend bis nichtkontrastierend (zentral). Kein Anhalt für Pfortaderthrombose.

Gesamtbeurteilung: V.a. Leberumbau mit Infiltration des linken Leberlappens a.e. durch einen großen Tumor(a.e. CCC) mit Satellitenherden rechts. Keine Cholestase.

Drainagenanlage Retroperitoneum, durchgeführt am 17.07.2023

Nach Desinfektion und lokaler Anästhesie mit 10 ml Xylocain 2 % zunächst Stichinzision im linken Unterbauch. Anschließend Einlage einer 6F Aszitesdrainage unter sonographischer Sicht.

Materialversand ad Mikrobiologie, Pathologie, klinische Chemie.

Annaht und Verband.

Empfehlung: Drainage gut verpacken. Ablassen des Aszites nach Ermessen Stationsarzt. Die Aszitesdrainage kann bis zu 14 Tagen belassen werden.

Gesamtbeurteilung: Komplikationslose Anlage Aszitesdrainage

Sonographie Leber, durchgeführt am 18.07.2023

19 h nach Punktion kein Hinweis auf eine periinterventionelle Blutung oder sonstige Komplikation. Vorbekannte perihepatische Flüssigkeit am rechten Leberrand angrenzend.

Gesamtbeurteilung: Kein Hinweis auf Komplikation nach Leberpunktion.

Histologie

Institut für Pathologie vom 17.07.2023

Materialarten: Aszitespunktat

Nach HE- sowie Papanicolaou-Färbung der übersandten Flüssigkeit handelt es sich um einen malignitätsverdächtigen zytologischen Befund in dem zellreichen sowie mäßiggradig hämorrhagischen Sedimentausstrichpräparat mit darin schwimmender Flocke in dem übersandten Aszitespunktat mit Zeichen einer gemischtzelligen Entzündungsreaktion, mit kerngrößenvarianten sowie chromatinverdichteten, teils vakuolisierten Zellen, zu deren näheren Einordnung noch immunhistochemische Untersuchungen durchgeführt werden, ein Nachbericht folgt.

Institut für Pathologie vom 18.07.2023

Befund

Materialarten: Leberpunktionszylinder (ca. 2 cm Länge) aus Seg. II / III

Nach vollständiger Einbettung des Materials (1 Kapsel), Anfertigung von Spezialuntersuchungen (PAS, Goldener, Gomori, Eisen) und immunhistologischen Untersuchungen (CK7, Cadherin17, p53, S100P, TTF1) entspricht der Befund einer malignen epithelialen Neoplasie, bestehend aus kleinen atypischen Duktuli mit mäßiger Zell- und Kernpleomorphie, z.T. mit Zellvereinzelnung, zahlreichen Apoptosen und ausgedehnten Nekrosen, mit verschobener Kern-Plasma-Relation zugunsten des Kernes, mit desmoplastischer Begleitreaktion und geringer Immun-Zellreaktion, das miterfasste Leberparenchym mit einer intrakanalikulären Cholestase und vereinzelter Cholestase, mit überwiegend zytoplasmatischer und nukleärer Expression von CK7, aber multifokal auch von Cadherin17, mit fokalem Nachweis einer p53 Akkumulation, mit partieller zytoplasmatischer und nukleärer Expression von S100P, ohne Nachweis einer nukleären Expression von TTF-1, entsprechend einer Lebermetastase durch ein duktales Adenokarzinom aus dem oberen Gastrointestinaltrakt einschließlich Pankreas und Gallengänge.

Aufgrund des klinischen Verlaufs wird von einer weiteren immunhistologischen Differenzierung bzgl. eines small duct Karzinoms abgesehen.

Verlauf

Klinisch sahen wir einen Patienten in stark reduziertem Allgemeinzustand und ausgeprägtem Haut- und Sklerenikterus.

Bei steigenden Entzündungswerten und positivem PCT begannen wir die antiinfektive Therapie mittels Piperacillin/Tazobactam. Ein Röntgen-Thorax konnte keine Pneumonie nachweisen bei jedoch beidseitigen Pleuraergüssen. Es erfolgte die bedarfsadaptierte diuretische Therapie. Zusätzlich fiel labrochemisch eine starke Erhöhung des Ammoniaks bei zunehmend phasisch desorientiertem Patienten auf. Trotz entsprechender medikamentöser Therapie bei V.a. hepatische Enzephalopathie konnten wir keinen signifikanten Abfall des Ammoniaks verzeichnen. Ebenfalls zeigten sich die Gerinnungsparameter bei erniedrigtem Quick und erhöhtem INR entgleist. Bei fehlenden Blutungszeichen und stabilem Hb-Wert erfolgte die Gabe von Konakion, nachfolgend zeigten sich die Gerinnungswerte gebessert. Bei zudem rezidivierend erhöhten Blutzuckerwerten begannen wir mit der Gabe von Insulin.

Aufgrund der Schmerzexazerbation bei bekanntem M. Bechterew entschieden wir uns zur medikamentösen Therapie mittels Dynastat und Opioiden, worunter sich die Schmerzsymptomatik deutlich regredient zeigte.

In der Kontrastmittelsonografie ergab sich der V.a. Leberumbau mit Infiltration des linken Leberlappens sowie rechtsseitigen Satellitenherden. Eine Cholestase zeigte sich nicht. Bei progredienter Dyspnoe mit Sauerstoffbedarf und sonografischem Nachweis von Aszites führten wir eine Aszitespunktion mit Drainagenanlage durch. Nachfolgend erfolgte die komplikationslose Leberpunktion zur histologischen Sicherung. Diese ergab den Nachweis von Lebermetastasen ausgehend von einem duktalem Adenokarzinom des oberen Gastrointestinaltrakts, wobei der genaue Ursprung nicht sicher beurteilt werden kann.

Laborchemisch ergab das Aszitespunktat den Nachweis einer spontan bakteriellen Peritonitis. Die bereits bestehende Antibiose mit Piperacillin/Tazobactam führten wir entsprechend fort, zusätzlich erfolgte die Albuminsubstitution. Am selbigen Tag dislozierte die einliegende Aszitesdrainage. Eine kleine venöse Nachblutung im Bereich des ehemaligen Nahtmaterials wurde übernäht.

Im weiteren stationären Verlauf kam es zur raschen Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Patienten mit zunehmender Dyspnoe und Sauerstoffbedarf. Es erfolgte die erneute

[REDACTED]

therapeutische Aszitespunktion. Laborchemisch sahen wir ein akutes Nierenversagen, a.e. im Rahmen eines hepatorenenalen Syndroms. Aufgrund der zunehmend raschen Progredienz des Erkrankungsgeschehens und nicht kurativ zu behandelnder Grunderkrankung entschieden wir uns gemeinsam mit dem Patienten und dessen Angehörigen zur symptomatischen Therapie.

Wir bedauern Ihnen mitteilen zu müssen, dass Herr [REDACTED] am 20.07.2023 verstorben ist. Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]