



Pat.: [REDACTED]

Fall: [REDACTED]

Geb.Dat.: [REDACTED] 1966, M

### Aufnahmedokumentation

[REDACTED]	[REDACTED]
------------	------------

Behandlung von 30.01.2024 bis

#### Vitalparameter

RR: /

#### Diagnosen

aktuell:

##### - Leberzirrhose Child-Pugh A (5P)

- Sono 06/23: multiple echoarme Herde in der ganzen Leber, exemplarisch in Segment VII von 10 x 10 mm und 11 x 7 mm.
- CT Abd. 07/23: kein Nachweis von suspekten intrahepatischen Herdbefunden. Kein eindeutiger Hinweis auf eine Leberzirrhose bzw. Steatose. Winziges Gallenblasenkonkrement.  
-> bei Diskrepanz Sono Abd/CT Abd Empfehlung MR Leber
- MRT 09/23 (extern): dringender V.a. multifokales HCC, Biopsie empfohlen
- Sono 12/23: 4 HCC-suspekte Läsionen in Seg. V und VI
- **KM -Sonografie 17.1.2024: KM-sonografisch a.e. Regeneratknoten bis 12x14 mm ohne klaren Anhalt für HCC.**

- AFP 12/23: 36

##### - chronische Hepatitis C (ED 06/2023)

- Viruslast 2.000.000 U/I
- 5.12.23: 3 200 000 IU/ml
- Fibroscan 01/24: 33,1 kPa, Leberzirrhose
- Genotyp 1a

#### Nebendiagnosen:

- Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2
- Nikotinabusus

##### - Z.n Hep. B Infektion

#### Anamnese

Erstvorstellung in der hepatologischen Ambulanz via [REDACTED] bei Hepatitis C. Tochter als Übersetzerin dabei.

Ausgeprägte Muskelschmerzen, seit ca. 2-3 Monaten, v.a im Winter. nimmt rglm. Ibuprofen bei Schmerzen, bisher keine weitere Diagnostik. Ausgeprägte Müdigkeit, kein Juckreiz. Keine abd. Schmerzen.

B-Symp: kein Nachtschweiß, kein Fieber; kein ungewollter Gewichtsverlust, Appetit unauffällig. Bisher keine KHK-Untersuchung erfolgt.

FA: leer Karzinom und Lebererkrankungen

Allergien/Unverträglichkeiten: verneint.

Nikotin: 5-6 Zig/Tag seit 7 Jahren; Alkohol: verneint.

aktuelles Gewicht: 80kg

Größe: 178cm

**Ernährung:** ○ Screening Mangelernährung ● aktuell nicht indiziert, auf Grund  
symptomorientierte Behandlung ohne relevanten ernährungsmedizinischen Kontext

### Vormedikation

Medikament	Wirkstoff	Applikation / Stärke	F	M	A	N	Bed.	Bemerkung
Sitagliptin 50 mg Filmtabletten	Sitagliptin hydrochlorid-1- Wasser	p.o.	1	0	0	0		
Atorvastatin 10 mg Filmtabletten	Atorvastatin hemicalcium-1,5- Wasser	p.o.	0	0	0	1		Pause während Epclusa Hep. C Therapie, bei Bereits bestehenden Muskelschm erzen
ASS 100 mg Tabletten	Acetylsalicylsäure	p.o.	1	0	0	0		
Candesartan 16 mg Tabletten	Candesartan cilexetil	p.o.	1	0	0	0		
Epclusa® 400 mg/100 mg Filmtabletten	Sofosbuvir~Velpatasv. ir	p.o.	1	0	0	0		Beginn 2.2.204 für 12 Wochen

### Therapie und Verlauf

05.12.2023 (iV [REDACTED]): RS [REDACTED] Bestimmung Genotyp + Laborkontrolle Viruslast, Fibroscan ausstehend, WV in 2 Monaten mit Therapiebeginn.

Pat. über HIV Test aufgeklärt - ist einverstanden; Aufklärung KM-Sono erfolgt. MRT der Leber 09/23 erfolgt -> schriftl. Befund heute vorbeigebracht, CD eingelesen. Dort V.a HCC geäußert mit Empfehlung KM-Sono.

-> Nachtrag: im Sono HCC-verdächtige Läsionen. nach RS [REDACTED] Staging CT Thorax/Abdomen zeitnah, dann Befundbesprechung; KM-Sono 01/24 vorerst belassen.

01.02.2024 ([REDACTED]): in erfolgter Bildgebung hat sich Verdacht auf HCC nicht bestätigt a.e. Regeneratknoten, Leber-MRT mit Primovist empfohlen, Km sono in 3 Monaten, Beginn HCC-Therapie, Check Medis, Hep B zu beachten? Hep B - Serologie ohne Hinweis auf chronische Infektion

Rs [REDACTED] Epclusa für 12 Wochen, Kontrolle HBV DNA zu Kontroll-Terminen

Check Begleitmedikation zu Epclusa - potentielle Interaktion bei Atorvastatin (erhöht Konzentration von Atorvastatin, allerdings bei 40 mg) - Check Risikofaktoren (Nikotin, D.m., Hypertonie) ggf. Pause

Memo:

KM-Sono 04/2024

Mr-Leber mit Primovist im VL

### Befunde

**Sonographie Abdomen 27.06.2023:** Leber: Organ nicht vergrößert. Plumpe Kontur. Oberfläche unregelmäßig. Echomuster inhomogen und grobkörnig verdichtet. Pfortader orthograd perfundiert (Vmax 16 cm/s). Multiple echoarme Herde in der ganzen Leber, exemplarisch in Segment VII von 10 x 10 mm und 11 x 7 mm. Kein Aszites. Gallenwege: Extra- und intrahepatische Gallenwege nicht erweitert. Gallenblase: Nachweis von einem kleinen echoreichen Konkrement. Kein Hinweis auf Entzündung. Pankreas: Nicht einsehbar. Milz: Nicht vergrößert (113 x 37 mm) und homogen. Nieren: Normal groß. Mit altersentsprechender Parenchymdicke und ohne Hinweis auf Steine sowie Stau oder Raumforderung. Retroperitoneum: Nicht ausreichend beurteilbar. Peritoneum: Kein Nachweis einer freien Flüssigkeitsansammlung. Harnblase: Ohne pathologischen Befund. Prostata: Vergrößert (52 x 46 x 59 mm). Inhomogene Struktur.

**CT Abdomen mit KM 14.07.2023:** Eingeschränkte Beurteilbarkeit bei deutlichen Atemartefakten. Kein Perikard- oder Pleuraerguss. Leichte narbige Veränderungen im Segment 5 links. Keine früharteriell KM-anreichernder Herd. CT-morphologisch kein eindeutiger Hinweis für eine Zirrhose. Keine Steatose. Kein früharteriell KM-anreichernder Herd. Kein sich demarkierender Herd im Rahmen der KM-Dynamik, sowie bei deutlichen Atemartefakten beurteilbar. Regelrechte Kontrastierung der portalvenösen und venösen Gefäße. Kleines Gallenblasenkonkrement (5 mm). DHC nicht erweitert. Bauchspeicheldrüse orientierend unauffällig. Die Milz bildet sich mit einem Pol zu Pol Abstand von 98 mm nicht vergrößert. Schlanker Abbildung der Nebennieren bds. Malrotierte Nieren bds. Kein Nachweis von einer Harntransportstörung. Die Harnblase stellt sich unauffällig dar bei guter Füllung. Etwas vergrößert imponierende Prostata. Unauffällige Abbildung des GI-Traktes soweit bei dtl. Atemartefakten beurteilbar. Regelrechte Kontrastierung der Aorta abdominalis. Unauffälliger Abgang der viszerale Gefäße. Leichte Vasosklerose der infrarenalen Aorta

abdominale. Keine pathologischen Lymphknoten. Degenerative Skelettveränderungen leichten Ausmaßes mit zarten mehrsegmentalen lateralen Spoldylophyten. Beginnende Spondylarthrose im lumbosakralen Übergang. Punktförmige Mehrsklerosierung im linken Femurkopf und rechten Femurhals. Außerdem Mehrsklerosierung auch im rechten Os ileum.

Zsfg.: Soweit bei dtl. Artefaktüberlagerung durch Atmung beurteilbar kein Nachweis von suspekten intrahepatischen Herdbefunden. Kein eindeutiger Hinweis auf eine Leberzirrhose bzw. Steatose. Keine pathologischen Lymphknoten im Oberbauch. Winziges Gallenblasenkonkrement.

Sono Abdomen 12/23: **Vollbild der Leberzirrhose ohne Zeichen der Dekompensation oder des relevanten portalen Hypertonus. Insgesamt 4 HCC-suspekte Läsionen in Seg. V und VI.**

Fibroscan 12/23: Nach sonographischem Aufsuchen einer geeigneten Stelle rechts interkostal Fibroscanmessung (10 gültige Messungen). E Median: 27 kPa (IQR 1,8; IQR/Med 7 %). CAP Median: 305 dB/m (IQR 38)

CT-Thorax/Abdomen 12/2023:

1. Zeichen der Leberzirrhose. In Zusammenschau mit der MRT vom 15.09.2023 am ehesten Regeneratknoten im Lebersegment VII, im Übrigen kein Anhalt für HCC typische Raumforderungen. Leberzyste im Segment III.
2. Kein Anhalt für eine hämatogene oder lymphogene Metastasen.
3. Teils verkalkte Noduli bipulmonal, a. e. postentzündlichen Granulomen entsprechend.
4. Keine Lymphadenopathie.
5. Cholezystolithiasis. Prostatahyperplasie.

Sonografie mit KM 17.01.2024:

KM-sonografisch a.e. Regeneratknoten bis 12x14 mm ohne klaren Anhalt für HCC.

Fibroscan 24.1.2024:

**Fibroscan Leber:** Nach sonographischem Aufsuchen einer geeigneten Stelle rechts interkostal Fibroscanmessung (10 gültige Messungen).

E Median: 33,1 kPa (IQR/Med 12%)

CAP Median: 292 dB/m (SD 26)

**Fibroscan Milz:** Nach sonographischem Aufsuchen einer geeigneten Stelle links interkostal Fibroscanmessung (10 gültige Messungen).

E Median: 30,8 kPa (IQR 4,1)

#### Behandlungsplan und Procedere

05.12.2023 ( ): BE + Hep-Sero, + HIV + Hep C PCR; WV 1-2 Wochen nach KM-Sono zur Befundbesprechung. Bitte Befund MRT einscannen, CD einlesen lassen und Aufklärung einscannen.

01.02.2024 ( ): Be+ Hep c + b PCR, Serologie, WV in 3 und 7 Wochen mAPK neues Rezept und Labor

Datum

01.02.2024