



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 Kollegin [REDACTED]

wir berichten über den

Patienten [REDACTED]

wohnhaft [REDACTED]

geboren am [REDACTED] 1956

Aufnahmenr. [REDACTED]

der sich in der Zeit vom 25.12.2023 bis 19.01.2024 in unserer stationären Behandlung befand.

25.12. bis 26.12.2023: KNA-S1

26.12. bis 19.01.2024: MK1-S3

Diagnosen: * Multiple punktionspflichtige Leberabszesse

- CrP 224, PCT 5,8
- 25.12.2023 CT Abdomen.:
 - großer Leberabszess bis ca. 9 cm im Segment IVa/VIII.
 - A. e. stauungsbedingte geringe Perfusionsverzögerung des Leberparenchyms in diesen Segmenten
- Urin unauffällig
- Mikrobiologie: 4/4 Blutkulturen
 - Streptococcus anginosus
 - E. coli (3-MRGN)
 - Bacteroides fragilis
- Ceftriaxon/Metronidazol 25.12.2023 - 19.01.2024
- 26.12.2023 CT-gestützte Anlage 12F-Drainage in Abszess Lebersegment VIII, postinterventionell schmaler Pneumothorax rechts
- 28.12.2023 ERCP: distale DHC-Stenose bei chronischer Pankreatitis, Stentwechsel auf neuen Metallstent
- 28.12.2023 Sono Abdomen: bekannter, aktuell größenregredienter Abszess in Segment VIII (70 x 35 mm), zweiter Abszess daneben 20 x 14 mm
- 02.01.2024 Sono Abdomen: größenregredienter Abszess Seg VIII (50 x 26 mm), zweite Läsion nicht mehr abgrenzbar

- 08.01.2024 Sono Abdomen: Drainagezug. Neuer Leberabszess in Segment VIII/V mind. 6 x 6 cm
- 11.01.2024 Sono Abdomen: neue Drainageanlage ultraschallgestützt
- 15.01.2024 Sono Abdomen: Drainierter Abszess in IVa, VIII, VII sehr gut entlastet mit aktuell kaum liquiden Anteilen, Pleuraerguss rechts
- 19.01.2024 Sono Abdomen: Kapselnaher Restverhalt ohne liquide Anteile, größerer Restverhalt aktuell mit nur minimalen liquiden Anteilen. Gutes Drainageergebnis, aktuell keine erneute Drainageanlage notwendig

*** Pleuraerguss rechts**

- 17.01.2024: primär komplikationslose Pleurapunktion, Röntgenkontrolle erfolgt
- kein Restpneumothorax in Röntgenkontrolle

- postinterventioneller schmaler Pneumothorax rechts (12/2023)

- 28.12.2023 Röntgen Thorax: Basaler Pneumothorax rechts bis 6 mm Saumbreite, spontan

- Pseudozystenbildung Pankreas bei chronischer Pankreatitis, 3 cm

- Diarrhö

- kein Nachweis Viren/Clostridien

- Akute Nierenschädigung AKIN 1

- Hypokalämie, 2,8 mmol/L

- latente Hyperthyreose

- Anti-TPO/TRAK/TG-AK negativ
- im Verlauf normalisiert

- hyperglykämie Entgleisung bei Diabetes mellitus

Grunderkrankung

- Chronische, kalzifizierende Pankreatitis

- äthytoxischer Genese, aktuell anamnestisch alkoholkarent
- Stenose des Pankreasganges bei Z.n. Pankreatikolithiasis und DHC-Stenose
- 12/22 nekrotisierendem Schub mit Verhalt in der Bursa, Einlage und 01/23 Entfernung eines Axios-Stents
- 02/23 Milzhilusnekrosen mit Einlage eines Axios-Stents, frustrane ERP
- 03/23 akuter Schub mit Cholangitis bei DHC-Stenose, ERC mit Einlage eines DHC-Stents
- 13.04.2023: EUS: keine weiteren Verhalte darstellbar
ÖGD: Entfernung des einliegenden Axios-Stents
ERCP: Wechsel des DHC-Stents, Pankreasgänge nur moderat verändert, keine Intervention
- ERP mit Stentwechsel 12.12.2023
 - Konstante, distale DHC-Stenose bei chronischer Pankreatitis
 - Wechsel des beschichteten Metallstent (10x60 mm Gore)

Vordiagnosen

- Z. n. Helicobacter-pylori-Gastritis
 - französische Tripletherapie 02/23
 - 13.04.23 ÖGD: kein Anhalt für HP
- Z. n. Ulcus Forrest III 11/2022 im Bulbus duodeni
- V. a. Prostatakarzinom
 - operative Versorgung geplant

- bekanntes juxtapapilläres Divertikel
- Art. Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2, BOT
- Z. n. Bandscheibenvorfall mit operativer Versorgung 2016
- AVK Stadium III bei Verschluss der A. iliaca communis li.
- apathogene Nierenzysten

Anamnese

Aufnahme bei deutlicher AZ-Minderung seit ca. 7 Tagen. Bis vor 10 Tagen in domo in Behandlung zum Stentwechsel bei benigner chronischer Pankreasstenose. Jetzt schmieriger wässriger Durchfall und zunehmend AZ-Verschlechterung und Hypotonie. Er könne sich kaum noch auf den Beinen halten, schlafe viel und fühle sich dauerhaft erschöpft. Gewicht habe er ca. 2 Kg verloren seit der Entlassung. Der Blutzucker sei zudem dauerhaft erhöht, seit der Entlassung zwischen 10-15. Nur Langzeitinsulin. Das habe er so vorher nicht gehabt. Bauchschmerzen werden explizit verneint. Keine gürtelförmig ausstrahlenden Schmerzen. Lt. Rettungsdienst erhöhte Temperatur und kaltschweißig beim Auffinden (39.2°C).

Miktion: unauffällig.

Stuhlgang: Diarrhoe

Nikton: 50 packs/y

Alkohol: Ex Alkoholabusus (Patient seit einem Jahr abstinent, vorher 1-2 Bier/Tag)

Klinische Befunde

Allgemeinzustand: leicht reduziert. Ernährungszustand: gut. Haut: Hautturgor normal, Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Kopf: Frei beweglich. NAP: frei. Augen: unauffällig. Pupille links: mw, Pupille rechts: mw, Lichtreaktion: seitengleich prompt direkt und konsensuell. Mund: Nicht untersucht. Rachenring: reizlos. Tonsillen: reizlos. Periphere Lymphknoten: cervical, supraclaviculär, axillär, beidseits nicht vergrößert. Schilddrüse: Keine Struma. Thorax: symmetrisch Pulmo: sonorer Klopfeschall bds., Atemgeräusch vesikulär, seitengleich belüftet, keine Nebengeräusche. Cor: Herzaktion rhythmisch, kein Geräusch. Abdomen: weich, keine AWS, kein Druckschmerz, 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: neurologische Untersuchung unauffällig

Laborwerte:

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
Abstrichort			Rachen/Nase	Rachen/Nase		
Influenza A (PCR)*	negativ		* negativ	* negativ		
Influenza B (PCR)*	negativ		* negativ	* negativ		
Respiratory-Syncytial-Virus (PCR)*	negativ		* negativ	* negativ		
Coronavirus SARS-CoV-2 (PCR)*	negativ		* negativ	* negativ		
Respiratory-Syncytial-Virus Typ A			negativ	negativ		
Respiratory-Syncytial-Virus Typ B			negativ	negativ		
Kommentar				* !sKomm		
Hämoglobin i.B. (EDTA)	8,60 - 12,10	mmol/L	6.50↓		5.30↓	6.50↓
Hämatokrit i.B. (EDTA)	0,400 - 0,540	L/L	0.31↓	0.33↓	0.27↓	0.33↓
Leukozyten i.B. (EDTA)	3,8 - 9,8	Gp/L	8.34	7.70	5.48	12.27↑
Thrombozyten i.B. (EDTA)	150 - 400	Gp/L	169	273	169	302
Mittleres Thrombozytenvolumen (EDTA)	9,0 - 13,0	fl	11.9	11.2	10.5	12.2
Erythrozyten i.B. (EDTA)	4,60 - 6,20	TPt/L	3.60↓	3.74↓	3.04↓	3.74↓



Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
mittl.korp.Hämogl. (MCH)	1,70 - 2,10	fmol	1.81	1.71	1.71	1.83
mittl. korp. Hb-Konz. (MCHC)	19,0 - 22,0	mmol/L	21.1	19.5	19.5	21.2
mittl.korp.Volumen (MCV)	80 - 96	fl	86	88	84	90
Ery-Verteil.-breite (EDTA)	11,6 - 14,4	%	13.7	15.7↑	13.7	15.7↑
Retikulozyten i.B. (EDTA,rel.)	9 - 27	pro 1000Ery	22	22	22	22
Retikulozyten i.B. (EDTA,absolut)	23 - 70	GPt/L	77.20↑	77.20↑	77.20↑	77.20↑
Retikulozyten-Hämoglobin	1,74 - 2,17	fmol	1.68↓	1.68↓	1.68↓	1.68↓
Delta-Hämoglobin	0.25 - 0.45	fmol	-0.11↓	-0.11↓	-0.11↓	-0.11↓
Erythroblasten (abs.)	0	GPt/L	0.01	0.01	0.01	0.01
Neutr. Granulozyten (rel.)	36,0 - 77,0	%	89.3↑	89.3↑	89.3↑	89.3↑
Lymphozyten (rel.)	20,0 - 49,0	%	6.8↓	6.8↓	6.8↓	6.8↓
Monozyten (rel.)	0,0 - 9,0	%	3.6	3.6	3.6	3.6
Eosino. Granulozyten (rel.)	0,0 - 5,0	%	0.1	0.1	0.1	0.1
Baso. Granulozyten (rel.)	0,0 - 1,0	%	0.2	0.2	0.2	0.2
Neutr. Granulozyten (abs.)	1,80 - 7,55	GPt/L	7.44	7.44	7.44	7.44
Lymphozyten (abs.)	1,50 - 4,00	GPt/L	0.57↓	0.57↓	0.57↓	0.57↓
Monozyten (abs.)	0,20 - 1,00	GPt/L	0.30	0.30	0.30	0.30
Eosino. Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,49	GPt/L	0.01	0.01	0.01	0.01
Baso. Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,20	GPt/L	0.02	0.02	0.02	0.02
manuelles DiffBB			X	X		
Basophile Granulozyten (rel.)	0,0 - 1,0	%	0.9	0.9	0.9	0.9
Eosinophile Granulozyten (rel.)	0,0 - 5,0	%	0.0	0.0	0.0	0.0
Stabk. Granulozyten (rel.)	0,0 - 7,0	%	9.2↑	9.2↑	9.2↑	9.2↑
Seg. Granulozyten (rel.)	36,0 - 70,0	%	81.7↑	81.7↑	81.7↑	81.7↑
Lymphozyten (typ.) (rel.)	20,0 - 49,0	%	7.3↓	7.3↓	7.3↓	7.3↓
Monozyten (rel.)	0,0 - 9,0	%	0.9	0.9	0.9	0.9
Basophile Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,20	GPt/L	0.08	0.08	0.08	0.08
Eosinophile Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,49	GPt/L	0	0	0	0
Stabk.Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,69	GPt/L	0.77↑	0.77↑	0.77↑	0.77↑
Seg.Granulozyten (abs.)	1,80 - 6,86	GPt/L	6.81	6.81	6.81	6.81
Lymphozyten (typ.) (abs.)	1,50 - 4,00	GPt/L	0.61↓	0.61↓	0.61↓	0.61↓
Monozyten (abs.)	0,20 - 1,00	GPt/L	0.08↓	0.08↓	0.08↓	0.08↓
Anisozytose der Thrombozyten	nicht definiert		+	+		
Makrothrombozyten	nicht definiert		+	+		
Quick i.P.	70 - 120	%	63↓	86	52↓	86
INR i.P.	0,9 - 1,2		1.34↑	1.11	1.11	1.54↑
aPTT i.P.	24 - 36	s	25	24	24	30
C-reaktives Protein i.S.	< 5.0	mg/L	292.8↑↑	2.0	2.0	292.8↑↑
C-reaktives Protein i.P.	< 5.0	mg/L	224.1↑↑	224.1↑↑	224.1↑↑	224.1↑↑
Procalcitonin i.S.	<0,50	ng/mL	* !sKomm	9.03↑	9.03↑	9.03↑
Procalcitonin i.P.	<0,50	ng/mL	5.82↑	5.82↑	5.82↑	5.82↑
Lipämie-Index (Serum) L	<10		13	12	12	13
Natrium i.S.	136,0 - 145,0	mmol/L	138.2	141.4	138.2	144.3
Natrium i.P.	136,0 - 145,0	mmol/L	141.5	141.5	141.5	141.5
Kalium i.S.	3,50 - 5,10	mmol/L	4.50	3.87	3.59	4.78
Kalium i.P.	3,4 - 4,5	mmol/L	2.81↓	2.81↓	2.81↓	2.81↓

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
Chlorid i.P.	98 - 107	mmol/L	106	106	106	106
Kreatinin i.S.	62 - 106	µmol/L	92	66	58↓	92
Kreatinin i.P.	62 - 106	µmol/L	116↑	116↑	116↑	116↑
eGFR für Kreatinin (n.CKD-EPI)	>=90	mL/min/1,73	! * 74	>90	! * 74	90
eGFR für Kreatinin (n.CKD-EPI) i.P.	!sKomm	mL/min/1,73	* 56↓	* 56↓	* 56↓	* 56↓
Harnstoff i.S.	3,0 - 9,2	mmol/L	9.6↑	6.0	2.7↓	9.6↑
Harnstoff i.P.	3,0 - 9,2	mmol/L	8.9	8.9	8.9	8.9
ALAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	0.52	0.22	0.11	0.52
ALAT i.P.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	0.49	0.49	0.49	0.49
ASAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	0.70	0.30	0.25	0.70
ASAT i.P.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	0.58	0.58	0.58	0.58
Gamma-GT i.S.	<1,19	µmol/(s*L)	0.45	1.82↑	0.45	1.82↑
Gamma-GT i.P.	<1,19	µmol/(s*L)	0.55	0.55	0.55	0.55
Alkal. Phosphatase (IFCC) i.S.	0.67 - 2.17	µmol/(s*L)	1.21	1.37	1.08	1.71
Alkal. Phosphatase (IFCC) i.P.	0.67 - 2.17	µmol/(s*L)	1.67	1.67	1.67	1.67
LDH i.S. (IFCC)	2,25 - 3,75	µmol/(s*L)	2.60	2.63	2.60	3.21
LDH i.P. (IFCC)	2,25 - 3,75	µmol/(s*L)	3.31	3.31	3.31	3.31
Bilirubin (ges.) i.S.	< 21,0	µmol/L	4.4	3.2	2.5	4.7
Bilirubin (ges.) i.P.	< 21,0	µmol/L	10.8	10.8	10.8	10.8
Lipase i.P.	< 1,00	µmol/(s*L)	2.20↑	2.20↑	2.20↑	2.20↑
Thyreostimul. H.i.S.	0.27 - 4.20	mU/L	0.29	0.29	0.29	0.29
Thyreostimul. H.i.P.	0.27 - 4.20	mU/L	0.20↓	0.20↓	0.20↓	0.20↓
Freies Trijodthyronin i.S.	3.13 - 6.76	pmol/L	* 1.45↓	* 1.45↓	* 1.45↓	* 1.45↓
Freies Trijodthyronin i.P.	3.13 - 6.76	pmol/L	* 2.58↓	* 2.58↓	* 2.58↓	* 2.58↓
Freies Thyroxin i.S.	12.00 - 22.00	pmol/L	* 16.70	* 16.70	* 16.70	* 16.70
Freies Thyroxin i.P.	12,00 - 22,00	pmol/L	* 22.90↑	* 22.90↑	* 22.90↑	* 22.90↑
Anti-TPO (MAK) i.S. (Fa.Roche)	normal <34	U/mL	* <9	* <9		
Thyreoglobulin-Auto-AK i.S. (Fa.Roche)	normal <115	U/mL	* 15	* 15	* 15	* 15
TSH-Rezeptor-AK (TRAK) i.S. (Fa.Roche)	!sKomm	U/L	* 1.00	* 1.00	* 1.00	* 1.00
Albumin i.S.	35,0 - 52,0	g/L	21.5↓↓	26.7↓	21.5↓↓	26.7↓
Eisen i.S.	7,2 - 21,5	µmol/L	3.3↓	3.3↓	3.3↓	3.3↓
Transferrin i.S.	2,00 - 3,60	g/L	0.90↓↓	0.90↓↓	0.90↓↓	0.90↓↓
Transferrinsättigung	16,0 - 45,0	%	14.6↓	14.6↓	14.6↓	14.6↓
Ferritin i.S.	30,0 - 400,0	µg/L	426.1↑	426.1↑	426.1↑	426.1↑
löslicher Transferrin-Rezeptor i.S.	1.71 - 4.13	mg/L	2.39	2.39	2.39	2.39
Ferritin-Index	s. Thomas-Plot		0.91	0.91	0.91	0.91
Liquor-Punktionsort			Lumballiquor	Lumballiquor		
Holotranscobalamin i.S.	37.5 - 188.0	pmol/L	* 60.2	* 60.2	* 60.2	* 60.2
Folsäure i.S.	3.89 - 26.8	ng/mL	2.28↓	2.28↓	2.28↓	2.28↓
Erythrozyten i.U.	negativ	pro µL	* !sKomm	* !sKomm		
Freies Hämoglobin i.U.	negativ	nmol/L	negativ	negativ		
Leukozyten i.U.	negativ	pro µL	negativ	negativ		
spezifisches Gewicht i.U.	1,010 - 1,025		1.018	1.018	1.018	1.018
pH i.U.	4,8 - 7,4		5.0	5.0	5.0	5.0
Nitrit i.U.	negativ		negativ	negativ		
Protein i.U.	negativ	g/L	0.15↑	0.15↑	0.15↑	0.15↑



Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
Glukose i.U.	negativ	mmol/L	negativ	negativ		
Ketonkörper i.U.	negativ	mmol/L	negativ	negativ		
Urobilinogen i.U.	normal	µmol/L	normal	normal		
Bilirubin i.U.	negativ	µmol/L	negativ	negativ		
Erythrozyten i.U. UF	< 23.0	MPt/L	3.0	3.0	3.0	3.0
Leukozyten i.U. UF	< 25.0	MPt/L	3.3	3.3	3.3	3.3
Bakterien i.U. UF	< 1200.0	MPt/L	8.2	8.2	8.2	8.2
Plattenepithelien i.U. UF	< 31.0	MPt/L	6.8	6.8	6.8	6.8
Hyaline Zylinder i.U. UF	< 1.00	MPt/L	1.85↑	1.85↑	1.85↑	1.85↑
pathologische Zylinder i.U. UF	< 1.00	MPt/L	0.71	0.71	0.71	0.71
Hefezellen i.U. UF	< 1	MPt/L	1.00↑	1.00↑	1.00↑	1.00↑
Kristalle i.U. UF	< 10.0	MPt/L	0.4	0.4	0.4	0.4
Granul. Zylinder i.U. UD			vereinzelt	vereinzelt		
Hyaline Zylinder + Aufl. i.U. UD			vereinzelt	vereinzelt		
pankreatische Elastase i.Stuhl	> 200	µg/g	* < 10↓↓	* < 10↓↓		
Art / Lokalisation			Leberabszess	Pleura		
Punktatfarbe			bräunlich	gelb		
Punktataussehen			trüb	trüb		
Punktatkonsistenz			flüssig	flüssig		
Hämoglobin i.Punktat.*		mmol/L	0.00	0.01	0.00	0.01
Zellzahl (kernhaltige Zellen) < 0,20		GPt/L	>10.00↑↑	2.40↑	2.40↑	2.40↑
Erythrozyten i. Pk.		TPt/L	0.207	0.008	0.008	0.207
ph-Wert im Punktat*			6.87	6.87	6.87	6.87
Sonstige Zellen i.Pk.		%	* !sKomm	1.4	1.4	1.4
Mononukleäre Zellen i. Pk.		%	* !sKomm	63.4	63.4	63.4
PMN i. Pk.		%	* !sKomm	35.2	35.2	35.2
davon Eosinophile i. Pk.		%	* !sKomm	8.4	8.4	8.4
Sonstige Zellen i.Pk. (abs)		GPt/L	0.03	0.03	0.03	0.03
Neutrophile i. Pk. (abs)		GPt/L	[n.ber]	0.779	0.779	0.779
Lymphozytäre Zellen		%	42.0↑	42.0↑	42.0↑	42.0↑
Neutrophile Granulozyten		%	32.0↑	32.0↑	32.0↑	32.0↑
Eosinophile Granulozyten		%	17.5↑	17.5↑	17.5↑	17.5↑
Basophile Granulozyten		%	1.0↑	1.0↑	1.0↑	1.0↑
Monozytäre Zellen		%	4.0↑	4.0↑	4.0↑	4.0↑
Makrophagen		%	3.0↑	3.0↑	3.0↑	3.0↑
Erythrophagen		%	0.5↑	0.5↑	0.5↑	0.5↑
Erythrozyten i. Zellbild	0		viele↑	viele↑		
Gesamtprotein i.Punktat*	siehe Laborkatalog	g/L	26.0	z.w.Mat	26.0	26.0
Albumin i.Punktat*	siehe Laborkatalog	g/L	12.0	12.0	12.0	12.0
LDH i.Punktat*	siehe Laborkatalog	µmol/(s*L)	z.w.Mat	z.w.Mat		
Material:			Urin	Urin		
Legionella pneumophila Sg1-Antigen			* 0.08	* 0.08	* 0.08	* 0.08
Legionella pneumophila Sg1-Antigen			negativ	negativ		
Material:			Stuhl	Stuhl		
Materialzusatz:			ungeformt	ungeformt		
Konsistenz:			ungeformt	ungeformt		
Adenovirus			negativ	negativ		
Rotavirus			negativ	negativ		

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
Astrovirus			negativ	negativ		
Sapovirus			negativ	negativ		
Norovirus GI			negativ	negativ		
Norovirus GII			negativ	* positiv↑		
Clostridioides difficile Toxin			negativ	negativ		
Aeromonas spp.			negativ	negativ		
Yersinia enterocolitica			negativ	negativ		
Campylobacter spp.			negativ	negativ		
Salmonella spp.			negativ	negativ		
Vibrio spp.			negativ	negativ		
Enteroinvasiver E.coli/ Shigella (EIEC)			negativ	negativ		
Enterohämorrhag. E.coli (EHEC)			negativ	negativ		
Enteropathogener E.coli (EPEC)			negativ	negativ		
Shigatoxin-bildende E.coli (STEC)			negativ	negativ		
Clostridioides difficile GDH < 0,1 negativ (Suchtest)		Index	0.02	0.02	0.02	0.02
Clostridioides difficile GDH (Suchtest)			negativ	negativ		

Laborwerte:

Bezeichnung	25.12.23 12:29	25.12.23 12:29	11.1.24 11:03
Status	Endbefund	Endbefund	Endbefund
Diagnose	Fieber	Fieber	
Blutkultur aerob	positiv	positiv	positiv
Blutkultur anaerob	positiv	positiv	negativ
Erregeridentifikation	* Escherichia coli	* Escherichia coli	* Escherichia coli
Multiresistenz			3MRGN
Erregeridentifikation	Streptococcus anginosus	Streptococcus anginosus	
Erregeridentifikation	* Escherichia coli	* Escherichia coli	
Erregeridentifikation	* Streptococcus anginosus	* Escherichia coli	
Multiresistenz		3MRGN	
Erregeridentifikation	* Bacteroides fragilis	* Streptococcus anginosus	
Erregeridentifikation		Bacteroides fragilis	

Probenentnahmedat.: 25.12.2023 12:29

Erreger	Bezeichnung	Material
1.	Escherichia coli (Erregeridentifikation)	Blut / Blutkultur aerob+anaerob / venös peripher
2.	Streptococcus anginosus (Erregeridentifikation)	Blut / Blutkultur aerob+anaerob / venös peripher

	Erreger	1.	2.
Antibiotika			
Penicillin G			S
Ampicillin*		S	S
Ampicillin/Sulbactam i.v.		S	
Piperacillin		S	
Piperacillin/Tazobactam		S	

	Erreger	1.	2.
Antibiotika			
Cefuroxim i.v.		I	
Cefotaxim		S	S
Ceftazidim		S	
Imipenem		S	
Meropenem		S	
Clindamycin			S
Vancomycin			S
Ciprofloxacin		S	
Gentamicin		S	
Trimethoprim/Sulfamethoxazol		S	
Tigecyclin		S	

Probenentnahmedat.: 25.12.2023 12:29

Erreger	Bezeichnung	Material
1.	Escherichia coli (Erregeridentifikation)	Blut / Blutkultur aerob+anaerob / venös peripher
2.	Streptococcus anginosus (Erregeridentifikation)	Blut / Blutkultur aerob+anaerob / venös peripher
3.	Escherichia coli (Erregeridentifikation)	Blut / Blutkultur aerob+anaerob / venös peripher
4.	Bacteroides fragilis (Erregeridentifikation)	Blut / Blutkultur aerob+anaerob / venös peripher

	Erreger	1.	2.	3.	4.
Antibiotika					
Penicillin G			S		R
Ampicillin*		S	S	R	
Amoxicillin/Clavulansäure					S
Ampicillin/Sulbactam i.v.		S		R	
Piperacillin		S		R	
Piperacillin/Tazobactam		S		S	S
Cefuroxim i.v.		I		R	
Cefotaxim		S	S	R	
Ceftazidim		S		R	
Imipenem		S		S	S
Meropenem		S		S	
Metronidazol					S
Clindamycin			S		S
Vancomycin			S		
Ciprofloxacin		S		R	
Gentamicin		S		S	
Trimethoprim/Sulfamethoxazol		S		R	
Tigecyclin		S		S	

Probenentnahmedat.: 11.01.2024 11:03

Erreger	Bezeichnung	Material
1.	Escherichia coli (Erregeridentifikation)	Punktat / Blutkultur aerob+anaerob
Erreger		
1.		
Antibiotika		
Ampicillin*	R	
Ampicillin/Sulbactam i.v.	R	
Piperacillin	R	

Antibiotika	Erreger	1.
Piperacillin/Tazobactam		S
Cefuroxim i.v.		R
Cefotaxim		R
Ceftazidim		R
Imipenem		S
Meropenem		S
Ciprofloxacin		R
Gentamicin		S
Trimethoprim/Sulfamethoxazol		R
Tigecyclin		S

Befunde

CT Abdomen, KM i.v. (ggf. KM oral), durchgeführt am 25.12.2023

Es liegt zum Vergleich eine CT-Voruntersuchung vom 26.03.2023 vor.

Teilerfasster Thorax/ Abdomen: In den einsehbaren Lungenabschnitte keine pneumonischen Infiltrate und keine Pleuraergüsse. Koronarsklerose. Kein Perikarderguss. Normal große, glatt berandete Leber. Neu aufgetretene, polylobulierte, randständig kontrastmittelaufnehmende Läsion mit Lufteinschlüssen im rechten Leberlappen Segment IVa/VIII von insgesamt 92 x 71 x 56 mm (Serie 3 Bild 21). Insgesamt hypodenses Leberparenchym in diesen Segmenten, darüber hinaus homogene Kontrastierung der Leber. Aerobilie bilobär, Punctum maximum im linken Leberlappen sowie in der zentralen Gallenwege und im DHC bei einliegendem DHC-Stent. Pankreas mit multiplen scholligen Verkalkungen und neu aufgetretener abgekapselter Effusion von ca. 3 cm im Cauda pancreatis. Grenzwertig große Milz von 13 cm LAD mit inhomogener Kontrastierung. Lebervenen und Pfortader regelrecht kontrastiert. Multiple perigastrische und perisplenische venöse Kollateralen und erweiterte Mesenterialvenen. Schlanke Nebennieren beidseits. Nieren seitensymmetrisch und zeitgerecht kontrastiert, bekannte kortikale Nierenzysten. Keine Harntransportstörung. Harnblase mäßig gefüllt und ohne fokale Wandverdickung. Prostata nicht vergrößert. Gastrointestinaltrakt ohne umschriebene Wandverdickung oder Kalibersprung. Geringe interenterische Flüssigkeit sowie geringe freie Flüssigkeit im kleinen Becken. Mesenterial unverändert in Anzahl vermehrte Lymphknoten. Angiosklerose und geringe Dilatation der infrarenalen Aorta auf 23 mm mit randständigen gemischtförmigen Plaques. Einliegender Stent in der A. iliaca communis links.

Skelett: Keine malignitätssuspekten ossären Läsionen. Weiterhin fortgeschrittene degenerative Skelettveränderungen mit multisegmentale Spondylosis deformans und partiell erosive Osteochondrosis intervertebralis. Spondylarthrose der LWS. Linkskonvexe Fehlhaltung der LWS.

Gesamtbeurteilung: Es liegt zum Vergleich eine CT-Voruntersuchung vom 26.03.2023 vor.

1. Aktuell in erster Linie großer Leberabszess bis ca. 9 cm im Segment IVa/VIII. A.e. stauungsbedingte geringe Perfusionsverzögerung des Leberparenchyms in diesen Segmenten.
2. Neu aufgetretener bilobäre Aerobilie, linksbetont sowie in den zentralen Gallenwege und im DHC bei liegendem DHC-Stent.
3. Unverändert Zeichen einer chronischen Pancreatitis mit aktuell in erster Linie Pseudozystenbildung von maximal 3 cm im Cauda pancreatis.
4. Unverändert mesenteriale Kollateralen perigastrisch und perisplenisch.

CT Drainagen, Anlage, Abdomen/Becken, durchgeführt am 26.12.2023

Läsion: Leberabszess Segment VIII

Intervention unter den üblichen sterilen Bedingungen. Lokalanästhesie mit 10 ml Xylocitin 2%. Stichinzision. Punktion des Verhaltes von rechts lateral, zunächst Verlauf der Punktionsnadel durch den rechten Lungenrecessus, daher Rückzug der Punktionsnadel unter erneute Punktion von weiter kaudal, nach Erreichen des Verhaltes fluoroskopisch gestützte Einbringung einer 12F Pigtail-Drainage in Seldinger-Technik, sodass diese mit ihrer Spitze innerhalb des Verhaltes in folgender Lokalisation endet: Leberabszess Segment VIII. Annaht und Verband. Aus der Drainage entleert sich eitriges Substrat. Es erfolgt die Asservierung einiger Milliliter des Substrats für etwaige mikrobiologische Untersuchungen. In der Kontroll-CT zeigt sich ein schmaler Pneumothorax rechts.

Gesamtbeurteilung: CT-gestützte Anlage einer 12F-Drainage in den Abszess im Lebersegment VIII, postinterventionell schmaler Pneumothorax rechts.

Empfehlung: Verlaufskontrolle des Pneumothorax mittels Röntgen-Thorax gegen 16 Uhr.

Sonographie Leber, durchgeführt am 28.12.2023

Leber: Organ nicht vergrößert (140 mm in MCL gemessen). Lobus caudatus regelrecht und nicht vergrößert (50 x 29 mm) Regelrechte Kontur. Oberfläche glatt. Echomuster homogen und nicht verdichtet.

Pfortader im Stamm normalweit und orthograd perfundiert mit Vmax 22 cm/s. Perihepatisch kein Aszites. Lebervenen normalkalibrig mit regelrechter Perfusion.

Intrahepatisch in Segment echoarme flau begrenzte Raumforderung 70 x 35 mm mit Lufteinschlüssen ae dem

Abszess mit einliegender Drainage entsprechend, ohne liquide Anteile.

Im Segment VIII/V zeigt sich eine weiter echoarme 20 x 14 mm große Raumforderung ohne liquide Anteile.

Gallenblase: Kein Steinnachweis. Kein Hinweis auf Entzündung. Echoarme "Mütze" am Gallenblasendach mit zahlreichen intramuralen echoreichen Reflexen im Sinne einer Adenomyomatose.

Gallenwege: Extra- und intrahepatische Gallenwege nicht erweitert. DHC am Hilus bis max. 10 mm mit einliegendem Stent (schmäler echoreicher Reflex im B-Bild).

Gesamtbeurteilung: *Bekannter, aktuell größenregredienter Abszess in Segment VIII. In enger Lage zum ersten Abszess findet sich ein zweiter 20 x 14 mm. Einliegender Stent in DHC (bekannt dilatiert).*

Adenomyomatose Gallenblase.

Empfehlung: Im letzten CT Pneumothorax beschrieben, aktuell noch keine bildgebende Verlaufskontrolle erfolgt: RS OA [REDACTED] ERCP bei respiratorisch kompensierten Patienten trotzdem durchführbar.

ERCP-Bericht vom 28.12.2023

Duodenum: Normale Schleimhaut des eingesehenen Duodenums.

Papilla Major: Einliegender Metallstent (Gore-Stent), nicht mehr aus der Papille ragend, nach proximal disloziert (unteres Stentende liegt auf Höhe der Duodenalwand).

Gallenwege: DHC proximal erweitert bis 12 mm bei bekannter hochgradiger distaler DHC-Stenose (Länge der Stenose 35 mm). Der Leberabszess stellt sich nicht dar.

Pankreasgang: Keine Darstellung (nicht versucht, da nicht intendiert).

Diagnose: *Distale DHC-Stenose bei chronischer Pankreatitis. Stentdislokation.*

Therapie: Der einliegende Metallstent wird mittels Faszange gezogen und geborgen.

Einlage von einem neuen Metallstent im D. hepatocholeduchus (10 mm Durchmesser/60 mm Länge, komplett beschichtet, Gore-stent). Guter Galleabfluss (klare Galle).

Kommentar: Stentwechsel/-auslass in 6 Monaten.

Röntgen Thorax a.p. liegend bedside, durchgeführt am 28.12.2023

Zum Vergleich liegt Punktions-CT vom 26.12.23 vor.

Rechtsseitige Drainage mit Spitze in Projektion auf den rechten Oberbauch. Basaler Pneumothorax rechts bis 6 mm Saumbreite. Weichteilemphysem rechts thorakal.

Mittelständiges Mediastinum. Normal großes Herz. Geringer Pleuraerguss links mit angrenzender Belüftungsstörung. Kein Pleuraerguss rechts. Kein Anhalt für flächige Pneumonie oder pulmonalvenöse Stauung.

Sonographie Leber, durchgeführt am 02.01.2024

Leber: Organ nicht vergrößert (140 mm in MCL gemessen). Lobus caudatus regelrecht und nicht vergrößert (50 x 29 mm) Regelrechte Kontur. Oberfläche glatt. Echomuster homogen und nicht verdichtet.

Pfortader im Stamm normalweit und orthograd perfundiert mit Vmax 20 cm/s. Über dem linken Leberlappen wenig abgekapselter Aszites. Lebervenen normalkalibrig mit regelrechter Perfusion.

Intrahepatisch in Segment VIII echoarme flau begrenzte Raumforderung 50 x 26 mm (VU: 70 x 35 mm) mit wenig liquiden Anteilen.

Die zweite Läsion in Segment VIII/V (VU: 20 x 14 mm) lässt sich heute nicht mehr abgrenzen.

Gesamtbeurteilung: *Größenregredienter Abszess in Segment VIII mit wenig liquiden Anteilen, die zweite Läsion (ae auch einem Abszess entsprechend) lässt sich heute nicht mehr nachweisen. Neu über dem linken Leberlappen wenig abgekapselter Aszites.*

Sonographie Leber, durchgeführt am 08.01.2024

Intrahepatisch in Segment VII/VII bekannte Raumforderung 6 x 2 cm mit wenig liquiden Anteilen. Die Drainage wird gezogen. Die zweite Läsion in Segment VIII/V heute mind. 6 x 6 cm (VU: 2 x 1 cm) deutlich größenprogredient mit multiplen Lufteinschlüssen.

Gesamtbeurteilung: *Konstanter Abszess in Seg. VII/VIII - Drainagezug. Progredienter Abszess in Seg. V/VIII.*

Empfehlung: Diskussion einer erneuten Drainage des zweiten Abszesses

Drainageanlage Leber, durchgeführt am 11.01.2024

Nach Desinfektion und lokaler Anästhesie mit 10 ml Xylocain 1 % und 10 ml Xylocain 2 % zunächst Stichinzision interkostal rechts. Anschließend Einlage einer 10F Einfach-Pigtail Drainage unter sonographischer Sicht in den Abszess in Seg. IVa, VIII. Es entleeren sich 30 ml rahmiger Eiter.

Materialversand ad Mikrobiologie zur Kulturasservierung und Sofortmikroskopie.

Wiederholtes Spülen der Drainage mit ml NaCl. Lagekontrolle der Drainage durch Spülen mit Sonovue (1 Tropfen in 20 ml NaCl). Annaht und Verband.

Gesamtbeurteilung: *Komplikationslose Drainageanlage in den großen Abszess in Seg. IVa und VIII.*

Empfehlung: Drainage zweimal täglich mit jeweils 10 ml NaCl spülen und Drainage wieder auf Ablauf stellen. Drainagebeutel über Nacht entfernen und Drainage gut verpacken.

Sonographie Leber, durchgeführt am 15.01.2024

Über dem re. LL bekannter Verhalt mit Z. n. Drainage - aktuell 37 x 14 mm mit zahlreichen Lufteinschlüssen und ohne liquiden Anteile.

Der aktuell drainierte Abszess in Seg. IVa, VIII, VII bemisst ca. 68 x 36 mm, ist jedoch kaum liquide, nur mit zentralen Lufteinschlüssen, sodass ein sehr gutes Drainageergebnis vorliegt.

Gesamtbeurteilung: Über dem re. LL bekannter Verhalt mit Lufteinschlüssen mit Z.n. Drainage - nicht größenprogredient, nicht liquide.

Drainierter Abszess in IVa, VIII, VII sehr gut entlastet mit aktuell kaum liquiden Anteilen. Großer Pleuraerguss re.

Empfehlung: Ggf. Pleurapunktion re. erwägen. Sonokontrolle Ende der Woche mit ggf. Drainagezug.

Röntgen Thorax, p.a. stehend, durchgeführt am 17.01.2024

Im Vergleich zur Voraufnahme vom 28.05.2023 zwischenzeitlich Wechsel der Thoraxdrainage rechts basal mit aktueller Spitzenprojektion auf das Unterfeld medial. Geringgradiger Pleuraerguss rechts, kein Pleuraerguss links. Kein Pneumothorax. Keine Pneumonie oder pulmonalvenöse Stauung.

Histologie

Institut für Pathologie vom 17.01.2024

Materialarten: Pleuraerguss

Nach Anfertigung von Sedimentausstrichpräparaten sowie Mituntersuchung der Flocke handelt es sich um einen bisher nicht malignitätsverdächtigen zytologischen Befund in dem eingesandten, mäßig zellreichen sowie hämorrhagischen Pleurapunktat (Seite?) mit Hinweis auf gemischtzellige, überwiegend floride entzündliche Veränderungen mit reaktiven Serosadeckzellproliferaten, wobei sicherheitshalber an der Flocke noch immunhistochemische Untersuchungen angeschlossen werden, hierüber wird nachberichtet.

Nachbericht:

Wie angekündigt wurden an der Flocke immunhistochemische Untersuchungen angeschlossen (Panzytokeratin, Calretinin und EpCam). EpCam verläuft negativ. Keine wesentliche diskrepante Reaktion zwischen Panzytokeratin und Calretinin. Somit hier keine atypischen Zellen oder Zellgruppen nachweisbar.

Zusammenfassende mikroskopische Beurteilung und Diagnose:

Nach Anfertigung von Sedimentausstrichpräparaten sowie Mituntersuchung der Flocke, Anfertigung eines Zellblockes und immunhistochemischer Untersuchungen (s.o.) handelt es sich um einen nicht malignitätsverdächtigen zytologischen Befund in dem eingesandten, mäßig zellreichen sowie hämorrhagischen Pleurapunktat (Seite?) mit Hinweis auf gemischtzellige, überwiegend floride entzündliche Veränderungen mit reaktiven Serosadeckzellproliferaten.

Verlauf

Die stationäre Aufnahme des Patienten erfolgte bei Leberabszessen zur weiteren Diagnostik und Therapie. Laborchemisch imponierten eine normozytäre, normochrome Anämie, eine ausgeprägte Erhöhung von CrP und PCT, eine Hypokaliämie sowie eine akute Nierenschädigung AKIN 1. Eine initial nachgewiesene Hyperthyreose normalisierte sich im Verlauf.

In einer durchgeführten CT des Abdomens wurde ein bis ca. 9 cm großer Leberabszess in den Segmenten IV/VIII nachgewiesen. Bei bekannter chronischer Pankreatitis wurde eine maximal 3 cm große Pseudozyste in der Cauda pancreatis nachgewiesen. Nach Diagnose erfolgte der Beginn einer kalkulierten antiinfektiven Therapie mit Ceftriaxon und Metronidazol.

Nach ausführlicher Aufklärung und Ausschluss von Kontraindikationen erfolgte am 26.12.2023 die CT-gestützte Anlage einer Drainage in den Leberabszess. Postinterventionell wurde ein schmaler Pneumothorax auf der rechten Seite nachgewiesen, der in einer röntgenologischen Kontrolle weiterhin bestand.

In regelmäßigen sonografischen Kontrollen war der Abszess größenregredient, ein initial ebenfalls nachgewiesener kleiner zweiter Abszess bildete sich ebenfalls zurück.

Zur Optimierung des Galleabflusses erfolgte eine ERCP, wobei bei bekannter distaler DHC-Stenose im Rahmen der chronischen Pankreatitis ein neuer Metallstent in den DHC eingelegt wurde.

In einer ersten sonografischen Kontrolle vom 28.12.2023 zeigte sich der Abszess größenregredient. Am 08.01.2024 erfolgte bei sonografisch nicht mehr nachweisbarem Abszess der Drainagezug. Es zeigte sich im Rahmen der Untersuchung jedoch ein neuer ausgeprägter Leberabszess im Hilusbereich. Hier wurde am 11.01.2024 eine neue Drainage gelegt. In einer sonografischen Kontrolle am 15.01.2024 zeigte der drainierte Abszess sich gut entlastet mit kaum liquiden Anteilen. Am 18.01.2024 erfolgte schließlich der Drainagezug. Am 19.01.2024 zeigte sich in einer erneuten Kontrolle eine kapselnahe Restfalte ohne liquide Anteile sowie eine größere Restfalte, aktuell mit nur minimalen liquiden Anteilen. Dies ist als gutes Drainageergebnis zu werten, sodass aktuell keine erneute Drainageeinlage notwendig ist.

Bei vollständig abgeklungene klinischer sowie laborchemischer Infektkonstellation sowie adäquat sanierten Infekt Foci beendeten wir die antibiotische Therapie am 19.01.2024.

Nebenbefundlich ergab sich im Rahmen der sonografischen Untersuchungen ein am ehesten kardial bedingter Pleuraerguss rechts. Am 17.01.2024 erfolgte nach ausführlicher Aufklärung der damit verbundenen Risiken die diagnostische und therapeutische Pleurapunktion von 2 l trübem Punktat. In der laborchemischen Analyse konnten mikrobiologisch keine Keime nachgewiesen werden. In der pathologischen Untersuchung ergab sich das leicht hyperzelluläre Punktat als nicht malignitätsverdächtig. In Zusammenschau der aktuellen Befunde gehen wir am ehesten von einem Transsudat aus. **Wir empfehlen eine sonografische Kontrolle sowie die ambulante Durchführung eines Herzultraschalls zur Abklärung einer potenziellen Herzinsuffizienz mit konsekutiver hydropischer Dekompensation.**

Wir planen die erneute stationäre Aufnahme des Patienten zur ERCP mit Stentwechsel in 6 Monaten. Der Patient wird hierüber postalisch informiert. In zwei Wochen ist eine sonografische Kontrolle bei uns geplant.

Im Rahmen des Infektes kam es zu einer ausgeprägten hyperglykämischen Entgleisung des bekannten Diabetes mellitus, sodass eine Anpassung des Insulinplan notwendig war. Der Patient ließ sich diesbezüglich jedoch nicht beraten und lehnte die Empfehlung zur Anpassung der Insulindosen ab. Rezidivierend zeigten sich erhöhte Blutzuckerwerte. Das von uns zuletzt angepasste Insulinschema wurde mehrfach vom Patient abgelehnt. **Wir empfehlen die Anbindung an einen Diabetologen zur weiteren BZ-Einstellung.**

Bei anamnestisch beschriebenen Diarrhöen wurde die Elastase im Stuhl bestimmt. Hierbei wurde eine exokrine Pankreasinsuffizienz nachgewiesen und eine Substitutionstherapie mit Pankreasenzymen (Kreon) begonnen. Bei Gewichtsverlust bzw. weiterhin fettigen Stuhlgängen kann eine Erhöhung der Dosis erwogen werden.

Wir können den Patienten am 19.01.2024 in stabilem Allgemeinzustand in Ihre geschätzte ambulante Betreuung entlassen und stehen für Rückfragen jederzeit zur Verfügung.

Entlassungsmedikation

Medikation

Medikament	Wirkstoff	Applikation / Stärke	F	M	A	N	Bed.	Bemerkung
AMLODIPIN 5 mg Tabletten	Amlodipin besilat		2	0	0	0		
ASS- 100 mg TAH Tabletten	Acetylsalicylsäure		0	1	0	0		
Bifiteral ml			1	0	1	0		10.00 (max. 30.00) (ml)
FERRO SANOL duodenal Hartkaps.m.msr.überz.Pell.	Eisen(II)-glycin-sulfat-Komplex		1	0	1	0		verlaufsweise absetzen anch Kontrolle
FOLVERLAN 5 mg Tabletten	Folsäure-x-Wasser		0	1	0	0		
KREON 10.000 Hartkps.m.magensafr.überz.vom Schwein Pellets	Pankreas-Pulver		1	1	0	1		
KREON 35.000 Ph.Eur.Lipase Einheiten msr.Hartkaps.	Pankreas-Pulver vom Schwein		1	1	1	0		
KREON 35.000 Ph.Eur.Lipase Einheiten msr.Hartkaps.	Pankreas-Pulver vom Schwein		2	2	2	0		
NATRILIX 2,5 mg Filmtabletten	Indapamid-0,5-Wasser		1	0	0	0		

NEBIVOLOL 5 mg Tabletten	Nebivolol hydrochlorid	1	0	0	0
PANTOPRAZOL 40 mg magensaftres. Tabletten	Pantoprazol natrium-1,5-Wasser	1	0	0	0
RAMIPRIL- 5 mg Tabletten	Ramipril	1	0	0	0
SIMVAHEXAL 40 mg Filmtabletten	Simvastatin	0	0	1	0
HCT HEXAL 25 mg Tabletten	Hydrochlorothiazid				PAUSE
METFORMIN 1000 mg Filmtabletten	Metformin hydrochlorid				PAUSE

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