



Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01307 Dresden

Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und  
Radioonkologie

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
an der Technischen Universität Dresden  
Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates  
Sachsen  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

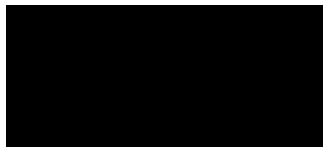
Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus  
an der Technischen  
Universität Dresden  
Anstalt des öffentlichen Rechts  
des Freistaates Sachsen

Fetscherstraße 74  
01307 Dresden  
Telefon (0351) 4 58 - 0



### Vorläufiger Verlegungsbrief

Patient  
wohnhaft



geboren am [REDACTED] 1938  
Aufnahmenr. [REDACTED]

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

abschließend berichten wir über o. g. Patienten, der sich in der Zeit vom **21.06.2023** bis **29.06.2023** in unserer stationären Behandlung befand.

**Diagnosen:** V.a. infizierte Nierenzysten rechts DD Harnstauungsniere rechts  
Harnwegsinfektion mit E. cloacea

akute Schmerzexazerbation bei  
disseminiert ossär, lymphogen und fraglich hepatisch metastasiertem  
Prostatakarzinom cT3 cM1 (ossär) ED 10.05.2022  
Gleason-Score 7, iPSA 700 ng/ml  
- Z.n. systematischer Prostatabiopsie am 05/2022  
- Dauerkatheterversorgung seit 2022  
- laufende ADT mit Trenantone  
- Z.n. kurzzeitiger Therapie mit Enzalutamid/Abiraterone Anfang 2023  
(Abbruch bei Nebenwirkung: muskuläre Krämpfe im rechten Bein)

periphere arterielle Verschlusskrankheit Stadium I nach Fontaine  
beidseits  
- Z.n. anamnestisch Stenteinlagen der A. iliaca communis rechts, A.  
femoralis superficialis bds., A. iliaca interna links  
- Z.n. kritischer Extremitätenischämie links bei hochgradiger Stenose  
der A. iliaca communis

### Therapie:

Schmerzeinstellung  
i.v. antibiotische Behandlung mit Pip/Taz seit 21.06.2023  
Urethrozystoskopie, frustrane retrograde Urografie rechts und perkutane Anlage  
einer Zystendrainage in die recht Niere am 28.06.2023

## Befunde:

**Angiologie Befund vom 21.06.2023**

### **komplette Kompressionssonografie der Beinvenen (cCUS):**

#### **Rechts:**

Atmungsmodulierter Abstrom in die Beckenetape. Vollständig kompressibel sind VFC, VFP, VF, V. popl. (proximal und distal im Bereich des Konfluens med.+lat.), tiefe Unterschenkelvenen und Wadenmuskelvenen.

Arterieller Status der Beine:

systemischer Blutdruck rechts: 120 / 80 mmHg, links: / mmHg

Verschlußdrücke der Knöchelarterien:

Rechts: ATP: 60 mmHg ADP: 80 mmHg; CBQ rechts: 0.67

Links: ATP: 90 mmHg ADP: 80 mmHg; CBQ links: 0.75

**Zusammenfassung:** pAVK stadium I nach Fontaine beidseits. Ausschluss einer tiefen Beinvenenthrombose rechts. Lymphödem rechts.

**Empfehlung:** Wiedervorstellung bei neuen Aspekten

**CT Thorax, Abdomen mit Becken, KM i.v. (ggf. KM oral) vom 21.06.2023**

**Befund:** Es liegen keine entsprechenden Voruntersuchungen zum Vergleich vor.

Thorax:

Partiell erfasste Schilddrüse unauffällig. Keine Lymphadenopathie thorakal. Mittelgradige Stenose des distalen Truncus brachiocephalicus. Common Trunk des Truncus brachiocephalicus und der linken A. carotis communis. Mittelgradige Abgangsstenose der linken A. subclavia. Aorten- und Koronarsklerose. Aortenklappensklerose. Herz grenzwertig groß, ohne Perikarderguss. Ösophagus unauffällig. Trachea frei. Keine malignitätssuspekten pulmonalen Rundherde. Geringe dorsobasale Belüftungsstörungen beidseits, links führend. Keine Pneumonie, kein Pleuraerguss. Weichteilmantel unauffällig.

Abdomen:

Normal große Leber mit glattem Rand und gering inhomogenem Parenchym. Ein flau hypodenses Areal am Ligamentum falciforme im Segment IVb, vereinbar mit einer Mehrverfettung. Eine inhomogen hypodense Rundherd, bis 15 mm groß, im Segment VIII (Serie 9 Bild 30). Mehrere kleine, bis 4 mm große hypodense Rundherde im Segment VIII (exemplarisch Serie 9 Bild 19), a.e. Leberzysten entsprechend. Pfortader und Lebervenen frei perfundiert. Gallenblase unauffällig. Keine Cholestase. Pankreas normal groß, regelrecht lobuliert. Betonter Ductus pancreaticus im Pankreaskorpus, abschnittsweise bis 4 mm breit - möglicherweise einem Seitengang-IPMN entsprechend (S 9 B 41). Normal große Milz mit 2 kleinen Nebenmilzen am Milzhilus. Nebennieren beidseits schlank. Multiple bilaterale nicht komplizierte Nierenzysten kortikal und parapelvin: die größte parapelvine Zyste rechts bis 130 x 67 mm groß. Resultierend geringe Parenchymverschmälerung beider Nieren. Sonst beide Nieren seitengleich und zeitgerecht kontrastiert, ohne Harnstauung, ohne verkalkte Konkreme. Harnblase entleert mit intravesikaler Luft bei einliegendem Blasenkatheter. Vergrößerte und inhomogene Prostata. Kein Aszites. Sigma- und Kolondivertikulose. Gastrointestinaltrakt ohne Kalibersprung oder Wandverdickung. Ein vergrößerter, zentral hypodenser Lymphknoten rechts perirenal mit Kurzachse bis 17 mm (Serie 9 Bild 99). Ein einzelner bis 14 mm SAD vergrößerter Lymphknoten dorsal zur A. iliaca communis rechts (S 9 B 81). Ein grenzwertig großer Lymphknoten rechts pelvin mit Kurzachse bis 10 mm (Serie 9 Bild 104). Keine vergrößerten Lymphknoten inguinal beidseits. Ausgeprägte gemischtförmige Angiosklerose. Stent in der linken A. iliaca communis.

Skelett:

Disseminierte Mehrsklerosierungen des abgebildeten Skeletts: Im Sternum (Serie 2 Bild 46) in der Rippen 1-10 links und 1-9 rechts, in mehreren Wirbelkörpern der Brust- und Lendenwirbelsäule - Punctum maximum im LWK 5 und SWK 1 - sowie im ganzen knöchernen Becken und proximalen Enden des Femurs beidseits. Kein Nachweis pathologischer Frakturen. Spondylosis deformans und Osteochondrosis

intervertebralis. Spondylarthrose.

**Gesamtbeurteilung:**

1. Unklare Leberläsion im Segment VIII, hier kommt eine Metastase infrage.
2. Mehrere metastasensuspikte Lymphknoten rechts iliakal und pelvin.
3. Multiple disseminierte Knochenmetastasen ohne pathologische Frakturen. Kein Hinweis auf Frakturgefährdung.
4. Deutlich inhomogen Prostata, vereinbar mit dem bekannten Prostata-Ca.

**Konsil ANE-Schmerzdienst vom 22.06.23**

Befund:

Bitte auch Diagnostik der Wirbelsäule forcieren, ggf. zeitnahe Kontaktaufnahme mit der Strahlenklinik, Abklärung der Leukozytose DD: Begleiterscheinung Tumorprogress.

Ein Rekonsil ist für morgen vorgesehen.

**22.06.2023:**

Herr [REDACTED] war beim Konsil in einem reduzierten AZ. Er beschrieb seit der Einnahme von Hydromorphon ret. eine gute Verbesserung des Schmerzgeschehens. Zur Einnahme einer Bedarfsmedikation sah er bis jetzt noch keine Notwendigkeit, obwohl er beim Aufstehen ausstrahlende ischialgiforme Schmerzen mit Kraftverlust im linken Bein bis zum linken Fuß angab.

Wir haben dem Patienten zu einer zeitnahen (30 Minuten vor Mobilisation) Einnahme der Bedarfsmedikation geraten.

Des Weiteren sind heute dringend Abführmaßnahmen einzuleiten.

Gegen Übelkeit empfehlen wir Olanzapin 5 mg als Schmelztablette bei Bedarf, heute Abend 1x fest.

Keine Veränderung der aktuellen Schmerzmedikation.

**Befund der Klinik für Strahlentherapie vom 22.06.23**

Befund:

Bei der Schmerzexazerbation bei metastasiertem Prostatakarzinom ist eine symptomatische RTx indiziert. Die Aufklärung über den Ablauf, Indikationen, akuten und späten Nebenwirkungen erfolgt. Der Patient war 4-fach orientiert und willigte in die Therapie schriftlich ein.

LOK auf Abtauf. Stationäre Übernahme ist am Donnerstag, den 29.06.2023 um 9 Uhr zur Lokalisation möglich, die Bestrahlung erfolgt am Abend des selben Tages.

**Ganzkörper-Skelettszintigraphie vom 23.06.2023:**

Klinische Angaben und rechtfertigende Indikation:

Ossär metastasiertes PCa ED05/2022, GSC 7, iPSA 700 ng/ml. Laufende HTx, aktueller PSA 4,4 ng/ml. Staging. Ubiquitäre Schmerzen.

Szintigraphische Untersuchungstechnik:

Planare Ganzkörperszintigraphie 2 Stunden nach i. v. Applikation von 464 MBq <sup>99m</sup>Tc-DPD (66,5 kg KG).

Durch die starke Schmerzbelastung des Patienten war eine Aufnahmeakquisition über den Ganzkörper hinaus nicht möglich.

Szintigraphischer Befund:

Es zeigen sich Mehranreicherungen in folgenden Lokalisationen: fokal intensiv im oberen HWS Bereich/occipital links, intensiv in der rechten Scapula a.e. in der Spina scapulae, mäßig intensiv linken Humerus im oberen Drittel, diffus im Manubrium sterni, intensiv in mehreren fokalen Läsionen in der BWS und LWS, länglich in einzelnen Rippen rechts und links, intensiv den ganzen Wirbelkörper ausfüllend LWK 4 und 5, in der Massa lateralis die ISG überschreitend und ins Os

ilium reichend bds, einzelne fokale Läsionen im Os pubis, diffus auf Höhe des Trochanter minor links und diskret fokal im mittleren Drittel des rechten Femur. Darstellung ausschließlich der rechten Niere. Nahezu Bild eines Superscans.

#### Beurteilung:

Nachweis einer disseminierten osteoblastischen Metastasierung des bekannten Prostatakarzinoms im Achsenskelett und den proximalen Extremitäten.

Fehlende Traceranreicherung der linken Niere, in Zusammenschau mit der CT vom 21.06.2023 bei multiplen Nierenzysten bds. - Nierensequenzszintigraphie zur Frage Funktionsanteile zu erwägen.

#### **Konsil ANE-Schmerzdienst vom 28.06.23**

##### Empfehlung:

Keine Veränderung der festen Gabe von Hydromorphon ret. Bitte die Bedarfsmedikation u.a. vor der Mobilisation auch anbieten.

Ein Rekonsil kann auch nach Verlegung von der Strahlenklinik angefordert werden.

#### **Urologischer Tumorboardbeschluss vom 28.06.2023**

Therapieintention: palliativ

Therapieempfehlung:

Angebot zur Vorstellung in der uroonkologischen Sprechstunde.

Palliative Radiatio der symptomatischen Knochenmetastasen.

#### **Laborbefunde:**

##### Untersuchungsauftrag

Material Mittelstrahlurin, Urotube

Fragestellung Bakt. Erreger & Resistenz (inkl. Pilze)

Klinische Diagnose ?

Untersuchungsergebnisse

Gesamtkeimzahl > 10<sup>5</sup> KBE/ml

Untersuchungsergebnis aerob:

1. Enterobacter cloacae complex

Bei Therapie mit Cefotaxim, Ceftriaxon, Ceftazidim, Piperacillin (±Tazobactam)

besteht trotz nachgewiesener in vitro Empfindlichkeit die Möglichkeit einer Resistenzentwicklung und Therapieversagen. Von der Verwendung dieser Substanzen

wird daher bei schweren Infektionen (schwierig zu erreichender Infektionsfokus, Infektionen mit erfahrungsgemäß hoher Keimlast, Immunsuppression) abgeraten.

S = sensibel I = sensibel bei erhöhter (increased) Exposition, Applikationsform/Dosierung anpassen!

R = resistent F = folgt Zahl = Minimale Hemmkonzentrationen (MHK) in µg/ml

x = keine Grenzwert-Kategorisierung (S/I/R) nach gültiger Norm (EUCAST)

	1. MHK
Ampicillin*	R 16
Piperacillin	S
Piperacillin/Tazobactam	S ≤4
Cefotaxim	S ≤1
Ceftazidim	S 0,5
Cefepim	S ≤0,12
Meropenem	S ≤0,25
Ciprofloxacin	S ≤0,25
Levofloxacin	S ≤0,12
Gentamicin**	S ≤1
Trimethoprim/Sulfamethoxazol	S ≤20

Fosfomycin p.o.

S &lt;=16

Laborwerte:

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	22.6.23 07:00	24.6.23 07:00	26.6.23 07:00	28.6.23 07:00	28.6.23 19:26	29.6.23 07:00
<b>Status</b>			Endbefun d	Endbefun d	Endbefun d	Endbefun d	Endbefun d	Endbefun d
Hämoglobin i.B. (EDTA)	8,60 - 12,10	mmol/L	7.50↓	6.90↓	7.10↓	7.30↓		6.60↓
Hämatokrit i.B. (EDTA)	0,400 - 0,540	L/L	0.34↓	0.33↓	0.33↓	0.35↓		0.32↓
Leukozyten i.B. (EDTA)	3,8 - 9,8	GPt/L	20.40↑↑	22.44↑↑	19.20↑	18.44↑		21.23↑↑
Thrombozyten i.B. (EDTA)	150 - 400	GPt/L	313	311	312	355		341
Mittleres Thrombozytenvolumen (EDTA)	9,0 - 13,0	fl	11.2	10.9	10.8	10.9		10.7
Erythrozyten i.B. (EDTA)	4,60 - 6,20	TPt/L	4.12↓	3.87↓	3.99↓	4.07↓		3.78↓
mittl. korp. Hämogl. (MCH)	1,70 - 2,10	fmol	1.82	1.78	1.78	1.79		1.75
mittl. korp. Hb-Konz. (MCHC)	19,0 - 22,0	mmol/L	22.0	20.8	21.3	20.7		20.5
mittl. korp. Volumen (MCV)	80 - 96	fl	83	86	84	86		85
Ery-Verteil.-breite (EDTA)	11,6 - 14,4	%	14.1	14.3	14.1	14.3		14.1
Quick i.P.	70 - 120	%				75		
INR i.P.	0,9 - 1,2					1.19		
aPTT i.P.	24 - 36	s				28		
C-reaktives Protein i.S.	< 5.0	mg/L	261.5↑↑	255.9↑↑	220.2↑↑	210.5↑↑		218.4↑↑
Procalcitonin i.S.	<0,50	ng/mL			3.59↑	1.93↑		
Hämolyse-Index (Serum) H	<50(29µmol/lHb)		128↑↑					
Lipämie-Index (Serum) L	<10					11		10
Natrium i.S.	136,0 - 145,0	mmol/L	133.6↓	136.2	138.6	143.5		144.5
Kalium i.S.	3,50 - 5,10	mmol/L	* 5.45↑	3.95	3.68	4.11		4.54
Kreatinin i.S.	62 - 106	µmol/L	316↑	374↑	368↑	285↑		227↑
eGFR für Kreatinin (n.CKD-EPI)	!sKomm	mL/min/1,73	* 15↓↓	* 12↓↓	* 12↓↓	* 17↓↓		* 22↓↓
Art / Lokalisation							Niere rechts	
Punktatfarbe							gelb	
Punktataussehen							trüb	
Punktatkonsistenz							flüssig	
Kreatinin i. Punktat*	nicht definiert	µmol/L					2835	

**Verlauf:**

Der Patient stellte sich am 21.06.2023 notfallmäßig in hiesiger Klinik bei akuter Schmerzexazerbation in der Sakralregion mit starker Bewegungseinschränkung vor bei bekanntem ossär metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom. Zeitgleich bestand ein Harnwegsinfekt mit stark ausgelenkten Entzündungsparametern. Daraufhin erfolgte die stationäre Aufnahme zur Schmerzeinstellung und kalkulierten antibiotischen Therapie.

Sonographie bei Aufnahme: Niere rechts mit großer parapelviner zentraler Zyste und multiplen weiteren Zysten teils mit Binnenecho. Ein Harnstau war nicht sicher auszuschließen. Links kein Anhalt für eine Harnstauung bei multiplen peripheren und parapelvinen Zysten. Die Harnblase zeigte sich entleert bei einliegenden

Dauerkatheter. Das Prostatavolumen wurde mit ca. 20 ml bestimmt.

Bei vorbekannter pAVK beidseits und Beinschwellung rechts erfolgte am 21.06.2023 ein angiologisches Konsil. Hier konnte eine TVT ausgeschlossen werden.

Im stationären Aufenthalt erfolgte eine Schmerzeinstellung des Patienten unter Mitbetreuung durch den anästhesiologischen Schmerzdienst.

Im aktuellen Staging-CT Thorax/Abdomen/Becken vom 21.06.2023 zeigten sich mehrere metastasensuspikte Lymphknoten rechts iliakal und pelvin sowie multiple disseminierte Knochenmetastasen ohne pathologische Frakturen und ohne Hinweis auf Frakturgefährdung. Zudem stellt sich eine unklare Leberläsion im Segment VIII dar, hier kommt eine Metastase infrage.

Die Skelettszintigraphie vom 23.06.2023 wies eine disseminierte osteoblastische Metastasierung des bekannten Prostatakarzinoms im Achsenskelett und den proximalen Extremitäten nach. Ferner fiel eine mangelhafte Traceranreicherung der linken Niere auf.

Es wurde eine Schmerztherapie mittels Hydromorphon sowie Metamizol, bei Beachtung des Nebenwirkungsprofils und Obstipationsbehandlung mittels Macrogol, eingeleitet.

Bei fehlendem bzw. nur sehr zögerlichen Abfall der Entzündungswerte und nochmaliger sonografischer Kontrolle der rechten Niere, stellten wir die Indikation zum Versuch einer Harnableitung rechts bei fraglicher Harnstauung sowie Binnenechos in den vorbekannten Nierenzysten.

Am 28.06.2023 erfolgte o.g. Eingriff. In der Zystoskopie konnte das rechte Ostium nicht identifiziert werden, so dass keine retrograde Darstellung und keine DJ-Einlage in die rechte Niere erfolgen konnte. Es erfolgte die Punktion der großen zentralen Nierenzyste ohne sichere Kommunikation mit dem Hohlraum. Es erfolgte die Einlage einer Drainage in die Zyste mit Entleerung von trübem Zystensekret. Postoperativ förderte die Drainage knapp 1 Liter. der Kreatininwert betrug > 2800.

Sonografie bei Entlassung: Niere links ohne Harntransportstörung, Blase leer bei einliegendem Dauerkatheter Raumforderung oder Konkrement. Die Niere rechts stellte sich mit weiterhin multiplen Zysten und einliegender Drainage in der zentralen parapelvinen Zyste dar. Eine Harnstauung lässt sich weiterhin nicht sicher ausschließen.

Weiterhin wurde eine symptomatische Strahlentherapie über die Strahlentherapie des Universitätsklinikums Dresden eingeleitet, woraufhin der Patient am 29.06.2023 auf die Station STR-1 übernommen werden konnte.

Der Patient befand sich bei Verlegung in stabilem AZ und schmerzkompenziert. Die Ableitungen (Katheter und Drainage) förderten leicht blutig.

### **Empfehlung zur Weiterbehandlung:**

Wir danken vielmals für die freundliche Übernahme des Patienten zur symptomatischen Bestrahlung! Sollte die urologische Therapie bei Abschluss der Bestrahlung noch nicht beendet sein, kann der Patient jederzeit in unsere Klinik zurückverlegt werden.

Bitte um regelmäßige Kontrolle der Entzündungs- und Retentionsparameter.

Es erfolgte die Anmeldung einer Nierensequenzszintigrafie. Diese ist für den 30.06.2023 um 11Uhr geplant (bei V.a. stumme Niere links in der Skelettszintigrafie (wobei sonografisch und CT-morphologisch hierfür kein Anhalt) und zur Frage Abflussverhältnisse beidseits bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom und ausgeprägter Niereninsuffizienz).

Bei kurz vor Verlegung eingebrachter Drainage in die rechte Niere stehen wir zur konsiliarischen Mitbeurteilung und Evaluierung der Drainageentfernung jederzeit zur Verfügung. Wir bitten um tägliche Dokumentation der Fördermengen aus der Drainage. Der Patient wird zu Verlaufskontrolle über die hiesige Poliklinik

abgerufen (bitte hierfür urologisches Konsil stellen).

Der einliegende Dauerkatheter muss alle 4 Wochen gewechselt werden.

Am 28.06.2023 erfolgte die Vorstellung in unserem Urologischem Tumorboard Es erging folgender Beschluss:

1. Angebot zur Vorstellung in der uroonkologischen Sprechstunde.
2. Palliative Radiatio der symptomatischen Knochenmetastasen.

In Zusammenschau der Anamnese und Befunde empfehlen wir die Durchführung einer Enzalutamid-Rechallenge in reduzierter Dosis (Beginn mit Enzalutamid 80mg). Dies kann gerne über [REDACTED] erfolgen. Die beschriebenen Nebenwirkungen im Sinne von Beinkrämpfen nach Einnahme von Abiraterone und Enzalutamid sehen wir nicht als kausal (keine bekannte Nebenwirkung). Eine Chemotherapie mit Docetaxel sehen wir aktuell auf Grund des Alters und der Komorbidität als kritisch.

#### Aktuelle Medikation

Medikament	Wirkstoff	Applikation / Stärke	F	M	A	N	Bed.	Bemerkung
ASS-ratiopharm 100 mg TAH Tabletten	Acetylsalicylsäure		1	0	0	0		
FRESUBIN PROTEIN Energy DRINK Mischkart.Trinkfl.	Gesamt-Protein, Gesamt-Protein							1.00 (max. 2.00) (Stück)
NOVAMINSULFON-ratiopharm 500 mg Tabletten 1-Wasser	Metamizol natrium-		2	2	2			
PALLADON 1,3 mg Hartkapseln	Hydromorphon hydrochlorid							
Bemerkung								bei Bedarf alle 2h
PALLADON retard 4 mg Kapseln	Hydromorphon hydrochlorid		1	0	1	0		
RELISTOR 12 mg/0,6 ml Injektionslösung Dsfl.	Methylnaltrexonium bromid							1.00 (max. 1.00) (Stück)
MACROGOL-ratiopharm Balance Plv.z.H.e.L.z.Einn.	Macrogol 3350, Natriumchlorid		1	0	0	0		
Trenantone	Leuprorelin	s.c.						3-monatlich
Heparin 5000IE		s.c.	1	0	1			Thromboseprophylaxe während stat. Aufenthalt

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 kollegialen Grüßen

