

1976, M,

Freitexteingabe

Datum

03.08.2023

15:51


Typ Diagnosen und Therapien

Betrifft 

☒ "Betrifft" erscheint in der FK

Text **DAWE: HIV Patient, keine Auskunft erteilen**
kurze klin. Visite: Schmerzen?
bei Sehverschlechterung an CMV Retinitis denken! (dann AUG Konsil + iv Behandlung)

Procedere:

- Klärung Therapiebeginn nach RS  Anlage? wenn Therapiewunsch?, aktuell kein dringender Wunsch, soll sich in Praxis melden wenn EN
- Pregabalin kann erhöht werden (siehe Konsil), nä Steigerung auf 150-100-150 ab 03.08. möglich, dann 150-150-150 ab 05.08.
- Derma Rekonsil ausstehend

Aktuell:

CMV Reaktivierung, V.a. Organbeteiligung

- Kopienzahl 19866 IU/ml (extern 12.07.23); 8090 IU/ml (21.07.23)
- ambulant Ausschluss CMV Retinitis erfolgt
- ÖGD mit Histo 20.07.: Helicobacter pylori negativ Nachweis CMV-positiver zytopathisch veränderte Zellen im mittleren Ösophagusdrittel. **Nachweis CMV-positiver zytopathisch veränderte Zellen im mittleren Ösophagusdrittel.**
- Kolo 24.07.: makroskopisch unauffällig, Histobefund: **kein Hinweis auf CMV**, kein Anhalt für intraepitheliale Neoplasie/Epitheldysplasie oder Malignität
- MRT Abdomen 27.07.: V.a. sekundär-sklerosierende Cholangitis, möglicherweise im Rahmen der CMV-Infektion. Kein Nachweis eines Abszess. Keine malignitätssuspekten Läsionen. Hämangiom im Segment VIII. Leberzysten im Segment II und VI. Kortikale Nierenzysten beidseits (Bosniak I)
- cMRT 28.07.: Kein Hinweis auf eine CMV-typische Periventrikulitis

Z.n. Unklare Ulcerationen im mittleren Ösophagus (Pirna 05/23)

- ÖGD: ulceröse Ösophagitis, kein Pilznachweis
- Histo: im Bereich des Granulationsgewebes finden sich **CMV positive Zellen**

hochgradige distale DHC Stenose unklarer Genese ED 03/2023

- ERCP (extern 03/23): Einlage von 2 Plastikstents
- ERCP (Extern 05/23): Histo: Kein Anhalt für IgG-4 Assoziation oder Malignität, **einzelne Zellen CMV pos.**
- ERCP 25.07.: **Entfernung Stent bei regredienter Stenose**, Histo: kein Anhalt für intraepitheliale Neoplasie/Dysplasie oder Malignität,okal bis hochgradig florid-ulzeröser Entzündungsreaktion, mit CMV-positiven vergrößerten Zellen, **vereinbar mit einer CMV-Infektion**

Refluxösophagitis LA Grad A, geringgradige Antrumgastritis, Bulbitis duodeni

- Therapie mit PPI

Karposi Sarkom Augenbraue links (ED)

- DER: livider Nodus oberhalb der linken lateralen Augenbraue
- Biopsie 26.07.: Histologie mit mit Anteilen eines Kaposisarkoms
- **Entfernung Natmaterial am 04.08.**

Unklare Läsion Gyrus precentralis rechts, V.a. Kavernom DD Neoplasie nicht sicher ausschließen

- MRT Verlaufskontrolle in 1-2 Monaten empfohlen, bei Symptomatik früher

V.a. Zyste, pectoral links

- Punktion und Ablassen durch Derma am 31.07.

V.a. superinfiziertes Fibrom Hals rechts

- Lokalthherapie mit Fucidinecreme ab 02.08.
- **Abstrich auf HSV/ VZV 02.08.:**

bei

HIV-1 Infektion ED 2004 Stadium C 3 nach CDC

- 2004 - 2013: ART Therapie
- 2013 - 2023 keine ART Therapie
- CD4: 60% (2,5%), VL: 570.000
- 27.07. CD4 xxx; VL 4710 Kopien/ ml

Postzosterneuralgie Übergang BWS/LWS

- Start Pregabalin 24.07.
- Rö Wirbelsäule: unauffällig
- Urin: unauffällig
- sonografisch Ausschluss Harnstau
- Intensivierung Schmerztherapie mit Pregabalin, Palexia, Amitryptilin

Leberhämangiom Segment VIII

- KM Sono: Hämangiom Typ Ib

passagere Hyperkaliämie

- Besserung unter Natrium-Elutit

Soorösophagitis

behandelt mit Fluconazol seit 03/2023, beendet bei makroskopisch gutem Befund

Vorerkrankungen:

- Z.n. Cholecystektomie bei akuter Cholecystitis und gedeckter Perforation 03/2023
- Nikotinabusus ~35 Zig/d (20py)

Verlauf**03.08.**

- Abführen hat geklappt. heute EN möglich
- Termin ausmachen
- Fadenzug Gesicht heute
- EN heute, Rezept Palexia mitgegeben

02.08.

- Postzoster Sc sind besser, jedoch leichter Unterbauchschmerz a.e. bei Korprostase (letzter Stuhlgang vor 4d) -> Anpassung Laxantien, Analgesie belassen, da insb. Nachts deutlich besser. Ibuprofen wie vom Schmerzdienst empfohlen vorerst nicht bei Gastritis.
- neues Furunkel (?) am Hals rechts, zystische Läsion pectoral links nach Punktion wieder etwas nachgelaufen -> erneutes Dermakonsil + Abstrich Hals auf VZV+ HSV
- Proc.: erneute Derma Vorstellung, Abführen, wenn morgen gutes Befinden EN

01.08.

- Histo DHC mit Nachweis CMV bei gebessertem AZ Verzicht Behandlung in RS mit Pat.
- heute erneutes Schmerzkonsil -> Anpassung der Analgesie
- ab heute früh wieder starke Schmerzen, Oxygesic habe nach 1h geholfen, aktuell schmerzkompenziert, berichtet von insgesamt Besserung über die letzten Tage
- Lokalbefund Zoster: Bläschen vollständig abgetrocknet
- Proc: Palexia 3x/d, RS Derma wg Tannosynt -> passt gut
- RS erfolgt: geht mit das vorerst keine CMV Therapie, fragt ob abdominell Hinweise auf Kaposi Beteiligung (Klärung heute in RAD Demo). Pat. soll sich nach EN dort melden, bekommt kurzzeitig Termin

31.07.

- keine suffiziente Analgesie unter Oxygesic, berichtet unter Palexia das erste mal seit langem Schmerzfrei gewesen zu sein.
- am Freitag unter Palexia Erstgabe + Metamizol + Zopiclon + Amitryptilin Verwirrheitszustände, stand

neben sich. am nächsten Morgen unter Palexia + Metamizol + Pregabalin sehr gut gefühlt, ab 16 Uhr dann wieder Schmerzen bekommen.

- li Brust mit kleinem Abszess. DER Konsil dazu bereits am WE gestellt. kein Fieber, kein CRP
- berichtet durch die lange Symptomatik mit Schmerzen hoffnungslos zu sein, hatte sich kurzzeitig wieder aufgegeben. langes + entlastendes Gespräch bei Visite dazu. Aussicht auf Besserung der Sc besteht und ist im Vgl. zur Aufnahmesituation deutlich besser werdend. Pat. verneint glaubhaft Suizidalität. PSY oder PSO Vorstellung wird aktuell nicht benötigt. Meldet sich bei Bedarf
- Proc: Palexia wieder rein, Zopiclon raus. erneutes Schmerzkonsil. DER Konsil ausstehend

30.07.

- Pat. berichtet nach Einnahme von Oxy akut 10 mg über kurzzeitige Besserung
- Schmerzkonsil mit 10 mg Oycodon retard 12 std. + Oxycodon akut 5mg bB besprochen, Fortsetzung Pregabalin und Novamin

29.07.

- lt. Schwestern nach gestriger Schmerzmediation Verwirrtheit bemerkt (im. S. UAW), heute Normales Verhalten, weiter beobachten
- Im Tagesverlauf ist Patient adäquat und Schmerzfrei, jedoch auch teilweise erregter Zustand
- heute berichtet der Patient, dass er im Bereich der linken Brust ein Abszess/Furunkel (2cm) aus welchem sich klare Flüssigkeit entleert = Derma Konsil gestellt Frage Inzision?
- RS Schmerzdienst zur Deeskalation der Opioidtherapie

Nachtrag

- Palexia halbiert, nach RS PP aber keine 25mg vorhanden (auch nicht auf Nachbarstationen). Bei zu starker Analgesie vorerst pausiert, stattdessen Oxycodon aus Bedarf, erneutes Schmerzkonsil für Montag gestellt

28.07.

- CMV aus DHC Biopsie nachgefordert
- MRT Leber V.a. sekundär sklerosierende Cholangitis, Korrelat ERCP?
- hat noch starke Schmerzen, Schmerzdienst am Bett, Anpassung der Medis nach Empfehlung.
- Erklärung der Therapie CMV je nach seiner Entscheidung, Einigung auf vorerst keine Therapie bei insg. Befundverbesserung.
- Proc.: Schmerzeinstellung übers WE, Mo EN, Termin ausmachen, soll sich da vorstellen und bei Therapiewunsch/ Verschlechterung WAN hier zur Ganciclovirtherapie

27.07.

- Befundmitteilung aktueller Stand (CMV Befall Ösophagus + DHC) mit schwieriger Therapieentscheidung bei nicht eindeutiger Datenlage ob Therapie oder nicht. aktuell Immunstatus besser und Chance das Körper es selbst schafft
- aktuell am belastesten Sc Rücken -> Schmerzkonsil stellen
- bedankt sich bei PP und Ärzten, ist froh hier behandelt zu werden

26.07.23

- gestern Abend Rückenschmerzen im Höhe TLÜ, häufig nach Nahrungsaufnahme. -> Lipase zA PostERCP Pankreatitis nachgemeledet + Urin, Ausschluss Harnstau via Sono bereits erfolgt
- Röntgen Befund Wirbelsäule ausstehend
- MRT Kopf+Abdomen geplant
- RS bezügl. weiterer Therapie, nach Auswertung des Hautbiopsates ausstehend

25.07.

- heute ERCP + Stentwechsel + Biopsie
- Analgesie bei anhaltenden Rückenschmerzen erhöht + Rö WS z.A. ossärer Problematik
- cMRT angefordert
- langes Gespräch über aktuellen Stand. Schmerzen unter Pregabalin besser. Wunsch parenterale Ernährung bei langen nüchternen Phasen + Fresubin po -> angesetzt
- Histos intern noch ausstehend

24.07.

- heute Kolo
- anhaltende Sc Rücken -> Versuch Pregabalin

23.07.23 cp stabil, K 4,7, Sz in etwa idem

22.07.

- Schmerzen kompensiert, Kalium leicht erhöht, daher Beginn Elutit-Natrium in geringer Dosis.

21.7.

- Aufklärung Biopsie Derma erfolgt, Termin für Biopsie am 26.7. in Derma TK
- fühlt sich gut, noch Schmerzen am Abend bei a.e. Zosterneuralgie -> Analgesie erhöht
- vorerst kein Ganciclovir bei noch nicht sicherer Organmanifestation
- cMRT+ MRT Abdomen angefordert

20.7. [REDACTED]

- AN auf Station, c/p stabil, kooperativ
- Aufklärung über geplantes Procedere: ÖGD/ Kolo/ ERCP/ Sono + MRT/ Derma
- Aufklärungen vorliegend: ÖGD, Kolo, Sedierung, ERCP, KM Sono
- Derma am Bett -> Va Karposi, Histo empfohlen
- ÖGD mit Histo erfolgt
- Sono mit Hinweis Cholestase -> ERCP bereits angemeldet, Pat. ohne Schmerzen + kein Bili, daher keine Notfallindikation für Stentwechsel