

Diagnosen: aktuell: akute Hämoptoe bei V.a. endobronchiale Tumorblutung re. OL progrediente Dyspnoe und Hämoptysen seit 5 Tagen Lungenembolie linker Unterlappen, ED aktuell Sepsis bei a.e. atypischer Pneumonie

Metastasiertes Neuroendokrines Karzinom im rechten Oberfeld der Lunge



- kleinzellig bis intermediärer Zelltyp
- Nebennieren-, Nierenmetastasen, multiple Lebermetastasen, Retinametastase rechts, ossäre Metastasen (BWK 8, LWK 2,4,5), zwei intramuskuläre Metastasen linke Skapula
- Z.n. 4 Zyklen Carbo/Eto, zuletzt , aktuell Carbo/Taxol
- Z.n. Radiatio der rechten Retinametastase
- V.a. paraneoplastisch verursachte hormonelle Störung, ähnlich Hypophyseninsuffizienz (Hypopituitarismus) mit somatotroper, gonadotroper, corticotroper und thyreotroper Insuffizienz
- Z.n. operativ versorgter Schenkelhalsfraktur rechts



- untere Armplexusläsion rechts
- leichte sensomotorische axonale PNP
- Hypästhesie und Parästhesie der Haut
- Cervikale Spinalkanalstenose
- Arterielle Hypertonie

- LowT3/lowT4- Syndrom
- Z.n. Alkohol- und Nikotinabusus

Anamnese

Akutvorstellung aufgrund von progredienter Dyspnoe und progredienten Hämoptysen seit 3 Tagen. Ein fieberhafter Infekt wird verneint. Bei Aufnahme jedoch 38.4°C Temp. Pat. mit bekanntem metastasierten Bronchialkarzinom und Z.n. kombinierter Radiochemotherapie.

Pat. aktuell in Praxis, Dresden, in Betreuung. Hier aktuell Chemotherapie mit Carboplatin/Taxol (nächste Gabe am 24.02. geplant) und Bisphosphonattherapie (nächste Gabe am 11.02. geplant).

Klinische Befunde

Pat. im reduzierten Allgemeinbefinden 184 cm, 96kg, Pat wach orientiert, Ruhedyspnoe, Cor: regelmäßig tachykard um 100bpm, RR 140/80; HT rein, Pulmo vesikulär bds, keine RGS, Abdomen weich, spärliche Peristaltik. US schlank, keine Ödeme Druckschmerz linker US. Keine LK-Schwellungen. Mund-Rachenraum unauffällig.

Laborbefunde

Labor bei Aufnahme in SI-Einheiten

Pathologisch: Hb 8,4; Thrombo 124; Ery 4,24; Granulozyten 6,44; Lympho 0,34; Mono 0,07; D-Dimere 17136; CRP 194; Procalcitonin 28,54; Natrium 132; Chlorid 93; Harnstoff 11,5; ASAT 3,01; GGT 7,4; Kreatinkinase 4,39; kardiales Troponin 28; Pro-BNP 55,5; AP 29,44;

Labor bei Entlassung

Pathologisch: Hb 7,2; HK 0,33; Thrombo 97; Ery 3,72; CRP 318; Natrium 128,6.

Blutgasanalyse in SI-Einheiten

pH 7,440 / pO₂ 3,65 / pCO₂ 10,72/ HCO₃ 18,1/ BE -6/ Sättigung 96,4% (bei Raumluft).

Befunde

EKG

Sinusrhythmus, Steiltyp, Tachykardie, RS-Umschlag in V4, keine Erregungsausbreitungs-/Rückbildungsstörungen

Angio-CT XXXX

- 1. Vd.a. Lungenarterienembolie in den Unterlappensegmentarterien links, rechts nicht sicher auszuschließen.
- 2. Oberlappenatelektase rechts.
- 3. Mediastinale LK-Metastasen, streckenweise nicht von der Atelektase abgrenzbar. Eine zentrale Raumforderung als Ursache der Atelektase kann nicht ausgeschlossen werden.
- 4. Disseminierte ossäre Metastasierung der WS.
- 5. Atypische, feinretikuläre Infiltrate v.a. rechts.

NB: Nebennierenhyperplasie bds. Hepatomegalie.

Bronchoskopie-Befund Bronchialsystem:

Links alle Ostien offen und bis in den Subsegmentbereich einsehbar, keine aktive Blutung links.

Rechts großes dunkles Blutkoagel am OL-Abgang in Bronchus intermedius prolabierend, UL und ML Ostien nach Spülung mit NaCL 0,9% ohne aktive Blutungsquelle. Nach Absaugen des Blutkoagels demarkiert sich ein Tumoreinbruch in den rechten Hauptbronchus ausgehend vom Oberlappen-Abgang (bekannt). Verschluß OL-Abgang rechts. Aktive Blutung im Tumorbereich. Nach Applikation von 3 Amp. Otriven und Spülung mit Eiswasser kommt es zum Stillstand der Blutung.

Verlauf

Bei Aufnahme bot der der Patient eine Ruhedyspnoe. Unter 6 I Sauerstoff zeigten sich BGA-Werte von pO2 11 kPa, der Hb lag bei 8,5. Der Patient war tachykard mit einer erhöhten Temperatur (38,4 °C) und einem RR von 140/80. Das EKG zeigte eine Sinustachykardie ohne Infarktzeichen. Laborchemisch zeigte sich ein erhöhtes CRP (190) und PCT (28). Eine

Antibiose mit Tazobac und Klacid wurde begonnen.

Im CT zeigten sich atypische Infiltrate und eine Oberlappenatelektase rechts, ferner V.a.

Lungenarterienembolie (AK bisher mit Clexane 2x 40/d s.c., zuletzt heute morgen, Duplex-Sonografie und TTE noch ausstehend).

Heute Morgen bot der Patient eine akute Hämoptoe (frisch, hellrot). Die Notfallbronchoskopie zeigte eine aktive Blutung im Bereich des exophytischen Tumoreinbruchs in den rechten Hauptbronchus auf Höhe des OL-Abgangs rechts. Nach Applikation von Otriven steht die Blutung. Es erfolgte eine Direktverlegung nach Coswig zur Prüfung einer interventionellen Therapieoption.

Das Tumorleiden scheint nach Therapie zumindest endobronchial regredient, da im Vgl. zum Vorbefund mit Komplettverschluss des rechten Hauptbronchus aktuell der Intermediärbronchus und re. ML/UL wieder komplett einsehbar sind.

Entlassungsmedikation Medikation

Medikament	Wirkstoff	Applikation / Stärke	F	M	Α	N Bed	l. Bemerkung
Beloc-Zok® ret. Retardtabletten	Metoprololsuccinat (Ph.Eur.)		1	0	0		
Pantozol® 20mg, magensaftres. Tbl.	Pantoprazol-Na 1,5H£2O		1	0	0		
lbuprofen AbZ 600 mg Filmtabletten	Ibuprofen		1	1	1		
Hydrocortison 10mg	Hydrocortison-21- hydrogensuccinat, Natriumsalz		3	2	0		heute erhöht von 1-1-0
Testogel® 50 mg, Gel im Beutel	Testosteron		1	0	0		
Kalinor®-Brausetabletten	Kaliumhydrogencarb onat		1	0	0		
Minirin Spray	Minirin Spray						1 Hub zur Nacht
Palladon® retard 24mg Retardkaps.	Hydromorphon-HCI		1	0	0		
Palladon® retard 20mg Retardkaps.	Hydromorphon-HCI		0	0	1		
Klacid® 500mg, Pulver zur Herstellung einer Infusionslösung	Clarithromycin		1		1		seit 8.02
Tazobac® EF 4g/0,5g	Piperacillin-Na		1	1	1		seit 8.02
Tazobac® EF 4g/0,5g	Tazobactam-Na						
Tazobac® EF 4g/0,5g	Piperacillin-Na						
Tazobac® EF 4g/0,5g	Tazobactam-Na						
Clexane 40mg 0,4ml ACA Fertigspr.	Enoxaparin-Na						
Clexane 40mg 0,4ml ACA Fertigspr.	Enoxaparin-Natrium						Pause

