



## 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

An den Kostenträger

### Vorläufiger Entlassungsbrief

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über den

Patienten

wohnhaft

geboren am 1957

Aufnahmenr.

der sich in der Zeit seit 24.06.2023 in unserer stationären Behandlung befand.

24.06.2023 bis 29.06.2023: KNA-S1

29.06.2023 bis aktuell MK1-S3

### Diagnosen: Septischer Schock bei Cholangitis mit Choledocholithiasis

#### Leberabszesse Segment II (25x16mm) und Segment VIII (30x19mm)

- 24.06.2023: PTCD-Anlage (Perkutane Transhepatische Cholangiodrainage)
- Antiinfektive Therapie: Piperacillin/Tazobactam seit 23.06.2023
- 30.06.2023 endoskopische Gastro-Gastrostomie mittels selbstexpandierendem Metallstent (Axios-Stent)
- CT Adomen 02.07.2023: kein Nachweis Blutung oder Hämatom, hypodense Läsionen Leber Segment VIII und II mit V.a. chologene Abszesse
- Sonographie mit KM am 04.07.2023: a.e. noch Sludge in den gering erweiterten intrahepatischen Gallenwegen rechts, regelrechte PTCD, zwei Leberabszesse
- Sonographie 10.07.2023: Regelrecht einliegende PTCD. Zwei Leberabszesse ohne liquide Anteile (Segment II: größenregredient, Segment VIII: größenkonstant).

#### - Rezidivierende peristomale Blutung am Ileostoma rechts mit transfusionspflichtiger Anämie

- Transfusion von insgesamt 7 Erythrozytenkonzentraten
- CT Abdomen 02.07.2023: kein Nachweis Blutung oder Hämatom
- ÖGD und Endoskopie via Ileostoma am 05.07.2023: Refluxösophagitis LA

Grad B, reizlose Gastro-Gastrostomie, AXIOS nicht vollständig entfaltet.  
Ausschluss gastrointestinale Blutung, Blutungsquelle außerhalb des Stomas  
- chirurgische Umstechung einer peristomalen Blutung am 07.07.2023  
- chirurgische Adrenalin-Unterspritzung am 08.07.2023

- **Sekundäre Wundheilungsstörung abdominell mit venöser Blutung**  
**27.06.2023**

- **Refluxösophagitis LA Grad B**

- **Komplette intrahepatische Pfortaderthrombose**  
- halbtherapeutische Antikoagulation

- **Troponinämie (bekannt) mit sept. bedingter Erhöhung**  
- 29.06.2023: 315ng/L - 280ng/L

- **zystische Läsion im Pankreaskorpus, a.e. Seitengang-IPMN**  
- seit 06/2022 konstant, keine "worrisome Features"

- **Hypokaliämie**  
- intravenöse und orale Substitution

- **Hypalbuminämie**  
- parenterale Ernährung, hochkalorische Zusatznahrung

vorbekannte Diagnosen:

- Kurzdarmsyndrom
- Z.n. laparoskopischem Roux-Y-Magenbypass am 17.03.2023
  - komplikativer Verlauf mit multiplen Dünndarmfisteln, Anastomoseninsuffizienzen und 4-Quadranten-Peritonitis, Sepsis, Blutungsanämie, Gallefistel der Leberkapsel; multiple Folgeeingriffe (UKD, KH Radeberg)
  - Z.n. hoher High-Output-Dünndarmfistel
  - aktuell (07/2023): Jejunostoma linker Mittelbauch und terminales Ileostoma rechts
- venöses Portsystem rechts
- Critical-Illness-Polyneuropathie
- Z.n. Lungenembolie
- Adipositas
- Arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus
- Asthma bronchiale
- Fettstoffwechselstörung
- Schlafapnoe
  - nächtliche CPAP-Therapie
- Z.n. TH distaler Venenthrombose rechts 04/2018 durch Immobilisation getriggert im Rahmen einer Tibiakopfluxationsfraktur
- Z.n. Arthroskopie des rechten Kniegelenkes bei posttraumatischer Arthrose mit Chondropathie Grad II bis 3 des lateralen Kompartiment (02/2020)
- Refluxkrankheit
- Z.n. Covid-Infektion 03/22

**Anamnese**

Die Übernahme des Patienten erfolgte aus dem Krankenhaus [REDACTED]. Dort war der Patient intensivmedizinisch seit 2 Tagen aufgrund des Verdachts einer Cholangiosepsis betreut.

Initial habe sich der Patient aufgrund von gürtelförmigen Oberbauchschmerzen seit dem

22.06.2023 ärztlich vorgestellt. Zudem berichtete er über neue aufgetretene Schwäche und Schmerzen im rechten Bein. Fieber, Schüttelfrost, Dysurie oder andere typische Infektzeichen wurden verneint. Es bestand ebenfalls keine Luftnot, typische AP-Symptomatik oder Schwindel/Synkopen.

Extern wurde bereits eine kalkulierte antimikrobielle Therapie mit Piperacillin/Tazobactam begonnen. Zudem wurden Blutkulturen abgenommen - diese können unter der Telefonnummer [REDACTED] erfragt werden.

Sozialanamnese: betreut durch Berufsbetreuer (aber selbst einwilligungsfähig)

Suchtmittelanamnese: Schwerer Nikotinabusus (sistiert); schwere Alkoholabusus (ebenfalls sistiert)

Medikamente: Melperon 50 mg 2-0-1-0; Latanoprost Augentropfen 0-0-1 (je Auge) Pregabalin 50 mg 0-0-1; Ramipril 5 mg 1-0-1; Duloxetin 30 mg 0-0-1; Kreon 25000 Einheiten 1-1-1; Fentanyl 50 µg/h alle 3 Tage

## Klinische Befunde

Allgemein: wach, orientiert. Leicht adipöser EZ und deutliche reduzierter AZ. Augen: Pupillen mittelweit, Lichtreaktion direkt und konsensual. Haut: keine Zyanosezeichen, kein Ikterus (auch kein Sklerenikterus), Exanthem oder Petechien. Cor: nf, HT rhythmisch, rein, kein Herzgeräusch sicher auskultierbar. Pulmo: vesikuläres Atemgeräusch beidseits, keine Rasselgeräusche, basal bds. abgeschwächt. Abdomen: weich, DS im Oberbauch, keine AWS, regelrechte Darmgeräusche in allen vier Quadranten, Stomata unauffällig. Extremitäten: frei beweglich, keine Umfangsdifferenz, geringe periphere Ödeme; unspezifischer Bewegungsschmerz aller Extremitäten.

## Laborwerte:

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
Hämoglobin i.B. (EDTA)	8,60 - 12,10	mmol/L	* 6.00↓	4.90↓↓	3.60↓↓	* 6.00↓
Hämatokrit i.B. (EDTA)	0,400 - 0,540	L/L	0.29↓	0.25↓	0.18↓↓	0.29↓
Leukozyten i.B. (EDTA)	3,8 - 9,8	GPt/L	* 28.88↑↑	4.47	4.47	* 28.88↑↑
Thrombozyten i.B. (EDTA)	150 - 400	GPt/L	177	192	94↓	226
Mittleres Thrombozytenvolumen (EDTA)	9,0 - 13,0	fl	11.6	10.3	10.2	12.2
Erythrozyten i.B. (EDTA)	4,60 - 6,20	TPt/L	3.16↓	2.57↓	1.96	3.16↓
mittl.korp.Hämogl. (MCH)	1,70 - 2,10	fmol	1.90	1.91	1.84	1.99
mittl. korp. Hb-Konz. (MCHC)	19,0 - 22,0	mmol/L	20.8	19.9	19.9	22.2↑
mittl.korp.Volumen (MCV)	80 - 96	fl	92	96	87	96
Ery-Verteil.-breite (EDTA)	11,6 - 14,4	%	15.2↑	15.8↑	14.6↑	15.9↑
Retikulozyten i.B. (EDTA,rel.)	9 - 27	pro 1000Ery	41↑	41↑	41↑	41↑
Retikulozyten i.B. (EDTA,absolut)	23 - 70	GPt/L	101.90↑	101.90↑	101.90↑	101.90↑
Retikulozyten-Hämoglobin	1,74 - 2,17	fmol	2.12	2.12	2.12	2.12
Delta-Hämoglobin	0.25 - 0.45	fmol	0.25	0.25	0.25	0.25
Erythroblasten (rel.)	0	%	0.1↑	0.0	0.0	0.1↑
Erythroblasten (abs.)	0	GPt/L	0.01	0.01	0.01	0.01
Neutr. Granulozyten (rel.)	36,0 - 77,0	%	86.1↑	73.0	73.0	86.1↑
Lymphozyten (rel.)	20,0 - 49,0	%	6.0↓	14.1↓	6.0↓	14.1↓
Monozyten (rel.)	0,0 - 9,0	%	5.4	8.7	5.4	8.7
Eosino. Granulozyten (rel.)	0,0 - 5,0	%	2.3	3.9	2.3	4.1
Baso. Granulozyten (rel.)	0,0 - 1,0	%	0.2	0.3	0.2	0.3
Unreife Granulozyten (rel.)		% der Neutr	1.1	5.8	1.1	5.8
Neutr. Granulozyten (abs.)	1,80 - 7,55	GPt/L	10.52↑	5.36	5.36	10.52↑
Lymphozyten (abs.)	1,50 - 4,00	GPt/L	0.73↓	1.04↓	0.73↓	1.13↓

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
Monozyten (abs.)	0,20 - 1,00	GPt/L	0.66	0.64	0.64	0.72
Eosino. Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,49	GPt/L	0.28	0.29	0.28	0.39
Baso. Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,20	GPt/L	0.03	0.02	0.02	0.03
Quick i.P.	70 - 120	%	32↓	70	32↓	88
INR i.P.	0,9 - 1,2		2.26↑	1.25↑	1.08	2.26↑
aPTT i.P.	24 - 36	s	41↑	39↑	30	42↑
Fibrinogen i.P.	2.0 - 4.0	g/L	4.84↑	6.62↑	4.84↑	6.62↑
Antithrombin [Aktivität gegen F.IIa]	80 - 120	%	53↓	60↓	45↓	60↓
D-Dimere i.P.	< 501	ng/mL FEU	>4000↑↑	>4000↑↑		
C-reaktives Protein i.S.	< 5.0	mg/L	126.5↑	8.5↑	8.5↑	126.5↑
C-reaktives Protein i.P.	< 5.0	mg/L	173.5↑	143.1↑	132.4↑	173.5↑
Procalcitonin i.S.	<0,50	ng/mL	0.49	0.33	0.33	0.49
Procalcitonin i.P.	<0,50	ng/mL	10.70↑	3.09↑	3.09↑	10.70↑
Lipämie-Index (Serum) L	<10		14	10	10	14
Lipämie-Index (Plasma) L	<10		18	29↑	18	29↑
Ikterus-Index (Serum) I	<=1(17µmol/lBili)		4	2	2	4
Ikterus-Index (Plasma) I	<=1(17µmol/lBili)		3	2	2	4
Natrium i.S.	136,0 - 145,0	mmol/L	133.7↓	134.0↓	129.1↓	136.6
Kalium i.S.	3,50 - 5,10	mmol/L	4.29	3.66	3.66	4.76
Kreatinin i.S.	62 - 106	µmol/L	106	64	64	106
Kreatinin i.P.	62 - 106	µmol/L	120↑	95	78	120↑
eGFR für Kreatinin (n.CKD-EPI)	!sKomm	mL/min/1,73 * 63		! >90	* 63	* 82
eGFR für Kreatinin (n.CKD-EPI) i.P.	!sKomm	mL/min/1,73 * 54↓		* 72	* 54↓	* 89
Harnstoff i.S.	3,0 - 9,2	mmol/L	10.2↑	5.3	5.2	11.7↑
Harnstoff i.P.	3,0 - 9,2	mmol/L	15.6↑	9.5↑	9.3↑	15.6↑
ALAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	1.46↑	0.34	0.34	1.46↑
ALAT i.P.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	13.46↑↑	1.57↑	1.57↑	13.46↑↑
ASAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	0.73	0.38	0.38	0.78
ASAT i.P.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	10.44↑↑	0.53	0.53	10.44↑↑
Gamma-GT i.S.	<1,19	µmol/(s*L)	3.80↑	4.05↑	3.80↑	7.80↑
Gamma-GT i.P.	<1,19	µmol/(s*L)	6.18↑	3.08↑	3.08↑	6.18↑
Creatinkinase Gesamt-Aktivität i.P.	< 3,17	µmol/(s*L)	0.85	< 0.12	0.13	0.85
CK-MB Aktivität i.P. Differentialdiag.	< 0,41	µmol/(s*L)	0.47↑	0.15	0.15	0.47↑
Quotient CK-MB / CK		%	* 55.29	* [n.ber]	* 55.29	* 130.77
Myoglobin i.P.	< 72,0	µg/L	* 35.1	* 26.0	* 26.0	* 35.1
kard.Troponin T,hs[Roche]i.P.	<14	ng/L	* 155↑↑	* 284↑↑	* 155↑↑	* 315↑↑
NT-proBNP i.P.	<41.20	pmol/L	* 1494.00↑	* 1494.00↑	* 1494.00↑	* 1494.00↑
Alkal. Phosphatase (IFCC) i.S.	0.67 - 2.17	µmol/(s*L)	9.41↑	5.45↑	5.45↑	10.89↑
Alkal. Phosphatase (IFCC) i.P.	0.67 - 2.17	µmol/(s*L)	15.37↑	9.22↑	9.22↑	16.64↑
LDH i.P. (IFCC)	2,25 - 3,75	µmol/(s*L)	4.41↑	2.32	2.32	4.41↑
Bilirubin (ges.) i.S.	< 21,0	µmol/L	46.6↑	11.7	11.2	46.6↑
Bilirubin (ges.) i.P.	< 21,0	µmol/L	47.2↑	34.6↑	32.3↑	53.0↑
Phosphat i.P.	0,87 - 1,45	mmol/L	1.15	1.20	0.48↓↓	1.20
Lipase i.P.	< 1,00	µmol/(s*L)	0.14	0.14	0.14	0.14
Thyreoideastimul. H.i.P.	0.27 - 4.20	mU/L	0.39	0.39	0.39	0.39
Gesamteiweiß i.S.	66,0 - 83,0	g/L	54.3↓	70.5	54.3↓	75.0



Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
Gesamteiweiß i.P.	66,0 - 83,0	g/L	62.6↓	59.4↓	55.3↓	62.6↓
Albumin i.S.	35,0 - 52,0	g/L	21.8↓↓	20.2↓↓	16.4↓↓	22.8↓↓
Albumin i.P.	35,0 - 52,0	g/L	25.1↓	22.2↓↓	22.2↓↓	25.1↓
Immunglobulin A i.P.	0.70 - 4.00	g/L	5.37↑	5.37↑	5.37↑	5.37↑
Immunglobulin M i.P.	0,40 - 2,30	g/L	1.67	1.67	1.67	1.67
Immunglobulin G i.P.	7.00 - 16.00	g/L	12.56	12.56	12.56	12.56
Immunfixation i.S.			* s.Komm.	* s.Komm.		
Cystatin C i.P.	<0.95	mg/L	1.86↑↑	1.86↑↑	1.86↑↑	1.86↑↑
eGFR für Cystatin C i.P.	>=90	mL/min/1,73	* 34.02↓	* 34.02↓	* 34.02↓	* 34.02↓
Albumin i.S. (relativ)	55.8 - 66.1	%	38.3↓	38.3↓	38.3↓	38.3↓
alpha1-Globuline i.S.	2.9 - 4.9	%	9.3↑	9.3↑	9.3↑	9.3↑
alpha2-Globuline i.S.	7.1 - 11.8	%	12.7↑	12.7↑	12.7↑	12.7↑
beta-Globuline i.S.	8.4 - 13.1	%	16.1↑	16.1↑	16.1↑	16.1↑
gamma-Globuline i.S.	11.1 - 18.8	%	23.6↑	23.6↑	23.6↑	23.6↑
Albumin i.S. (rechn.)	35,0 - 52,0	g/L	20.8↓↓	20.8↓↓	20.8↓↓	20.8↓↓
Triglyzeride i.P.	0,35 - 1,70	mmol/L	1.21	1.74↑	0.83	1.74↑
Cholesterol i.P.	< 5,20	mmol/L	2.62	4.13	2.62	4.13
Eisen i.S.	7,2 - 21,5	µmol/L	10.8	10.8	10.8	10.8
Transferrin i.S.	2,00 - 3,60	g/L	1.16↓↓	1.16↓↓	1.16↓↓	1.16↓↓
Transferrinsättigung	16,0 - 45,0	%	37.1	37.1	37.1	37.1
Ferritin i.S.	30,0 - 400,0	µg/L	1378.0↑↑	1378.0↑↑	1378.0↑↑	1378.0↑↑
löslicher Transferrin-Rezeptor i.S.	1.71 - 4.13	mg/L	2.10	2.10	2.10	2.10
Ferritin-Index	s. Thomas-Plot		0.67	0.67	0.67	0.67
Magnesium i.P.	0,66 - 0,99	mmol/L	1.04↑	0.90	0.90	1.04↑
Zink i.S.	11.0 - 24.0	µmol/L	8.1↓↓	8.1↓↓	8.1↓↓	8.1↓↓
Selen i.S.	0,60 - 1,50	µmol/L	0.61	0.61	0.61	0.61
Vitamin B12 i.S.	197 - 771	pg/mL	* 1053↑	* 1053↑	* 1053↑	* 1053↑
Holotranscobalamin i.S.	37.5 - 188.0	pmol/L	* 149.0	* 149.0	* 149.0	* 149.0
Folsäure i.S.	3.89 - 26.8	ng/mL	* 5.94	* 6.30	* 5.94	* 6.30
Alpha1-Mikroglob.i.U.(Konz.)		mg/L	79.58	79.58	79.58	79.58
Alpha1-Mikroglob.i.U.(rel.KREA)	< 1,58	mg/mmolKre	29.04↑↑	29.04↑↑	29.04↑↑	29.04↑↑
Alpha2-Makroglob.i.U.(Konz.)	< 3.93	mg/L	< 3.93	< 3.93		
Alpha2-Makroglob.i.U.(rel.KREA)	<1,13	mg/mmolKren.rechn		n.rechn		
Immunfixation i.U.			* negativ	* negativ		
Kappa-Leichtketten i.U. (Konz.)	nicht nachweisbar	mg/L	56.30	56.30	56.30	56.30
k-Leichtketten i.U. (rel.KREA)		mg/mmolKre	20.5	20.5	20.5	20.5
Lambda-Leichtketten i.U. (Konz.)	nicht nachweisbar	mg/L	27.50	27.50	27.50	27.50
l-Leichtketten i.U. (rel.KREA)		mg/mmolKre	10.0	10.0	10.0	10.0
Quotient k-/l-Leichtketten i.U.	0.75 - 4.50		2.05	2.05	2.05	2.05
Urin:			Spontanurin	Spontanurin		
Material:			Mittelstr.	Katheterur.		
Kreatinin i.U. (Konz.)	nicht definiert	mmol/L	2.74	2.74	2.74	2.74
Gesamtprotein i.U. (Konz.)	nicht definiert	g/L	0.22	0.22	0.22	0.22
Eiweiß/Krea-Ratio i.U.	< 100	mg/g Krea	711↑↑	711↑↑	711↑↑	711↑↑
Albumin i.U. (Konz.)	nicht definiert	mg/L	30.09	30.09	30.09	30.09



Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
Albumin/Krea-Ratio (mmol)	< 2,26	mg/mmolKre	10.98↑	10.98↑	10.98↑	10.98↑
Albumin/Krea-Ratio (g)	< 30	mg/g Krea	97.08↑	97.08↑	97.08↑	97.08↑
Freies Hämoglobin i.U.	negativ	nmol/L	466↑↑	466↑↑	466↑↑	466↑↑
Leukozyten i.U.	negativ	pro µL	75↑↑	25↑	25↑	75↑↑
spezifisches Gewicht i.U.	1,010 - 1,025		1.024	1.017	1.017	1.024
pH i.U.	4,8 - 7,4		5.5	6.0	5.5	6.0
Nitrit i.U.	negativ		negativ	negativ		
Protein i.U.	negativ	g/L	0.3↑	0.15↑	0.15↑	0.3↑
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	8.6↑	8.6↑	8.6↑	8.6↑
Erythrozyten i.U. UF	< 23.0	MPt/L	324.1↑	324.1↑	324.1↑	324.1↑
Erythrozyten i.U. UF	< 23.0	MPt/L	437.9↑	437.9↑	437.9↑	437.9↑
Leukozyten i.U. UF	< 25.0	MPt/L	27.1↑	27.1↑	27.1↑	27.1↑
Leukozyten i.U. UF	< 25.0	MPt/L	73.5↑	73.5↑	73.5↑	73.5↑
Leukozytenhaufen i.U. UF	< 23.0	MPt/L	1.0	1.0	1.0	1.0
Bakterien i.U. UF	< 1200.0	MPt/L	9.3	9.3	9.3	9.3
Bakterien i.U. UF	< 1200.0	MPt/L	212.5	212.5	212.5	212.5
Plattenepithelien i.U. UF	< 31.0	MPt/L	0.9	0.9	0.9	0.9
Plattenepithelien i.U. UF	< 31.0	MPt/L	4.4	4.4	4.4	4.4
Übergangsepithelien i.U. UF	< 1.0	MPt/L	0.4	0.4	0.4	0.4
Nierenepithelien i.U. UF	< 1.0	MPt/L	13.5↑	13.5↑	13.5↑	13.5↑
Hyaline Zylinder i.U. UF	< 1.00	MPt/L	0.00	0.00	0.00	0.00
Hyaline Zylinder i.U. UF	< 1.00	MPt/L	keine	keine		
nichthyaline Zylinder i.U. UF	< 1	MPt/L	0	0	0	0
Hefezellen i.U. UF	<1	MPt/L	0	0	0	0
Hefezellen i.U. UF	< 1	MPt/L	keine	keine		
Salze i.U. UF	< 6	MPt/L	0	0	0	0
Streptococcus pneumoniae-Antigen			* negativ	* negativ		
Legionella pneumophila Sg1-Antigen			* 0.15	* 0.15	* 0.15	* 0.15
Legionella pneumophila Sg1-Antigen			negativ	negativ		

Laborwerte:

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter
BLG	>4.1 - 5.9	mmol/l	* 3.5	* 6.8
T		Cel	36.0	37.0
FIO2		%	21.0	21.0
pH	7.350-7.450		7.382	7.382
pH(T)			7.440	! 7.357
pCO2		kPa	5.34	! 5.62
pCO2(T)	4.27-6.40	kPa	5.11	* 6.65↑
pO2		kPa	13.0	4.56
pO2(T)	11.1-14.4	kPa	12.4	* 4.56↓
sO2	95.0-99.0	%	98.6	* 63.7↓
ABE	-3.0-3.0	mmol/L	1.8	2.0
SBC	20.0-27.0	mmol/L	26.0	25.6
HCO3-		mmol/L	26.3	28.8

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter
tHb	7.4-10.9	mmol/L	* 6.2↓	* 5.9↓
COHb	0.5-1.5	%	0.9	! 1.5
RHb		%	43.2	37.9
MetHb	0.0-1.5	%	0.0	0.7
Hct		%	30.5	29.1
Na+	136-146	mmol/L	136	138
K+	3.5-5.0	mmol/L	4.3	4.4
Ca++	0.30-1.50	mmol/L	1.28	! * 1.38↑
Ca(7.4)		mmol/L	1.30	1.40
Cl-	70-150	mmol/L	100	! 104
Anion gap (K+)		mmol/L	14.2	9.9
Glu	3.5-5.8	mmol/L	! 4.7	12.5
Lac	0.5-1.6	mmol/L	* 2.5↑	0.7
tBil		micromol/l	39	25

## Befunde

**EKG bei Aufnahme am 24.06.2023:** IT, nf SR (67 bpm); Zeiten in der Norm; regelrechter R-Progress, keine relevanten ERBS; keine Blockbilder;

### Angio PTCD Anlage, durchgeführt am 24.06.2023

Vor Intervention lag eine mündliche Einverständniserklärung des Patienten vor, Notfallindikation bei Sepsis. Nach Desinfektion, steriler Hautabdeckung und Lokalanästhesie erfolgte die transhepatische Punktion der gestauten Gallenwege im rechten Leberlappen mittels 20G-CHIBA-Nadel. Einlage einer 5F Schleuse in Seldingertechnik. Mittels Terumodraht gelingt es bis in das Duodenum zu sondieren. Verschieben eines Cobra-Katheters und Einwechseln eines steifen Führungsdrahts. Nun erfolgt über den Führungsdraht die Dilatation des transhepatischen Zuganges und das Positionieren eines 10F PTC-Katheters in den DHC. In der Abschlusskontrolle zeigt sich eine regelrechte Lage der Drainage mit interner sowie externer Ableitung, kein Extraluminat. Annaht und Verband.

Gesamtbeurteilung: *Technisch erfolgreiche und komplikationslose Anlage einer PTCD über gestaute Gallenwege rechts.*

Empfehlung: Bitte Kontrolle des Hb-Wertes in 3 Stunden. Wechsel der PTCD in 3-4 Wochen.

### Röntgen Thorax a.p. liegend bedside, durchgeführt am 26.06.2023

Im Vergleich zur Voraufnahme vom 23.06.2023 lagekonstant und orthotop einliegende Fremdmaterialien ohne abgrenzbaren Pneumothorax. Zeichnungsvermehrung am rechten Unterfeld, pneumonieverdächtig bei entsprechender Klinik. Kein Pleuraerguss, keine pulmonalvenösen Stauungszeichen.

### Endosonographie - Bericht vom 30.06.2023

Magen:Endosonographisch gute Darstellbarkeit des Magenantrums vom abgetrennten Magenkorpus aus.

EUS-geführte Punktion des Magenantrums, KM-Gabe, dabei sichere Kontrastierung des Magenantrums, Drahteinlage und über den Draht Einlage eines 20x10 mm hotAxios-Stents als Gastrogastrostomie.

Keine Blutung, gute Stententfaltung und -lage.

### CT Angiographie, Stentprogramm (nativ + Angio + venös), durchgeführt am 02.07.2023

**Befund:** Es liegt die externe CT vom 23.06.2023 zum Vergleich vor.

*Thorax:*

Keine Pleuraergüsse und keine pneumonischen Infiltrate. Keine pulmonale Rundherde in den partiell erfassten Lungenabschnitten.

*Abdomen:*

Normal große Leber mit abgerundetem Rand. Konstante, zur Voruntersuchung vom Juni 2022 neu aufgetretener hypodenser Läsionen im Lebersegment VIII und II. Kein Anhalt für neu aufgetretene fokale Läsionen. Regelrechte Kontrastierung der Lebervenen. Unverändert vollständige intrahepatische Pfortaderthrombose. Konstante intrahepatische Cholestase bei unverändert einliegender PTCD. Z.n. Cholezystektomie. Regelrechte Lobulierung des Pankreas. Konstante zystische Läsion im Pankreaskorpus maximal 9 mm (Serie 8 Bild 46). Kein Aufstau des Ductus pancreaticus. Normal große und homogene Milz. Plumpe Nebenniere links, schlanke Nebenniere rechts. Seitensymmetrische Kontrastierung der Nieren ohne Anhalt für eine Harntransportstörung oder ein Konkrement. Kortikale Nierenzysten rechts (Bosniak I). Harnblase unauffällig. Prostata mit Parenchymverkalkungen. Z.n. Magenbypass-OP mit einliegendem Ileostoma im rechten Oberbauch und Jejunostoma im linken Oberbauch. Einliegender Axis zwischen Magen und Jejunumschlinge. Wunddehiszenz im Bereich der Laparotomienarbe. Minimale freie Flüssigkeit intraabdominell. Keine pathologischen Lymphknoten intraabdominell und inguinal beidseits. Regelrechte Kontrastierung der Viszeralarterien im Oberbauch ohne Anhalt für eine relevante Stenose,

insbesondere regelrechte Kontrastierung der Leberarterien.

**Skelett:**

Spondylosis deformans und Osteochondrose. Multisegmentale Spondylarthrose. Koxarthrose beidseits. V.a. Myositis ossificans im Bereich des Musculus obturatorius externus.

**Gesamtbeurteilung:**

1. Im Vergleich zur CT vom 23.06.2023 kein Nachweis einer aktiven Blutung oder eines intraabdominelles Hämatom.
2. Konstante intrahepatische Pfortaderthrombose. Konstante intrahepatische Cholestase bei unverändert einliegender PTCD.
3. Seit 06/2022 neu aufgetretene hypodense Läsionen im Segment VIII und II. Angesichts der bekannten Cholangitis besteht hier der V.a. chologene Abszesse.
4. Seit 06/2022 konstante zystische Läsion im Pankreaskorpus, a.e. Seitengang-IPMN. Keine "worrisome features".

**Sonographie Gallenblase- und wege, durchgeführt am 04.07.2023**

**Sonographie Leber, durchgeführt am 04.07.2023**

Leber: Eingeschränkt beurteilbar. Organ nicht vergrößert. Regelrechte Kontur. Oberfläche glatt. Echomuster homogen und gering verdichtet. Intrahepatische Portaläste mit echoarmen Material gefüllt und ohne Flussignal. In Segment II findet sich ein echoarmer, zentral minimal liquider Verhalt von 25 x 16 mm. Zentral in Segment VIII 30 x 19 mm großer Verhalt.

Einliegende PTCD von rechts. Rechtsseitige GW gering erweitert und mit Wandverdickung DD Sludge intraluminal. Biliodigestive Anastomose nur von intercostal zentral in der Leber einsehbar, hier 10 mm weit. Luftblasen neben der PTCD.

**Gesamtbeurteilung:** A.e. noch Sludge in der gering erweiterten intrahep. Gallenwegen rechts. Regelrechte PTCD. Zwei Leberabszesse (zu wenig liquide für eine Drainage oder Aspiration). Komplette intrahepatische Pfortaderthrombose.

**ÖGD vom 05.07.2023:**

Hiatus und Z-Linie bei 40 cm ab ZR. Einzelne refluxtypische Veränderungen im distalen Ösophagus, entsprechend Refluxösophagitis LA Grad B. Im Magen findet sich der regelrecht einliegende AXIOS-Stent (endoskopische Gastro-Gastrostomie). Initial wird in die abführende Schlinge vorgespiegelt, Einsicht bis ca. 80 cm ab ZR. Weiteres Vorspiegeln ist aufgrund fehlenden Vorschubs nicht möglich. Die Fußpunktanastomose wird nicht erreicht. Es findet sich weder im Magen noch im eingesehenen Teil der abführenden Schlinge frisches Blut oder Hämatin. Im Anschluss wird die Passage des AXIOS versucht. Diese gelingt mit dem Standardgerät nicht, deshalb Wechsel auf das XP-Gerät. Hiermit ist eine problemlose Passage des AXIOS in den Restmagen möglich. Auch hier findet sich kein Blut oder Hämatin. Das Duodenum und die zuführende Schlinge wird ebenfalls eingesehen. Zwei Pigtails/PTCDs in situ. Kein Hämatin oder frisches Blut.

**Diagnose:** Refluxösophagitis LA Grad B. Reizlose endoskopische Gastro-Gastrostomie, AXIOS nicht vollständig entfaltet.

**Kommentar und Empfehlung:** Koloskopie im Anschluss. PPI in SD für 4 Wochen.

**Koloskopie vom 05.07.2023:**

Endoskopie über das Ileostoma (rechts): Im Beutel und um das Stoma imponiert frisches Blut. Hierbei definitiv Nachlaufen von Blut am Rand des Stomas (außerhalb !). Bei 9 Uhr in SSL lässt sich dabei ein blutender Porus sichern, wobei auch eine eher diffuse Blutung bei 1-3 Uhr in SSL zu bestehen scheint. Ein Versuch der vorläufigen Blutstillung mittels Applikation von Adrenalin auf den Stomarand. Im Anschluss kommt weiterhin Blut. Palpation des Stomas mit dem kleinen Finger möglich. Hierbei kein Blut am Fingerling. Das Vorspiegeln gelingt mit dem Standardgastroskop knapp. Es wird ca. 10 cm tief ins Ileum vorgespiegelt. Hierbei imponieren unauffällige Schleimhautverhältnisse. Erneut kein Hämatin oder Blut. Auf eine Endoskopie über das Jejunostoma und rektal wird bei fehlenden Blutungszeichen verzichtet.

**Diagnose:** Zusammen mit ÖGD Ausschluss GI-Blutung, aktuelle Blutungsquelle peristomal (außerhalb des Stomas).

**Therapie:** Applikation von Adrenalin auf den Stomarand, keine Blutstillung erzielbar.

**Kommentar:** Die Blutungsquelle liegt eindeutig im chirurgischen Behandlungsgebiet, außerhalb des Stomas. VTG-Konsil zur Umstechung o.ä. empfohlen.

**Sonographie Leber, durchgeführt am 10.07.2023**

Leber: *Eingeschränkte Beurteilbarkeit*

Organ nicht vergrößert. Lobus caudatus vergrößert 70 x 35 mm. Verplumpte Kontur. Oberfläche glatt. Echomuster homogen und gering verdichtet.

Pfortader im Stamm, sowie die intrahepatische Portaläste mit echoarmen Material gefüllt und ohne ableitbares Flussignal (idem zur VU).

In Segment II findet sich ein echoarmer, nicht - liquider Verhalt von 18 x 12 mm (VU: 25 x 16 mm). Angrenzend an die Lebervene in Segment VIII 34 x 21 mm (VU: 30 x 19 mm) echoarme Läsion.

PTCD von rechts einliegend. Soweit sonografisch einsehbar kein Hinweis auf erweiterte Gallengänge.

**Gesamtbeurteilung:** Regelrechte einliegende PTCD. Zwei Leberabszesse ohne liquide Anteile (Segment II: größenregredient, Segment VIII: größenkonstant). Weiterhin vollständige intrahepatische Pfortaderthrombose.



## Konsiliarbefunde

### Konsil KIF - Befund vom 04.07.23

#### Beurteilung:

1. Z.n. septischen Schock bei
  - Cholangitis mit Choledocholithiasis
    - PTCd Anlage am 24.06.23
  - *E.coli*-Bakteriämie i.R. Cholangitis
  - V.a. Leberabszesse
2. Hohe high output Dünndarmfistel und endständiges Ileostoma bei granuliertem Laparostoma bei Z.n. komplikativem Verlauf mit abgekapselten Verhalten/Peritonitis nach laparoskopischem Roux-Y-Magen-Bypass am 17.03.2022  
mit multiplen Revisionen und letztendlich Anlage eines Laparostomas sowie eines terminalen Ileostomas, Anlage Jejunumstoma li. Mittelbauch bei rez. Jejunumfistel am 05.10.23

#### Vorschlag:

##### Diagnostik:

- wie geplant: KM-Sonografie. Falls Abszess-Verdacht bestätigt Punktion anstreben (wenn möglich) -> Punktat ad MiBi: Erreger/Resistenz, Pilzkultur

##### Therapie:

- vorerst Pip/Taz 4x4,5g i.v. weiterführen (klinisch und paraklinisch unter PipTaz Besserung)

### Konsil KIF - Befund vom 05.07.23

#### Beurteilung:

1. Z.n. septischen Schock bei
  - Cholangitis mit Choledocholithiasis
    - PTCd Anlage am 24.06.23
  - *E.coli*-Bakteriämie i.R. Cholangitis
  - Zwei Leberabszesse Segment II und VIII
    - keine Erregersicherung, Punktion/Drainage nicht möglich
2. Hohe high output Dünndarmfistel und endständiges Ileostoma bei granuliertem Laparostoma bei Z.n. komplikativem Verlauf mit abgekapselten Verhalten/Peritonitis nach laparoskopischem Roux-Y-Magen-Bypass am 17.03.2022  
mit multiplen Revisionen und letztendlich Anlage eines Laparostomas sowie eines terminalen Ileostomas  
Anlage Jejunumstoma li. Mittelbauch bei rez. Jejunumfistel am 05.10.23

#### Vorschlag:

##### Diagnostik:

- Anfang nächster Woche Sono-Kontrolle

##### Therapie:

Unser Vorschlag:

- Pip/Taz zunächst weiter. Anfang nächster Woche Sono-Kontrolle, falls bildmorphologisch, klinisch und paraklinisch zufriedenstellender Verlauf dann Entlassung mit OPAT möglich -> hierzu Umstellung der AB-Therapie auf Ceftriaxon 2g i.v. 1/d plus Metronidazol 400 mg p.o. 3x/d (empirische Therapie, da keine Erregersicherung erfolgen konnte). Sonografische Kontrolle des Therapieansprechens nach weitere 2 Wochen (am Besten am UKD) Therapiedauer kann noch nicht festgelegt werden, Reevaluation je nach klinischem und bildmorphologischem Verlauf.

Nach Beendigung der Therapie sollten - in AB-freiem Intervall, spricht mind. 5-7 Tage nach Beendigung der Therapie - erneut BK vom Port und gleichzeitig von peripherer Vene abgenommen werden.

### Konsil VTG - Befund vom 05.07.23

#### Empfehlung:

- aktuell kein akut chirurg. Handlungsbedarf
- Spiegelung des Stomas via MK für heute geplant, Transfusion läuft
- bei neuen Aspekten jederzeit Re-Konsil

### Konsil VTG - Befund vom 05.07.23

#### Prozedur(-en):

- jederzeit WV zur chir. Versorgung wenn aktive Blutung
- Clexane weiterhin PAUSE

## Konsil VTG - Befund vom 10.07.23

### Empfehlung:

- Rekonsil bei erneuten Auftreten, dann ggf. elektrische Koagulation der Läsion ggf. im OP-Saal.
- Gerinnungsoptimierung, ggf. Gerinnungskonsil.

## Konsil KIF - Befund vom 13.07.23

### Beurteilung:

1. Z.n. septischen Schock bei
  - Cholangitis mit Choledocholithiasis
    - PTCD Anlage am 24.06.23
  - *E.coli*-Bakteriämie i.R. Cholangitis
  - Zwei Leberabszesse Segment II und VIII
    - keine Erregersicherung, Punktion/Drainage nicht möglich
  - 10.07.23 Sono: Leberabszess Seg II: größenregredient, Seg. VIII: größenkonstant
2. Hohe high output Dünndarmfistel und endständiges Ileostoma bei granuliertem Laparostoma bei Z.n. Komplikativem Verlauf mit abgekapselten Verhalten/Peritonitis nach laparoskopischem Roux-Y-Magen-Bypass am 17.03.2022 mit multiplen Revisionen und letztendlich Anlage eines Laparostomas sowie eines terminalen Ileostomas Anlage Jejunumstoma li. Mittelbauch bei rez. Jejunumfistel am 05.10.23

### Vorschlag:

#### Diagnostik:

- sonographische Kontrolle der Leberabszesse in 2 Wochen (bevorzugt durch die hiesige Gastroenterologie. Allerdings wohnt der Pat. in Riesa und sagte er hätte keine Transportmöglichkeiten. Wenn es nicht anders zu organisieren ist, ggf. Diagnostik im Krankenhaus Riesa mit der Bitte nach infektiologischem Konsil)
- Im Verlauf nach Beendigung der Therapie sollten - in AB-freiem Intervall, spricht mind. 5-7 Tage nach Beendigung der Therapie - erneut BK vom Port und gleichzeitig von peripherer Vene abgenommen werden.

#### Therapie:

- Entlassung mit OPAT möglich. Wir empfehlen eine Kombinationsstherapie mit Ceftriaxon 1x2g IV und Metronidazol 3x400mg PO (empirische Therapie bei keiner Erregersicherung, und unter Beachten der *E. coli* Bakteriämie und Erregernachweis aus der PTCD-Flüssigkeit):
- OPAT Plan:
  - OPAT möglich und sinnvoll
  - Port-Katheter vorhanden
  - Antiinfektiva mit Dosierung, Applikationsart und Zeitraum:
    - Ceftriaxon 1x2g IV als Kurzinfusion (ggf. morgens; nicht zusammen mit der parenteralen Ernährung geben)
  - Applikation erfolgt durch Patient/in bzw. Pflegedienst
  - Follow-up:
    - Laborparameter: wöchentliche Kontrolle Blutbild, Nierenretentionsparameter, Transaminase und Cholestaseparameter, Entzündungswerte
    - Klinisches Monitoring: Sonographie Leber zur Beurteilung der Leberabszesse in 14 Tage (Abszessdynamik)
    - ggf. weitere fachärztliche Konsultation: in Rahmen der Sonographie-Kontrolle in der Gastroenterologie, KIF-Konsil zur erneute Beurteilung der Therapieansprechend und Therapiedauer

## Sonstige Befunde

### Thrombose- und Gerinnungsberatung vom 07.07.2023

Alter: 66 Jahre; KG 70, BMI 24

02.07.23:

1. Im Vergleich zur CT vom 23.06.2023 kein Nachweis einer aktiven Blutung oder eines intraabdominelles Hämatom.
2. **Konstante intrahepatische Pfortaderthrombose.** Konstante intrahepatische Cholestase bei unverändert einliegender PTCD.
3. Seit 06/2022 neu aufgetretene hypodense Läsionen im Segment VIII und II. Angesichts der bekannten Cholangitis besteht hier der V.a. chologene Abszesse.
4. Seit 06/2022 konstante zystische Läsion im Pankreaskorpus, a.e. Seitengang-IPMN. Keine "worrisome features".

Aktuelle AK: Clexane 1x 4.000 IE

### Zusammenfassung:

#### **Intrahepatische Pfortaderthrombose ED 23.06.2023, getriggert bei septischer Choledocholithiasis**

komplikative Magenbypass-OP mit Folgeeingriffen und Kurzdarmsyndrom

Wundheilungsstörungen und **rezidivierende transfusionspflichtige Blutungen peristomal**

### Empfehlung:

Parenterale NMH-Therapie aktuell der oralen Antikoagulation in der akuten Krankheitsphase vorzuziehen (bei mukosalen Blutungen geringeres Blutungsrisiko, sichere Resorption bei Kurzdarmsyndrom, Wundheilungsstörungen).

Da der Patient aktuell höhere Dosierungen ablehnt, zunächst Weiterführung mit Clexane 40 mg 1xtgl. vertretbar,

wenn klinisch keine venöse Kongestion (Lactatkontrollen). Nochmalige Aufklärung bzgl mgl Thromboseprogress mit entsprechender Dokumentation.

Montag, 10.07.2023 sonographische Kontrolle geplant, wenn kein Progress so fortfahren, falls Progress der Pfortaderthrombose Eskalation der AK dann dringend notwendig.

Dauer der Ak bei getriggertem Ereignis mindestens 3 Monate. Nach Stabilisierung der Wundverhältnisse kann die Umstellung auf Eliquis 2x5 mg unter Spiegelkontrollen bei Kurzdarmsyndrom erwogen werden. Hierzu Vorstellung in der Gerinnungsambulanz in ca. 4 Wochen

## **Wund- und Stomatherapie**

**28.06.23**

VW und Stomavisite am Bett erfolgt.

Ileostoma re. Abd.: gut prominent, Peristomaler Rand auf 11-12 Uhr leichte Blutung mit Tapotamp gestoppt, Stoma fördert dünnflüssig wässriges Sekret

**30.06.23**

VW und Stomavisite am Bett erfolgt.

Dünndarmfistel und Jejunostoma li. Abd.: Peristomaler Rand inakt.

wenn Stuhlgang sehr dünnflüssig bitte mit Loperamid sublingual eindicken 1-1-1 Steigerung auf 4x2 Tbl.

**10.07.23**

- Visite und Versorgungswechsel bettseitig erfolgt:

-> Dünndarmfistel unter EAKIN WOUND Pouch aktuell dicht

-> Versorgung des Ileostoma mit parastomaler Erosion-> einmalig Cavilon advanced angewendet, Versorgung mit EAKIN WRAP Hautschutzring + Hollister cera plus plan 55mm

**13.07.23**

Visite / VW und Versorgungswechsel Ileostoma, Wound Pouch Fistelversorgung bettseitig erfolgt

## **Verlauf**

Bei Übernahme zeigte sich der Patient hypoton in deutlich reduziertem Allgemeinzustand. Unter moderater Katecholamingabe konnte der Blutdruck stabilisiert werden. Die bereits extern begonnene kalkuliert antimikrobielle Therapie mit Piperacillin/Tazobactam wurde von uns fortgeführt. Laborchemisch zeigte sich eine Cholangiosepsis mit deutlich erhöhten Cholestaseparametern, welche in der fokussierten Sonografie des Abdomens bei deutlich dilatierten Gallengängen bestätigt werden konnte.

Es erfolgte eine notfallmäßige Anlage einer PTCD (Perkutane transhepatische Cholangiodrainage) am 24.06.2023. Postinterventionell waren sowohl die Cholestaseparameter als auch die Entzündungswerte deutlich regredient. Auch die Katecholamintherapie konnte sukzessive reduziert und am 27.06.2023 beendet werden.

Nebenbefundlich zeigte sich am 27.06.2023 beim Verbandswechsel der großen abdominalen Operationswunde (sekundäre Wundheilungsstörung nach Bypassmagen) eine sickernde, am ehesten venöse Blutung, welche nach Kompression mit Adrenalin-Tupfer gestillt werden konnte. Es erfolgte eine mehrfache lokale Versorgung.

In Rücksprache mit den Kollegen der Gastroenterologie sei bei voroperierten Patienten mit Roux-Y Bypassmagen eine ERCP nur nach vorheriger endosonografischer Anlage eines selbstexpandierenden Metallstents (Axios-Stents) in die kleine Magenkurvatur möglich.

Vor Verlegung fiel ein erhöhter Troponinwert bei bekannter Troponinämie in der morgendlichen Blutentnahme auf. In der Kontrolle sank der Wert. Wir sehen die Erhöhung bei fehlender Symptomatik a.e. im Rahmen des septischen Krankheitsbildes. Hinweise für einen akuten Myokardinfarkt ergaben sich nicht.

Nach Übernahme auf die gastroenterologische Normalstation zeigte sich der Patient kardiopulmonal stabil. Die PTCD förderte täglich über 2000ml, so dass die Ableitung nach intern umgestellt wurde. Daraufhin zeigte der Patient keine Beschwerden. Am 30.06.2023 erfolgte die endoskopische Anlage einer Gastro-Gastrostomie mittels selbstexpandierendem Metallstent (Axios-Stent). Hierüber ist eine ERCP zur Gangsanierung geplant.

Unter der etablierten antiinfektiven Therapie mittels Piperacillin/Tazobactam fielen die Entzündungsparameter suffizient ab. CT-morphologisch fanden sich jedoch hypodense

Läsionen der Leber. In der Kontrastmittel-Sonographie stellten sich zwei Leberabszesse im Segment II und VIII ohne Möglichkeit zur Drainage dar. Wir führten daher die antibiotische Therapie prolongiert fort. In der sonographischen Verlaufskontrolle am 10.07.2023 zeigte sich ein Abszess leicht regredient, einer konstant. Entsprechend mehrmaliger infektiologischer Mitbetreuung ist eine Fortsetzung der intravenösen antibiotischen Therapie indiziert, in Anbetracht der längerfristigen, aktuell jedoch nicht endgültig festlegbaren Therapiedauer erscheint eine ambulante parenterale antimikrobielle Therapie (APAT) als sinnvoll. Diese sollte bei fehlender Erregersicherung empirisch mit Ceftriaxon 1xtgl. 2g i.v. sowie Metronidazol 3x400mg p.o. durchgeführt werden. Nach zwei Wochen ist eine erneute sonographische Kontrolle und weitere Festlegung des Procederes geplant. Unter der genannten Therapie bitten wir um wöchentliche Kontrolle von Blutbild, Nierenretentionsparametern, Transaminasen und Cholestaseparametern sowie Entzündungswerten.

Während des stationären Aufenthaltes kam es mehrfach zu ausgeprägten, Hb-relevanten und transfusionspflichtigen Blutungen im Bereich des rechtsseitigen Ileostomas. In einer CT-Angiographie am 02.07.2023 konnte keine aktive Blutung nachgewiesen werden, ebenso fand sich in der ÖGD und Endoskopie via Stoma am 05.07.2023 keine intraluminale Blutungsquelle. Letztlich kam eine peristomale lokale Blutung zur Darstellung, welche am 07.07.2023 umstochen werden konnte. Bei erneuter Blutung erfolgte eine lokale Unterspritzung mit Adrenalin. Anschließend boten sich klinisch keine Blutungszeichen mehr, der Hb-Wert fand sich stabil. Es erfolgte die bedarfsgerechte Transfusion von insgesamt sieben Erythrozytenkonzentraten. Weiterhin fand sich rezidivierend eine Blutung aus der abdominellen Wundheilungsstörung, welche mittels lokaler Maßnahmen gestillt wurde.

Sonographisch und CT-morphologisch stellte sich eine komplette intrahepatische Pfortaderthrombose dar. Wir entschieden uns zunächst bei Blutungskomplikationen zur halbtherapeutischen Antikoagulation, welche im Verlauf nach erneuten Blutungen vom Patienten abgelehnt wurde. Wir führten daher die Gabe von niedermolekularem Heparin in Thromboseprophylaxedosis fort. Nach sistierter Blutung wurde erneut eine halbtherapeutische Antikoagulation etabliert, es kam zu keinen weiteren Blutungsereignissen. Eine Antikoagulation ist bei getriggertem Ereignis für min. 3 Monate indiziert, ggf. ist im Verlauf die Umstellung auf eine orale Antikoagulation mit Kontrolle durch die hiesige Gerinnungsambulanz möglich.

Supportiv erfolgte die physiotherapeutische Mitbetreuung sowie die Wundversorgung durch ein spezialisiertes Wundteam. Über den Sozialdienst veranlassten wir eine Intensivierung des Pflegedienstes zur PTCD Spülung sowie potenziell Unterstützung der APAT. Die etablierte parenterale Flüssigkeits- und Nährstoffsupplementierung wurde fortgesetzt. Eine hochkalorische Zusatznahrung bei Hypalbuminämie wurde vom Patientin nicht ausreichend vertragen. Eine Hypokaliämie wurde intravenös und oral substituiert.

Mit freundlichen Grüßen

