

Aktuell:

Umfelddiagnostik bei unspezifischen abdominellen Beschwerden

- bekannte Laktasedefizienz
- Familienanamnese: Vater Morbus Crohn, Tochter Colitis ulcerosa - CT Abdomen ohne erklärende Pathologie
- ÖGD: mäßiggradige Gastritis
- bioptisch geringgradig chronische Gastritis ohne Nachweis von Helicobacter pylori
- Therapie mit Esomeprazol - Koloskopie: unauffällig
- bioptisch unspezifische Veränderungen (a. e. abklingend infektiös

bedingt),

Initialstadium einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen

- bei erhöhtem Calprotectin **mögliches Vorliegen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung**
- Therapiebeginn mit Mesalazin

V.a. abgelaufene Thrombose der V. iliaca externa / V. femoralis communis rechts

- CT: teilweise verschlossene V. iliaca externa / V. femoralis communis rechts
- duplexsonographischen Kontrolle
- Therapie mit Clexane bis zur sonographischen Kontrolle – danach Entscheid über weiteres Vorgehen

pulmonaler Rundherd im linken Unterlappen

- zeitnahe Kontrolle mittels CT-Thorax empfohlen
- weiteres Procedere in Abhängigkeit von Befund und radiologischer

Empfehlung

weitere Vorerkrankungen:

- Z. n. CCE 2014 Moskau mit Komplikationen

Clipdefekt mit Spülung und Drainageanlage

- Z. n. AE
- Zwerchfellhernie im Säuglingsalter
- Z. n. Sequesterentfernung L5/S1 links 2014, mikroskopische

Dekompression L3/4 rechts

- Z. n. Nukleotomie L4/5 rechts bei radikulärem Schmerzsyndrom L5 rechts

Anamnese

Wir nahmen Herrn Patient stationär zur Umfelddiagnostik bei bestehenden abdominellen Beschwerden auf. Seit etwa einem halben Jahr bestünden drückende Schmerzen im gesamten Oberbauch, keine Übelkeit, kein Erbrechen, normaler Appetit. Vor mehreren Monaten sei es zu einem Gewichtsverlust von wenigen Kilogramm gekommen, in den letzten Monaten habe er dann wieder eine Gewichtszunahme verzeichnet. Übermäßiges Schwitzen, Fieber und Infekte wurden verneint.

SA: lebe gemeinsam mit 2. Ehefrau und 2-jähriger Tochter, 4 Kinder BA: Geschäftsführer Schweizer Unternehmen
FA: Vater Morbus Crohn, Tochter Colitis ulcerosa
VA: Miktion und Stuhl unauffällig

Allergien: Der Patient habe vor einigen Jahren Penicillin verabreicht bekommen, daraufhin sei ihm übel geworden.

Drogen: Alkohol zu Anlässen, Nichtraucher, keine weiteren Drogen

Klinische Befunde

Allgemeinzustand: gut. Ernährungszustand: gut. Haut: Hautturgor normal, Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. *Kopf*: Frei beweglich. NAP: kein Druckschmerz über V1 V2 V3 rechts. Augen: unauffällig bds., Pupille links: mw, Pupille rechts: mw, Lichtreaktion: seitengleich direkt und konsensuell. Mund: MSH feucht, Zunge nicht belegt, kein Zungenbiss. Rachenring: reizlos. Periphere Lymphknoten: cervical, supraclaviculär, beidseits nicht vergrößert. *Thorax*: symmetrisch freibeweglich Pulmo: Atemgeräusch vesikulär, seitengleich belüftet, keine Nebengeräusche. Cor: Herzaktion rhythmisch, kein Geräusch. *Abdomen*: weich, keine AWS, geringer Druckschmerz gesamter Oberbauch, keine Resistenzen. Leber nicht palpabel. Milz nicht palpabel. Peristaltik regelrecht. Nierenlager ohne Klopfeschmerz. *Wirbelsäule*: kein KS. *ZNS*: Grob orientierende neurologische Untersuchung unauffällig, vollständig orientiert

Verlauf

Die stationäre Aufnahme erfolgte bei oben genannter Anamnese und Klinik. Laborchemisch zeigte sich ein Normalbefund.

In der CT-Abdomen zeigte sich keine erklärende Pathologie für die Oberbauchschmerzen. Nebenbefundlich fiel eine Ausstülpung der Magenwand sowie eine kleine axiale Hiatushernie auf, welche aus unserer Sicht jedoch mit den berichteten Beschwerden nicht sicher in Zusammenhang stehen. Zudem zeigte sich eine Aerobilie der linken Gallenwege, im DHC sowie im proximalen Pankreasgang, welche wir im Rahmen der erfolgten Cholezystektomie interpretierten. Die viszerale Gefäße stellten sich unauffällig dar, Anhalt für eine malignitätssuspekte Raumforderung ergab sich nicht.

In der ÖGD kam eine mäßiggradige Gastritis zur Darstellung. Nebenbefundlich fielen submukosale Fetteinlagerungen im distalen Ösophagus auf. Die Koloskopie ergab makroskopisch einen Normalbefund.

Histopathologisch sahen wir die bekannte Laktasedefizienz sowie Zeichen einer geringgradig chronische Gastritis ohne Nachweis von *Helicobacter pylori*. In Zusammenschau der Befunde kommt für die berichteten Beschwerden am ehesten die endoskopisch sowie histologisch nachgewiesene Gastritis in Frage, sodass wir die Einnahme von Esomeprazol empfehlen.

Die Biopate aus dem Kolon ergaben unspezifische Veränderungen (a. e. abklingend infektiös bedingt), wobei das Initialstadium einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. Die Stuhluntersuchung ergab ein mäßig erhöhtes Calprotectin. Im Hinblick auf die erhobenen Befunde empfehlen wir zunächst die Einnahme von Salofalk bei möglichem Vorliegen einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung. **Wir vereinbarten einen Kontrolltermin in unserer**

gastroenterologischen Ambulanz am 07.02. um 09:00 (- bitte Stuhlprobe zur erneuten Bestimmung von Calprotectin mitbringen!)

In der CT der Aorta abdominalis mit partiell erfasstem Thorax fiel nebenbefundlich ein pleuraständiger Rundherd im linken Unterlappen auf. Wir ergänzten eine Röntgen-Thorax-Untersuchung, in welcher keine weiteren pulmonalen Rundherde gesehen wurden. In Rücksprache mit unseren pulmologischen Kollegen empfehlen wir eine **zeitnahe ambulante CT-Untersuchung des Thorax. Das weitere Procedere soll in Abhängigkeit vom Befund und der radiologischen Empfehlung erfolgen.**

Weiterhin fiel im CT eine klinisch asymptomatische, teilweise verschlossene V. iliaca externa / V. femoralis communis rechts auf. Hier ist von einer abgelaufenen Thrombose auszugehen, sodass eine Therapie mit Clexane bis zur duplexsonographischen Kontrolle empfohlen wurde. **Wir vereinbarten einen Termin in der angiologischen Ambulanz unseres Universitätsklinikums am 12.10. zwischen 09 und 11 Uhr. In Abhängigkeit vom Befund wird durch die Kollegen der Angiologie das weitere Vorgehen bezüglich der Blutverdünnung festgelegt.**

Wir entlassen den Patienten in stabilem Allgemeinzustand, danken für die ambulante Weiterbetreuung und stehen bei Rückfragen gern zur Verfügung.

Procedere

- * Kontrolltermin in unserer gastroenterologischen Ambulanz am 07.02. um 09:00 (bitte Stuhlprobe zur erneuten Bestimmung von Calprotectin mitbringen!)
- * **zeitnahe ambulante CT-Untersuchung des Thorax. Weiteres Procedere nach Befund.**

Dazu Vorstellung in der Privatsprechstunde

- * Vorstellung in der angiologischen Ambulanz unseres Universitätsklinikums am 12.10. zwischen 09 und 11 Uhr