



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

Vorläufiger Entlassungsbrief

Sehr geehrter

wir berichten über den

Patienten

wohnhaft

geboren am 1976

Aufnahmenr.

der sich in der Zeit vom 20.07.2023 bis 03.08.2023 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen: 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

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, fokal bis hochgradig florid-ulzeröser Entzündungsreaktion, mit CMV-positiven vergrößerten Zellen, **vereinbar mit einer CMV-Infektion**

Karposi Sarkom Augenbraue links (ED)

- DER: livider Nodus oberhalb der linken lateralen Augenbraue
- Biopsie 26.07.: Histologie mit Anteilen eines Kaposisarkoms
- Entfernung Nahtmaterial am 03.08.

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. CD3+/CD4+ 0,179 Gpt/l; VL 4710 Kopien/ ml

Postzosterneuralgie Übergang BWS/LWS

- Intensivierung Schmerztherapie mit Pregabalin, Palexia, Amitryptilin

Refluxösophagitis LA Grad A, geringgradige Antrumgastritis, Bulbitis duodeni

- Therapie mit PPI

Leberhämangiom Segment VIII

- KM Sono: Hämangiom Typ Ib

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

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

passagere Hyperkaliämie

- Besserung unter Natrium-Elutit

Soorösophagitis

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

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**

Vorerkrankungen:

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

Anamnese

Die Vorstellung des Patienten erfolgt zur weiterführenden Diagnostik bei V.a. CMV Reaktivierung bei HIV Infektion. Die Zuweisung erfolgt durch die [REDACTED]. Der Patient war

im März mit Oberbauchschmerzen im Krankenhaus Pirna vorgestellt. Es erfolgte bei akuter Cholecystitis eine Cholecystektomie. Auch bestand eine Cholelithiasis. Bei unklarer DHC Stenose erfolgte extern die Anlage von 2 Plastikstents. Eine histologische Sicherung erbrachte den V.a. eine IgG4 assoziierte Erkrankung. Ein Stentwechsel ist für den 15.08. geplant gewesen.

Zusätzlich bestand ambulant der V.a. eine CMV Reaktivierung, sodass eine Therapie mit Aciclovir begonnen wurde. Eine CMV-Retinitis wurde ambulant am 17.07.2023 bereits ausgeschlossen.

Klinische Befunde

ZNS: wach, voll orientiert, kooperativ Cor: rein und rhythmisch Pulmo: VAG bds. Abdomen: weich, DG über allen Quadranten, kein DS, keine Resistenzen, keine AWS Extremitäten: frei beweglich, kein Wadendruckschmerz Haut: verkrustete Vesiculae im Übergang BWK/LWS entlang des Rippenbogens

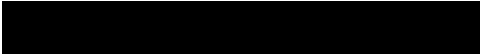
Laborwerte:

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
Status			Endbefund			
Hämoglobin i.B. (EDTA)	8,60 - 12,10	mmol/L	9.10	8.50↓	8.30↓	9.10
Hämatokrit i.B. (EDTA)	0,400 - 0,540	L/L	0.43	0.41	0.40	0.43
Leukozyten i.B. (EDTA)	3,8 - 9,8	GPt/L	6.85	9.92↑	6.70	9.92↑
Thrombozyten i.B. (EDTA)	150 - 400	GPt/L	376	446↑	376	519↑
Mittleres Thrombozytenvolumen (EDTA)	9,0 - 13,0	fl	9.8	10.1	9.6	10.1
Erythrozyten i.B. (EDTA)	4,60 - 6,20	TPt/L	5.27	4.87	4.65	5.27
mittl.korp.Hämogl. (MCH)	1,70 - 2,10	fmol	1.73	1.74	1.73	1.81
mittl. korp. Hb-Konz. (MCHC)	19,0 - 22,0	mmol/L	21.0	20.9	20.4	21.2
mittl.korp.Volumen (MCV)	80 - 96	fl	82	83	82	86
Ery-Verteil.-breite (EDTA)	11,6 - 14,4	%	14.4	15.7↑	14.4	15.7↑
Retikulozyten i.B. (EDTA,rel.)	9 - 27	pro 1000Ery	8↓	8↓	8↓	8↓
Retikulozyten i.B. (EDTA,absolut)	23 - 70	GPt/L	39.90	39.90	39.90	39.90
Retikulozyten-Hämoglobin	1,74 - 2,17	fmol	2.03	2.03	2.03	2.03
Delta-Hämoglobin	0.25 - 0.45	fmol	0.24↓	0.24↓	0.24↓	0.24↓
Erythroblasten (abs.)	0	GPt/L	0.01	0.01	0.01	0.01
Neutr. Granulozyten (rel.)	36,0 - 77,0	%	44.2	57.6	44.2	57.6
Lymphozyten (rel.)	20,0 - 49,0	%	43.9	28.1	28.1	43.9
Monozyten (rel.)	0,0 - 9,0	%	7.1	8.7	7.1	10.5↑
Eosino. Granulozyten (rel.)	0,0 - 5,0	%	4.3	5.1↑	4.3	6.0↑
Baso. Granulozyten (rel.)	0,0 - 1,0	%	0.5	0.5	0.5	0.7
Neutr. Granulozyten (abs.)	1,80 - 7,55	GPt/L	4.03	5.71	3.20	5.71
Lymphozyten (abs.)	1,50 - 4,00	GPt/L	4.01↑	2.79	2.21	4.01↑
Monozyten (abs.)	0,20 - 1,00	GPt/L	0.65	0.86	0.58	0.86
Eosino. Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,49	GPt/L	0.39	0.51↑	0.35	0.51↑
Baso. Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,20	GPt/L	0.05	0.05	0.04	0.06
manuelles DiffBB			X	X		
Basophile Granulozyten (rel.)	0,0 - 1,0	%	0.0	0.0	0.0	0.0
Eosinophile Granulozyten (rel.)	0,0 - 5,0	%	2.9	2.9	2.9	2.9
Seg. Granulozyten (rel.)	36,0 - 70,0	%	51.9	51.9	51.9	51.9
Lymphozyten (typ.) (rel.)	20,0 - 49,0	%	26.0	26.0	26.0	26.0



Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
Atyp.Lymph.vermutl.reaktiv (rel.)	0,0 - 4,0	%	5.8↑	5.8↑	5.8↑	5.8↑
Monozyten (rel.)	0,0 - 9,0	%	13.5↑	13.5↑	13.5↑	13.5↑
Basophile Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,20	GPT/L	0	0	0	0
Eosinophile Granulozyten (abs.)	0,00 - 0,49	GPT/L	0.26	0.26	0.26	0.26
Seg.Granulozyten (abs.)	1,80 - 6,86	GPT/L	4.74	4.74	4.74	4.74
Lymphozyten (typ.) (abs.)	1,50 - 4,00	GPt/L	2.37	2.37	2.37	2.37
Atyp.Lymph.vermutl.reaktiv 0 (abs.)		GPt/L	0.53↑	0.53↑	0.53↑	0.53↑
Monozyten (abs.)	0,20 - 1,00	GPt/L	1.23↑	1.23↑	1.23↑	1.23↑
Anisozytose der Erythrozyten	nicht definiert		+	+		
Poikilozytose der Erythrozyten	nicht definiert		+	+		
Ovalozyten im Blut	nicht definiert		+	+		
Anisozytose der Thrombozyten	nicht definiert		+	+		
Makrothrombozyten	nicht definiert		+	+		
Hämolyse-Index (Citrat)	<19 (µmol/IHb)	µmol/L	<124↑↑	<124↑↑		
Quick i.P.	70 - 120	%	109	106	100	114
INR i.P.	0,9 - 1,2		0.95	0.97	0.93	1.00
aPTT i.P.	24 - 36	s	28	27	27	29
C-reaktives Protein i.S.	< 5.0	mg/L	7.8↑	43.1↑	5.5↑	43.1↑
Procalcitonin i.S.	<0,50	ng/mL	< 0.03	0.06	0.03	0.06
Glukose i.S.	4,50 - 6,00	mmol/L	* 4.29↓	* 4.29↓	* 4.29↓	* 4.29↓
Hämolyse-Index (Serum) H	<50(29µmol/IHb)		107↑↑	107↑↑	107↑↑	107↑↑
Lipämie-Index (Serum) L	<10		14	11	11	33↑
Natrium i.S.	136,0 - 145,0	mmol/L	136.0	135.7↓	134.6↓	140.2
Kalium i.S.	3,50 - 5,10	mmol/L	* 5.10	4.82	4.53	5.20↑
Kreatinin i.S.	62 - 106	µmol/L	73	70	64	76
eGFR für Kreatinin (n.CKD-EPI)	>=90	mL/min/1,73	>90	>90		
Harnstoff i.S.	3,2 - 7,3	mmol/L	3.2	2.6↓	2.0↓	3.9
ALAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	0.93↑	0.68	0.68	0.93↑
ASAT i.S.(IFCC mit P-5-P)	< 0,85	µmol/(s*L)	* 0.81	0.49	0.49	* 0.81
Gamma-GT i.S.	<1,19	µmol/(s*L)	3.79↑	4.86↑	3.79↑	4.86↑
Alkal. Phosphatase (IFCC) i.S.	0.67 - 2.17	µmol/(s*L)	3.06↑	3.05↑	3.02↑	3.06↑
LDH i.S. (IFCC)	2,25 - 3,75	µmol/(s*L)	* 4.84↑	* 4.84↑	* 4.84↑	* 4.84↑
Bilirubin (ges.) i.S.	< 21,0	µmol/L	6.6	4.2	4.2	6.6
Kalzium i.S.	2,09 - 2,54	mmol/L	2.37	2.37	2.37	2.37
Phosphat i.S.	0,87 - 1,45	mmol/L	1.41	1.41	1.41	1.41
Lipase i.S.	< 1,00	µmol/(s*L)	0.61	0.64	0.49	0.64
Thyreoideastimul. H.i.S.	0.27 - 4.20	mU/L	1.72	1.72	1.72	1.72
Albumin i.S.	35,0 - 52,0	g/L	43.4	43.4	43.4	43.4
Eisen i.S.	7,2 - 21,5	µmol/L	12.6	12.6	12.6	12.6
Transferrin i.S.	2,00 - 3,60	g/L	2.35	2.35	2.35	2.35
Transferrinsättigung	16,0 - 45,0	%	21.3	21.3	21.3	21.3
Ferritin i.S.	30,0 - 400,0	µg/L	603.6↑↑	603.6↑↑	603.6↑↑	603.6↑↑
löslicher Transferrin-Rezeptor i.S.	1.71 - 4.13	mg/L	3.52	3.52	3.52	3.52
Ferritin-Index	s. Thomas-Plot		1.27	1.27	1.27	1.27
Magnesium i.S.	0,66 - 1,07	mmol/L	0.86	0.86	0.86	0.86

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
Zink i.S.	11.0 - 24.0	µmol/L	10.1↓	10.1↓	10.1↓	10.1↓
Selen i.S.	0,60 - 1,50	µmol/L	0.77	0.77	0.77	0.77
Vitamin B12 i.S.	197 - 771	pg/mL	* 310	* 310	* 310	* 310
Holotranscobalamin i.S.	37.5 - 188.0	pmol/L	* 80.4	* 80.4	* 80.4	* 80.4
Folsäure i.S.	3.89 - 26.8	ng/mL	* 8.82	* 8.82	* 8.82	* 8.82
25-OH-Vitamin D i.S.	!sKomm	ng/mL	* 37.6	* 37.6	* 37.6	* 37.6
Urin:			Spontanurin	Spontanurin		
Material:			Mittelstr.	Mittelstr.		
Erythrozyten i.U.	negativ	pro µL	* !sKomm	* !sKomm		
Freies Hämoglobin i.U.	negativ	nmol/L	negativ	negativ		
Leukozyten i.U.	negativ	pro µL	negativ	negativ		
spezifisches Gewicht i.U.	1,010 - 1,025		1.011	1.011	1.011	1.011
pH i.U.	4,8 - 7,4		7.0	7.0	7.0	7.0
Nitrit i.U.	negativ		negativ	negativ		
Protein i.U.	negativ	g/L	negativ	negativ		
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	negativ	negativ		
Erythrozyten i.U. UF	< 23.0	MPt/L	0.8	0.8	0.8	0.8
Leukozyten i.U. UF	< 25.0	MPt/L	1.6	1.6	1.6	1.6
Bakterien i.U. UF	< 1200.0	MPt/L	0.0	0.0	0.0	0.0
Plattenepithelien i.U. UF	< 31.0	MPt/L	0.1	0.1	0.1	0.1
Hyaline Zylinder i.U. UF	< 1.00	MPt/L	0.00	0.00	0.00	0.00
nichthyaline Zylinder i.U. UF	< 1	MPt/L	0	0	0	0
Hefezellen i.U. UF	<1	MPt/L	0	0	0	0
Salze i.U. UF	< 6	MPt/L	0	0	0	0
T-Helferzellen (CD3+/CD4+)	29.0 - 59.0	%	7.1↓	7.1↓	7.1↓	7.1↓
Zytotoxische T-Zellen (CD3+/CD8+)	19.0 - 48.0	%	79.5↑	79.5↑	79.5↑	79.5↑
Quotient CD4+/CD8+ (CD3+)	1.00 - 3.60		0.09↓	0.09↓	0.09↓	0.09↓
Doppelt pos. T-Zellen(CD3+/CD4+/CD8+)	0.3 - 1.6	%	0.0↓	0.0↓	0.0↓	0.0↓
Doppelt neg. T-Zellen(CD3+/CD4-/CD8-)	1.2 - 8.0	%	1.7	1.7	1.7	1.7
Mean der akt. T-Zellen (CD3+/HLADR+)	nicht definiert		* 1346.11	* 1346.11	* 1346.11	* 1346.11
Akt. T-Helferz. (CD3+/CD4+/HLADR+)	nicht definiert	%	* 3.3	* 3.3	* 3.3	* 3.3
Akt.zytotox.T-Zellen(CD3+/CD8+/HLADR+)	nicht definiert	%	* 35.9	* 35.9	* 35.9	* 35.9
T-Zellen (CD3+)	60.0 - 85.0	%	88.2↑	88.2↑	88.2↑	88.2↑
Akt. T-Zellen (CD3+/HLADR+)	3.0 - 15.0	%	40.2↑	40.2↑	40.2↑	40.2↑
Akt. T-Zellen (CD3+/HLADR+)	0.045 - 0.600	GPt/L	1.013↑	1.013↑	1.013↑	1.013↑
NK T-Zellen (CD3+/CD16+/CD56+)	1.7 - 8.4	%	10.0↑	10.0↑	10.0↑	10.0↑
NK T-Zellen (CD3+/CD16+/CD56+)	0.090 - 1.160	GPt/L	0.252	0.252	0.252	0.252
NK-Zellen (CD3-/CD16+/CD56+)	6.0 - 29.0	%	5.3↓	5.3↓	5.3↓	5.3↓
NK-Zellen (CD3-/CD16+/CD56+)	0.105 - 0.920	GPt/L	0.134	0.134	0.134	0.134



Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	Erster	Letzter	Minimum	Maximum
B-Zellen (CD19+)	7.0 - 23.0	%	6.1↓	6.1↓	6.1↓	6.1↓
B-Zellen (CD19+)	0.175 - 0.575	GPt/L	0.154↓	0.154↓	0.154↓	0.154↓
Lymphozyten (T-, B- und NK-Zellen)	> 84%	%	99.6	99.6	99.6	99.6
CD20+ (CD3-CD20+)	7.0 - 23.0	%	6.0↓	6.0↓	6.0↓	6.0↓
CD20+ (CD3-CD20+)		GPt/L	0.151	0.151	0.151	0.151
Lymphozyten (T-, B- und NK-Z.)	1.500 - 4.000	GPt/L	2.510	2.510	2.510	2.510
T-Zellen (CD3+)	0.850 - 3.000	GPt/L	2.223	2.223	2.223	2.223
T-Helferzellen (CD3+/CD4+)	0.450 - 2.000	GPt/L	0.179↓	0.179↓	0.179↓	0.179↓
Zytotoxische T-Zellen (CD3+/CD8+)	0.250 - 1.700	GPt/L	2.003↑	2.003↑	2.003↑	2.003↑
Doppelt pos. T-Zellen(CD3+/CD4+/CD8+)	0.005 - 0.030	GPt/L	0.000↓	0.000↓	0.000↓	0.000↓
Doppelt neg. T-Zellen(CD3+/CD4-/CD8-)	0.020 - 0.120	GPt/L	0.043	0.043	0.043	0.043
Akt. T-Helferz. (CD3+/CD4+/HLADR+)	nicht definiert	GPt/L	* 0.083	* 0.083	* 0.083	* 0.083
Akt.zytotox.T-Zellen(CD3+/CD8+/HLADR+)	nicht definiert	GPt/L	* 0.905	* 0.905	* 0.905	* 0.905
Cytomegalie-Virus			* positiv↑	* positiv↑		
Cytomegalie-Virus		IU/mL	8090↑	8090↑	8090↑	8090↑
HIV-1			* positiv↑	* positiv↑		
HIV-1		Kopien/mL	47100↑	47100↑	47100↑	47100↑

Befunde

Sonographie Abdomen gesamt ohne Darm, durchgeführt am 20.07.2023

Leber: Organ nicht vergrößert (15 cm in der MCL). Regelrechte Kontur. Oberfläche glatt. Echomuster homogen und leicht verdichtet. Pfortader im Stamm normal weit und orthograd perfundiert (Vmax 14 cm/s). Lebervenen nicht erweitert und frei. Ein ovalärer Lymphknoten (16 x 5 mm) in der Leberpforte. In Seg. VIII rundliche, etwas unregelmäßig begrenzte echoreiche Struktur (42 x 32 mm).

Gallenwege: Zwei Stents im DHC einliegend. DHC erweitert, präpapillär bis 17 mm, im Hilus bis 15 mm. Rechter DH und linker DH je bis 6 mm erweitert. Gallenwege rechts peripher bis 4 mm erweitert. Kein Abflusshindernis darstellbar.

Gallenblase: Z.n. CCE

Pankreas: Organ nicht vergrößert. Ohne Hinweis für Entzündung oder Raumforderung. Pankreasgang im Kopf minimal bis 3,3 mm erweitert, im Korpus normal weit (1,8 mm).

Milz: Nicht vergrößert und homogen.

Nieren: Normal groß. Mit altersentsprechender Parenchymdicke und ohne Hinweis auf Steine sowie Stau oder Raumforderung.

Retroperitoneum: Eingeschränkte Beurteilbarkeit bei Darmgasüberlagerung. Soweit einsehbar kein Hinweis auf pathologisch vergrößerte Lymphknoten oder Gefäßveränderungen.

Peritoneum: Kein Nachweis einer freien Flüssigkeitsansammlung.

Harnblase: Ohne pathologischen Befund.

Prostata: Normale Größe. Homogene Struktur.

Gesamtbeurteilung: Intra- und extrahepatische Cholestase. 2 Stents im DHC einliegend. Z.n. CCE. Steatosis hepatis I°. Echoreiche Raumforderung in Leberseg. VIII a.e. Hämangiom. A.e. reaktiver Lymphknoten in der Leberpforte. Kein Hinweis auf intraabdominelle Abszesse.

Empfehlung: Ergänzend wird eine KM-Sonographie Raumforderung in Seg. VIII empfohlen.

ÖGD vom 20.07.2023

Eingesehen wurde bis in die Pars descendens duodeni. Hiatus und Z-Linie bei 38 cm ab ZR. Z-Linie unregelmäßig begrenzt. Am gastroösophagealen Übergang kurzstreckige entzündliche Läsionen, entsprechend Refluxösophagitis LA Grad A. Im mittleren Ösophagus narbige und geringfügig auch entzündliche Schleimhautläsionen, welche morphologisch eher nicht zu Reflux passen. Kein Nachweis von Ösophagusvarizen. Mäßiggradig diffus streifenförmig gerötete Schleimhaut im gesamten Magen. Schleimhaut im Bulbus duodeni leichtgradig gerötet. Zwei gerade Plastikstents ragen aus der Papille. Sonst normale Schleimhaut des eingesehenen Duodenums.

Diagnose: Geringgradige Antrumgastritis und Bulbitis duodeni. Refluxösophagitis LA Grad A

Biopsien: PE 1) Antrum und 2) Corpus zur Gastritisdiagnostik. PE 3) unteres Ösophagusdrittel. PE 4) mittleres Ösophagusdrittel. PE 5) oberes Ösophagusdrittel. Frage nach Entzündung, CMV, Erregerstrukturen. Zusätzlich eine

Probe ad Viro mit Frage nach CMV.

Kommentar und Empfehlung: Es wird im Falle eines positiven Helicobacter pylori Nachweises eine Eradikationstherapie empfohlen. PPI in Standarddosis für 8 Wochen empfohlen. Danach Symptom-adaptierte Erhaltungstherapie weiter mit PPI in halber Standarddosis.

CT Neurokranium, nativ, durchgeführt am 21.07.2023

Befund: Keine VU.

Allseits erhaltene, kortikomedulläre Differenzierbarkeit und symmetrische Abgrenzbarkeit der Basalganglien. Unauffällige Dichte des infratentoriellen Hirnparenchyms. Ventrikelsystem symmetrisch konfiguriert und mittelständig. Proportionierte, normale Weite der inneren und äußeren Liquorräume. Die basalen Zisternen sind frei. Mastoid frei belüftet. Keine Schleimhautschwellung in den Nasennebenhöhlen. Keine knöcherne Läsion des Neurokraniums.

Gesamtbeurteilung:

1. *Kein Hinweis auf eine Infarktdemarkierung.*
2. *Kein Nachweis einer intrakraniellen Blutung.*
3. *Kein Liquoraufstau.*

Empfehlung: MRT und neurologisches Konsil

Koloskopie vom 24.07.2023:

Eingesehen wurde bis ins Zökum. Normale äußere Inspektion.

Normaler digitaler Tastbefund. Etwas eingeschränkte Beurteilbarkeit bei ausgeprägt flüssiger Stuhlverschmutzung, welche nicht vollständig abgesaugt werden kann. Sigma elongiert. Makroskopisch unauffällige Schleimhaut des Kolons und Rektums ohne Anhalt für Entzündung, Tumor, Polyp oder Divertikel.

Diagnose: Normale Koloskopie.

Biopsien: Stufen-PE: 1) Zökum, 2) Ascendens, 3) Transversum, 4) Descendens, 5) Sigma und 6) Rektum, - Entzündung? CMV? HPV? TBC? Pilzinfektion?

ERCP-Bericht vom 25.07.2023

Gallenwege: Untersuchung in Bauchlage. Ziehen der Stents per Schlinge (2x10F, ca. 10cm) aus dem DHC. Weite EPT mit ca. 6mm klaffender Öffnung. Sondierung mit Jag-Wire und KM-Katheter schrittweise in mehrere Segmente der Leber: DHC ohne klare und funktionell relevante Stenose. Weiterer Zysticusstumpf ohne Leck. Intrahepatische Gallenwege etwas rarefiziert, Sludge im DHC und intrahepatisch. Reichliches Spülen aus der Leber und Entnahme von 5 Biopsien aus der Leberpforte. Guter Gallefluss - keine Stents.

Diagnose:

1. *Stents entfernt - keine relevante Stenose mehr nachweisbar, daher Stents entfernt.*
2. *Sludge durch Spülen entfernt (wahrscheinlich am ehesten stentbedingt)*
3. *Etwas rarefizierte intrahepatische Gallenwege --> Sonographie?*
4. *Biopsien aus den GG der Hepatikusgabel entnommen.*

Röntgen Thorakolumbaler Übergang im Stand, 2 Ebenen, durchgeführt am 25.07.2023

Es liegen keine entsprechenden Voruntersuchungen zum Vergleich vor.

Kein Frakturanehalt. Keine Höhenminderung der miterfassten Wirbelkörper oder der Bandscheibenfächer. Geringe linkskonvexe Fehllage der LWS. Regelrechtes Alignment der Wirbelkörperhinterkanten. Osteochondrose und Spondylosis deformans.

MRT Kopf/H Schädel, nativ + KM, durchgeführt am 28.07.2023

Befund: Schädel-CT vom 21.07.2023 vorliegend.

Winzige, punktuelle Schrankenstörung im Gyrus precentralis rechts mit korrespondierender FLAIR-Hyperintensität. Keine pathologische Diffusionsrestriktion. Unauffälliges Signal des Hirnparenchyms links supratentoriell und bds. infratentoriell. Ventrikelsystem symmetrisch konfiguriert und mittelständig. Proportionierte, normale Weite der inneren und äußeren Liquorräume. Die basalen Zisternen sind frei. Unauffälliges Flow-Void der Hirnbasisarterien. Keine pathologischen Suszeptibilitätsartefakte. Reichlich Substrat / Flüssigkeit im linken Sinus maxillaris. Geringe Septumdeviation nach rechts. Orbita und Sellaregion unauffällig. Keine pathologische Knochenmarksignalalteration.

Gesamtbeurteilung:

1. *Singuläre, kleinoduläre enhancing und vermehrt suszeptible Läsion, differenzialdiagnostisch unklarer Genese juxtakortikal im Gyrus precentralis rechts - DD ist zwischen einem Kavernom und einer Neoplasie und, z.B. Melanometastase nicht zu unterscheiden.*
2. *Kein Hinweis auf eine CMV-typische Periventrikulitis.*
3. *Kein Infarktnachweis, keine intrakranielle Blutung. Kein Liquoraufstau.*

Empfehlung: Verlaufskontrolle in 1-2 Monaten empfohlen, eher falls Pat. klinisch-neurologisch symptomprogredient.

Konsiliarbefunde

Konsil DER - Befund vom 20.07.23

Befund:

- livider Nodus oberhalb der linken lateralen Augenbraue, laut Patient seit 2 Wochen bestehend

Diagnose(-n):

V.a. Karposi Sarkom assoziiert mit HIV Erkrankung

Nebendiagnosen

V.a. CMV Reaktivierung

Unklare Ulcerationen im mittleren Ösophagus

- Histo: ulceröse Ösophagitis, kein Pilznachweis (extern)

bei

HIV-1 Infektion ED 2004

- 2004-2013: **keine ART**

- **CD4: 60% (2,5%), VL: 570.000**

Empfehlung:

- kein ambulanter Hautarzt vorhanden

- diagnostische Exzision über OP-DER nächste Woche, hierzu bitte Aufklärungsbogen diagnostische Gewebeentnahme und Rücksprache Frau Dr. Berndt zur Terminplanung (18249)

Konsil DER - Befund vom 26.07.23

Diagnose(-n):

V.a. Kaposi-Sarkom i.R. HIV-Infektion

Empfehlung:

Nach Aufklärung, Desinfektion und Instillation der Lokalanästhesie erfolgt die Stanzbiopsie (3mm) an der linken Augenbraue lateral, prim. Wundverschluss mit Hautnaht, Desinfektion und steriler Verband.

- heute: bitte Kühlen und bei Bedarf Schmerzmittel geben

- Bitte täglich Verbandwechsel

- Fadenzug nach 9 Tagen (ab dem 4.8.23)

- Gewebe ad Pathologie versendet; bitte Befund sichten, ggf. Rücksprache für weitere Therapieplanung

Konsil ANE - Befund vom 28.07.23

Empfehlung:

Wir empfehlen folgenden Anpassung:

- Dipidolor i.v. beenden (fest und Bedarf)

- **Novamin** belassen, bitte Nebenwirkungsprofil beachten und den Patienten vor Entlassung insbesondere über Frühsymptome einer Agranulozytose (Halsschmerzen, Fieber) aufklären

- **Pregabalin** bitte auf 3x täglich verteilen, d.h. ab heute 3x 100 mg, bei guter Verträglichkeit kann ab Sonntag auf 3x 150 mg gesteigert werden

- **neu: Palexia ret** (Tapentadol ret) 50 mg 1-0-1

- zusätzlich kann in conalagetischer Indikation **Amitriptylin** mit eindosiert werden, Beginn bitte mit 25 mg 0-0-1

- als Bedarfsmedikation bei Durchbruchschmerzen ist Oxycodon akut 10 mg bis zu 3x täglich möglich (Mindestabstand 6 Stunden; bitte auch Mindestabstand von 1 h zu Palexiagabe einhalten)

Prinzipiell kann bei Postzosterneuralgie noch Versatis lokal (Lidocainpflaster) angewendet werden. Das Pflaster wird auf vollkommen intakte Haut im Bereich der Schmerzausstrahlung aufgeklebt und für 12 h belassen, danach 12 h Pause. Bei Herrn [REDACTED] erscheint jedoch der angegebene schmerzende Bereich momentan zu groß bzw zu unscharf eingegrenzt für eine sinnvolle Anwendung.

Eine Entlassung sollte nur ohne Bedarfsmedikation erfolgen. Sollte der Patient unter der empfohlenen Anpassung regelhaft Bedarf abfordern, ist ggf. eine Erhöhung der festen Basis nötig, daher bitte bei nicht zufriedenstellender Einstellung gern für Montag oder Dienstag ein Rekonsil einstellen.

Konsil DER - Befund vom 31.07.23

Befund:

Brust links ca 1cm messende subkutane verschiebliche, nicht druckschmerzhaftes Schwellung mit mittigem Ausführungsgang. Keine Umgebungsrötung. Auf Druck entleerte sich bereits seröse Flüssigkeit.

Diagnose(-n):

- V.a. Zyste, pectoral links

Prozedur(-en):

Desinfektion, Inzision mit Kanüle, weitere Entleerung von Flüssigkeit, Zyste jedoch nicht vollständig zu entleeren.

Desinfektion, Pflasterverband.

Aktuell kein weiterer Handlungsbedarf.

Sollte die Zyste immer wieder rezidivieren und im Verlauf größer werden kann eine elektive Exzision erwogen werden.

Konsil ANE - Befund vom 01.08.23

Empfehlung:

Nach Rücksprache mit [REDACTED] USC, empfehlen wir folgendes Procedere:

- wie im Vorkonsil vom 28.7. beschrieben, empfehlen wir die lokale Anwendung von Lidocain-Pflaster (Handelsname Versatis, bis zu 2 Pflaster gleichzeitig auf die besonders schmerzhaften Bereiche und nur auf intakte Haut für 12h,

Vorläufiger Entlassungsbrief, MK1 Medizinische Klinik I

gedruckt am 14.05.2024 19:08

z.B. von 20 Uhr bis 8 Uhr kleben, danach 12 h Anwendungspause).

- Verkürzung des Einnahmeintervalls von Tapentadol ret. 50mg, dazu Umstellung auf 8-stdl. Gabe.
 - Desweiteren kann eine Erhöhung von Pregabalin auf zunächst 100mg-100mg-150mg erwogen werden.
 - eine konsequente Obstipationsprophylaxe lt. UKD-Standard, ggf. auch unter Anwendung eines Klysmas, ggf. unter Anwendung von Relistor lt. PharmIndex, ist obligater Bestandteil der Schmerztherapie mit Opioiden! Über diese Notwendigkeit wurde der Patient von mir ebenfalls aufgeklärt.
 - bei anamnestisch bestehender Nichtwirksamkeit von Metamizol sollte dies abgesetzt, und bei guter Nierenfunktion ggf. auf Ibuprofen 600mg p.o. 8.-stdl. umgestellt werden.
- Bei unzureichender Schmerzlinderung oder neuen Aspekten gern Rekonsil.

Konsil DER - Befund vom 02.08.23

Befund:

reizlose 1x1 cm messender subkutaner Nodus mit zentralem Porus an der Brust links, keine Entzündungszeichen, keine Sekretion, keine Schmerzen

am Hals rechts erythematöser exophytischer 5 mm messender Nodus, leicht gerötet, auf Druck entleert sich wenig Pus

Diagnose(-n):

Epidermiszyste pectoral links ohne Entzündungszeichen

V.a. superinfiziertes Fibrom Hals rechts

Empfehlung:

- ambulante Exzision der Zyste pectoral links nur bei Schmerzhaftigkeit, ansonsten nicht zwingend indiziert
- Fucidine® Creme Hals rechts 2xtgl., mit Pflaster abdecken, bei anhaltenden Beschwerden ambulante Exzision planen
- kein Anhalt für eosinophile Follikulitis

Histologie

Institut für Pathologie vom 20.07.2023

Materialarten: PE 1. Antrum, 2. Korpus, 3. unteres Ösophagusdrittel, 4. mittleres Ösophagusdrittel, 5. oberes Ösophagusdrittel

Nach Untersuchung des vollständig eingebetteten und standardisiert in Schnittstufen aufgearbeiteten Einsendungsmaterials (5 Kapseln) inkl. Spezialfärbungen (modifizierte Giemsa in 1. und 2.) und Immunhistologie (CMV in 3.-5.) entspricht der Befund

1. einer geringen, nicht aktiven Typ C/-R-Gastritis (Aktivitätsgrad 0, Helicobacter pylori 0) in orthograd und in voller Breite erfasster Magenschleimhaut vom Antrumtyp mit glattmuskulärer Hyperplasie und geringem Ödem.

2. einer geringen, chronisch unspezifischen, nicht aktiven Gastritis (Aktivitätsgrad 0, Helicobacter pylori 0) in Magenschleimhaut vom Korpusstyp.

3. einer geringen lymphozytären Ösophagitis in überwiegend oberflächlich und tangential erfasster und fragmentierter plattenepithelialer ösophagealer Schleimhaut ohne immunhistochemischen Anhalt für eine CMV-Infektion.

4. einer mäßiggradigen, lymphozytären Ösophagitis in überwiegend tangential erfasster und fragmentierter plattenepithelialer ösophagealer Schleimhaut, mit einer nicht mehr frischen submukösen Entzündung mit hier Nachweis CMV-positiver zytopathisch veränderte Zellen als histomorphologisches Korrelat für eine CMV-Infektion.

5. einer geringen lymphozytären Ösophagitis in überwiegend oberflächlich und tangential erfasster und fragmentierter plattenepithelialer ösophagealer Schleimhaut ohne immunhistochemischen Anhalt für eine CMV-Infektion.

Im vorliegenden Material kein Anhalt für intraepitheliale Neoplasie/Epitheldysplasie oder Malignität.

Institut für Pathologie vom 24.07.2023

Materialarten: PE 1. Zökum, 2. Asc., 3. Transv., 4. Desc., 5. Sigma, 6. Rektum

Nach Untersuchung des jeweils vollständig eingebetteten Materials inkl. standardisierter Anfertigung von Schnittstufen (1. bis 6.) sowie nach Anfertigung von Spezialfärbung (PAS-Reaktion in 1. bis 6.) und Durchführung immunhistochemischer Untersuchungen (Antikörper gegen CMV in 1. bis 6.) entspricht der Befund

1. bis 6. Kolon- bzw. Rektumschleimhautbiopaten (Lokalisationen s. o.) mit stellenweise allenfalls diskreter Kryptendistorsion, ohne Becherzellverlust oder Nachweis epitheloidzelliger Granulome, ohne wesentlich gesteigerte Entzündungsreaktion, insbesondere ohne Nachweis intraepithelialer Lymphozyten, mit regelhaft konfigurierter subepithelialer Kollagenfasertafel, stellenweise mit prominenten Lymphfollikeln sowie diskret vermehrten eosinophilen Granulozyten im Schleimhautstroma, ohne histomorphologischen Erregernachweis in der PAS Reaktion, ohne Nachweis CMV-exprimierender Endo- oder Epithelien, damit rein immunhistochemisch kein Anhalt für das Vorliegen einer floriden CMV-Infektion.

Im vorliegenden Material kein Anhalt für intraepitheliale Neoplasie/Epitheldysplasie oder Malignität.

Institut für Pathologie vom 25.07.2023

Nach vollständiger Einbettung des übersandten Materials, Anfertigung von Schnittstufen und Spezialfärbung (PAS) entspricht der Befund einer PE des Gallenganges der Hepatikusgabel mit insgesamt mäßiggradiger gemischtzelliger, fokal bis hochgradig florid-ulzeröser Entzündungsreaktion, mit angelagerten Fibrinniederschlägen mit granulozytärer Durchsetzung, ohne Nachweis von Erregerstrukturen in der PAS-Färbung, mit regenerationsartigen Epithelveränderungen.

Im vorliegenden Einsendungsmaterial kein Anhalt für intraepitheliale Neoplasie/Dysplasie oder Malignität.

Nachbericht:

Wie telefonisch durch die Klinik gewünscht, wurden noch ergänzende immunhistochemische Untersuchungen (CMV) angeschlossen.

Dabei zeigen sich in der hochgradigen Entzündung mehrere CMV-positive Zellen.

Zusammenfassende mikroskopische Beurteilung und Diagnose:

Nach vollständiger Einbettung des übersandten Materials, Anfertigung von Schnittstufen und Spezialfärbung (PAS) sowie o. g. Immunhistochemie entspricht der Befund einer PE des Gallenganges der Hepatikusgabel mit überwiegend mäßiggradiger gemischtzelliger, fokal bis hochgradig florid-ulzeröser Entzündungsreaktion, mit CMV-positiven vergrößerten Zellen, vereinbar mit einer CMV-Infektion, daneben angelagerte Fibrinniederschläge mit granulozytärer Durchsetzung, ohne Erregernachweis in der PAS-Färbung, mit regenerativen Epithelveränderungen.

Im vorliegenden Einsendungsmaterial kein Anhalt für intraepitheliale Neoplasie/Dysplasie oder Malignität.

Institut für Pathologie vom 26.07.2023

Materialarten: 3 mm Stanzbiopsat Augenbraue li. lateral

Nach vollständiger Einbettung des übersandten Materials inkl. zwischenzeitiger Anfertigung von immunhistochemischen Untersuchungen (Panzytokeratin, SOX10, MIB1, CD34, ERG, HHV8) und einer Spezialfärbung (PAS) entspricht der Befund einem Hautstanzzyllinder der Augenbraue links lateral mit Anteilen eines Kaposi Sarkoms, in Form einer chorial gelegenen Spindelzellläsion mit ovalären Tumorzellkernen und vereinzelt Mitosefiguren (bis 4 Mitosen/10 HPF), mit einem schütterten Lymphzellinfiltrat sowie immer wieder mit Schlitzbildung und Gefäßanschnitten, immunhistochemisch mit Positivität gegenüber HHV8 und ERG bei ausbleibender Reaktion gegenüber den anderen Antikörpern, mit einem Ki67-Proliferationsindex von 10 bis 15 %, ohne Anhalt für eine Angioinvasion oder perineurale Ausbreitung, randbildend (Biopsie).

Tumorklassifikationsschlüssel (ICD-O): C 44.3

Tumorklassifikationsschlüssel (ICD-O): M 9140/3

Im Rahmen der Qualitätssicherung wurde nach dem sog. "Vier-Augen-Prinzip" die Tumordiagnose durch einen zweiten Facharzt bestätigt.

Verlauf

Bei Aufnahme sahen wir einen Patienten in reduziertem Allgemeinzustand. In der körperlichen Untersuchung fielen getrocknete Bläschen bei Z.n. Herpes-Zoster Infektion am Übergang BWS/LWS auf. Weiterhin zeigte sich an der linken Augenbraue einer livide Läsion.

Anamnestisch berichtet der Patient von starken Schmerzen am Rücken, welche entlang der Rippen ziehen würden. Bei am ehesten Postzosterneuralgie erfolgte die Anpassung der analgetischen Therapie unter Therapiebeginn mit Pregabalin. Hierunter konnte im Verlauf jedoch nur eine unzureichende Besserung der Beschwerdesymptomatik erreicht werden. Es erfolgte daraufhin die Dosiserhöhung des Pregabalins. Nach Rücksprache mit unserem anästhesiologischen Schmerzdienst erfolgte die Erweiterung der Medikation und Erweiterung auf Tapentadol und Amitriptylin. Nach weiteren Dosisanpassung im Verlauf berichtete der Patient von einer deutlichen Besserung der Beschwerdesymptomatik. Die Einnahme einer Bedarfsmedikation ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht notwendig. Begeleitend erfolgte die Gabe von Laxantien. Wir bitten um eine regelmäßige Reevaluation der Analgesie und ggf. weitere Dosisanpassung im Verlauf. Bei Obstipationsneigung und unter laufender Opioidtherapie erfolgte die Intensivierung der Laxantiengabe. Bei anhaltender Beschwerdesymptomatik kann ich zusätzliche Therapie mit Prucaloprid erwogen werden.

Bei ambulanten Nachweis von CMV im Blut veranlassten wir eine weiterführende Diagnostik zum Ausschluss einer Organmanifestation. Am 20.07. erfolgte eine Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD), in welcher sich eine Refluxösophagitis, Antrumgastritis und Bulbitis duodeni zeigten. Histologisch zeigten sich einzelne CMV-positive veränderte Zellen im mittleren Ösophagusdrittel. Eine Testung auf Helicobacter pylori negativ aus. Die vorbeschriebene Soorösophagitis ließ sich endoskopisch nicht mehr nachweisen. Wir beendeten daraufhin die Medikation mit Fluconazol. Bei Gastritisnachweis begannen wir die Medikation mit Protonenpumpeninhibitoren.

Eine Koloskopie vom 24.07. zeigte makroskopisch und mikroskopisch einen unauffälligen Befund. Insbesondere ergab sich kein Hinweis auf eine CMV Infektion.

Bei extern vorbeschriebener Ductus hepaticus choledochus Stenose (DHC-Stenose) mit einliegendem Stent und sonografisch nachgewiesener Cholestase veranlassten wir eine endoskopische retrograde Cholangiopankreatografie (ERCP). Die vorbeschriebene Stenose zeigte sich regredient, sodass ein Stentauslassversuch erfolgte. Weiterhin erfolgte die Probenentnahme und Testung auf CMV Beteiligung. Die Ergebnisse der histologischen Aufarbeitung zeigten hier einzelne CMV positive Zellen.

Nach dermatologischer Vorstellung des Hautbefundes im Bereich der Augenbraue links erfolgte die histologische Sicherung dieser zum Ausschluss eines Kaposi-Sarkoms. Die Ergebnisse erbrachten hierzu einen positiven Befund. Am 03.08. erfolgte der Fadenzug. Die Wundverhältnisse zeigten sich reizlos.

Im Verlauf des Aufenthaltes fielen beim Patienten eine zystische Läsion pectoral links und eitrig Läsion cervical rechts auf. Es erfolgte auch hierbei eine dermatologische Abklärung. Nach Punktion der zystischen Läsion pectoral und Lokalthherapie der cervicalen Läsion zeigten sich rückläufige Befunde. Hinweise auf eine eosinophile Follikulitis ergaben sich nicht. Es erfolgte ein Wundabstrich zur Testung auf Varicella-Zoster und Herpes-Simplex Virus. **Die Ergebnisse sind zum Entlasszeitpunkt ausstehend und werden nachgereicht.**

Weiterhin erfolgte eine Schnittbildgebung des Schädels und Abdomens mittels MRT. Hierbei zeigte sich kranial eine unklare Läsion im Gyrus precentralis rechts. Wir bitten diesbezüglich um eine Verlaufskontrolle in 1-2 Monaten, bei neurologischer Symptomatik auch früher. In der abdominalen Bildgebung ergab sich nach Rücksprache mit den Radiologen kein Hinweis auf eine Kaposi Beteiligung. Die Gallenwege zeigten sich rarefiziert, passend zu einer CMV Mitbeteiligung.

Eine erneute laborchemische Testung auf CMV zeigte einen Abfall der Kopiezahlen bei zeitgleich gebessertem Immunstatus des Patienten unter laufender antiretroviraler Therapie. In Zusammenschau der Befunde ist zum jetzigen Zeitpunkt eine Organmanifestation im Ösophagus und DHC nachweisbar, nach Sichtung der Vorbefunde jedoch mit rückläufiger Tendenz. Es erfolgte die Befundbesprechung mit dem Patienten und Diskussion über die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie. Der Patient wünscht zum aktuellen Zeitpunkt keine medikamentöse Therapie. Bei klinischer Verschlechterung und/oder Therapiewunsch kann eine zeitnahe Wiederaufnahme zur Therapie geplant werden.

Eine passagere Hyperkaliämie behandelten wir symptomatisch mit Natrium-Elutit. Nach zügiger Normalisierung des Serumkaliums Bei nachgewiesenem Zinkmangel begannen wir die orale Substitution.

Bei insgesamt stabilem Allgemeinzustand erfolgt die Entlassung des Patienten am heutigen Tag in die weitere ambulante Betreuung. Wir bitten um eine kurzfristige klinische Verlaufskontrolle beim Hausarzt in den nächsten Tagen. Bei akuter Verschlechterung ist eine Wiedervorstellung jederzeit möglich. Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Entlassungsmedikation

Medikation

Medikament	Wirkstoff	Applikation / Stärke	F	M	A	N	Bed.	Bemerkung
Biktarvy (Bictegravir 50mg/ Emtricitabin 200mg/ Tenofovir 25mg)		p.o.	1	0	0	0		
COTRIM forte-ratiopharm 800 mg/160 mg Tabletten	Co-trimoxazol	p.o.	1	0	0	0		Mo, Mi, Fr
AMINEURIN 25 Filmtabletten	Amitriptylin hydrochlorid	p.o.	0	0	0	1		NEU
NOVAMINSULFON- ratiopharm 500 mg Tabletten 1-Wasser	Metamizol natrium-	p.o.	2	2	2	2		Dosis erhöht
PALEXIA retard 50 mg Retardtabletten	Tapentadol hydrochlorid	p.o.	1	0	1	1		NEU 00:00Uhr, 08:00Uhr, 16:00Uhr
PREGABALIN-ratiopharm 75 mg Hartkapseln	Pregabalin	p.o.	100	100	150	0		NEU, (mg)

UNIZINK 50 magensaftresistente Tabletten	Zinkbis(hydrogen- DL-aspartat)	p.o.	0	1	0	0	NEU
FRESUBIN ENERGY Fibre DRINK Mischkarton Trinkfl.	Gesamt-Protein, Gesamt-Protein	p.o.	1	1	1	0	NEU
LAXOBERAL Abführ Tropfen	Natrium picosulfat- 1-Wasser	p.o.	0	0	10	0	NEU, (mg)
MACROGOL-ratiopharm Balance Plv.z.H.e.L.z.Einn.	Macrogol 3350, Natriumchlorid	p.o.	1	1	0	0	NEU
FUCIDINE Creme auf infizierte Stelle Hals rechts		kutan	1	0	1	0	NEU lokal am Hals rechts
TANNOSYNT Creme	Phenolsulfonsäure- Phenol-Urea- Formaldehyd- Kondensat, Natriumsalz	kutan	1	1	1	0	NEU lokal am Rücken im Bereich der ehemaligen Zosterbläschen
ACIC 200 Tabletten	Aciclovir	p.o.					beendet

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>

Procedere

Ambulante ärztliche Verlaufskontrolle 07.08.2023 um 14.15 Uhr

Mit freundlichen Grüßen

