Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

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:  Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01307 Dresden | Dr. med. St. Brückner | Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden  Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen |

Fetscherstraße 74

Telefon (0351) 4 58 - 0

01307

Dresden

Entlassungsbrief

geboren am

wohnhaft

Sehr geehrte Frau

wir berichten über den

Patienten

.1966

Aufnahmenr.

der sich in der Zeit vom 20.03.2024 bis 21.03.2024 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen: Hepatozelluläres Karzinom (Segment VI)

20.03.2024 Erstdiagnose; C22.0

Punktion Leber 20.03.24: Histologie vereinbar mit einem hochdifferenzierten hepatozellulären Karzinom Grad 1 nach WHO

Grunderkrankung:

\* Leberzirrhose CHILD B (aktuell 9 Pkt., 02/24)

a. e. bei NASH und Z. n. Hepatitis C, spontan ausgeheilt (Hep. C PCR 01/2022 negativ)

* + chron. Pfortaderverschluss, partieller Verschluss VMS
  + Splenomegalie
  + Panzytopenie
  + ausgeprägte Umgehungskreisläufe (Fundus- und Ösophagusvarizen)
    - Obere Gastrointestinale Blutung 11/2018, Ulcus im Ösophagus,

Ösophagusvarizen Grad II

* + - Ligaturtherapie der Ösophagusvarizen II° 03/2019
    - 08/2021: Ösophagusvarizen Grad I, keine Blutungszeichen.
    - 09/2022: Ösophagusvarizen Grad I, Isolierte gastrische Varizen Typ I, keine Blutungszeichen, portal-hypertensive Gastropathie
* Milz-Arterie-Coiling bei rezidiv. hepatischen Enzephalopathien und GIB

(03/2019)

* Z. n. rezidivierenden hepatischen Enzephalopathien (Grad II)

Vorstand: Prof. Dr. D. M. Albrecht (Sprecher); Frank Ohi · Vorsitzender des Aufsichtsrates: Prof. Dr. G. Brunner

* Lungenarterienembolie links hilär
* Antikoagulation Clexane 4000 IE s. c. 2x täglich
* Antrumgastritis 09/2022
* Pathologie 05.09.2022: HP positiv
* Z.n. epileptischem Krampfanfall bei Hypoglykämie 04/23
* Nachweis 3 MRGN rektal 04/23
* serologisch Z.n. Hepatitis A, B und E
* Ulcus duodeni 07/2018 (KH Chemnitz) und 09/2020
* Cholezystolithiasis
* Hypothyreose
* Z. n. traumatischer Schulter-/Armschädigung rechts mit Schulterluxation,

Armdeformierung, Teilamputation d2 rechts

* Nebenmilzen
* Allergie: Penicillin

Anamnese

Aufnahme zur Leberpunktion. Pat. stabil ,keine Beschwerden. Infekt wird verneint.

Allergien: Penicillin

Klinische Befunde

Kopf/Hals:Pupillen bds, isocor, mw, direkt und indirekt lichtreagibel, MSH feucht, Zunge nicht belegt. Cor: HT rein und rhythmisch. Pulmo: seitengleiche Belüftung, VAG bds., keine Nebengeräusch. Abdomen: weich kein DS, keine AWS, keine Resistenzen, regelrechte Peristaltik. Extremitäten: keine Ödeme, pDMS intakt

Laborwerte:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bezeichnung | Ref.-Bereich | Einheit | 20.3.24  07:00 |
| Status |  |  | Endbefund |
| Hämoglobin i.B. (EDTA) | 8,60 - 12,10 | mmol/L | 8.70 |
| Hämatokrit i.B. (EDTA) | 0,400 - 0,540 | L/L | 0.42 |
| Leukozyten i.B. (EDTA) | 3,8 - 9,8 | GPt/L | 3.60 |
| Thrombozyten i.B. (EDTA) | 150 - 400 | GPt/L | 38 |
| Erythrozyten i.B. (EDTA) | 4,60 - 6,20 | TPt/L | 4.31 |
| mittl.korp.Hämogl. (MCH) | 1,70 - 2,10 | fmol | 2.02 |
| mittl. korp. Hb-Konz.  (MCHC) | 19,0 - 22,0 | mmol/L | 21.0 |
| mittl.korp.Volumen (MCV) | 80 - 96 | fl | 96 |
| Ery-Verteil.-breite (EDTA) | 11,6 - 14,4 | % | 14.1 |
| Thrombozyten  (ThroExact-Monov.) | 150 - 400 | GPt/L | 40 |
| Quick i.P. | 70 - 120 | % | 60 |
| INR i.P. | 0,9 - 1,2 |  | 1.45 |
| aPTT i.P. | 24 - 36 | s | 44 |
| C-reaktives Protein i.S. | < 5.0 | mg/L | 1.0 |
| Glukose i.S. | 4,50 - 6,00 | mmol/L | \* 5.97 |
| Hämolyse-Index (Serum) H <50(29µmol/lHb) | |  | 129 |
| Ikterus-Index (Serum) I <=1(17µmol/lBili) | |  | 3 |
| Natrium i.S. 136,0 - 145,0 | | mmol/L | 133.3 |
| Kalium i.S. 3,50 - 5,10 | | mmol/L | \* 5.21 |
| Kreatinin i.S. 62 - 106 | | µmol/L | 54 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bezeichnung | Ref.-Bereich | Einheit 20.3.24  07:00 | |
| eGFR für Kreatinin  (n.CKD-EPI) | >=90 | mL/min/1,73 >90 | |
| Harnstoff i.S. | 3,0 - 9,2 | mmol/L | 5.1 |
| ALAT i.S.(IFCC mit P-5-P) | < 0,85 | µmol/(s\*L) | 0.54 |
| ASAT i.S.(IFCC mit P-5-P) | < 0,85 | µmol/(s\*L) | \* 0.96 |
| Gamma-GT i.S. | <1,19 | µmol/(s\*L) | 0.42 |
| Alkal. Phosphatase (IFCC)  i.S. | 0.67 - 2.17 | µmol/(s\*L) | 2.13 |
| LDH i.S. (IFCC) | 2,25 - 3,75 | µmol/(s\*L) | \* 6.49 |
| Bilirubin (ges.) i.S. | < 21,0 | µmol/L | 33.0 |
| Lipase i.S. | < 1,00 | µmol/(s\*L) | 1.30 |
| Thyreoideastimul. H.i.S. | 0.27 - 4.20 | mU/L | 2.85 |
| Albumin i.S. | 35,0 - 52,0 | g/L | 30.0 |

Befunde

Punktion Leber, durchgeführt am 20.03.2024

Vorbekannte, subkapsuläre Leberläsion mit hochgrad. HCC Verdacht S VI zur Punktion bei Leberzirrhose.

Nach Desinfektion und lokaler Anästhesie mit 20 ml Xylocain 2 % zunächst Stichinzision rechten Oberbauch. Danach dreimalige Punktion der Raumforderung im Segment VI unter sonographischer Sicht. Es werden zwei ca. 2 cm lange Gewebezylinder gewonnen.

Unmittelbar postinterventionell kein Nachweis einer intra- oder perihepatischen Einblutung.

Fragestellung Pathologie: HCC bei bekannter Leberzirrhose. Gesamtbeurteilung: komplikationslose Leberbiopsie.

Histologie

Institut für Pathologie vom 20.03.2024

Materialarten: Punktion Leber

Nach Untersuchung des vollständig eingebetteten Materials (1 Kapsel) mit Spezialfärbungen (Goldner, Gomori, Berliner-Blau- und PAS-Reaktion) sowie immunhistochemischen Untersuchungen (CK7, Hep-Par und CD34) entspricht der Befund einem in zwei Anteilen vorliegenden Leberstanzzylinder mit Infiltration durch Anteile eines lebereigenen, gut differenzierten, solid sowie teils angedeutet azinär wachsenden Tumors, immunhistochemisch mit Expression von Hep-Par und kleinherdig schwach auch CK7 sowie mit pathologischer Kapillarisierung in der Reaktion mit CD34, somit insgesamt vereinbar mit einem hochdifferenzierten hepatozellulären Karzinom (Grad 1 nach WHO) mit auch Verlust des Retikulinfasernetzes in der Versilberung, das übrige, nur spärlich miterfasste Leberparenchym mit zirrhotischem Leberumbau sowie ohne wesentliche hepatozelluläre Verfettung, mit bis zu mäßiggradiger hepatozellulärer Siderose und ohne eindeutig nachweisbare Cholestase.

Tumorlokalisationsschlüssel (ICD-O): C 22.0

Tumorhistologieschlüssel (ICD-O): M 8170/3

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

( bestätigt.

Verlauf

Nach Ausschluss von Kontraindikationen und erfolgter Aufklärung führten wir am 20.03.2024 die komplikationslose sonographisch gestützte Leberbiopsie durch. Präinterventionell transfundierten wir 1 Tbk.

Der anschließende Überwachungsverlauf gestaltete sich unauffällig. Insbesondere traten trotz erhöhtem Nachblutungsrisiko keine Hinweise dafür auf. Histologisch zeigte sich ein hochdifferenziertes HCC. Eine entsprechende Tumorboardvorstellung mit Planung der weiteren Behandlung über das UCC wurde veranlasst.

Herr wird in stabilem Allgemeinzustand in die Häuslichkeit entlassen.

Entlassungsmedikation

Medikation

Medikament Wirkstoff Applikation / Stärke F M A N Bed. Bemerkung

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| HUMINSULIN Normal  100IE/ml KwikPen  Injektionslösung | Insulin, normal  (human) |  |  |  |  |  | nach Schema |
| CARVEDILOL 6,25 mg  Tabletten | Carvedilol |  | 1 | 0 | 0 | 0 |  |
| FUROSEMID- 40 mg  Tabletten | Furosemid |  | 1 | 0 | 0 | 0 |  |
| JARDIANCE 10 mg  Filmtabletten | Empagliflozin |  | 1 | 0 | 0 | 0 |  |
| L-THYROXIN 25 Tabletten | Levothyroxin natrium |  | 1 | 0 | 0 | 0 |  |
| NEXIUM mups 20 mg magensaftresistente Tabletten | Esomeprazol hemimagnesium1,5-Wasser |  | 1 | 0 | 0 | 0 |  |
| SPIRONOLACTON 50 mg  Tabletten | Spironolacton |  | 2 | 0 | 0 | 0 |  |
| XIFAXAN 550 mg  Filmtabletten | Rifaximin |  | 1 | 0 | 1 | 0 |  |
| Bifiteral |  | mL | 40 30 30 | | | 0 |  |
| HEPA MERZ granulat 6000 | |  | 1 1 1 | | | 0 |  |

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

Mit freundlichen Grüßen