

Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gemeinnützige GmbH  
Karl-Keil-Straße 35, 08060 Zwickau

### Klinik für Innere Medizin IV

Gastroenterologie, Hepatologie und Allgemeine Innere Medizin  
Zertifiziertes Darmkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

Frau

Chefarzt: [Redacted]  
Tel.: [Redacted]  
e-mail: [img4@hbk-zwickau.de](mailto:img4@hbk-zwickau.de)

Case Management/Stationäre Aufnahme: Tel. 51250 [Redacted]  
Station 05-2: Tel. 512109; Fax: 511565 (Lte [Redacted])  
Endoskopieabteilung: Tel. 512226; Fax: 511526 [Redacted]

Ihre Zeichen, Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen, Unsere Nachricht vom

Telefon, Name  
0375 51- 2109

Datum  
25.09.2017

### Vorläufige Epikrise

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
wir berichten über den Patienten

[Redacted Name]

der sich vom 21.09.2017 bis zum 26.09.2017 in unserer stationären Behandlung befand.

#### Diagnosen:

- D37.6 18 mm d Raumforderung im linken Leberlappen
  - aktuell: Gewebepunktion 22.09.2017, Histologie: schlecht differenziertes Adenokarzinom, Immunhistochemie ausstehend
- D37.70 Verdacht auf Pankreaskarzinom im Korpus-/Caudabereich (als Primum), bei Erhöhung CA 19-9
- K31.7 Gastrale Metaplasie im Bulbus duodeni
  - aktuell: Biopsie von vier Bulbuspolypoiden
- I10.00 Arterielle Hypertonie
- E79.0 Hyperurikämie

#### Anamnese:

Die Aufnahme erfolgte zur Abklärung einer ambulant festgestellten Raumforderung im linken Leberlappen und einer strukturellen Veränderung im Bereich des Pankreaskorpus/-schwanzes. Der Patient berichtet, er habe seit längerem bestehende Oberbauchschmerzen, nahrungsaufnahmeunabhängig. Anamnestisch bekannt sei ein Bandschreibenprolaps im Bereich HWS 4/5 und eine Lumbalstenose. Bei Aufnahme bestünden die diskreten Schmerzen nur im Liegen. Miktion und Stuhlgang unauffällig, keine Infektzeichen, keine B-Symptomatik. Patient beschreibt einen gewollten Gewichtsverlust von 6 kg durch Nahrungsumstellung und sportliche Aktivitäten im letzten halben Jahr.

Allergien: Sulfonamide. Nikotin: ca. 35 py. Alkohol: selten.

Sozialanamnese: geschieden, zwei Kinder.

Familienanamnese: Mutter Mammakarzinom.

Ambulant erfolgte Diagnostik:

Hausanschrift:  
Karl-Keil-Straße 35  
08060 Zwickau  
IKZ: 261400379  
Betr.-Nr.: 06508643

Amtsgericht Chemnitz  
HRB 23741  
Steuernummer:  
226/110/03262  
USt-ID DE 141384120

Telefon: 0375 51-0  
Telefax: 0375 52 95 51  
Internet: [www.hbk-zwickau.de](http://www.hbk-zwickau.de)  
E-Mail: [info@hbk-zwickau.de](mailto:info@hbk-zwickau.de)

Geschäftsführer:  
Rüdiger Glaß  
Vorsitzender des Aufsichtsrates:  
Lutz Feustel

Bankverbindungen:  
Commerzbank Zwickau  
BLZ 870 800 00, KTO 630 368 700  
Sparkasse Zwickau  
BLZ 870 550 00, KTO 22 480 003 19

CT Oberbauch DM Benedikt, 20.06.17: Pankreas unauffällig, 16 mm d Herd im linken LL, 18 mm d paraaortaler LK

MRT Dr. Pufe, 18.07.17 mit Gadovist, 29.08.17 mit Primovist: RF im linken LL 18 mm d. Gewebsvermehrung in Umgebung der Arteria mesenterica superior, Pankreaskorpus; Verbreiterung auf 4 cm; atrophe Pankreaskauda, paraaortaler LK 13 mm.

### **Klinischer Aufnahmestatus:**

54-jähriger Patient in normalem Ernährungszustand und Allgemeinzustand. Größe: 1,90 m, Gewicht 94 kg. Patient zu allen Qualitäten orientiert. Atmung und Sprache unauffällig. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Keine Zyanose. Keine Hautveränderungen. Augen/Nase: äußerlich ohne Befund. Zunge normal. Rachenring reizlos. Keine Struma. Keine pathologischen Lymphknotenvergrößerungen. Wirbelsäule: kein Klopfeschmerz. Thorax: symmetrisch, keine Deformitäten. Kardiopulmonal stabil. Cor: HF normofrequent, rhythmisch, HF 60/min, RR 130/80 mmHg. Abdomen: kein Druckschmerz, weich, keine Resistenzen. Leber 1 Querfinger unterhalb des Rippenbogens und Milz nicht vergrößert tastbar. Nierenlager bds. frei. Regelrechte Darmgeräusche über allen vier Quadranten. Extremitäten aktiv und passiv frei beweglich. Keine Ödeme, Varizen bds. Reizlose Narbenverhältnisse bei Z. n. Arthroskopie linkes Knie. Neurologie: grob orientierend kein neurologisches Defizit.

### **Diagnostik:**

**Labor (SI-Einheiten), pathologisch:** Lipase 1,24, Glukose 6,4, Hb 8,1, Leukozyten 3,9, Thrombozyten 132 (112); CA19/9 975.

**Normwerte:** Elektrolyte, Kreatin, GFR, Harnstoff, Harnsäure, Leberwerte, alk. Phosphatase, LDK, Amylase, Serumelektrophorese, HbA1c, MCV, MCH, MCHC, RDW, Gerinnung, CRP, TSH, CEA.

**Urinstatus:** pH 5,0, Eiweiß, Nitrit, Keton, Bilirubin, Leukozyten, Blut, Glukose negativ, Urobilinogen normal.

**Endosonografie v. 21.09.2017:** Das Pankreas stellt sich im Kopf und Corpus unauffällig dar ohne Anhalt für Raumforderung. Pankreasschwanz aus anatomischen Gründen nicht darstellbar.

**Gastroskopie v. 21.09.2017:** Mehrere bis 1,3 cm große gerötete Bulbuspolypoide, biopsiert. Histologisch einer gastralen Metaplasie entsprechend. Sonst Normalbefund.

**Sonografie v. 22.09.2017:** Im linken LL Segment II MTS-verdächtige Läsion mit im B-Bild und auch in der KM-Sonografie typischem Verhalten. Kein eindeutiger Nachweis einer Pankreas-RF. Unter Lokalanästhesie Gewinnung von 3 Biopsiestanzylindern aus der Läsion (2 x sicher getroffen). Punktion eher schwierig, wegen Zwerchfell-/vorhofnähe. Histologie: schlecht differenziertes Adenokarzinom, Immunhistochemie folgt.

**Sonografie v. 22.09.2017:** Kein Anhalt für Nachblutung nach SALP heute Vormittag.

**Sonografie v. 23.09.2017:** Nach SALP im linken Leberlappen gestern kein Anhalt für Einblutung.

**Koloskopie v. 25.09.2017:** Normalbefund bis zum terminalen Ileum.

### **Therapie und Verlauf:**

Nach Aufklärung und Einverständnis führten wir eine Endosonografie und eine Gastroskopie durch. Gastroskopisch zeigten sich mehrere bis 1,3 cm große, gerötete Bulbuspolypoide, welche biopsiert wurden. Der übrige eingesehene obere Gastrointestinaltrakt zeigte sich normal. Endosonografisch stellt sich das Pankreas im Kopf- und Korpus a. e. unauffällig dar, ohne Anhalt für Raumforderung. Der Schwanzbereich war aus anatomischen Gründen nicht darstellbar.

Bezüglich der anamnestisch bekannten verdächtigen Läsion im linken Lebersegment 2 erfolgt eine sonografisch gestützte Punktion. Diese konnte komplikationslos durchgeführt und drei Biopsiestanzylinder aus der Läsion gewonnen werden. Hier fand sich ein schlecht differenziertes Adenokarzinom, die Immunhistochemie des punktierten Materials steht zum Entlassungszeitpunkt noch aus und wird nachgereicht.

Der weitere Verlauf gestaltete sich komplikationslos. Es kam zu keiner Nachblutung nach Punktion.

Zum Ausschluss eines anderweitigen Primums erfolgte die Koloskopie, hier zeigte sich bis zum terminalen Ileum ein Normalbefund.

Laborchemisch pathologisch erhöht war der Tumormarker CA19/9 mit 975 U/ml. In Zusammenschau der Befunde mit den vorliegenden ambulanten MRT- und CT-Befunden wird der Patient am 26.09.2017 in unserem interdisziplinären Tumorboard vorgestellt und über ein weiteres therapeutisches Vorgehen beraten. Die Stellungnahme vom viszeralchirurgischen Chefarzt steht aktuell noch aus. Diesbezüglich und zum vorgeschlagenen Procedere wird der Patient informiert. (Kompletierend ist ein CT-Thorax erforderlich, gfs. auch Anlage eines Chemoportsystems).

Wir entlassen Herr [REDACTED] am 26.09.2017 in kardiopulmonal stabilem Allgemeinzustand in Ihre geschätzte ambulante Weiterbehandlung.

#### **Medikation bei Entlassung:**

Wirkstoff	Medikament	morgens	mittags	abends	spätabends
Allopurinol 300 mg	Allopurinol	1	0	0	0
Valsartan 160 mg	Provas	1	0	0	0
Nebivolol 5 mg	Nebilet	½	0	0	0

\* Wir bitten um Verständnis, dass wir bei der Arzneimittelauswahl vorwiegend auf Präparate zurückgreifen, die in unserem Klinikum gelistet sind. Wir haben den Patienten bzw. seine Angehörigen darüber informiert, dass der weiterbehandelnde Arzt nach seinem Ermessen ein anderes Medikament verordnen kann, welches die gleiche oder eine ähnliche Wirkung aufweist.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]  
Chefarzt

[REDACTED]  
Leitende Oberärztin

[REDACTED]  
Assistenzarzt

Verteiler:  
[REDACTED]