Klinik für Innere Medizin

Betriebsteil Wriezen

Chefarzt: Dr. med. Christian Jenssen

Krankenhaus MärkischOderland

Krankenhaus Märkisch - Oderland GmbH · Sonnenburger Weg 3 · 16269 Wriezen

Herrn
Dr. med. Förster
Krausenstr. 4

16269 Wriezen

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen
Sie/He
Datum
24.11.2006
Telefon
033456 40301
Telefax
033456 40302
e-mail:
c.jenssen@khmol.de

Endgültige Epikrise

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten Ihnen über den Patienten **S c h u l z , Ernst-Wolfgang, geb. am 06.10.1944, wh. Lange Wiese 24, 16259 Bad Freienwalde**, der sich vom **21.11.** bis **25.11.2006** in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen:

- **großer Tumor im Bereich der Mesenterialwurzel (Verdacht Fettgewebstumor) unklarer Dignität**
- **kleines Karzinoid Sigma (zangenbioptische Entfernung 10/06)**
- **koronare Herzkrankheit**
  - **Zustand nach stummem Myokardinfarkt**
  - **Zustand nach Bypass-Operation 1995**
- **arteriosklerotisches Risikoprofil:**
  - **arterieller Hypertonus**
  - **Hyperlipoproteinämie**
- **Zustand nach Operation der ACI-Stenose rechts 2002**
- **Zustand nach Strumektomie 1996**

Anamnese:
Die Einweisung erfolgte durch den Hausarzt wegen wiederholter Schmerzen im rechten Unterbauch. Des Weiteren bestünden häufige Rückenschmerzen ohne Ausstrahlung in die Beine. Vor 14 Tagen ambulante Koloskopie Krankenhaus Wriezen zur Nachkontrolle bei Karzinoidentfernung im Sigma, hierbei Sigmadivertikulose, hyperplastischer Sigmapolyp, sonst regelrechter Befund.

Aufnahmestatus:
Zur Aufnahme kam ein 62-jähriger Patient in gutem Ernährungszustand und Allgemeinzustand. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Keine kardio-pulmonalen Dekompensationszeichen. Kopf/Hals unauffällig. Pulmo: KS sonor, reines VA. Cor: Aktionen rhythmisch, Herztöne rein. Zustand nach Bypass-OP. RR 150/80 mmHg. Hf 80/min. Abdomen: Bauchdecke gut eindrückbar, leichter Druckschmerz im re. Unterbauch, Hepar u. Lien nicht palpabel. Nierenlager bds. frei. Fußpulse regelrecht. Orientierend neurologisch unauffällig.

Paraklinik (SI-Einheiten):
Bei Aufnahme im Normbereich: Gerinnung, kleines Blutbild, BZ nüchtern und pp, Urinstatus, Elektrolyte, Transaminsen, AP, GGT, Crea, HST, HRS, Bili, Alb., CRP, TSH, fT_3, fT_4, Astrup.

cc

Herrn Dr. Müller
Im Hause

Betriebsteil Strausberg
Prötzeler Chaussee 5
15331 Strausberg, PF 1131
Telefon (03341) 520
Telefax (03341) 22138

Betriebsteil Wriezen
Sonnenburger Weg 3
16269 Wriezen
Telefon (033456) 400
Telefax (033456) 40144

Bankverbindung:
Sparkasse Märkisch-Oderland
BLZ 170 540 40
Konto 380 80 300 45

Sitz der Gesellschaft:
15344 Strausberg
Amtsgericht Frankfurt/ Oder
HRB-Nr.: 4942

Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Gernot Schmidt

Geschäftsführerin:
Dipl.-Ing. Angela Krug

EKG v. 21.11.2006:
Steiltyp, SR, HF 57/min., PQ, QRS im Normbereich, R/S-Umschlag in V3, aufgesplitterter Kammerkomplex in III, abgerundetes T in V2, betonte T-Wellen in V3 und V4.
Beurteilung: Leicht bradykarder SR, keine Hinweise auf eine akute oder chronische myokardiale Ischämie.

Sonografie Abdomen-Niere v. 21.11.2006:
Normal große, leicht homogen - reflexvermehrte Leber ohne Raumforderungen, regelrechtes Gefäßbild, glatte Konturen. Gallenblase normal groß, echofreies Lumen, glatte/ zarte Wandung. Extra- und intrahepatische Gallenwege normal weit ohne Hinweise auf Konkremente. Pankreas in allen Abschnitten nur mäßig darstellbar, normal groß, homogen -reflexnormal, keine Raumforderung, keine duktale Ektasie. Normal weite Portalgefäße, normal große und homogene Milz. Große Gefäße normallumig, Aorta mit verstärkten Wandreflexen, keine paraaortokavalen Lymphome. Beide Nieren nicht gestaut, normal breites und glatt begrenztes Parenchym, normale Pollänge. Keine pathologischen Wandverdickungen der Hohlorgane, keine freie Flüssigkeit, keine Ileuskriterien. Keine Pleuraergüsse. Im Mittelbauch kaudal des Pankreas stellt sich ventral von Aorta/V cava eine fragliche, ca. 10x7 cm große, mäßig echoreichere (im Vergleich zum Pankreas etwas echoärmere) Raumforderung dar, die von der VMS und AMS durchzogen wird, die Begrenzung ist etwas unscharf.
Zusammenfassung: Leichte Leberverfettung, Aortensklerose, VD auf eine nicht sicher zuzuordnende Raumforderung im Mittelbauch, sonst regelrechter abdominalsonographischer Befund. Morgen Kontrolle in nüchternem Zustand.

Sonografie Abdomen-Niere v. 22.11.2006:
Normal große, homogen - reflexverdichtete Leber ohne Raumforderungen, regelrechtes Gefäßbild, glatte Konturen. Gallenblase normal groß, echofreies Lumen, glatte/ zarte Wandung. Extra- und intrahepatische Gallenwege normal weit ohne Hinweise auf Konkremente. Pankreas in allen Abschnitten gut darstellbar, normal groß, homogen -reflexdicht, keine Raumforderung, keine duktale Ektasie. Normal weite Portalgefäße, normal große und homogene Milz- Große Gefäße normallumig, keine paraaortokavalen Lymphome. Aorta mit deutlichen Wandverkalkungen. Ventral der Aorta, kaudal des Pankreas beginnend und die gesamte Mesenterialwurzel einbeziehend stellt sich ein echogener, gering inhomogener Tumor von insgesamt etwa 16 x 11 x 10 cm Durchmesser dar. Die Portalgefäße, die V. mesenterica superior und auch die Viszeralarterien werden durch den Prozess weder komprimiert noch infiltriert. Beide Nieren nicht gestaut, normal breites und glatt begrenztes Parenchym, normale Pollänge. Keine pathologischen Wandverdickungen der Hohlorgane, keine freie Flüssigkeit, keine Ileuskriterien. Keine Pleuraergüsse.
Zusammenfassung: Großer Fettgewebstumor der Mesenterialwurzel (Lipom, Liposarkom), Steatosis hepatis Grad I, Aortensklerose, sonst regelrechter abdominalsonographischer Befund. Prozedere: CT morgen zur genaueren Darstellung und Abgrenzung sowie "Staging". Freitag ultraschallgestützte Biopsie.

Gastroskopie v. 22.11.2006:
Problemloses Einführen des Gerätes und Passage in die Pars descendens duodeni und weit bis in das Jejunum. Dort unauffälliges Schleimhaut- und Faltenbild, Bulbus gut entfaltbar, keine peptischen Läsionen, unauffällige Schleimhaut. Pylorus: rund, gut passierbar. Magen mit normalem Faltenrelief, klarem Sekretsee und guter Aufweitbarkeit, Motilität regelrecht. Antrum: glatt-spiegelnde Schleimhaut ohne Erythem, keine Läsionen. Korpus: Schleimhaut glatt - spiegelnd, keine Läsionen. Cardia: in Inversion und prograd suffizient schließend. Keine axiale Hiatushernie. Glatte Z-Linien-Kontur Ösophagus: normallumig, regelrechte Motilität, glatt-spiegelnde Schleimhaut mit regulärem Gefäßbild, keine Varizen, keine Läsionen. Biopsie: keine.
Zusammenfassung: Endoskopischer Normalbefund am oberen Verdauungstrakt.

CT des gesamten Abdomens mit KM (2 KM-Phasen) v. 23.11.2006:
Leberparenchym homogen ohne suspekte fokale Läsionen, keine Cholestasezeichen. Pankreas und Milz unauffällig. Beide Nebennieren nicht suspekt vergrößert. Beide Nieren orthotop und nicht gestaut. Paraaortal keine Lymphome. Links paraaortal Verdacht auf erheblich erweiterte Vena testicularis. Im kleinen Becken kein Nachweis einer Raumforderung. Erhebliche Auftreibung der Mesenterialwurzel, Dichtewerte überwiegend Fett-äquivalent, hier allerdings mit leichter milchgasartiger Eintrübung. Die mesenteriale Gefäße erscheinen hier gering komprimiert. Eine solide Raumforderung höherer Dichte ist hier nicht sicher erkennbar, keine Lymphome im dargestellten Bereich.
Ergebnis: Fettige Auftreibung der Mesenterialwurzel, differentialdiagnostisch kommen hier fettreiche Tumoren (Lipom ? DD Liposarkom ?) infrage, allerdings auch mesenchymale Mischtumoren möglich !

Hierzu sollte eine histologische Abklärung angestrebt werden, für die Mitteilung der Ergebnisse wären wir sehr dankbar! Keine Lymphome im dargestellten Bereich, kein Nachweis von Lebermetastasen. Eher nebenbefundlich stellt sich eine erweiterte linke Vena testicularis dar - klinische Hinweise auf eine Varikozele?

Sonografie Abdomen mit Punktion v. 24.11.2006:
Nach antiseptischer Vorbereitung und LA mit 20 ml Xylocain 1 % erfolgt unter Vermeidung der Passage von Hohlorganen und Gefäßen die einmalige Biopsie der retroperitonealen/ mesenterialen Fettgewebsgeschwulst mit einer 16 G - Biopince-Nadel unter Gewinnung eines repräsentativen Fettgewebszylinders. Bioptiert wird der kaudale Anteil der Geschwulst, in der die deutlichsten Inhomogenitäten auffallen. Nach Biopsie keine Symptome, keine Hinweise auf Blutung. Bitte übliche Überwachung (halbstündl. RR, Puls, Befragung) über 2 Stunden, in der der Patient nüchtern bleibt und Bettruhe einhält.
Histologie :MESENTERIUM DE, Exzisat
Makroskopisch: Ein 40 mm langes gelbliches Bioptat, nach Teilung alles zur histologischen Untersuchung. /Zt
BEURTEILUNG: Fettgewebe mit entzündlichen Veränderungen, fokalem Nachweis von doppelbrechendem Material und Schaumzellen sowie Anteile eines kleinen Lymphknotens. Ein Tumor im engeren Sinne ist am Biopsiematerial nicht zu diagnostizieren. Am ehesten handelt es sich um reaktiv-entzündliche Veränderungen, deren Ursache am übersandten Material nicht sicher klärbar ist.

Behandlung und Verlauf:
Beim Patienten fand sich sonografisch ein großer, im Mittelbauch gelegener, die gesamte Mesenterialwurzel einbeziehender Tumor. Nach sonografischen und computertomografischen Kriterien handelt es sich am wahrscheinlichsten um einen Fettgewebstumor. Abdominelle Lymphome oder Leberrundherde ließen sich nicht darstellen. Am 24.11.06 erfolgte komplikationslos eine sonografiegestützte Punktion der Raumforderung.
Nach unauffälliger Nachbeobachtung entließen wir den Patienten zunächst am Folgetag in die Häuslichkeit. Der Patient stellt sich nach Eingang der Histologie zur einem Gespräch bezüglich der weiteren Therapie vor.

Stationär trat einmalig eine hypertensive Entgleisung des bekannten arteriellen Hypertonus auf, wie vom Patienten auch zu Hause praktiziert, war die Behandlung mit Nitrospray und Sedativum prompt effektiv. Bei andererseits auch Neigung zur Hypotonie beließen wir die Antihypertensiva unverändert.

Der Patient konnte bei gutem subjektiven Befinden entlassen werden.

Entlassungsmedikation:

ASS 100	½-0-0 Tbl.
L-Thyroxin 100	1-0-0 Tbl.
Pentalong 80	1-0-1 Tbl. (Pentaerythrityl Tetranitrat)
Atacand 8	1-0-0 Tbl. (Candesartan)
Atenolol 12,5	1-0-0 Tbl.
Simvastatin 20	1 Tbl. zur Nacht

Anstelle der stationär verordneten Präparate können mit dem Ziel einer wirtschaftlichen Verordnungsweise wirkstoffgleiche Präparate anderer Hersteller und ggf. auch Analogpräparate mit gleicher zugelassener Indikation und erwiesener Wirkung weiterverordnet werden.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Ch. Jenssen
Chefarzt d. Inn. Abt.

dr. med/H. Chr. Siebert
Oberärztin

Jahr: 2006
Befundnummer: 38801

Schulz, Ernst-Wolfgang, geb: 06.10.1944/r
KH MOL-Wriezen, St. A WRZ Eingangsdatum: 24.11.06/a

MESENTERIUM DE, Exzisat

Voreinsendungen : 34986/06H 32175/06H

Makroskopisch: Ein 40 mm langes gelbliches Bioptat, nach Teilung alles zur histologischen Untersuchung. /Zt

Mikroskopisch:
Zwei Punktionszylinder, die Anteile eines Lymphknotens beinhalten. Überwiegend bestehen sie aus Fettgewebe. Die Form und Größe der Fettgewebszellen variiert leicht. Einzelne Kerne der Fettgewebszellen sind vergrößert und besitzen Einschlüsse. Abschnittsweise ist das Fettgewebe von Lymphozyten und Plasmazellen infiltriert. In diesem Areal finden sich multiple Schaumzellen.

BEURTEILUNG: Fettgewebe mit entzündlichen Veränderungen, fokalem Nachweis von doppelbrechendem Material und Schaumzellen sowie Anteile eines kleinen Lymphknotens. Ein Tumor im engeren Sinne ist am Biopsiematerial nicht zu diagnostizieren. Am ehesten handelt es sich um reaktiv-entzündliche Veränderungen, deren Ursache am übersandten Material nicht sicher klärbar ist.

Dr. med. Siegfried Bartho