

ÖSOPHAGUSKARZINOM

Fachleiter Medizin



Anamnese



Untersuchung



Therapie



Prüfung

2 Ösophaguskarzinom

Inhalt

Einleitung	3
Konjunktiv I	4
Begrüßung	6
Aktuelle Anamnese.....	6
Die vegetative Anamnese	7
Vorerkrankungen	7
Voroperationen	8
Gynäkologie	8
Medikamente	8
Allergien	9
Noxen.....	9
Sozialanamnese.....	9
Familienanamnese.....	9
Verdachts- und Differentialdiagnose.....	10
Diagnostische Abklärung	10
körperliche Untersuchung.....	10
Laboruntersuchungen	11
Anatomische Diagnose	11
Ösophagogastroduodenoskopie.....	11
Positronen-Emissions-Tomographie.....	12
Endoskopische Ultraschall.....	13
Breischluck (nicht erforderlich)	13
Konsile	14
Behandlung	14
Komplikationen	14
Pathologie.....	15
Extra	16
Fragen	17

3 Ösophaguskarzinom

Einleitung

Der Fall enthält verschiedene Erfahrungen, aber das bedeutet nicht unbedingt, dass all diese Informationen in der Prüfung vorkommen. Ich habe versucht, alle möglichen Fragen abzudecken. Es ist empfehlenswert, sich umfassend vorzubereiten, jedoch lässt sich nicht vorhersagen, wie viel davon Sie tatsächlich in der Prüfung anwenden werden. Bei der Prüfung kann es vorkommen, dass Sie keine vollständige Anamnese durchführen können. Machen Sie sich jedoch keine Sorgen.

Es ist von großer Bedeutung, die Aussagen des Patienten wortwörtlich wiederzugeben.

In einer ärztlichen Prüfung spielt ein Arzt die Rolle des Patienten, wobei er detailliert eine vorbereitete Vorlage mit vollständiger Anamnese nutzt. Dies geschieht weder spontan noch systematisch: Er arbeitet mit einer strukturierten Vorlage, in der alle Aspekte der Anamnese enthalten sind, und versucht gleichzeitig, durch unstrukturierte Angaben den Prüfling zu verwirren. Der Prüfling muss daher unbedingt die Gesprächsführung übernehmen, gezielt nachfragen und den "Patienten" höflich, aber bestimmt steuern, um eine klare und strukturierte Anamnese zu gewährleisten.

Sie können die Zeit wie folgt einteilen: In den ersten 10 Minuten, genauer gesagt nach der Frage „Was führt Sie zu uns?“, sollten Sie eine Verdachtsdiagnose sowie zwei Differenzialdiagnosen in Betracht ziehen und gezielte Fragen dazu stellen, einschließlich der vegetativen Anamnese. Anschließend können Sie entscheiden, welche Informationen Sie zuerst erheben.

In einem Arztbrief sollten bei den Punkten Allergien, Sozialanamnese, Familienanamnese und Medikation Stichwörter verwendet werden. Achten Sie jedoch darauf, bei der mündlichen Vorstellung vollständige Sätze zu nutzen.

Viel Erfolg

Morteza Soltani

4 Ösophaguskarzinom

Konjunktiv I

Patient (direkte Rede):

„Ich hatte heftige Kopfschmerzen.“

✗ Falsch:

Er **habe** angegeben, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **seien** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

✓ Richtig:

Er **gab** an, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **sind** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

Bei Schlussfolgerungen, radikulären Schmerzen, konservativer Therapie oder B-Symptomatik kein Konjunktiv I verwenden.

Gültig in der Prüfung (FSP): Ich habe alles im Konjunktiv I formuliert, weil ich die Angaben nicht objektiv bestätigen kann!!!!!!

Bei der Wiedergabe brauchen wir entweder einen einleitenden Satz mit Verben wie „sagen“, „berichten“, „angeben“, „mitteilen“, „äußern“, „anführen“, „nennen“ usw. – oder wir formulieren die Aussage ohne einleitenden Satz.

Artikels im Singular: **der** (maskulin), **die** (feminin), **das** (neutral)

Patientenaussage: „Ich bin gestern auf der Treppe gestürzt.“

- 📄 Arztbrief (formell, schriftlich): Die Patientin berichtet, dass sie gestern auf der Treppe gestürzt sei.
- 🗣️ Fallvorstellung (mündlich, kompakt): Die Patientin berichtet, sie sei gestern auf der Treppe gestürzt.

5 Ösophaguskarzinom

Präsens		Vergangenheit
Originalsatz: „Er geht nach Hause.“ → Konjunktiv I: Er gehe nach Hause. Originalsatz: „Sie nimmt die Tablette.“ → Konjunktiv I: Sie nehme die Tablette. Originalsatz: „Es gibt Probleme.“ → Konjunktiv I: Es gebe Probleme.		Originalsatz: „Er hat die Tablette eingenommen.“ → Konjunktiv I: Er habe die Tablette eingenommen. Originalsatz: „Es wurde erfolgreich behandelt.“ → Konjunktiv I: Es sei erfolgreich behandelt worden.
Futur Originalsatz: „Er wird morgen einkaufen.“ → Konjunktiv I: Er werde morgen einkaufen. Originalsatz: „Sie werden abnehmen.“ → Konjunktiv I: Sie würden abnehmen.		Originalsatz: „Es ist größer geworden.“ → Konjunktiv I: Es sei größer geworden. Originalsatz (Plural): „Sie nahmen stark zu.“ → Konjunktiv I: Sie hätten stark zugenommen. Originalsatz (Plural): „Die Schmerzen traten gestern auf.“ → Konjunktiv I: Die Schmerzen seien gestern aufgetreten.
Sein	Präsens	ich sei, du seiest, er sei, wir seien, ihr seiet, sie seien
	Vergangenheit	Präsensform + gewesen
Haben	Präsens	ich hätte, du hättest, er habe wir hätten, ihr hättet, sie hätten
	Vergangenheit	Präsensform + gehabt

Modalverben (Präsens):

„Er/ Ich kann das erklären.“

→ Konjunktiv I: Er/ Ich könne das erklären. (solle, wolle, müsse, dürfe)

Originalsatz (Plural): „Sie können das erklären.“

→ Konjunktiv I: Sie könnten das erklären. (müssten/ sollten/ wollten/ dürften)

Modalverben (Vergangenheit)

Originalsatz: „Er wollte das Medikament einnehmen.“

→ Konjunktiv I: Er habe das Medikament einnehmen wollen.

Originalsatz: „Er konnte nicht kommen.“

→ Konjunktiv I: Er habe nicht kommen können.

6 Ösophaguskarzinom

Begrüßung

Guten Tag, sehr geehrter Herr Professor Doktor ...,

ich möchte Ihnen nun den Patienten Hans Lang vorstellen.

Er ist 56 Jahre alt, ein Meter zweiundachtzig groß und wiegt etwa 84 kg. Sein Body-Mass-Index (BMI) beträgt 25,3 kg/m² und liegt damit im Bereich des normalen Übergewichts.

Aktuelle Anamnese

Der Patient stellte sich aufgrund einer seit 3 Wochen bestehenden **Dysphagie** bei uns vor.

Der Verlauf war langsam fortschreitend.

Der Patient schilderte, die Dysphagie habe zunächst bei festen Nahrungsmitteln begonnen, habe sich anschließend auch auf halb feste Nahrung ausgedehnt und betreffe seit zwei Tagen nun auch Flüssigkeiten.

Dabei bestand auch eine **Odynophagie**, deren Intensität der Patient beim Schlucken mit 6 von 10 angab.

Als Begleitsymptome habe der Patient eine **Pseudo Hypersalivation**, insbesondere im Liegen, eine Hyperreflexie des Würgereflexes, ein Globusgefühl, **Regurgitation**, **Fatigue**, **Blässe** und trockenen **Husten** angegeben.

Zudem hat er über zwei Episoden von **Meläna** sowie über eine etwa drei Kilogramm schwere Gewichtsabnahme innerhalb von drei Wochen infolge von **Inappetenz** berichtet.

Darüber hinaus wurde eine verminderte körperliche Belastungstoleranz mit **Dyspnoe** berichtet.

Folgende Symptome wurden verneint: orale Auffälligkeiten oder Beläge, Nausea, Emesis, **Lymphadenopathie**, **Dysphonie** und **Ikterus**.

Er teilte mit, dass er bislang keinen Arzt aufgesucht habe, da sich seine Hausärztin im Urlaub befinde und er zudem mit einem Umzug beschäftigt gewesen sei.

7 Ösophaguskarzinom

Die vegetative Anamnese

Die vegetative Anamnese ist unauffällig, abgesehen von einer **Insomnie** seit 5 Tagen in Form einer Durchschlafstörung aufgrund von Husten mit zwei- bis dreimaligem nächtlichen Erwachen sowie einer langanhaltenden **Obstipation**.

Vorerkrankungen

Anamnestisch sind folgende Vorerkrankungen bekannt:

Es besteht seit 8 Jahren ein **Typ-2-Diabetes mellitus**, der bislang unzureichend eingestellt ist. Als mögliche Ursache nennt der Patient einen regelmäßigen Konsum von Süßigkeiten. Er verwendet einen Glukosesensor am Oberarm. Der zuletzt gemessene Glukosewert lag bei 340 mg/dl. Eine diabetische Retinopathie oder Neuropathie ist dem Patienten zufolge bislang nicht bekannt.

Vor zwei Jahren kam es zu einer Entgleisung, genauer gesagt zu einem möglichen **hyperosmolaren hyperglykämischen Zustand**, mit einem Blutzuckerwert von 650 mg/dl, der eine zweitägige **stationäre** Behandlung erforderte.

	Kein Diabetes	Prädiabetes	Diabetes
Nüchternblutzucker	< 100 mg/dl	100–125 mg/dl	≥ 126 mg/dl
Zufälliger Blutzucker	–	–	≥ 200 mg/dl
HbA1c	< 5,7 %	5,7–< 6,5 %	≥ 6,5 %
OGTT (2 h-Wert)	< 140 mg/dl	140–199 mg/dl	≥ 200 mg/dl

Seit zwei Jahren besteht ein **Vorhofflimmern**, das im Rahmen einer Routineuntersuchung diagnostiziert wurde.

Seit fünf Jahren besteht eine **Hypothyreose** im Rahmen einer möglichen **Hashimoto**-Thyreoiditis, die im Zuge einer Routineuntersuchung diagnostiziert wurde.

Seit Geburt besteht eine **Ohrmuscheldysplasie** (aurikuläre Dysplasie), versorgt mit einem Knochenleitungs-**Hörgerät**.

8 Ösophaguskarzinom

Vor zwölf Jahren erlitt der Patient eine Kontusion der rechten Rippen infolge eines Handballtraumas, die konservativ behandelt wurde.

Seit 10 Tagen bestehen **Verrucae vulgares** an den Endphalangen des rechten Zeige- und Mittelfingers. Unter topischer Therapie zeigt sich bislang keine Besserung. Ein chirurgisches Konsil ist geplant.

Voroperationen

Vor fünf Jahren trat am linken Ellenbogen nach wiederholtem Abstützen eine **Bursitis** olecrani auf, woraufhin eine **Bursektomie** durchgeführt wurde.

Vor drei Jahren kam es zu einer erschwerten Miktionsinleitung infolge einer benignen **Prostatahyperplasie**. Aufgrund der Symptomatik wurde eine transurethrale Resektion der Prostata (TURP) durchgeführt.

Hinweis: Wenn eine Aussage durch eine ärztliche Untersuchung objektiv bestätigt werden kann – zum Beispiel durch sichtbare Narben – ist der Indikativ angebracht. (In der Fachsprachprüfung findet keine körperliche Untersuchung statt.)

Gynäkologie

Medikamente

Folgende Medikamente stehen auf seinem Rezept:

Icandra 50 zu 1000 Milligramm, zweimal täglich

Ozempic® 1×/Woche s.c. (sonntags, abdominal)

Marcumar-Dosierung: ¼ Tablette einmal täglich, sonntags ½ Tablette, INR = 2,5, Geplante Umstellung auf **Eliquis** in Kürze.

Euthyrox 100 Mikrogramm.

Baldrian-Dragees

Ibuprofen 400 mg bei Bedarf

9 Ösophaguskarzinom

Laxoberal Tropfen bei Bedarf

Hinweis: Wenn eine Aussage durch eine ärztliche Beobachtung objektiv bestätigt werden kann – zum Beispiel anhand eines Rezepts – ist der Indikativ angebracht.

Allergien

Es besteht eine Kreuzallergie auf Gräserpollen und Tomaten, die sich in Form einer allergischen Rhinitis äußert.

Unter Novalgin kommt es zu urtikariellen Hautreaktionen.

Noxen

Die Patientin raucht seit 30 Jahren täglich 15 bis 20 Zigaretten, was einer Rauchlast von etwa 26,25 Packungsjahren entspricht. Sie konsumiert seit 15 Jahren täglich drei Flaschen Bier. Einen Drogenkonsum verneinte sie.

Sozialanamnese

Er arbeitet als Pförtner an einer Hochschule und lebt mit seinen Kindern in einer Wohnung.

Seine Frau verstarb an einem Mammakarzinom, weshalb er nun verwitwet sei.

Er hat eine leibliche Tochter (30 Jahre alt) sowie einen Pflegesohn (19 Jahre alt), der an einer Cannabisabhängigkeit leidet. Ein Entzugsversuch blieb erfolglos.

Körperliche Aktivität: Etwa einmal pro Woche Schwimmen.

Familienanamnese

Seine Mutter verstarb im Alter von 65 Jahren an Endometriumkarzinom, das mit 63 Jahren diagnostiziert wurde. Sie wurde einer Hysterektomie unterzogen und anschließend mit einer Chemotherapie behandelt.

Sein Vater ist 78 Jahre alt und litt in der Vergangenheit an Adipositas. Aus diesem Grund wurde vor 25 Jahren eine bariatrische Operation durchgeführt.

Sein Großvater ist laut Aussage seiner Mutter an einem Larynxkarzinom verstorben.

10 Ösophaguskarzinom

Er hat einen Hund. Er hat keine Reise in letzter Zeit unternommen.

Verdachts- und Differentialdiagnose

Meiner Ansicht nach deuten die anamnestischen Angaben – insbesondere die progrediente Dysphagie, Meläna sowie der Gewichtsverlust – am ehesten auf ein Ösophaguskarzinom hin.

Bei einer **Achalasie** wäre typischerweise bereits von Beginn an eine Dysphagie für feste und flüssige Nahrung zu erwarten.

Zum Ausschluss eines **Zenker-Divertikels** sollte eine Röntgen Breischluckuntersuchung durchgeführt werden.

Der Patient zeigt klinisch keine Hinweise auf eine Struma sowie auf Larynx- oder **Pharynxkarzinome**.

Diagnostische Abklärung

Da der Patient keine akut bedrohlichen Symptome wie Dyspnoe zeigt, kann die Diagnostik grundsätzlich ambulant erfolgen. Aufgrund der anamnestischen Hinweise auf ein fortgeschrittenes Krankheitsstadium sollten jedoch sämtliche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zeitnah eingeleitet werden.

körperliche Untersuchung

Nach der Anamnese erfolgt eine ausführliche körperliche Untersuchung, beginnend mit der Erhebung der Vitalparameter, darunter Herzfrequenz, **Blutdruck**, **Atemfrequenz**, **Sauerstoffsättigung** und **Körpertemperatur**.

Anschließend wird eine gezielte klinische Untersuchung durchgeführt, die mit der Inspektion beginnt. Dabei können Kachexie, Blässe, Halitosis, Zeichen eines Stridors oder einer Dyspnoe sowie Hinweise auf Lebermetastasen wie Ikterus und Aszites auffallen.

Die Palpation dient der Beurteilung einer supraklavikulären Lymphadenopathie, Hepatomegalie, Aszites sowie einer Druckschmerzhaftigkeit im Epigastrium oder retrosternal.

11 Ösophaguskarzinom

Bei der **Perkussion** werden die Lebergröße sowie das Vorliegen von Pleuraergüssen oder Aszites überprüft.

Die Auskultation liefert in diesem Fall keine wesentlichen diagnostischen Hinweise.

Zusätzlich erfolgt eine **digitale rektale Untersuchung** (DRU) zur Detektion okkultur Blutungen.

Laboruntersuchungen

Dabei würden wir ein kleines **Blutbild**, ALT (GPT, Alanin-Aminotransferase, spezifisch für die Leber) AST (GOT, Aspartat-Aminotransferase), Gamma-Glutamyltransferase (GGT), Elektrolyte insbesondere **Kalzium**, Nüchternblutzucker (FBS), HbA1c, ein Lipidprofil (Gesamtcholesterin, LDL, HDL, Triglyzeride), Nieren- und Blutfettwerte durchführen.

(Es gibt keine spezifischen Marker für das Plattenepithelkarzinom der Speiseröhre, aber ein erhöhter Wert des karzinoembryonalen Antigens (CEA) kann zur Überwachung eines Krankheitsrückfalls nach der Therapie verwendet werden.)

Anatomische Diagnose

Ösophagogastroduodenoskopie

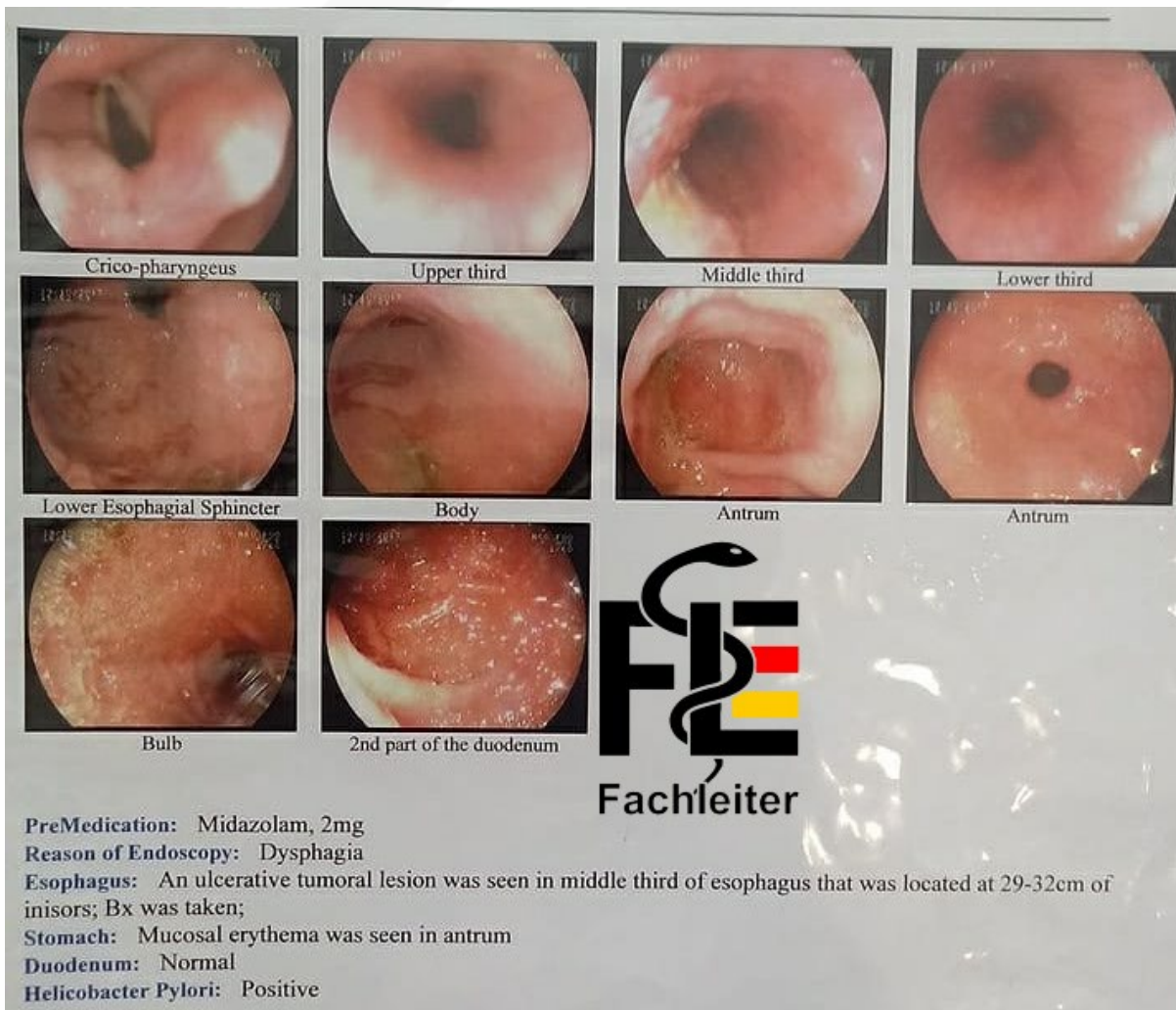
Die Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) ist eine endoskopische Untersuchung des oberen Verdauungstrakts. Dabei wird ein dünner, flexibler Schlauch mit einer Kamera (Endoskop) durch den Mund eingeführt, um die Speiseröhre, den Magen und den Zwölffingerdarm zu inspizieren.

Während der Untersuchung wird der Rachen des Patienten üblicherweise lokal betäubt, und oft wird ein Beruhigungsmittel verabreicht. Der Arzt kann die Schleimhäute direkt betrachten, Bilder anfertigen, Gewebeproben entnehmen (Biopsie) und gegebenenfalls kleinere Eingriffe durchführen. Die Prozedur dauert in der Regel etwa 15 bis 30 Minuten. Der Patient muss mindestens 6 Stunden nüchtern bleiben. Bis 2 Stunden vor der Untersuchung sind klare Flüssigkeiten erlaubt. Medikamente wie Antikoagulanzen und Diabetesmedikamente sollten nach Rücksprache mit dem Arzt angepasst werden. Falls eine Sedierung erfolgt,

12 Ösophaguskarzinom

darf der Patient danach nicht selbst Auto fahren und sollte eine Begleitperson organisieren.

Mögliche Komplikationen einer Endoskopie sind Blutungen, Perforationen, Infektionen, Aspiration sowie Kreislauf- oder Atemprobleme infolge der Sedierung.



Positronen-Emissions-Tomographie

Die **Positronen-Emissions-Tomographie** kombiniert mit der Computertomographie (abgekürzt PET-CT) hat sich neben dem endoskopischen Ultraschall als Standardverfahren etabliert und ermöglicht eine präzise Stadienbestimmung. Diese Verfahren dienen der präoperativen Beurteilung der Tumorausbreitung. Für die erneute Stadienbestimmung nach der initialen Therapie sind **CT-Scans** des Brust- und Bauchraums hilfreicher.

13 Ösophaguskarzinom

Endoskopische Ultraschall

Der endoskopische Ultraschall (EUS) gilt als die genaueste Methode zur lokoregionären Stadieneinteilung, da er sowohl die Tumortiefe bestimmen als auch suspekt erscheinende Lymphknoten beurteilen und ggf. mittels Feinnadelaspiration biopsieren kann.

Der endoskopische Ultraschall (EUS) ist ein Verfahren, bei dem ein spezielles Endoskop mit einer Ultraschallsonde kombiniert wird, um Strukturen in und um den Verdauungstrakt hochauflösend darzustellen. Die Untersuchung erfolgt meist in Sedierung über den Mund oder rektal, je nach Fragestellung. Zur Vorbereitung müssen Patientinnen und Patienten in der Regel nüchtern sein (mindestens 6 Stunden vorher nichts essen oder trinken); bei rektaler Anwendung kann eine Darmreinigung erforderlich sein. Bei geplanter Gewebeentnahme sollte die Einnahme blutverdünnender Medikamente im Vorfeld ärztlich besprochen werden.

TNM-Stadieneinteilung beim Ösophaguskarzinom T (Tumor), N (Lymphknoten), M (Fernmetastasen)	
Stadium I	oberflächlicher Tumor, keine Lymphknotenbefall oder Metastasen.
Stadium II	Tumor wächst tiefer, maximal ein befallener Lymphknoten, keine Metastasen.
Stadium III	Infiltration benachbarter Organe und regionale Lymphknotenmetastasen.
Stadium IV	Vorliegen von Fernmetastasen.

Zusatzwissen

- **Plattenepithelkarzinom** der Speiseröhre (Squamous Cell Carcinoma)
Tabakkonsum und Alkohol wirken synergistisch und erhöhen das Risiko erheblich.

Langfristiger Konsum von sehr heißem Tee gilt ebenfalls als Risikofaktor.

- **Adenokarzinom** der Speiseröhre

Die Inzidenz nimmt kontinuierlich zu.

Rauchen erhöht das Risiko, insbesondere bei Patienten mit Barrett-Ösophagus.

Breischluck (nicht erforderlich)

Der Barium-Breischluck ist ein Röntgenverfahren zur Darstellung von Rachen, Speiseröhre und teils Magen mithilfe von Bariumsulfat als Kontrastmittel. Der Patient trinkt das Kontrastmittel, während unter Röntgendurchleuchtung der

14 Ösophaguskarzinom

Schluckvorgang beobachtet wird. Die Untersuchung dient dem Nachweis von Stenosen, Divertikeln, Tumoren oder Motilitätsstörungen. Der Patient muss nüchtern sein. Mögliche Komplikationen sind Aspiration oder Verstopfung. Bei Perforationsverdacht sollte ein jodhaltiges, wasserlösliches Kontrastmittel verwendet werden.

Ein Röntgen-Breischluck zeigt einen hernierten Sack mit engem Divertikelhals, der typischerweise oberhalb des Musculus cricopharyngeus auf Höhe der Halswirbel C5 bis C6 entsteht – charakteristisch für ein Zenker-Divertikel.

Konsile

Innere Medizin / Gastroenterologie/ Onkologie, Chirurgie, Radiologie, Anästhesiologie

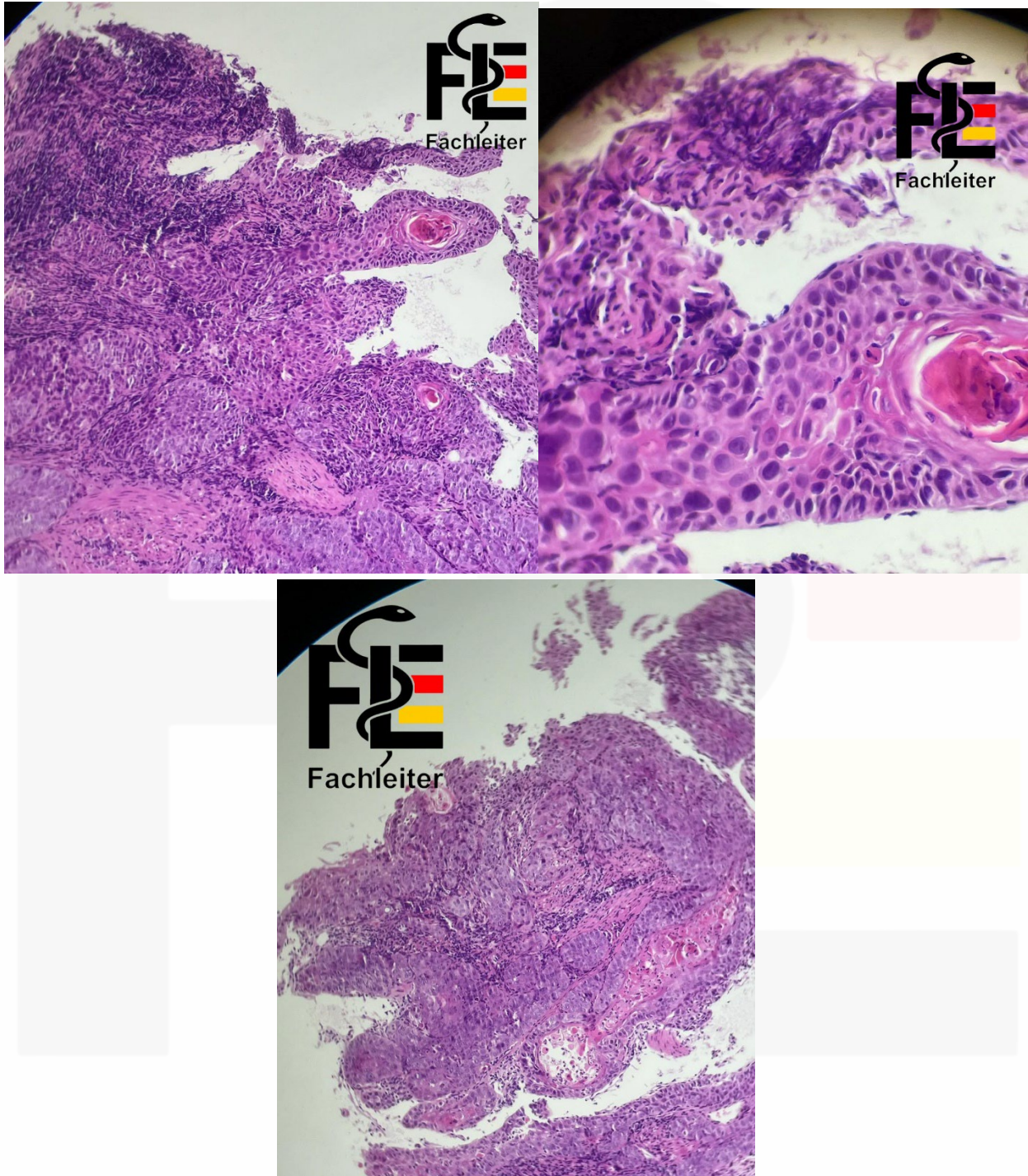
Behandlung

Die Behandlung des Ösophaguskarzinoms richtet sich nach dem Tumorstadium und umfasst verschiedene Therapieansätze. Eine Ösophagektomie (teilweise oder vollständige Entfernung der Speiseröhre) mit Magenhochzug oder Darminterponat wird bei resektablen Tumoren durchgeführt. Bei frühen, oberflächlichen Tumoren ohne Lymphknotenbefall kann eine endoskopische Mukosaresektion (EMR) oder eine endoskopische Submukosadisektion (ESD) ausreichen. Fortgeschrittene Tumoren werden häufig mit Strahlentherapie oder Chemoradiotherapie behandelt, entweder zur Verkleinerung vor einer Operation oder als alleinige Therapie bei Inoperabilität. In fortgeschrittenen oder metastasierten Stadien wird eine palliative Therapie eingesetzt, die eine Stent-Implantation zur Verbesserung der Schluckfunktion, palliative Chemotherapie oder Immuntherapie (z. B. Checkpoint-Inhibitoren), sowie Maßnahmen zur Ernährungssicherung wie eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) umfassen kann.

Komplikationen

Aspiration, Tumorblutung, Perforation → Mediastinitis (lebensbedrohlich), Fistelbildung, Metastasen und systemische Komplikationen, Strikturen

15 Ösophaguskarzinom Pathologie



Plattenepithelkarzinom (squamous cell carcinoma), Ösophagus

16 Ösophaguskarzinom

Extra

Namen:

Uschi Glas, Ludwig Sokolowski, Ludwig Schreiber, Ludwig Klostermann, Florian Wirtz, Alfons Wolf, Kora Ziegler, Johannes Kaiser, Robert Kassner, Thomas Peckenfeld

Einzelheiten:

Der Patient beschrieb eine belastungsabhängige Dyspnoe, die bereits nach dem Hinaufsteigen von etwa 20 Treppenstufen auftritt.

Hausmeister in einer Grundschule

Einzelhändlerin bei dm

Voerkrankungen:

Er hatte Rippenprellung Z.n Unfall beim Skifahren (sei auf die rechte Seite ausgerutscht)

Bei dem Patienten liegen unfallbedingte Verletzungen (Fußballunfal) im Sinne einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes, einer Läsion des medialen Meniskus sowie einer Ruptur des medialen Kollateralbandes vor.

Hysterektomie bei Z. n. Myom

Osteoporose, Wirbelkörperfraktur

Eine Appendektomie, in der Kindheit

Z. n. H-TEP li. aufgrund einer Coxarthrose vor 3 J.

Zudem klagt er über geschwollene Lymphknoten im Halsbereich (zervikale Lymphadenopathie).

Ramipril

Eisen-Tabletten

Flohsamenschalen

Familialanamnese:

Großvater ist an Larynxkarzinom (Kehlkopfkrebs) verstorben.

seine Frau sei vor 2,5 Jahren an Enddarmkrebs verstorben

Vater: arterielle Hypertonie

Mutter: verstorben an Kolonkarzinom

17 Ösophaguskarzinom

Der Vater verstarb vor zwölf Jahren an einem Magenkarzinom.

Vater: Z. n. Bypass-Operation; Parkinson-Syndrom.

Mutter: Z. n. nicht näher beschriebener Magenoperation.

Vater: Z. n. Bypass-Operation; Parkinson-Syndrom.

Mutter: Z. n. nicht näher beschriebener Magenoperation.

Sozialanamnese:

Hausmeister in einer Grundschule

Allergien:

Diclofenac

Mehl

Getreide, besonders Roggen. Keine Glutenunverträglichkeit oder Zöliakie.

gegen alle Schmerzmittel allergisch

gegen Penicillin

gegen Nickel

Fragen

1. Herr Doktor, können Sie mir bitte erklären, welche Erkrankung ich habe?

Ihre Symptome weisen auf eine mögliche Veränderung in Ihrer Speiseröhre hin, die wir weiter abklären müssen. Um eine genaue Diagnose zu stellen, sind zusätzliche Untersuchungen erforderlich.

2. Besteht die Möglichkeit, dass es Krebs ist? Meine Mutter hatte ebenfalls Krebs, und das macht mir große Sorgen.

Ich verstehe Ihre Sorge sehr gut. Aufgrund Ihrer Symptome können wir derzeit noch keine eindeutige Aussage treffen. Es gibt verschiedene mögliche Ursachen für Ihre Beschwerden, nicht alle sind bösartig. Um Klarheit zu bekommen, werden wir gezielte Untersuchungen durchführen.

3. Muss ich unbedingt eine Magenspiegelung machen lassen? Ich habe schwarzen Stuhl.

Wir sollten das zunächst gemeinsam mit Ihrem Oberarzt oder dem behandelnden Team besprechen – eine gute Zusammenarbeit im Behandlungsteam ist dabei sehr wichtig.

18 Ösophaguskarzinom

Allerdings spricht der schwarze Stuhl (Teerstuhl) für eine mögliche Blutung im oberen Verdauungstrakt, weshalb in Ihrem Fall eine Magenspiegelung wahrscheinlich sinnvoll und medizinisch angezeigt wäre.

4. Was versteht man unter GERD?

Die gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD) ist eine chronische Erkrankung, bei der Magensäure regelmäßig in die Speiseröhre aufsteigt und dort die Schleimhaut reizt. Ursachen sind meist ein geschwächter unterer Ösophagussphinkter, Übergewicht, fettreiche Ernährung, Rauchen oder Alkoholkonsum. Typische Symptome sind Sodbrennen, saures Aufstoßen, Schluckbeschwerden und gelegentlich chronischer Husten. Die Behandlung umfasst Lebensstiländerungen (z. B. Gewichtsreduktion, Vermeidung säurehaltiger Speisen), Medikamente wie Protonenpumpenhemmer (PPI) oder H2-Blocker. Es kann zu Barrett-Ösophagus (Metaplasie des Plattenepithels in Zylinderepithel, erhöhtes Ösophaguskarzinom), Strikturen (Narbenbildung) sowie Blutungen/Ulzera führen.

5. Kann Marcumar das Vorhofflimmern vollständig heilen?

Nein, Marcumar kann Vorhofflimmern (VHF) nicht heilen, sondern dient lediglich der Vorbeugung von Blutgerinnseln und Schlaganfällen. Die zugrunde liegende Rhythmusstörung bleibt bestehen, sodass oft zusätzliche Maßnahmen wie Medikamente zur Rhythmus- oder Frequenzkontrolle oder eine Katheterablation erforderlich sind.

6. Was sind die Risiken von Marcumar?

Erhöhte Blutungsgefahr – insbesondere bei Verletzungen, Magen-Darm-Blutungen oder Hirnblutungen.

Wechselwirkungen: Viele Medikamente und Lebensmittel (z. B. Vitamin-K-haltige Nahrungsmittel wie grünes Blattgemüse) können die Wirkung beeinflussen.

7. Welche Komplikationen kann Cannabiskonsum bei jüngeren und älteren Menschen verursachen?

Bei jüngeren Menschen kann er Entwicklungsstörungen, Gedächtnisprobleme und Psychosen auslösen, während er bei älteren das Risiko für Herz-Kreislauf-Probleme, kognitive Beeinträchtigungen und Stürze erhöht.

19 Ösophaguskarzinom

8. Wer war Friedrich Albert von Zenker?

Das Zenker-Divertikel wurde nach Friedrich Albert von Zenker (1825–1898) benannt. Er war ein deutscher Pathologe und Anatom, der sich unter anderem mit Krankheiten des Verdauungstrakts befasste

9. Warum denken Sie bei diesem Patienten an einen Diabetes mellitus Typ 2?

Bei Diabetes mellitus Typ 1 ist der Patient von Beginn an auf Insulin angewiesen, da eine absolute Insulinsekretion fehlt.

Bei Typ 2 hingegen handelt es sich um eine Insulinresistenz mit einer relativen Insulinsekretionsstörung. Die Behandlung richtet sich nach dem Schweregrad und kann von Lebensstilveränderungen (wie Gewichtsreduktion, Ernährung und Bewegung) über orale Antidiabetika bis hin zur Insulintherapie reichen.

10. Was bedeutet ‚Punktion‘ in der Medizin und wofür wird sie angewendet?

Punktion bedeutet in der Medizin das gezielte Einstichverfahren mit einer Hohlnadel, um Flüssigkeiten oder Gewebe aus dem Körper zu entnehmen. Anwendungsbeispiele sind Lumbalpunktion, Aszitespunktion, Knochenmarkpunktion sowie Gelenkpunktion.

11. Wie viel Alkohol ist täglich zu viel?

Für Männer: nicht mehr als 24 g reiner Alkohol pro Tag

Für Frauen: nicht mehr als 12 g reiner Alkohol pro Tag

Zur Orientierung: Etwa 10–12 g reiner Alkohol sind enthalten in:

- einem kleinen Bier (250 ml)
- einem Glas Wein (100 ml)
- einem Glas Sekt (100 ml)

12. Welche Knochen sind am Ellenbogengelenk beteiligt?

Humerus (Oberarmknochen) + Ulna (Elle – der innere Unterarmknochen) + Radius (Speiche – der äußere Unterarmknochen)

13. Welche Strukturen befinden sich auf der medialen und lateralen Seite des Ellenbogengelenks?

Medial: Epicondylus medialis humeri (Knochenvorsprung am Humerus)

Lateral: Epicondylus lateralis humeri

20 Ösophaguskarzinom

14. Was bedeutet „Entgleisung“ – medizinisch und im alltäglichen Sprachgebrauch?

Medizinisch bezeichnet „Entgleisung“ eine plötzliche, meist starke Verschlechterung eines stabilen Gesundheitszustands, zum Beispiel eine Blutzuckerentgleisung bei Diabetes oder eine hypertensive Entgleisung bei Bluthochdruck.

Im Alltag meint man mit „Entgleisung“ oft ein unkontrolliertes oder unangemessenes Verhalten, etwa wenn jemand die Beherrschung verliert oder sich sozial unangemessen verhält.

„Entgleisung“ bedeutet hier, dass ein Zug aus den Schienen springt, also die Gleise verlässt. Das ist ein technischer Begriff im Bahnverkehr und beschreibt ein potenziell schwerwiegendes Ereignis

15. Was ist Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)?

Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist eine durch das FSME-Virus verursachte Virusinfektion, die vor allem durch Zeckenstiche übertragen wird und das zentrale Nervensystem betreffen kann. Die Erkrankung verläuft häufig in zwei Phasen: Zunächst treten grippeähnliche Symptome wie Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen auf. In der zweiten Phase können Entzündungen der Hirnhäute (Meningitis), des Gehirns (Enzephalitis) oder des Rückenmarks (Myelitis) mit schweren neurologischen Beschwerden wie Lähmungen oder Bewusstseinsstörungen auftreten. Die Diagnose wird durch Antikörpernachweis im Blut oder Liquor sowie typische Symptome gestellt. Eine spezifische Behandlung gibt es nicht, es erfolgt eine symptomatische Therapie. Die wichtigste vorbeugende Maßnahme ist die Impfung, besonders für Personen in FSME-Risikogebieten.

16. Warum hat sich der Diabetes verschlechtert?

Einerseits verschlechtern Entzündungen – darunter auch Karzinome – in der Regel die Stoffwechsellage bei Diabetes. Andererseits leidet der Patient unter Schluckbeschwerden, was bedeutet, dass er seine Medikamente möglicherweise nicht richtig einnehmen kann. Daher sollte man unbedingt nachfragen, ob die Medikamenteneinnahme weiterhin regelmäßig und korrekt erfolgt.

21 Ösophaguskarzinom

17. Was machen Sie mit dem Spatel, und wie würden Sie es dem Patienten erklären?

Ich werde mit dem Spatel vorsichtig Ihre Zunge nach unten drücken, damit ich Ihren Rachen und die Mandeln besser sehen kann. Das kann sich kurz unangenehm anfühlen, tut aber nicht weh.

18. was ist LKW?

LKW steht für Lastkraftwagen – also ein großes Nutzfahrzeug zum Transport von Gütern.

19. Welches Bakterium wird durch die Magensäure nicht abgetötet?

Helicobacter pylori — es kann in der Magenschleimhaut überleben, weil es das Enzym Urease bildet, das Ammoniak freisetzt und so die Magensäure neutralisiert.

20. Welche operativen Zugänge zum Gehirn werden bei Schädeloperationen verwendet?

- Die Wahl des Zugangs hängt von der Lokalisation der Läsion ab. Zu den häufigsten operativen Zugängen gehören:
- Frontotemporaler (pterionaler) Zugang – für Tumoren der vorderen Schädelgrube, Aneurysmen der A. cerebri media.
- Subokzipitaler (retrosigmoidaler) Zugang – für Läsionen der hinteren Schädelgrube, z. B. Vestibularisschwannome, Kleinhirnbrückenwinkeltumoren.
- Transnasaler/transsphenoidaler Zugang – für Hypophysenadenome und Paraselläre Tumoren.
- Parietaler oder occipitaler Zugang – für Läsionen in der hinteren Großhirnregion.
- Bifrontaler Zugang – bei Tumoren im Bereich des Frontallappens oder der vorderen Schädelbasis.

[youtube.com/@Fach.Leiter](https://www.youtube.com/@Fach.Leiter)

t.me/Fachleiter

t.me/Fachleiterinfo

fachleiterinfo@gmail.com

[instagram.com/fachleiterinfo](https://www.instagram.com/fachleiterinfo)

[tiktok.com/@fachleiter](https://www.tiktok.com/@fachleiter)