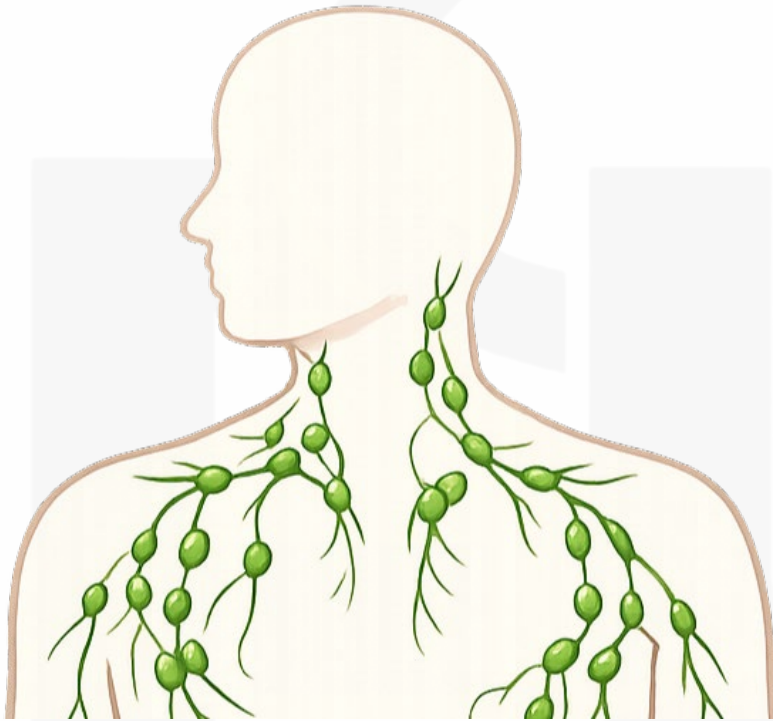


HODGKIN-LYMPHOM

Fachleiter Medizin



Anamnese



Untersuchung



Therapie



Prüfung

Inhalt

Einleitung	3
Konjunktiv I.....	4
Begrüßung.....	6
Aktuelle Anamnese.....	6
Die vegetative Anamnese	7
Vorerkrankungen	7
Voroperationen.....	7
Gynäkologie	7
Medikamente	8
Allergien	8
Genussmittel /Drogen.....	8
Sozialanamnese	8
Familienanamnese	9
Verdachts- und Differentialdiagnose	9
Diagnostische Abklärung:	10
körperliche Untersuchung	10
Laboruntersuchungen	11
Lymphknotenbiopsie.....	11
Knochenmarkpunktion.....	13
Anatomische Diagnose	15
Sonographie	15
Computertomographie (CT) des Thorax, Abdomens und Beckens (Pelvis)	15
Positronen-Emissions-Tomographie	15
Stadieneinteilung.....	16
Konsile	16

Behandlung:	16
Prognose:	16
Extra.....	18
Fragen	19

youtube.com/@Fach.Leiter

t.me/Fachleiter

t.me/Fachleiterinfo

fachleiterinfo@gmail.com

instagram.com/fachleiterinfo

tiktok.com/@fachleiter

Fachleiter

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

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.

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. 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.
Futur Originalsatz: „Er wird morgen einkaufen.“ → Konjunktiv I: Er werde morgen einkaufen. Originalsatz: „Sie werden abnehmen.“ → Konjunktiv I: Sie würden abnehmen.			
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.

Begrüßung

Guten Tag, Herr/Frau Oberarzt/Oberärztin,

ich möchte Ihnen nun den Patienten Heinz Möller vorstellen.

Er ist 78 Jahre alt, ein Meter neunundachtzig groß und wiegt etwa 86 Kilo. Der Body-Mass-Index (BMI) beträgt 24 kg/m^2 und liegt damit im Normbereich.

Aktuelle Anamnese

Der Patient stellte sich bei uns aufgrund einer seit drei Monaten bestehenden, indolenten, etwa zwei-Euro-Münzen-großen, harten, nicht verschieblichen zervikalen Lymphadenopathie rechts vor. Laut seinen Angaben war der Verlauf langsam progredient, und er kann den Hemdkragen nicht mehr richtig zuknöpfen.

Als begleitende Symptome wurden eine B-Symptomatik mit Fieber bis 39°C (axillär), nächtlicher Hyperhidrose und einer in den letzten drei Monaten um 3 kg erfolgten Gewichtsabnahme infolge von Inappetenz festgestellt. Zusätzlich klagte der Patient über Asthenie sowie Alkoholschmerz.

Zudem hat er über rezidivierende Infekte der oberen Atemwege berichtet.

Folgende Symptome sind verneint worden: Hautveränderungen, Halsschmerzen, pathologische Befunde im Mundraum, Dysphagie, Dyspnoe, Husten, Dysphonie, Kälteintoleranz, erhöhte Blutungsneigung, Blässe sowie Lymphadenopathien an anderen Lokalisationen.

Bisher hat Herr Möller keinen Arzt aufgesucht.

Er ist ohne Begleitung.

Er teilte mit, in letzter Zeit keine Reise unternommen zu haben.

Nach Angaben des Patienten sind ähnliche Beschwerden bei weiteren Angehörigen nicht bekannt.

Die vegetative Anamnese

Vegetative Anamnese ist unauffällig mit Ausnahme einer **Insomnie** infolge nächtlicher Hyperhidrose (Durchschlafstörung).

Vorerkrankungen

An Vorerkrankungen sind bei dem Patienten folgende Diagnosen bekannt:

Nach seinen Angaben besteht seit 8 Jahren eine **Hypercholesterinämie**, bei der eine Therapie mit Simvastatin aufgrund des Verdachts auf eine Rhabdomyolyse abgesetzt wurde; eine Rhabdomyolyse ist jedoch nicht dokumentiert.

seit etwa 10 Tagen besteht ein **Furunkel** im Bereich des Rückens, subskapulär rechts. Er hat angegeben, dass ein chirurgischer Eingriff übermorgen geplant sei und dass er die betroffene Region eigenständig mittels Kernseife antiseptisch behandelt habe.

Der Patient erzählt, dass er seit 8 Jahren unter chronischen **Rückenschmerzen** im Rahmen eines lumbalen **Diskusprolaps** leide. Die Behandlung erfolgte **konservativ**.

Er sagte, er habe vor 5 Jahren eine akute **Pyelonephritis** gehabt, wobei er über 3 Tage **stationär** behandelt worden sei.

Der Patient berichtete, er habe vor 4 Jahren nach einem Treppensturz eine **Commotio cerebri** erlitten; daraufhin sei er 2 Tage stationär überwacht worden.

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

Voroperationen

Gynäkologie

Medikamente

Laut seinem Rezept nimmt der Patient derzeit folgende Medikamente ein:

Ibuprofen 400 mg

Pantoprazol 20 mg

Baldrian-Dragees

Außerdem verwendet er Hylo-Augentropfen

Simvastatin

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

Allergien

Bezüglich Allergien gab der Patient an, gegen Erdbeeren allergisch zu sein. Nach dem Verzehr entwickelte er ein perilabiales Exanthem sowie Pruritus.

Außerdem berichtete er von einer rezidivierenden Konjunktivitis seit etwa 10 Jahren, mit saisonaler Häufung im Frühjahr.

Genussmittel /Drogen

Im Rahmen der Noxenanamnese teilte der Patient mit, seit 20 Jahren Nichtraucher zu sein. Zuvor habe er über einen Zeitraum von 30 Jahren täglich etwa 20 Zigaretten konsumiert (entsprechend ca. 30 Packungsjahren).

Außerdem berichtete er über einen regelmäßigen Alkoholkonsum in Form einer kleinen Flasche Piccolo am Abend.

Den Konsum von Drogen hat er verneint.

Sozialanamnese

Der Patient führte an, seit 25 Jahren Rentner zu sein, zuvor Schneider von Beruf gewesen, ledig und derzeit in einem Seniorenheim wohnhaft.

Familienanamnese

Bei der Familienanamnese äußerte der Patient, sein Vater sei im Alter von 73 Jahren an einem **Larynxkarzinom** verstorben.

Seine Mutter sei bereits während seiner Kindheit verstorben, die Todesursache sei unbekannt.

Seine Schwester habe im Alter von 63 Jahren einen **hämorrhagischen** Insult mit nachfolgender Paraparese/Paraplegie erlitten; seitdem sei sie auf den Rollstuhl angewiesen und lebe in einem Pflegeheim.

Der Patient hat keine Haustiere.

Verdachts- und Differentialdiagnose

Die anamnestischen Angaben, darunter eine indolente, harte, nicht verschiebliche zervikale Lymphadenopathie sowie B-Symptomatik, deuten am ehesten auf ein **Hodgkin-Lymphom** hin. Allerdings sind vor einer histologischen Sicherung auch **Non-Hodgkin-Lymphome** sowie **leukämische** Erkrankungen (z. B. CLL) in Betracht zu ziehen.

Als Differenzialdiagnose kommt eine **Tuberkulose** in Betracht; dagegen spricht jedoch das Fehlen eines produktiven Hustens sowie einer Reise- und Expositionsanamnese.

Bei einer **infektiösen Mononukleose**, der sogenannten Kissing Disease, treten typischerweise eine Tonsillitis sowie eine Lymphadenopathie auf, die weich und schmerzhaft ist.

Autoimmunerkrankungen wie **Sarkoidose** oder **systemischer Lupus erythematodes** können ebenfalls zu Lymphadenopathien führen, jedoch passt dieses klinische Bild hier nicht dazu.

Diagnose	Ähnliche Symptome	Abgrenzende Merkmale
Tuberkulose	Fieber, Nachtschweiß und Gewichtsverlust	positiver Reise-/Expositionsanamnese, produktiver Husten
infektiöse Mononukleose (EBV)	Lymphknotenschwellung, Fieber, Fatigue	meist jüngere Patienten, Halsschmerzen, weiche Lymphknoten
Non-Hodgkin-Lymphom	sehr ähnliche Symptome	häufiger multifokale Lymphknoten, aggressiver Verlauf, andere histologische Merkmale
Leukämie	Fatigue, Infektanfälligkeit, Blässe	häufig Panzytopenie, Knochenmarkbefall, Blutbildveränderungen

Diagnostische Abklärung:

körperliche Untersuchung

Nach der Anamnese führen wir eine ausführliche körperliche Untersuchung durch. Diese beginnt mit der Erhebung der Vitalparameter, einschließlich Herzfrequenz, Blutdruck, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und Körpertemperatur.

Anschließend erfolgt eine gezielte Untersuchung, beginnend mit der Inspektion. Dabei können Anzeichen wie Kachexie, Blässe, Kratzeffekte infolge von Pruritus, Petechien, Ekchymosen, Auffälligkeiten im Mundraum (z. B. Tonsillenvergrößerung oder Schleimhautbeläge) sowie eine sichtbare Lymphadenopathie (mit Angaben zu Anzahl und möglichen Hautveränderungen) auffallen.

Die Palpation dient der Beurteilung von Lymphknoten hinsichtlich Schmerzhaftigkeit, Beweglichkeit (verschieblich, fixiert) und Konsistenz (weich oder hart) sowie der Erfassung einer möglichen Splenomegalie oder Hepatomegalie.

Die Perkussion ist in der Regel unauffällig, kann jedoch bei Splenomegalie oder Pleuraerguss auffällige Befunde zeigen.

Die Auskultation ergibt meist keine pathologischen Befunde.



Abbildung 1 Lymphadenopathie

Laboruntersuchungen

Dabei würden wir ein Differentialblutbild, CRP, BSG, LDH, ALT (GPT, Alanin-Aminotransferase; leberspezifisch), AST (GOT, Aspartat-Aminotransferase), Gamma-Glutamyltransferase (GGT), Elektrolyte sowie Nieren- und Blutfettwerte bestimmen.

Zudem muss ein Blutausstrich angefertigt werden.

Er erfolgt, indem ein Tropfen Blut auf einem Objektträger ausgestrichen, luftgetrocknet, gefärbt (z. B. mit May-Grünwald-Giemsa) und anschließend mikroskopisch ausgewertet wird.

Dabei können wir unter dem Mikroskop z. B. Atypien der Blutzellen, Reifungsstörungen oder Hinweise auf eine mögliche Knochenmarkinfiltration erkennen.

Lymphknotenbiopsie

Die Diagnose wird durch eine Lymphknotenbiopsie bestätigt. Die Lymphknotenextirpation gilt als Goldstandard, da sie ausreichend Gewebe liefert,

um die seltenen Reed-Sternberg-Zellen sicher nachzuweisen. Andere Verfahren wie Feinnadel- oder Stanzbiopsien sind oft nicht repräsentativ und können die Diagnose verfehlen.

Die Lymphadenektomie ist ein chirurgischer Eingriff, bei dem betroffene Lymphknoten vollständig unter Vollnarkose entfernt werden. Der Arzt setzt nach der Desinfizierung einen Schnitt in der betroffenen Region, entfernt die Lymphknoten und überprüft das umliegende Gewebe. Anschließend wird die Wunde verschlossen, und Sie bleiben zur Beobachtung einige Stunden oder Tage im Krankenhaus.

Dabei muss der Patient mindestens 6 Stunden vor der Operation nüchtern bleiben, d. h. keine Nahrungsaufnahme; 2 Stunden vorher ist auch das Trinken nicht mehr erlaubt.

Das Ergebnis liegt meist nach 3 bis 5 Werktagen vor.

Mögliche Risiken sind Schmerzen, Blutergüsse und selten Infektionen.

Das klassische Hodgkin-Lymphom (cHL) ist mit etwa 95 % der Fälle der häufigste Subtyp.

Es ist gekennzeichnet durch das Vorhandensein einkerniger Hodgkin-Zellen und mehrkerniger Reed-Sternberg-Zellen, die gemeinsam als Hodgkin-Reed-Sternberg-Zellen (HRS-Zellen) bezeichnet werden.

Fachleiter

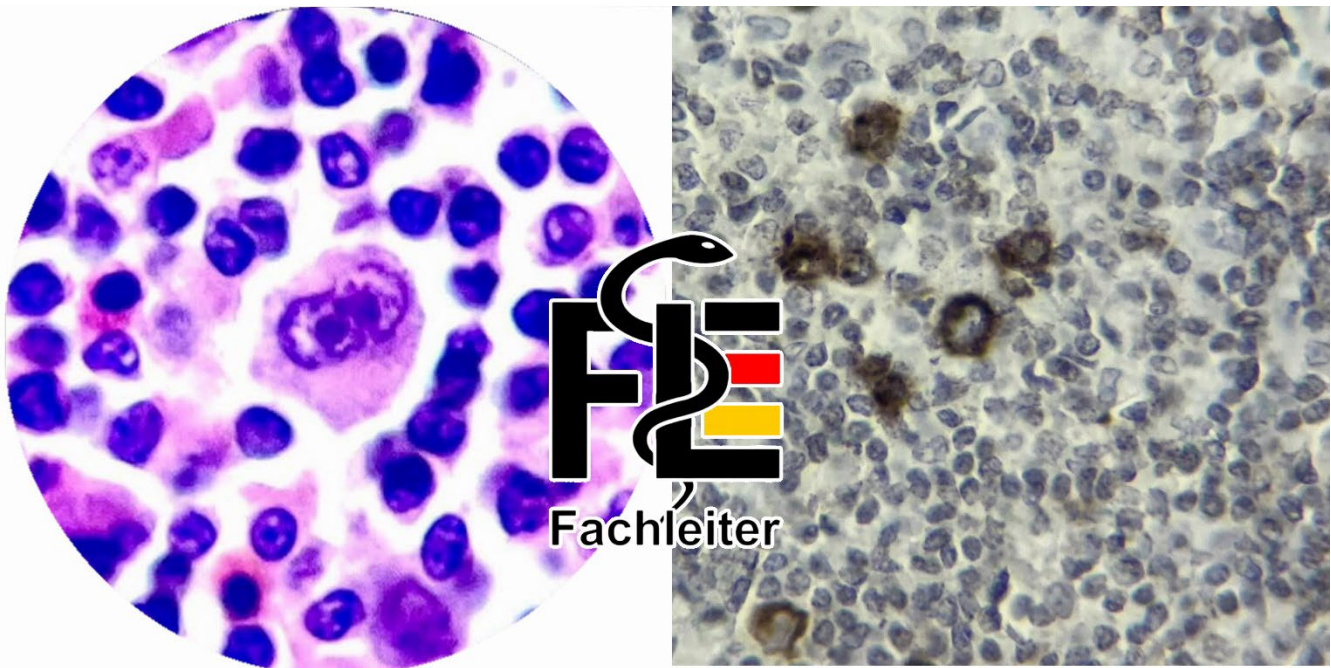


Abbildung 2 Reed-Sternberg-Zelle (links) CD30+ (rechts)

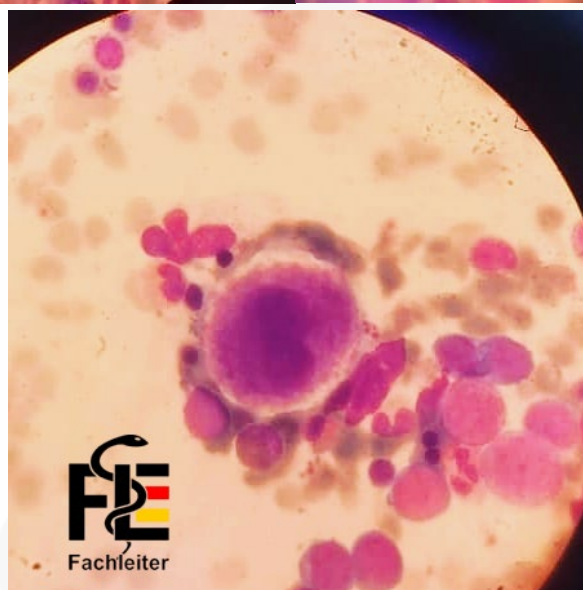
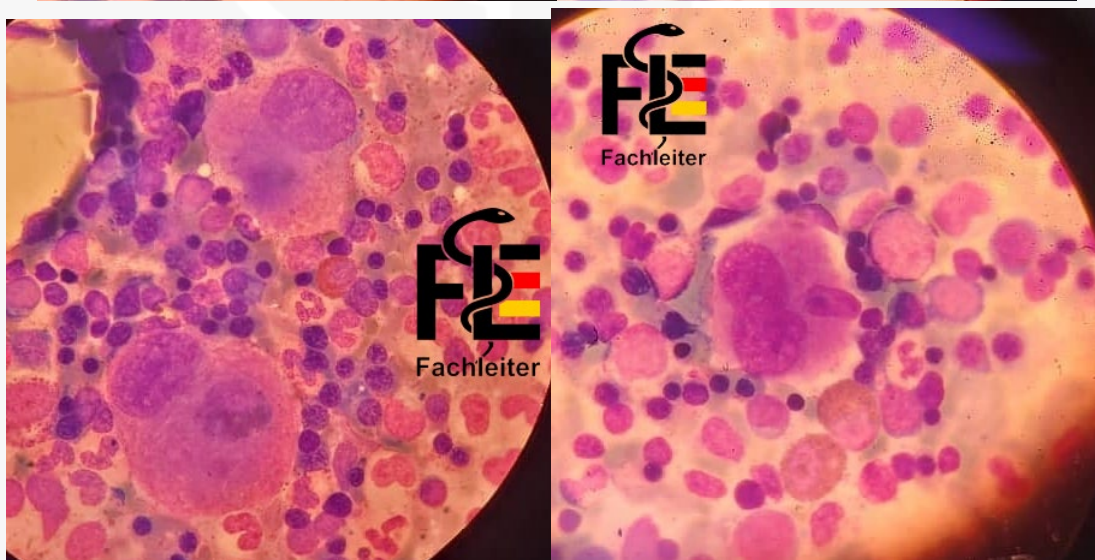
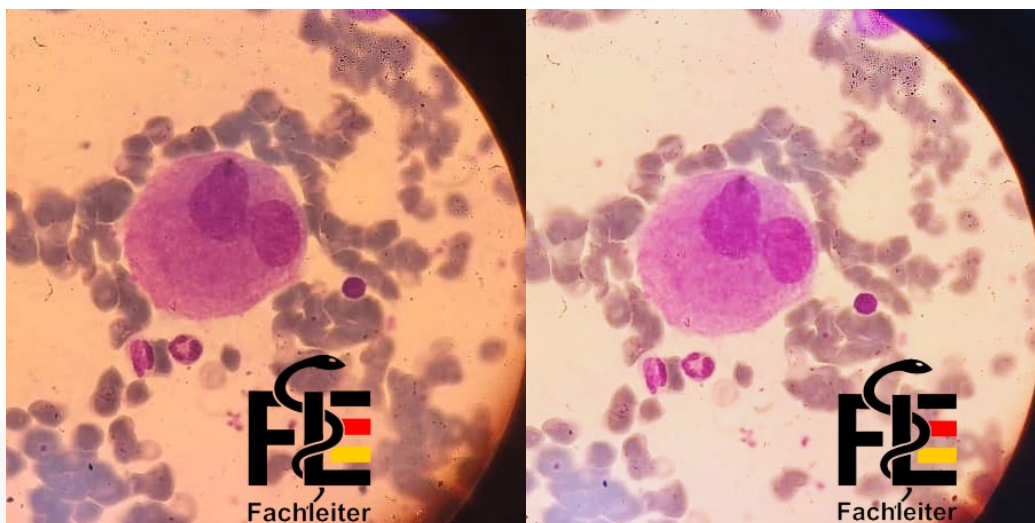
Das klassische Hodgkin-Lymphom wird histologisch in vier Hauptsubtypen unterteilt, die sich in der Anzahl der Lymphozyten, dem Anteil an Reed-Sternberg-Zellen sowie dem Vorhandensein von Bindegewebe unterscheiden:

- Nodulär-sklerosierender Typ
- Mischtyp
- Lymphozytenreicher Typ
- Lymphozytenarmer Typ

Der nodulär-sklerosierender Typ tritt überwiegend bei jungen Erwachsenen auf, während der Mischtyp häufiger nach dem 50. Lebensjahr vorkommt.

Knochenmarkpunktion

Die Knochenmarkpunktion ist ein diagnostisches Verfahren zur Entnahme von Knochenmark, meist am hinteren Beckenkamm, zur Abklärung von Blut- oder Krebserkrankungen. Sie erfolgt unter lokaler Betäubung mit einer speziellen Nadel. Vorab werden Gerinnungswerte kontrolliert und der Patient aufgeklärt. Mögliche Risiken sind Schmerzen, Blutergüsse und selten Infektionen.



Anatomische Diagnose

Sonographie

Die Sonographie (Ultraschalluntersuchung) ist ein bildgebendes Verfahren, bei dem mithilfe von hochfrequenten Schallwellen innere Organe und Gewebe dargestellt werden. Sie ist nicht invasiv, schmerzfrei und wird häufig zur Untersuchung von Abdomen, Schilddrüse, Herz, Gefäßen und Lymphknoten eingesetzt. Eine spezielle Vorbereitung ist meist nicht erforderlich, und Risiken bestehen in der Regel keine.

Bei Verdacht auf ein Lymphom können insbesondere Leber und Milz auf eine mögliche Organvergrößerung oder Infiltration hin beurteilt werden.

Computertomographie (CT) des Thorax, Abdomens und Beckens (Pelvis)

Die Computertomographie (CT) ist ein bildgebendes Verfahren, das mithilfe von Röntgenstrahlen detaillierte Schnittbilder der inneren Organe erstellt. Dabei wird der Patient in einen röhrenförmigen Scanner geschoben und muss während der Untersuchung still liegen. Manchmal wird ein Kontrastmittel verabreicht, um eine genauere Darstellung zu ermöglichen. Die Untersuchung ist schmerzfrei und dauert nur wenige Minuten. Vor der Untersuchung mit Kontrastmittel ist es wichtig, dass Sie ausreichend Flüssigkeit trinken. Bestimmte Medikamente wie Metformin sollten vorher pausiert werden. In seltenen Fällen kann es zu einer allergischen Reaktion auf das Kontrastmittel kommen, (aber keine Sorge: Wir sind darauf vorbereitet und haben alle notwendigen Medikamente und Maßnahmen vor Ort.)

Ein CT wird bei Hodgkin-Lymphom durchgeführt, um die Ausbreitung der Erkrankung zu beurteilen, vergrößerte Lymphknoten und Organbeteiligungen sichtbar zu machen und das Stadium exakt zu bestimmen.

Positronen-Emissions-Tomographie

Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) ist ein bildgebendes Verfahren, das zur Darstellung von Stoffwechselaktivität im Körper eingesetzt wird. Dabei wird dem Patienten eine leicht radioaktive Substanz verabreicht. Die PET eignet sich besonders zur Diagnostik, Stadieneinteilung und Therapiekontrolle bei Krebserkrankungen. Oft wird sie mit einer CT kombiniert (PET/CT), um Funktion und

Anatomie gleichzeitig zu beurteilen. Risiken bestehen durch die geringe Strahlenbelastung.

Die Vorbereitung auf eine PET umfasst eine mindestens 6-stündige Nüchternheit sowie eine Blutzuckerkontrolle bei Diabetikern.

Stadieneinteilung

Stadium I	Befall einer einzelnen Lymphknotenregion oder einer lymphatischen Struktur wie Milz, Thymus oder dem Waldeyer-Rachenring.
Stadium II	Erkrankung mit Befall von zwei oder mehr voneinander getrennten Lymphknotenregionen, die auf derselben Seite des Zwerchfells liegen.
Stadium III	Erkrankung mit Befall von zwei oder mehr voneinander getrennten Lymphknotenregionen oder lymphatischen Strukturen auf beiden Seiten des Zwerchfells.
Stadium IV	Disseminierter Befall: Befall mindestens eines extralymphatischen Organs
Zusatz A	keine B-Symptome
Zusatz B	mindestens ein B-Symptom

Konsile

Onkologie, Chirurgie / Thoraxchirurgie, Radiologie / Nuklearmedizin, Pathologie

Behandlung:

Chemotherapie nach dem ABVD-Protokoll (Adriamycin, Bleomycin, Vinblastin, Dacarbazin), mit oder ohne zusätzliche Radiotherapie.

Prognose:

Heilungsraten von bis zu 85 – 90 % bei Patienten im Frühstadium sowie etwa 75 % bei Erkrankten im Stadium III/IV sind heute bei adäquater Ersttherapie erreichbar. Zu den ungünstigen Prognosefaktoren zählen das Vorliegen von B-Symptomen,

höheres Alter, ein fortgeschrittenes Krankheitsstadium bei Erstdiagnose, männliches Geschlecht, eine erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) u. a.



Fachleiter

Extra

Namen:

Frau Hermine Bögel, Veronica ?, Max Peters

Aktuelle Anamnese:

Fieber anal gemessen zwischen 38.5 und 39,4°C seit ein paar Tagen.

Die Patientin neigt zu häufigen Infektionen der Atemwege.

Vegetative Anamnese:

chronische Obstipation (seit 30 Jahren), Behandlung mit Movicol-Beuteln.

Luftnot wegen der verstopften Nase + trockener Mund (deswegen soll er nachts viel Wasser trinken)

Vorerkrankungen/ Voroperationen

Z.n. nach Radiusfraktur rechts nach einem Sturz vor 2 Jahren (sie hat ein Kabel (im Heim) übergesehen, gestolpert denn gestürzt) wurde konservativ behandelt mit Gips für 6 Wochen.

Z.n. Pyelonephritis vor 5 Jahren, ambulant behandelt mit 3 Tage i.v. Antibiotika denn p.o bis 12 Tage Medikamente

postoperative Hypothyreose: Er hat sich vor 5 Jahren wegen BPH und mit 52 Lj an einer Struma unterzogen. Nach der Thyroidektomie hatte er Heiserkeit, deswegen hat er 3 Monaten Logopäden besucht.

Keratitis seit 28 Jahren

Medikamente:

Tamsulosin 0,4

L-Thyroxin 125 Mikrogramm

Familienanamnese:

Großvater ist an Larynxkarzinom (Kehlkopfkrebs) verstorben.

Mutter: hat an Hemiplegie und Arrhythmie gelitten, sei an Asystolie verstorben

Vater: Sei an Cholangiokarzinom verstorben (deswegen hat er auch Angst)

Allergien:

Hausstaubmilbenallergie mit Husten + Rhinitis , wurde mit Hyposensibilisierung vor 10 Jahren behandelt

Sozialanamnese:

Sie wohnt im Pflegeheim mit Ihrer Schwester

Sie hat als Tiefbauingenieur gearbeitet, geschieden, hat einen Sohn und ein Enkelkind, wohne im WG

Fragen

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

Ihre bisherigen Symptome und Untersuchungsergebnisse deuten auf eine Veränderung im Lymphsystem hin, die wir ernst nehmen und weiter abklären müssen. Um genau zu sagen, worum es sich handelt, brauchen wir noch zusätzliche Untersuchungen wie eine Gewebeprobe.

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 im Krankenhaus bleiben?

Ja, wir empfehlen Ihnen einen stationären Aufenthalt, damit wir die notwendigen Untersuchungen zügig und unter optimaler medizinischer Betreuung durchführen können.

4. Welches typische Symptom kann bei Morbus Hodgkin nach Alkoholkonsum auftreten?

Alkoholinduzierter Schmerz in befallenen Lymphknoten.

Das bedeutet: Betroffene verspüren nach dem Trinken von Alkohol Schmerzen an den betroffenen Lymphknoten, insbesondere im Hals-, Achsel- oder Leistenbereich. Dieses Symptom ist zwar selten (bei weniger als 10 % der Patienten), aber relativ spezifisch für das Hodgkin-Lymphom.

5. Wie nennt man solche typischen, krankheitsspezifischen Zeichen?

Solche Zeichen nennt man pathognomonisch, wenn sie hochgradig spezifisch für eine bestimmte Erkrankung sind. Ein weiteres Beispiel für ein pathognomonisches Zeichen sind die Koplik-Flecken bei Masern.

6. Warum handelt es sich nicht um eine Hypothyreose?

Bei einer Hypothyreose erwarten wir typischerweise Symptome wie Kälteempfindlichkeit, trockene Haut, Verstopfung, Bradykardie, Gewichtszunahme, depressive Verstimmung und Müdigkeit.

Fieber und ungewollter Gewichtsverlust hingegen sind untypisch für eine Hypothyreose.

7. Würden Sie Ibuprofen bei einem Patienten in diesem Alter empfehlen?

Die Anwendung von Ibuprofen sollte bei älteren Patienten mit Vorsicht erfolgen, da gastrointestinale Blutungen, Nierenfunktionsstörungen und kardiovaskuläre Risiken zunehmen.

8. Wie gehen wir vor, wenn der Patient einen stationären Aufenthalt ablehnt?

Wenn ein Patient einen stationären Aufenthalt ablehnt, erfolgt zunächst ein ausführliches Aufklärungsgespräch über die medizinische Notwendigkeit und mögliche Risiken. Dabei wird geprüft, ob der Patient einwilligungsfähig ist. Die Ablehnung wird sorgfältig dokumentiert, idealerweise mit einer schriftlichen Erklärung. Wenn vertretbar, können ambulante Alternativen angeboten werden.

9. Wer trifft die Entscheidung über eine kurative oder palliative Behandlung?

Die Entscheidung über eine kurative oder palliative Behandlung trifft in der Regel ein interdisziplinäres Tumorboard, das sich aus Fachärzten der Onkologie, Hämatologie, Radiologie, Pathologie und gegebenenfalls der Chirurgie zusammensetzt. Selbstverständlich muss der Patient am Ende selbst über das weitere Vorgehen entscheiden.

10. Was passiert, wenn keine der Behandlungen wirkt?

In solchen Situationen steht die Lebensqualität im Mittelpunkt. Wir konzentrieren uns dann auf eine palliative Behandlung – also auf Maßnahmen zur Linderung von Beschwerden, zur Schmerzkontrolle sowie auf psychologische Begleitung und Unterstützung.

11. Wie nennt man die Behandlungsstrategie, bei der zunächst abgewartet wird, bevor eine Therapie eingeleitet wird?

Watch and Wait (auf Deutsch: Beobachten und Abwarten)

12. Was ist eine Patientenverfügung?

Eine Patientenverfügung ist ein schriftliches Dokument, in dem eine Person festlegt, welche medizinischen Maßnahmen sie im Fall der Einwilligungsunfähigkeit wünscht oder ablehnt. Sie ist rechtlich bindend und dient der Wahrung des Patientenwillens.

13. Was können ältere Menschen nutzen, um sich zu unterstützen und Stürze zu vermeiden?

Ältere Menschen können Stürzen vorbeugen, indem sie Gehhilfen wie Rollatoren oder Gehstöcke verwenden, rutschfeste Schuhe tragen und Haltegriffe im Bad oder an Treppen nutzen.

14. Warum sind Lymphknoten bei einer Entzündung meist weich und schmerzhaft, während sie bei einem Karzinom hart und schmerzlos sind?

Der Unterschied liegt in der zugrunde liegenden Ursache: Bei einer Entzündung kommt es zu einer schnellen Schwellung und Immunreaktion, die zu einer Kapselspannung und Freisetzung von Entzündungsmediatoren führt – das macht die Lymphknoten weich, gut verschieblich und oft deutlich schmerzhaft. Bei einem Karzinom hingegen wachsen Tumorzellen langsam in das Lymphknotengewebe ein, verursachen kaum Entzündungsreaktion und führen zu einer verhärteten, derben Konsistenz ohne Schmerz, da keine akute Reizung der Nerven vorliegt.