

Hb 4,5 Transfusion 6 EK + Eisen i.v. Ulcus duodeni
Anal fissur - Koprostase

Loretto-Krankenhaus · Mercystraße 6-14 · 79100 Freiburg

Hb 9,6 bei (E)

Herrn
Dr. med. Helmut Mielitz
Bugginger Str. 87
79114 Freiburg im Breisgau

Vorläufiger Brief! Endgültiger Brief folgt.

Strasser, Heinrich, * 13.10.1929
79114 Freiburg, Bugginger Str. 2

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten Ihnen über o.g. Patienten, der sich vom 04.05. bis zum xx.05.2017 bei uns in stationärer Behandlung befand.

Diagnosen:

Aktuell:

- Rezidivierende transfusionsbedürftige Anämie, mikrozytär und hypochrom
 - DD bei Ulcus duodeni
 - Transfusion von insgesamt 6 EKs, einmalige Gabe von Eisen i.v. (Ferinjekt 500 mg am 05.05.17)
- Schmerzhafte Anal fissur bei Koprostase
 - Abführende und analgetische Maßnahmen
- Akuter Harnverhalt, am ehesten reflektorisch bei Schmerzen
- Verdacht auf Pneumonie
 - antibiotische Therapie mit Tazobactam (05. - 08.05.) und Cefuroxim (08.05. - 13.05.)
- Mittelgradiger Pleuraerguss rechts bei chronischer Herzinsuffizienz, Gewichtszunahme
 - Intensivierung der diuretischen Therapie
- kardiale Dekompensation

Kardiovaskuläre Vorerkrankungen:

V.a. Koronare Herzkrankheit

- Akinesie inferobasal wie nach Infarkt

Dilatative Kardiomyopathie, ED 04/2012

- Z.n. rezidiv. kardialen Dekompensationen mit großem Pleuraerguss re., zuletzt 02/17

- Zustand nach Pleuradrainage re. 02/17
- Mittelgradige auf hochgradige Eingeschränkte systolische LV-Funktion
- Trikuspidalinsuffizienz II-III°
- Mitralklappeninsuffizienz II-III°
- Hochgradige pulmonale Hypertonie.

Chronisches Vorhofflimmern, ED 06/2010

- Orale Antikoagulation abgesetzt bei rezidivierender transfusionspflichtiger Anämie

pAVK

- Z. n. Unterschenkelamputation links 1996 mit rez. Phantomschmerz
- Z. n. Stentimplantation A. femoralis rechts 2004

Innere Medizin
Klinik für Gastroenterologie
Hämato-Onkologie
Diabetologie und Endokrinologie

Kommissarische Leitung Dr. med. K. van Aaken

Telefon: 0761 / 7084 - 0
Durchwahl: 0761 / 7084 - 157
Telefax: 0761 / 7084 - 132
E-Mail: Innere@rkk-lok.de

15.05.2017

81709982

Dr.Sto/rode

**Innere Ambulanz/
Sekretariat**
Sieglinde Hauptmann
Tel.: 0761/ 7084-157

Sprechstunde
Dr. med. K. van Aaken
nach tel. Voranmeldung
Tel.: 0761/ 7084-157

Endoskopie
nach tel. Voranmeldung
Tel.: 0761/ 7084-157

Diensthabender Arzt
Tel.: 0761/ 7084-4211

**Station Inn. Med.
Bereich 1**
Tel.: 0761/ 7084-280

**Station Inn. Med.
Bereich 2**
Tel.: 0761/ 7084-282

**Station Inn. Med.
Bereich 3**
Tel.: 0761/ 7084-284

- Z. n. Ballondilatation der A. femoralis und A. poplitea rechts 03/2012
- Z. n. DII-Amputation am rechten Fuß 07/2012
- Z.n. Ballonangioplastie distale AFS und P2-Segment von A. poplitea am 05.02.2015
- Z.n. Amputation Dig. III-V rechter Fuß am 06.02.2015
- Z.n. DCB-PTA distale AFS, DES-PTA proximale AFS
- Chronische Wunde am rechten Vorfuß

Infrarenales Bauchaaortenaneurysma (3 cm)

Poplitealaneurysma Segment PI

Pulmonal-arterielle Hypertonie Grad II

Weitere Vorerkrankungen:

Rezidivierende transfusionspflichtige Anämie mit/bei

- Angiodysplasien im Duodenum, APC-Behandlung am 30.09.16
- Angiodysplasie im C. ascendens, APC-Behandlung am 05.10.16
- kleine Angiodysplasie im Colon, APC-Behandlung am 14.02.17

Hepatopathie unklarer Genese

- dd bei Sprue, dd medikamentös

Refluxösophagitis Grad B, erosive Antrumgastritis 10/16

Sprue, ED 12/2012

- V.a. diätetische Malcompliance

Chronische Niereninsuffizienz Stadium 2

Skoliose

CVRF:

- Arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2
- Hyperlipidämie
- Ex-Nikotinabusus

Verlauf:

Die stationäre Einweisung von Herrn Strasser erfolgte bei stärksten perianalen Schmerzen und nachfolgender Koprostase. Des Weiteren zeigte sich laborchemisch erneut eine schwere Anämie mit einem Hb von 4,5 g/dl. Hier war in der Vorgeschichte mehrmalige APC-Laserkoagulationen bei Angiodysplasien erfolgt. Es erfolgte die Gabe von insgesamt 4 Erythrozytenkonzentraten mit einem nachfolgenden Anstieg und dann stabilem Hb im Verlauf bei zuletzt 8,3 g/dl. Des Weiteren bei mikrozytärer und hypochromer Anämie Gabe von einmalig Eisen i.v. (Ferinjekt 500 mg). In der Ösophago-Gastro-Duodenoskopie zeigte sich ein Fibrin belegtes Ulcus duodeni. Da hier kein Hp-Nachweis erfolgte, wurde lediglich eine Therapie mit Pantoprazol (2 x 40 mg). Im Verlauf dann erneut einmalig Teerstuhl mit Hb-abfall um 1 Punkt. Hier erfolgte die Gabe von 2 EKs. Der Hb befand sich bei Entlassung bei 9,6g/dl.

Des Weiteren erfolgten abführende Maßnahmen bei schwerer Koprostase und schmerzhafter Defäkation. Nachfolgend kam es ebenfalls zu einem Harnverhalt, welcher mittels transurethralen Dauerblasenkatheter therapiert wurde. Herr Strasser musste mehrfach manuell ausgeräumt werden. Im Verlauf kam es zu guten Abführmaßnahmen mit nachfolgend deutlicher Besserung der Schmerzen. Als ursächlich wird hierfür eine Analfissur angesehen. Wir bitten im Verlauf auf einen regelmäßigen und eher weichen Stuhlgang zu achten. Des Weiteren können lokal pflegende Maßnahmen erfolgen. Im Verlauf konnte der Blasenkatheter entfernt werden mit nachfolgend unauffälligem spontanen Wasserlassen.

Im Verlauf des Aufenthaltes kam es am 06.05.17 zu einer Episode mit massiven abdominellen Schmerzen. Sonographisch zeigte sich hier Aszites perihepatisch und im kleinen Becken sowie Verdacht auf ein Passagehindernis im Duodenum. Einen Tag nach Durchführung der ÖGD zum Ausschluss eines Ileus sowie einer Perforation erfolgte die Durchführung eines notfallmäßigen CT Abdomens im St. Josefkrankenhaus. Dort wurden neben o.g. Diagnosen noch ein Infiltrat im linken Lungenunterlappen beschrieben. Des Weiteren vergrößerte Lymphknoten mesenterial und infrarenales Bauchaaortenaneurysma bis 41 mm.

Aufgrund der beschriebenen Infiltrate erfolgte eine antibiotische Therapie (initial Piperacillin/Tazobactam, im Verlauf die Eskalation auf Cefuroxim) für insgesamt 7 Tage.

Die Entzündungsparameter zeigten sich darunter regredient (CRP zuletzt 9,8 mg/l). Aufgrund des beschriebenen Aszites und der (bereits seit Jahren) erhöhten Cholestaseparametern, erfolgte die Durchführung einer Hepatitisserologie sowie eine Serologie auf infektiöse und autoimmunologische Ursachen einer Leberinsuffizienz. Hier zeigte sich der Zustand nach CMV, EBV, Hepatitis A und Herpes simplex Infektion. Die autoimmunologische Diagnostik blieb im Wesentlichen unauffällig. In der Zusammenschau gehen wir am ehesten von einer kardialen Genese des Aszites bei schwerer Herzinsuffizienz aus.

Im Verlauf des Aufenthaltes kam es zu einer Gewichtszunahme von insgesamt 5 kg. Desweiteren leicht progredienter Pleuraerguss rechts. Aufgrund der chronischen Herzinsuffizienz mit Zustand nach mehrmaligen rechtsseitigen Punktionen und aktuell stabilem Patienten ohne wesentliche Dyspnoe, wurde von einer Pleurapunktion abgesehen. Wir intensivierten die diuretische Therapie (Xipamid, Spironolacton, Furosemid i.v.). Hier bitten wir um regelmäßige Gewichtskontrollen und bei deutlicher Zunahme der Dyspnoe ggf. Kontrolle der Pleuraergüsse (Entlassgewicht 68kg).

Am 15.05.17 erfolgte die Entlassung in Ihre weitere hausärztliche Betreuung in deutlich gebesserem Allgemeinzustand.

Letzte medikamentöse Therapie:

Bisoprolol 2,5 mg	1-0-0
Calcium D3	1-0-0
Movicol Btl.	1 - 3 x täglich
Gabapentin 800 mg	4 x pro Tag
Novalgin Tropf.	4 x 40°
Pantozol 40 mg	1-0-1
Simvastatin 20 mg	jeden 2. Tag
Spironolacton 50 mg	0-1-0
Oxycodon 10 mg	1-0-1
Torem 10 mg	3-2-0
Ferro Sanol	0-0-1

Selbstverständlich können aequipotente Generika eingesetzt werden.

Anamnese:

Einweisung via Hausarzt. Seit heute Morgen klagt der Patient über stärkste perianale Schmerzen, z.T. krampfartig. Die Defäkation war nicht möglich aufgrund der Schmerzen. Er habe sich digital rektal selbst ausgeräumt, der Stuhl sei dabei sehr hart gewesen. In den Tagen zuvor sei der Stuhlgang normal gewesen, keine Obstipation, kein Blut im Stuhl oder Teerstuhl. Durch den Hausarzt erfolgte die Gabe von 10mg Morphin i.m., dies brachte Erleichterung.

Insgesamt ginge es ihm seit dem letzten stationären Aufenthalt ganz ordentlich.

Häusliche Vormedikation:

Bisoprolol 2,5	1-0-0
Calcium D3	0-1/2-0
Movicol Btl.	1-0-0 bei Bedarf
Gabapentin 800	1-1-1-1
Novalgin 500	bei Bedarf, max. 4 x tgl.
Pantozol 20	0-0-1
Simvastatin 40	0-0-1 jeden 2. Tag
Spironolacton 50	0-1-0
Oxycodon 10	1-0-1
Torasemid 10	2-1-0
Ferro sanol	0-0-1

Körperlicher Untersuchungsbefund:

RR 110/70mmHg, HF 79/min, Temp. 36,9°C, SpO2 96% unter Raumluft

Pat. in reduziertem AZ, ordentlichem EZ. Cor: rhythmisch, rein, keine vitientyp. Geräusche. Pulmo: vesikuläres AG bds, keine RG, rechts basal abgeschwächtes AG und abgeschwächter Klopfeschall. Abdomen: weich, indolent, etwas meteoristisch, DG in allen 4 Quadranten sehr rege, etwas hochgestellt. Extremitäten: Z.n. US-Amputation links, rechts keine Beinödeme. Hautkolorit etwas blass.

EKG:

AA bei VHF, HF 77/min, RT, präterminale T-Negativierung inferior, ST-Senkung V5-V6, zögerliche R-Progression V1-V4, R/S-Umschlag V4-V5.

Labor:

Die Laborwerte entnehmen Sie bitte den beigegeführten Befundkopien.

Röntgen Thorax:

pa im Stehen vom 04.05.17:

Befundverschlechterung im Vergleich zur Voruntersuchung vom 16.02.17. Jetzt deutlicher Pleuraerguss rechts, der in typischerweise nach craniocranial ansteigt. Mäßiggradige Kardiomegalie, jedoch keine pulmonalen Stauungszeichen.

Sonographie:

Orientierende Abdomen-Sonographie vom 06.05.17:

Perihepatischer Aszites und im kleinen Becken, Verdacht auf Passagehindernis im Duodenum.

Ösophago-Gastro-Duodenoskopie:

Blutstillung APC vom 05.05.2017:

Ösophagus: Hiatus bei 40 cm ab Zahnreihe, gastroösophagealer Übergang bei 38 cm ab Zahnreihe und scharf begrenzt. Schleimhaut des Ösophagus unauffällig. Motilität normal.

Magen: Unauffällige Falten von Corpus und Fundus, Magensaftsekret normal. Fleckige Rötung der Schleimhaut des Magenansatzes, Pylorus normal. Konzentrisch durchschnürende Peristaltik.

Duodenum: Flaches, etwa 2 cm im Durchmesser messendes großes Ulcus zur Hinterwand und Spitze des Bulbus duodeni hin. Am Übergang zur Pars 1 duodeni. Postbulbär unauffällige Schleimhaut und Falten mit reger Peristaltik.

HU-Test negativ.

Therapie: Keine

Diagnose: 1. Ulcus duodeni Forrest III, 2. Gastritis, 3. Kleine axiale Hernie

Biopsien: 1. Antrum, 2. Corpus, 3. HUT-Test

Procedere: Pantoprazol 40 mg 1-0-1 für 6 Wochen.

Histologisches Gutachten (Dr.Hellerich, Dr.Mattern, Dr.Nährig), J.-Nr. 14799:

Diagnostische Beurteilung:

1. Antrumschleimhautstreifen tangential getroffen mit chronisch nicht aktiver Antrumgastritis oberflächlich mit leichter foveolärer Hyperplasie und Epithelregenerationen.

2. Magencorpuschleimhautstreifen mit oberflächlich allenfalls gering chronisch nicht aktiver Corpusgastritis.
Kommentar:

1. und 2. Jeweils kein Nachweis von Helicobacter pylori und kein Anhalt für Malignität.

Röntgen:

Abdomenübersicht im Stehen vom 04.05.17:

Deutliche Koprostase im Kolonrahmen, jedoch kein Ileus.

CT:


Abdomen mit KM vom 06.05.17 (St.Josefkrankenhaus):

~~Ausgedehnte Pleuraergüsse~~ rechts mit Unterlappenteilektase. Geringer Erguss links, Infiltrat im Unterlappen links. ~~Geringer Aszites~~, perihepatisch und im kleinen Becken. Multiple kleine hypodense Leberläsionen, möglicherweise Zysten. Keine Cholestase, kein Hämatom, pathologische Lymphknoten mesenterial. Kein Harnaufstau. Schwere Koprostase. Gallenblasenwand nicht verdickt. Keine verkalkten Konkrementen, keine freie Luft. Infrarenales Bauchaaortenaneurysma bis 41 mm. Alte Grundplattenimpression LWK 1, keine Osteolysen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. K. van Aaken
Kommissarischer Leiter

Dr. med. T. Backhaus
Oberarzt


P. Stocker
Assistenzarzt

Pat.: Strasser, Heinrich

Geb.Dat.: 13.10.1929, M

Kumulativbefund

Auftragsnummer	Referenzbereich	Einheit	GTL845B	TBL864K	TBL520L	TBL553L	INV935C	TBL714L	TBL545M
Probenentnahmedat.			10.05.2017	12.05.2017	14.05.2017	14.05.2017	14.05.2017	15.05.2017	17.05.2017
Probenentnahmezeit			13:35	09:33	14:04	18:02	18:03	09:30	10:03

Auftragsinfo

Auftragseingang			10.05.2017	12.05.2017	14.05.2017	14.05.2017	14.05.2017	15.05.2017	17.05.2017
Abnahmedatum									
Kommentar									
Probeneingang									

Patienteninformationen

Alter		Jahre	87.6		87.6		87.6	87.6
-------	--	-------	------	--	------	--	------	------

Mikrobiologie

Mikrobiologie-Befund								
Clostrid.-diff. Toxine A u. B, Schnelltest								

Sonderuntersuchung

Sonderanalyse								
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Hämatologie

Abnahmeart Blutbild					kap.				
Leukozyten	3.7-10.1	/nl		4.9	7.3	7.2		6.6	5.4
Erythrozyten	4.1-5.7	/pl		3.7↓	3.3↓	3.3↓		3.2↓	3.9↓
Hämoglobin	13.1-16.8	g/dl		8.3↓	7.2↓	7.5↓		7.4↓	9.4↓
Hämatokrit	0.38-0.49	l/l		0.27↓	0.25↓	0.25↓		0.25↓	0.30↓
MCV	81-99	fl		74↓	76↓	76↓		77↓	79↓
MCH	27-34	pg		23↓	22↓	23↓		23↓	24↓
MCHC	32-36	g/dl		31↓	29↓	30↓		30↓	31↓
Thrombozyten	150-361	/nl		450↑	339	372↑		348	400↑
Segmentkernige	40-70	%							
Eosinophile	1-7	%							
Basophile	bis 2	%							
Monozyten	3-10	%							
Lymphozyten	18-45	%							
Neutrophile	42-76	%							
Retikulozyten	1-13	Promille							
Stabkernige mikroskopisch	1-10	%							
Lymphozyten mikroskopisch	18-45	%							
Monozyten mikroskopisch	3-10	%							
Eosinophile mikroskopisch	1-7	%							
Basophile mikroskopisch	bis 2	%							
Lymphatische Reizformen	negativ	%							

Auftragsnummer	Referenzbereich	Einheit	GTL845B	TBL864K	TBL520L	TBL553L	INV935C	TBL714L	TBL545M
Probenentnahmedat.			10.05.2017	12.05.2017	14.05.2017	14.05.2017	14.05.2017	15.05.2017	17.05.2017
Probenentnahmezeit			13:35	09:33	14:04	18:02	18:03	09:30	10:03

Gerinnung

INR	1.00-1.10	Ratio		* 1.03					
Thromboplastinzeit (Quick-Test, TPZ)	80-100	%		100					
PTT	26-37	s		* 33					
Fibrinogen	180-350	mg/dl							
Antinukleäre AK i. Serum	< 1:80	Titer							

Klinische Chemie

CRP	bis 5.0	mg/l		9.8↑		11.1↑		13.2↑	9.3↑
Glucose i.S.	60-100	mg/dl		* 75		* 83		* 89	* 89
Natrium i.S.	133-146	mmol/l		144		144		149↑	145
Kalium i.S.	3.6-5.5	mmol/l		4.3		4.5		4.6	4.1
Calcium i.S.	2.10-2.60	mmol/l		2.34		2.24		2.24	2.43
Chlorid i.S.	98-109	mmol/l							
CK	bis 190	U/l							
CK-MB>25%CK=Makro	bis 24	U/l							
LDH	bis 225	U/l							
Troponin T	bis 0.100	ng/ml							
Bilirubin direkt	bis 0.3	mg/dl							
Bilirubin gesamt	bis 1.1	mg/dl							
GOT/AST	bis 50	U/l							
GPT/ALT	bis 50	U/l							
gamma-GT	bis 71	U/l							
alkal. Phosphatase	40-129	U/l							
Lipase	bis 60	U/l							
Amylase i.S.	28-100	U/l							
GFR (nach MDRD- Kurzformel)		ml/min/1,		* 61		* 61		* 67	* 56
GFR (nach MDRD- Kurzformel)		ml/min							
Kreatinin i.S.	bis 1.2	mg/dl		* 1.2		* 1.2		* 1.1	* 1.3↑
Harnstoff i.S.	10-50	mg/dl		65↑		74↑		79↑	89↑
Harnsäure i.S.	3.6-8.2	mg/dl							
Cholesterin	bis 200	mg/dl							
Triglyceride	bis 150	mg/dl							
TSH	0.30-4.20	µU/ml							
Blutsenkung 1h (CB)	bis 20	mm/h							
Blutsenkung 2h (CB)	bis 20	mm/h							
Eisen i.S.	59-158	µg/dl							
Ferritin	30-400	ng/ml							
Transferrin	200-360	mg/dl							
Transferrinsättigung	16.0-45.0	%							
Haptoglobin	16-200	mg/dL							
Eiweiß ges. i.S.	6.5-8.0	g/dl							
Albumin	55.8-66.1	%							
Kapillarelektrophorese									
Alpha-1-Globuline, Kapillarelektrophorese	2.9-4.9	%							
Alpha-2-Globuline, Kapillarelektrophorese	7.1-11.8	%							
Beta 1-Globuline, Kapillarelektrophorese	4.7-7.2	%							

Auftragsnummer	Referenzbereich	Einheit	GTL845B	TBL864K	TBL520L	TBL553L	INV935C	TBL714L	TBL545M
Probenentnahmedat.			10.05.2017	12.05.2017	14.05.2017	14.05.2017	14.05.2017	15.05.2017	17.05.2017
Probenentnahmezeit			13:35	09:33	14:04	18:02	18:03	09:30	10:03

Beta 2-Globuline, Kapillarelektrophorese	3.2-6.5	%							
Gamma-Globuline, Kapillarelektrophorese	11.1-18.8	%							
alpha-Cholest. /HDL	ab 40	mg/dl							
B-Cholesterin / LDL	bis 115	mg/dl							
HbA1c	bis 5.7								
Vitamin B12	197-771	pg/ml							
Folsäure	4.2-19.8	ng/ml							

Harndiagnostik

Spez. Gewicht i. U.	1015-1025	kA							
Nitrit i. U.	negativ								
Eiweiß i. U.	negativ								
Glucose i. U.	negativ								
Bilirubin i. U.	negativ								
pH-Wert i. U.	4.8-7.4	kA							
Urobilinogen i. U.	negativ								
Ketone i. U.	negativ								
Leukozyten i. U.	bis 5								
Bakterien i. U.									
Erythrozyten i. U.	bis 2								
Plattenepithelien									
Zylinder i. U.	negativ								
Salze i. U.									
Rundepithelien									

Blutzucker

Blutzucker 11:00 Uhr	mg/dl								
Blutzucker 16:00 Uhr	mg/dl								

Blutgruppenserologie

Blutgruppe (EB)							* Siehe Ko		
Rhesusfaktor (EB)							* Siehe Ko		
Erythrozytenkonzentrat (Probe 1)									
Erythrozytenkonzentrat (Probe 2)									
Erythrozytenkonzentrat (Probe 3)									
Erythrozytenkonzentrat (Probe 4)									

Infektionsdiagnostik

Cytomegalievirus-Ak (IgG) (CMIA)	< 6.0	U/ml	>230.0†						
Cytomegalievirus-Ak (IgM) (CMIA)	< 0.85	Index	* <0.85						
Epstein-Barr-Virus-Ak									
EBV-EBNA1-Ak (IgG) (CLIA)	negativ		* negativ						
EBV-VCA-Ak (IgG) (CLIA)	negativ		positiv						
EBV-VCA-Ak (IgM) (CLIA)	negativ		negativ						
anti-HAV IgG	negativ	IU/l	>60.0 posit						
anti-HAV IgM	negativ	kA	* negativ						

Auftragsnummer	Referenzbereich	Einheit	GTL845B	TBL864K	TBL520L	TBL553L	INV935C	TBL714L	TBL545M
Probenentnahmedat.			10.05.2017	12.05.2017	14.05.2017	14.05.2017	14.05.2017	15.05.2017	17.05.2017
Probenentnahmezeit			13:35	09:33	14:04	18:02	18:03	09:30	10:03

anti HBc	negativ	kA	folgt						
HBs-Ag	negativ	kA	negativ						
anti HBs	< 10	IU/l	<5 negativ						
Anti-HCV (Roche, ECLIA)	negativ	kA	* negativ						
Helicobacter pylori-Ak (IgA)	< 10	U/ml							
Helicobacter pylori-Ak (IgG)	< 10	U/ml							
Herpes simplex-Virus-Ak (IgM) (CLIA)	bis 0.9	Index	* <0.9						
Herpes-simplex-Virus-Ak (IgG) (CLIA)	< 0.9	Index	>30.0†						
Leber-Nieren-Mikrosomen (LKM)-Ak (S)			* nicht nach						
Leber-Nieren-Mikrosomen (LKM)-Ak, Typ 1	< 1:100	Titer							
Leber-Nieren-Mikrosomen (LKM)-Ak, Typ 3	< 1:100	Titer							
Leber-Nieren-Mikrosomen (LKM)-Ak, Typ 2	< 1:100	Titer							
Lebercytosol 1-Ak (LC-1/IgG) (S)	negativ								
Mitochondriale-Ak (AMA) (S)			* nicht nach						
SLA/LP-Ak	< 20	RU/ml	<2						

Autoimmunerologie

Antinukleäre Ak (ANA) (IgG)	< 1:80								
c-ANCA	< 1:2	Titer							
c-ANCA	< 1:2								
Gewebstransglutaminase (tTG2)-Ak (IgG)	< 7	U/ml							
Gewebstransglutaminase (tTG2)-Ak (IgA)	< 7	U/ml							
Beurt. GliaDP + tTG Ak									
IgA	0.70-4.00	g/l	4.85†						
IgG	7.0-16.0	g/l	10.6						
IgM	0.40-2.30	g/l	0.29↓						
Mitochondriale-Ak, Subtyp 2	< 20.0	RE/ml							
p-ANCA	< 1:10								
p-ANCA	< 1:10	Titer							

Tumormarker

PSA	bis 4.00	ng/ml							
-----	----------	-------	--	--	--	--	--	--	--

Pharmaka und Drogen

Digoxin	0.8-2.0	ng/ml							
---------	---------	-------	--	--	--	--	--	--	--

Punktate

CEA i. Punktat		ng/ml							
Gesamtprotein i. Punktat		g/l							