

**Spitalregion Fürstenland Toggenburg**

Spital Wattwil

Steig

9630 Wattwil

Tel. 071 987 31 11

Fax 071 987 31 66

E-Mail frederico.goti@hin.ch

EAN 76010002641769

Herr

Dr. med. Martin Schalch

Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH

Bahnhofstrasse 76

9606 Bütschwil

akt. Datum

**Hungerbühler Paul, 11.02.1933**

**Landstr. 28, 9606 Bütschwil**

**Atupri 756.8723.9077.12**

Guten Tag Herr Dr. Schalch

Ich berichte Ihnen über die Untersuchung vom 28.05.2017.

**Diagnosen**

- chronisch rezidivierende Oberbauchschmerzen
- leicht symptomatische Inguinalhernie rechts
- asymptomatische rezidive Inguinalhernie links
- koronare Herzkrankheit, Status nach Myokardinfarkt
- Status nach Duodenalulzera vor 20 Jahren

**Anamnese**

Zwischenzeitlich haben weitere Untersuchungen stattgefunden, insbesondere eine Gastroskopie bei meiner Kollegin Dr. Müller, eine Abdomen-Sonographie und ein Abdomen-CT.

**Status**

In der Sonographie konnten keine Gallenblasensteine nachgewiesen werden, der Ductus hepaticus war auf Grund der Lagerung nicht darstellbar. Der Pankreaskopf war auch nicht darzustellen. Gastroskopisch ergaben sich keine pathologischen Befunde. Im CT konnte eine ausgeprägte kalzifizierende chronische Pankreatitis nachgewiesen werden.

...

Es findet sich im Bereich des Pankreaskopfes eine kleine zystische Läsion ohne Kommunikation zum Pankreasgang. Eine Choledocholithiasis konnte nicht nachgewiesen werden. Links findet sich eine Nierenzyste von 2.3 cm Ausmass sowie bilateral Inguinalhernien, rechts mit terminalem Ileum als Inhalt, links findet sich nur Fett.

**Prozedere**

Aufgrund der Verkalkungen im Bereich des Pankreas kann ein präpapilläres Konkrement im Ductus choledochus nicht sicherlich ausgeschlossen werden. Trotzdem denke ich nicht, dass die Beschwerden aufgrund einer Cholezystolithiasis zu erklären sind, obwohl die initiale Schilderung der Beschwerden und der einmalige Abgang von bierbraunem Urin etwas suggestiv wirken.

Allenfalls haben sich Sludge oder kleine nicht nachweisbare Konkreme bewegt. In der weiteren Anamnese bezüglich Pankreatitis finden sich keine wesentlichen Noxen und verschiedene Medikamente lassen mich nicht primär an eine toxische Ursache denken. Bei der zystischen Pankreasläsion handelt es sich am ehesten um eine kleine Pseudozyste oder eine banale Pankreaszyste. Eine zystische intrapankreale Neoplasie ist morphologisch eher atypisch. Die disseminierten Parenchym-Verkalkungen und die Pankreasgang-Dilatation im Kopf und Korpus des Pankreas legen eine Ursache der Beschwerden nahe.

Der Patient ist sonst beschwerdefrei und wünscht zurzeit keine weiteren Abklärungen. Bezüglich des bierbraunen Urins möchte ich Sie bitten, nochmal einen Urinstatus abzunehmen, um nachzusehen, ob sich allenfalls Blut darin befindet.

Ich werde diesen Fall noch mit Dr. Diana Müller und dem Kollegen Bruno Schmid, Chefarzt Chirurgie KSSG besprechen und Ihnen gerne nochmals berichten.

Freundliche Grüsse

Spitalregion Fürstenland Toggenburg

Dr. med. Frederico Goti  
Chefarzt Chirurgie

**Korrekturvermerk:** Briefdarstellung wie im Unterricht doziert,  
in Anlehnung an die KV-Normen.  
Aufzählung Diagnosen gross oder klein beginnend.  
Beim Briefdatum kann der Ort weggelassen werden.  
Gross- oder Kleinschreibung beim Speichernamen nicht von Bedeutung.