

Burkhard Tomm-Bub, M.A.

-staatl. anerk. Erzieher/Dipl. Soz. - Arb. (FH)-

Jakob-Binder-Str. 22 // 67063 Ludwigshafen.

web: www.arslongavitabrevis.de

www.omniavincitamor.de

Mail: ogmal@t-online.de
SL: BukTom Bloch

Impressum / zur Info:

Diese Seiten mit medizinischen Informationen wurden VOM PATIENTEN selbst (also von mir!) ins Internet gestellt.

Näheres hierzu finden Sie unter:

<http://www.omniavincitamor.de/57401/home.html>

Von Anfragen / Meldungen an Kliniken und erwähnte Ärzte bitte ich dringend abzusehen.

Und ich bedauere, dass es unerwartet bereits dazu kam.

MfG Burkhard Tomm-Bub, M.A.

HALS- NASEN- OHREN- KLINIK
mit Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Kopf-Halschirurgie, plastische Gesichtschirurgie -

Direktor: Prof. Dr. med. K. W. Delank



OPERATIONSBERICHT

Datum: 08.03.2010

DZ: OA.S/ma

Patient: Tomm-Bub, Burkhard, geb. 25.12.57

Fallnummer: 0001011108



Station: HO 02 / A

Aufenthaltsart: Stationär

Diagnose: Klinisch hochgradiger V.a. T2 Tonsillencarcinom li.

Operation: Panendoskopie in ITN

Operateure: OA.Scheuermann/Sw.Kerstin

Anästhesie: Dr.Wickenhäuser

OPS: 1-620.1, 1-630.1, 1-610.2, 1-611.0, 1-611.1, 8-701, 1-422 x 4

Zuerst Intubation des Pat. mit dem starren Tracheo-Bronchoskop durch mich. Inspektion des Rachenraumes mit der 30 °-Optik und der 90 °-Optik. Es findet sich bds. komplett unauffällige Verhältnisse ohne Hinweis auf einen Tumor. Zurückziehen des starren Rohres unter Kontrolle der 30 °-Optik. Die Trachea ist unauffällig. Die Subglottis ist ebenfalls unauffällig. Intubation des Pat. mit dem Weichen Bronchoskop durch mich. Anschließend Durchführen der Hypopharyngoskopie. Hier sind beide Valleculae, die linguale Epiglottisfläche, beide Sinus piriformes, der Postcricoidspalt und der oberste Anteil des Ösophaguseinganges unauffällig. Einstellen der Glottisebene. Dies gelingt nur teilweise. Daher Inspektion mit der 30 °-Optik der ventralen Anteile des Kehlkopfes. Es liegen insgesamt vollkommen normale Verhältnisse vor. Abschließend mit dem starren Bronchoskop Intubation des Oesophagus. Kontrolle des Oesophagus mit der 30 °-Optik. Es finden sich allseits unauffällige Verhältnisse.

Einsetzen des Mc-Ivor-Spatels. Es findet sich ein Tonsillentumor li. Exulceration. Er betrifft die ventralen Anteile der Tonsille mit dem umgebenden weichen Gaumen. Der Tumor reicht bis knapp vor den harten Gaumen, nach median bis an die Mediane heran. Nach caudal überschreitet er den harten Gaumen selbst nicht. Der gesamte Tumor ist gegenüber dem horizontalen Unterkieferast verschoben. Die NRR ist frei. Es findet sich keine Exulceration des Tumors im naso-pharyngealen Schleimhautraum. Es werden Proben aus dem Tumor selbst, auch aus dem Übergang zwischen weichen und hartem Gaumen, li. paravulär und vom caudalen Anteil des hinteren Gaumenbogens genommen.

Bei positiver Histologie ist die transorale Oropharynxteilresektion indiziert. Aufgrund der Größe des Defektes mit Verlust nahezu der Hälfte des weichen Gaumens ist eine Defektrekonstruktion mit einer primär anastomosiertem Radialislappen notwendig. Zusätzlich sollten eine funktionelle Neck-dissection und die Tracheotomie durchgeführt werden.

OA.Scheuermann

Tomm-Bub, Burkhard (M) * 25.12.1957, Patient Nr.: 0005118629, Fall Nr.: 0001011108

U.Nr.:H/10/4863.0	Anfordernde OE sch	Station: HO 02 im Hause U.Datum: 08.03.2010 :
--------------------------	------------------------------	--

Sehr geehrter Herr Kollege Delank,

wir erhielten (Gefäß 1) von paravulär links ein schleimhautbedecktes, 0,6 x 0,5 x 0,4 cm messendes Gewebe (A).
Getrennt übersandt (Gefäß 2) vom linken hinteren Gaumenbogen caudal ein 0,6 x 0,4 x 0,3 cm messendes weißlich-rötliches Gewebstück (B).
Getrennt übersandt (Gefäß 3) von der linken Tonsille ein 1 x 1 x 0,5 cm messendes Gewebstück (C).
Getrennt übersandt (Gefäß 4) vom linken weichen Gaumen am Übergang zum harten Gaumen ein 0,5 x 0,1 x 0,1 cm messendes weißliches Gewebstück (D).

BEURTEILUNG:

Tumorfremie Biopsie von paravulär links (A) mit regelrechtem bedeckendem Plattenepithel.

Tumorfremie Biopsie vom linken hinteren Gaumenbogen caudal (B) mit regelrechtem bedeckendem Plattenepithel.

Biopsie von der linken Gaumentonsille (C) mit der Manifestation eines vorwiegend relativ kleinzelligen, fokal gering verhornenden und gelegentlich nekrotischen invasiven PLATTENEPIITHEL CARCINOMS.
Das Carcinom mit ausgeprägter desmoplastischer Stromareaktion.

Tumorfremie Biopsie vom weichen Gaumen links am Übergang zum harten Gaumen (D) aus einer typisch strukturierten Plattenepithellamelle ohne Atypien.

ICD-10:C09.9 Bösartige Neubildung der Tonsille, nicht näher bezeichnet
ICD-O: M8070.3 Plattenepithelkarzinom o.n.A.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. M. H. Bohrer

Tomm-Bub, Burkhard (M) * 25.12.1957, Patient Nr.: 0005118629, Fall Nr.: 0001011108

U.Nr.:H/10/4863.1	Anfordernde OE sch	Station: HO 02 im Hause U.Datum: 08.03.2010 :
--------------------------	------------------------------	--

N A C H B E R I C H T (11.03.10
sch/st)

Sehr geehrter Herr Kollege Delank,

Sie haben zu Recht bemerkt, dass wir bei den tumorhaltigen Biopsien von der linken Gaumentonsille versäumt haben, prädiktive und prognostische Faktoren zu bestimmen. Dies haben wir inzwischen nachgeholt.

Die proliferationsaktive Fraktion der Tumorzellen liegt, gemessen mit Ki 67, bei

ca. 70 %. Es findet sich eine insgesamt geringe Überexpression von p53, welche im Schnitt bei unter 10 % der Tumorzellen liegt, in umschriebenen Arealen auch höher ist.

ERGÄNZENDE BEURTEILUNG:

Relativ kleinzelliges, teils mäßig, teils wenig differenziertes, fokal gering verhornendes invasives PLATTENEPIHELKARCINOM in einer Biopsie von der linken Gaumentonsille.

Das Carcinom mit starker proliferativer Aktivität (Ki 67) und meist lediglich geringer Überexpression von p53, was eine gute Radiosensibilität erwarten lässt.

ICD-10:C09.9 Bösartige Neubildung der Tonsille, nicht näher bezeichnet

ICD-O: M8070.3 Plattenepithelkarzinom o.n.A.

Wir bitten, unseren Erstbericht entsprechend zu ergänzen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. M. H. Bohrer

Direktor: Prof. Dr. med. K. W. Delank

OPERATIONSBERICHT

Datum: 13.04.2010

DZ: Dr. Sc/sc

Patient: Tomm-Bub, Burkhard, geb. 25.12.57

Fallnummer: 0001024244



Station: HO02 / AK

Aufenthaltsart: Stationär

Diagnose: Oropharynx-Karzinom links.

Operation:
1. Transorale Oropharynx-Teilresektion links
2. Funktionelle Neck-Dissection beidseits.

Operateure: OA Dr. Klaus Scheuermann/Kerstin Schäfer/Pfleger Drazen

Anästhesie: siehe Narkoseprotokoll.

OPS: 5-295.00, 5-403.03b

Nach Einsetzen des Mc-Ivor-Spatel erfolgt die transorale Oropharynx-Teilresektion links mit dem elektrischen Messer. Die Resektion erfolgt makroskopisch in toto. Sie erreicht knapp die Mittellinie des weichen Gaumens und geht bis knapp an den harten Gaumen heran. Die Tonsille selbst lässt sich im Sinne einer erweiterten Tonsillektomie mit umgebender Muskulatur entfernen. Die Tumorausdehnung erreicht im Gegensatz zum endoskopischen Befund bei der Panendoskopie fast den Sulcus amygdaloglossus. Nach Resektion werden zirkumferent Nachresektate genommen, welche bei der Schnellschnitt-Untersuchung tumorfrei sind.

Nach Infiltration des Lokalanästhetikums auf der linken Seite Hautschnitt vom Mastoid zum Jugulum und eine T-förmige Inzision Richtung Kinn. Nach Durchtrennen des Platysmas Darstellen des Vorderrandes des Musculus sternocleidomastoideus. Eingehen in die Halsgefäßscheide und Darstellen des Inhaltes der Halsgefäßscheide. Es finden sich multiple, vergrößerte Lymphknoten. Diese werden unter Neurolyse des Nervus accessorius entlang der tiefen Halsfaszie mobilisiert. Präparation von kranial nach kaudal, entlang der tiefen Halsfaszie unter Schonung der Plexusäste. Nach Durchtrennung des Musculus omohyoideus wird die Neck-diss. kaudal auf Höhe der Klavikula abgesetzt. Aufsuchen der Submandibularloge und Darstellen der Kapsel der Glandula submandibularis. Diese wird sukzessive mobilisiert. Dies geschieht unter Schonung der Vena facialis und Arteria facialis. Die Vena facialis ist sehr kaliberstark. Die Arteria facialis hat selbst an ihrem Abgang aus der Arteria carotis externa nur das Kaliber einer Bleistiftmine. Sie ist somit nicht als Empfängergefäß geeignet. Daher Aufsuchen der Arteria thyroidea. Diese ist noch dünner als die Arteria facialis. Auch hier ist eine Anastomose nicht möglich. Weitere Präparation der präalaryngealen Muskulatur mit der Intention, einen infrahyoidalen Muskelfaszienlappen zur Rekonstruktion zu verwenden. Aber auch dies muss unterbleiben, weil a) die Arteria so dünn ist, dass bei seiner Torquierung eine Nekrose zu erwarten wäre und b) die Muskulatur so dünn ist, dass sie keinen wesentlichen Volumeneffekt bringen würde. Außerdem reicht der Lappen nicht bis an den harten Gaumen heran. Daher Entscheidung zur Unterlassung der Rekonstruktion, da damit eine Pharyngotomie vermieden werden kann. Anlage einer Radon-Drainage und dreischichtiger Wundverschluss.

Auf der rechten Seite nach Infiltration des Lokalanästhetikums quere Inzision der Halshaut entlang der RSTL. Darstellen des vorderen Musculus sternocleidomastoideus. Von dort aus Aufsuchen der Halsge-

fäßscheide und unter Neurolyse des Nervus accessorius Auslösen des Neckblockes kranial von der tiefen Halsfaszie. Unter Schonung der Plexus erste Präparation von kranial nach kaudal. Durchtrennen des Musculus omohyoideus und letztendlich Absetzen des Neckblockes auf Höhe der Klavikula. Blutstillung, Einlage einer Radon-Drainage und dreischichtiger Wundverschluss.

Aufs neue Einsetzen des Mc-Ivor-Spatels und Adaptation der Uvula nach cranio-lateral an den Wundrand. Dann wird der dorsale Absetzungsrand an der Rachenhinterwand an den weichen Gaumen adaptiert. Darunter kommt es zu einer Reduktion des Defektes am weichen Gaumen.

OA Dr. Klaus Scheuermann

HALS- NASEN- OHREN- KLINIK
mit Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Kopf-Halschirurgie, plastische Gesichtschirurgie -

Direktor: Prof. Dr. med. K. W. Delank

Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein gGmbH
Postfach 21 73 52 • 67073 Ludwigshafen am Rhein

Herrn
Dr. med. H.-A. Kyrberg
HNO-Arzt
Ludwigstraße 41

67059 Ludwigshafen

Nachrichtlich

Gem. Praxis
Dres. med. W. Huther/E.
Rustler/
S. Schön/H. Preniqj
Carl-Wurster-Platz 2

67061 Ludwigshafen



Hausanschrift: Bremserstrasse 79
Postfachanschrift: Postfach 21 73 52
67063 Ludwigshafen 67073 Ludwigshafen

Homepage www.kilu.de

Ludwigshafen, 03.05.2010

Privatsekretariat

Tel.: 0621 / 503- 3401
Fax: 0621 / 503- 3403

HNO- Ambulanz

Tel.: 0621/ 503- 3410
Fax: 0621/ 503- 3413

Terminvereinbarung

(7:30 Uhr – 15:45 Uhr)

Tel.: 0621/ 503- 3476
Fax: 0621/ 503- 3477

Geschäftszimmer

Tel.: 0621/ 503- 3436
Fax: 0621/ 503- 3437

Phoniatrie u. Pädaudiologie

Tel.: 0621/ 503- 3443
Fax: 0621/ 503- 3470

DZ: Dr.L./Ri.

Patient: Tomm-Bub, Burkhard, geb. 25.12.57
Jakob-Binder-Str. 22, 67063 Ludwigshafen

Fallnummer: 0001024244
Aufenthaltsart: Stationär
Station: HO02



Dauer: 07.03.10 - 10.03.10 und 12.04.10 - 23.04.10
Tel.: 0621/503- 3460

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über oben genannten Patienten.

Diagnose: Oropharynxkarzinom li. pT2, pN1, cM0
Bekannte Hepatitis C

Therapie: 1. Panendoskopie in ITN (08.03.2010)
2. Transorale Oropharynxteilresektion li. und funktionelle Neck-dissection bds.
in ITN (13.04.2010)

Anamnese:

Der Pat. berichtete bei der Aufnahme über seit mehreren Wochen bestehende, linksbetonte Hals-schmerzen, welche nach einer Erkältung persistierten. Die Einnahme von Clindamycin per os sei ohne Erfolg gewesen. Eine bekannte Polyposis nasi sei durch die Einnahme von cortisonhaltigem Nasen-spray behandelt, eine Operation sei nicht erwünscht.



HNO-Befund:

Enoral zeigte sich eine exophytische, ulzerierte Raumforderung im Bereich der linken Tonsille und des Weichgaumens. Die endoskopische Untersuchung des Hypopharynx und des Endolarynx war unauffällig. Palpatorisch fand sich eine Druckdolenz im linken Kieferwinkel. Endonasal zeigte sich eine Polyposis nasi im Bereich des hinteren Siebbeins sowie eine Septumdeviation nach re. Die übrigen Spiegelbefunde waren unauffällig.

Diagnostik:

Sonographie Hals: Mehrere echoarme Raumforderungen zervikal bds., maximal 1,4 cm li. im Durchmesser.

Röntgen-Thorax: o.p.B.

Sonographie Abdomen: Kein Anhalt für abdominale Filiae.

Psychiatrisches Konsil: Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik bei Tumorerkrankung. Empfehlung Eunerpan 0-25-25-0 mg, Aponal 0-0-0-75 mg.

Operation:

Am 08.03.2010 erfolgte die Panendoskopie. Dabei zeigte sich ein Tonsillentumor li., der die cranialen Anteile der Tonsille mit dem umgebenden weichen Gaumen betraf. Der Tumor erreichte knapp die Grenze zwischen hartem und weichen Gaumen und nach median die Mediane. Nach caudal überschritt der Tumor die Tonsille nicht. Der Tumor war gegenüber dem horizontalen Unterkieferast gut verschieblich. Der Nasopharynx war frei. Mehrere Proben wurden genommen. Am 13.04.2010 erfolgte die transorale Oropharynxteilresektion li. und beidseitige funktionelle Neck-dissection.

Histologie: Oropharynxkarzinom li. pT2, pN1 (1/16), cM0, R1, G3.

Epikrise:

Postoperativ klagte der Pat. über Dyspnoe. Die daraufhin durchgeführte Röntgen-Thorax-Untersuchung zeigte einen diskreten Pleuraerguss li., welcher nach Rücksprache mit unseren Kollegen der Internistischen Klinik nicht punktionswürdig war. Im weiteren Verlauf besserte sich die Dyspnoe. Aufgrund von schwer einstellbaren postoperativen Schmerzen erfolgte ein Schmerzkonsil, daraufhin wurde die analgetische Therapie optimiert. Wegen zunehmender Schlafstörungen und Angstzuständen erfolgte die Konsultation der psychiatrischen Kollegen des Krankenhauses Zum Guten Hirten Ludwigshafen. Diese diagnostizierten eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik bei Tumorerkrankung und verordneten o.g. Medikamente. Der Verlauf der Wundheilung war enoral und zervikal zeitgerecht. Aufgrund der R1-Situation wurde eine Nachresektion geplant. Herr Tomm-Bub verließ jedoch am 23.04.2010 auf eigenen Wunsch die Klinik. Wir kontaktierten Herrn Tomm-Bub und wiesen ihn wiederholt auf die Notwendigkeit einer Nachresektion sowie einer notwendigen Vorstellung in der Radio-Onkologischen Klinik bei zervikal metastasiertem Oropharynxkarzinom hin.

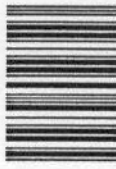
Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. K. W. Delank
Klinikdirektor

Dr. Dirk Sander
Oberarzt

Dr. Marco Leibert
Assistenzarzt

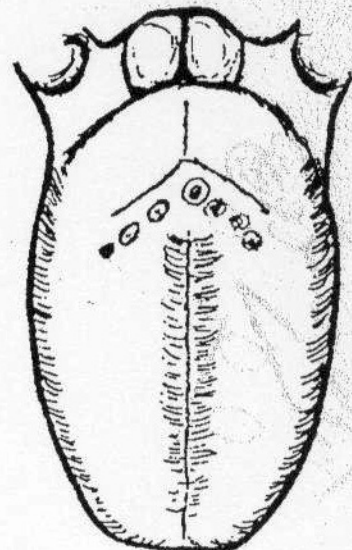
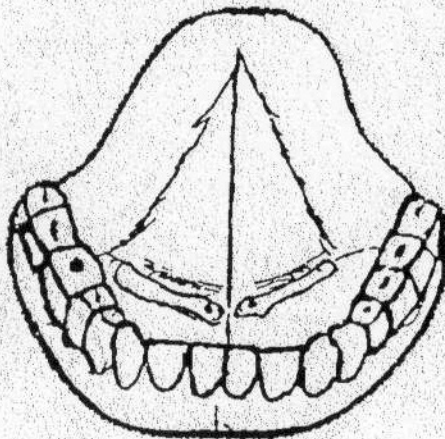
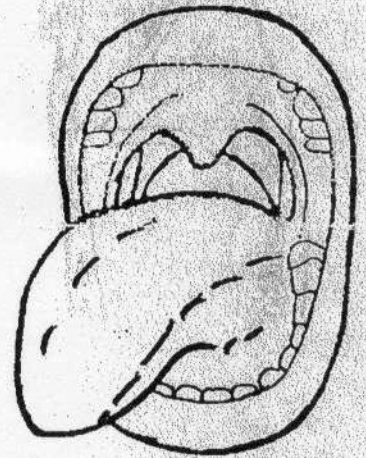
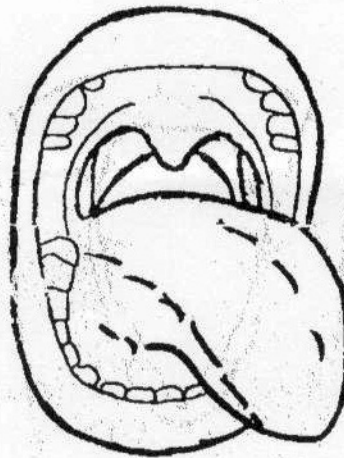
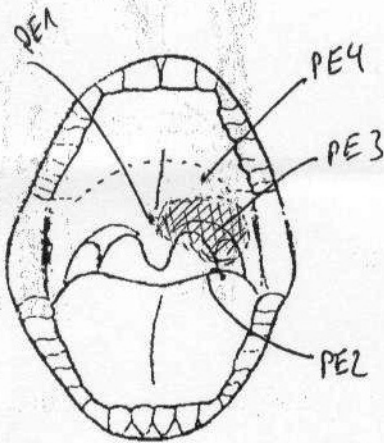
Befundbogen Tumorausdehnung

 <p>01011108 07.03.10 30 Tomm-Bub, Burkhard 25.12.1957 M Jakob-Binder-Str. 22 67063 Ludwigshafen BKK Pfalz M HO H002</p>	<p>Datum 08/03/10</p> <p>Panendoskopie <input checked="" type="checkbox"/> Tumoroperation <input type="checkbox"/> Operateur <i>Schneusmann</i></p>
--	---

Klinische Tumorklassifikation: T 2, N 2a/6, M

Therapieempfehlung bei positiver Histologie:

*transorale Droplarynxektomie, Radialisleppen, Fkt AD lds,
Tracheotomie*



KONSILANFORDERUNG

A-Nr.

01033240 28.05.10 10 VBOHO

Name

Tomm-Bub, Burkhard

geb.

25.12.1957 M

Wohnung

Jakob-Binder-Str. 22

67063 Ludwigshafen

BKK Pfalz M

0621/627144 Angeh. HOVNB VB

Kostentr.

an

Med C

Abs.

HNO

Ruf-Nr.

3460

Pat.-Zimmer Nr.

300

gehfähig

Transport

Bettkonsil

Gewünschte Untersuchung

Fragestellung mit wichtigen Befunden

Neu diagnostizierte HEP C 03/10
im Rahmen einer Oropharynx-Tubesektion bei T₂, N₁
Oropharynx-CA (L)

Facheigene Diagnose

Datum

28.05.2010

Unterschrift

Danke

Eingangsdatum

Untersuchungsdatum

31.5.2010

ANTWORT

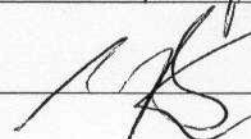
53-jährig Patient, hier stationär wegen
Oropharynx-Carcinom; dabei Erstdiagnose Hepatitis C
(HCV-Ant + Bestätigungstest pos., HCV-RNA nicht gvm),
z.z. Polyloxicomane vor 20 Jahre, Kontakt zu Hep-C-pos. Person
2008. Leberwert in der Norm (ALT, GGT, γ-GT)
Kausale Verneinung

- ↳ v.a. chron. Hepatitis C
- ↳ prinzipiell Therapieindikation; insoweit weitere
Evaluation sinnvoll (Sono Abdomen, HCV-PCR,
ggfs. Biopsieentnahme vor Therapie); Evaluation der
Therapie v. Abschluss d. onkologischen Behandlung
- ↳ aus familiärem Gesp. mit Pat. über Therapieoptionen

Datum

31.5.2010

Unterschrift



Tomm-Bub, Burkhard (M) * 25.12.1957, Patient Nr.: 0005118629, Fall Nr.: 0001024244

	Anfordernde OE	Station: HO 02 im Hause
U.Nr.:H/10/7660.2	sch	U.Datum: 14.04.2010 :

2. N A C H B E R I C H T (01.06.2010 sch/kn):

Sehr geehrter Herr Kollege Delank,

nach telefonischer Rücksprache (Dr. Gäßler) stellt sich heraus, dass uns in unserem Nachbericht ein Fehler in der Größenbezeichnung der Carcinommetastase unterlaufen ist.

Bei der Beurteilung des linksseitigen Neck-dissection-Präparates muss es heißen:

6 Lymphknoten eines linksseitigen Neck-dissection-Präparates, darunter 1 Carcinommetastase von max. 3,4 mm (Millimeter) Ausdehnung ohne kapselüberschreitendes Wachstum.

Es bleibt bei der pTNM-Klassifikation des linksseitigen oropharyngealen Plattenepithelcarcinoms:

pTNM-Klassifikation:

pT2, pN1(1/16), pMX, R1, L0, V0. G3.

Aktualisierte 7. Auflage der TNM-Klassifikation (2010).

Verwendung ab 08.02.2010.

ICD-10:C10.9 Bösartige Neubildung des Oropharynx, nicht näher bezeichnet

ICD-O: M8070.3 Plattenepithelkarzinom o.n.A.

Wir bitten, die bereits vorliegenden Befundberichte entsprechend zu ergänzen.

Mit freundlichen Grüßen

i. V.

Prof. Dr. M. H. Bohrer

Vorbefunde: H/10/11017, H/10/7529, H/10/4863

Direktor: Prof. Dr. med. K. W. Delank

OPERATIONSBERICHT

Datum: 31.05.2010

DZ: Dr. De/sc

Patient: Tomm-Bub, Burkhard, geb. 25.12.57

Fallnummer: 0001033240



Station: HOVNB / AK

Aufenthaltsart: Stationär

Diagnose: Zustand nach Non-in-sano-Resektion eines linksseitigen Oropharynx-Karzinoms

Operation: Nachresektion linker Oropharynx

Operateure: OA Dr. Jochen Deutsch/OP-Sw. Petra

Anästhesie: siehe Narkoseprotokoll

OPS: 5-295.00

Einsetzen des Mundsperrers. Inspektion des Oropharynx. Bei Zustand nach Tumorresektion besteht ein narbig abgeheilte Defekt des linken Weichgaumens. Der restliche Weichgaumen ist nach links verzogen. Die ehemalige Tumorregion ist durch derbes Narbengewebe ersetzt. Mit der elektrischen Nadel wird nun die ehemalige Tumorregion umschnitten und unter Einhaltung eines Abstandes von 0,5 cm nach basal reseziert. Blutstillung durch bipolare Koagulation. Abschließend Einlage einer Nasogastralsonde. Das Präparat gelangt markiert zur histologischen Untersuchung.

OA Dr. Jochen Deutsch

Tomm-Bub, Burkhard (M) * 25.12.1957, Patient Nr.: 0005118629, Fall Nr.: 0001033240

Anfordernde OE

Station: HO 02 im Hause

U.Nr.:H/10/11017.0

re

U.Datum: 31.05.2010 :

Sehr geehrter Herr Kollege Delank,

wir erhielten vom Ösophagus bei Zustand nach R1-Resektion eines Ösophaguscarcinoms ein schleimhautbedecktes, 2 x 2 x 0,8 cm messendes Gewebsexcidat mit 4 Nadelmarkierungen: braun = cranial, weiß = Rachenhinterwand, schwarz = Wangenschleimhaut, blau = caudal.

Die Schleimhautoberfläche des Resektates unregelmäßig und teilweise zerklüftet.

A1-A2: Zentrale Querlamellen mit Tuschemarkierung im Bereich der Rachenhinterwand.

: Craniales Resektatende.

C: Caudales Resektatende, jeweils von innen angeschnitten.

BEURTEILUNG:

A-C: Tumorfrees nadelmarkiertes Resektat vom Oropharynx mit entzündlich überlagerter Narbenfibrose und granulierender Stromareaktion nach Vorresektion eines Plattenepithelcarcinomes (H7660/10).
Durchwegs dysplasiefrees flankierendes bedeckendes Plattenepithel.

Im hier übersandten Material kein Tumornachweis, somit jetzt vollständige Resektion des Plattenepithelcarcinomes.

Klassifikation: pT2, pN1(1/16), pMX, R0, L0, V0.

Grading: G 3.

Aktualisierte 7. Auflage der TNM-Klassifikation (2010).

Verwendung ab 08.02.2010.

CD-10:C10.9 Bösartige Neubildung des Oropharynx, nicht näher bezeichnet

ICD-O: M8070.3 Plattenepithelkarzinom o.n.A.

Mit freundlichen Grüßen

i. V.

Prof. Dr. M. H. Bohrer

Vorbefunde: H/10/7660, H/10/7529, H/10/4863

Infektiös

Krankheiten

Merkmale

Risikofaktoren

Allergien

Befund

Untersuchungsart

RÖ-OPG (R)

rechtf. Indikation/
Fragestellung

Geplante Zahnsanierung vor Radiatio

Befund

Wurzelrest 25. Aufhellung am Zahnhals 24 bukkal, Kronendefekt 43 und 44.
Retardierter Weisheitszahn 48.

Beurteilung

Untersuchungsdatum:

02.06.2010 09:10

Durchführender Arzt:

1. Befundender Arzt: Megel, I., Assistenzarzt

2. Befundender Arzt:

Validierender Arzt: Cornelius, Dr. B. C., Oberarzt



Burkhard Tomm-Bub, M.A.

-staatl. anerk. Erzieher/Dipl. Soz. - Arb. (FH)-

Jakob-Binder-Str. 22 // 67063 Ludwigshafen.

web: www.arslongavitabrevis.de

www.omniavincitamor.de

Mail: ogmal@t-online.de
SL: BukTom Bloch

Impressum / zur Info:

Diese Seiten mit medizinischen Informationen wurden VOM PATIENTEN selbst (also von mir!) ins Internet gestellt.

Näheres hierzu finden Sie unter:

<http://www.omniavincitamor.de/57401/home.html>

Von Anfragen / Meldungen an Kliniken und erwähnte Ärzte bitte ich dringend abzusehen.

Und ich bedauere, dass es unerwartet bereits dazu kam.

MfG Burkhard Tomm-Bub, M.A.