

0761-60 252

Loretto-Krankenhaus · Mercystraße 6-14 · 79100 Freiburg

Herrn

Dr. med. Wolfram Deißler

Moosmattenstr. 23

79117 Freiburg im Breisgau

Vorläufiger Brief! Endgültiger Brief folgt.

Strasser, Heinrich, * 13.10.1929

79102 Freiburg, Runzstr. 77

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten Ihnen über o.g. Patienten, der sich vom 05.07.2018 bis zum 10.07.2018 bei uns in stationärer Behandlung befand.

Diagnosen:

Aktuell:

Erneute transfusionspflichtige hypochrome, mikrozytäre Anämie

- DD bei multiplen Angiodysplasien

ANV

- prärenal Genese bei Exsikkose, unter diuretischer Therapie
- Harnwegsinfekt mit Nachweise von Enterobacter aerogenes

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
- Angiodysplasien im Duodenum sowie im Magencorpus APC-Behandlung am 13.02.17
- 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

V.a. Koronare Herzkrankheit

- Akinesie inferobasal wie nach Infarkt

Dilatative Kardiomyopathie, ED 04/2012

- Gering reduzierte systolische linksventrikuläre Funktion (EF: 45-50 %, 08/2012)
- kardialer Dekompensation 10/16
- Kardiale Dekompensation mit großem Pleuraerguss re. 02/2017
 - Pleuradrainage re. am 08.02.17 (1550 ml Pleurapunktat)
 - Pleurapunktion am 15.02.2017 (1000 ml)

Permanentes Vorhofflimmern, ED 06/2010

- Orale Antikoagulation abgesetzt bei rezidivierender transfusionspflichtiger Anämie

**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

10.07.2018

81816246

Frau Dr. Schäfer/gu

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

Pulmonal-arterielle Hypertonie Grad II

pAVK

- Z. n. Unterschenkelamputation links 1996 mit rez. Phantomschmerz
- Z. n. Stentimplantation A. femoralis rechts 2004
- 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 Bauchaortenaneurysma (3 cm)

Poplitealaneurysma Segment PI

Erster generalisierter Krampfanfall 10/2017

Chronische Niereninsuffizienz Stadium 2

Skoliose

CVRF:

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

Allergien/Unverträglichkeiten:

keine

Verlauf:

Die stationäre Aufnahme des Patienten erfolgte aufgrund einer erneuten ausgeprägten Eisenmangelanämie mit einem Hb-Wert von 5,5 g/dl bei Aufnahme. Der Patient war bei Aufnahme hämodynamisch stabil, klinische Zeichen eines Blutverlustes konnten aktuell und auch anamnestisch nicht eruiert werden.

Nach Aufklärung des Patienten erfolgte eine Transfusion von 2 Erythrozytenkonzentraten und es erfolgten ebenfalls intravenöse Eisengaben, insgesamt 1000 mg Ferinject. Hierunter stieg im Verlauf der Hämoglobingehalt auf 8 g/dl an.

Der Patient war weiterhin beschwerdefrei, Teerstuhl oder Blut im Stuhl, Bluterbrechen trat nicht auf.

Gastroskopisch zeigten sich Angiodysplasien im Bulbus duodeni und in der Pars 2 duodeni, die aktuell jedoch nicht blutend waren.

Die Eisenmangelanämie führen wir am ehesten auf das Vorhandensein multipler Angiodysplasien sowohl im oberen als auch im unteren gastrointestinalen Trakt zurück.

Aufgrund der fehlenden Blutungszeichen sowie des multiplen Auftretens der Angiodysplasien wurde aktuell auf eine APC-Behandlung verzichtet.

Sollte es im weiteren Verlauf zu einer erneuten Blutungsanämie beziehungsweise Blutungszeichen auftreten, kann natürlich jederzeit eine Wiedervorstellung erfolgen und eine endoskopische Intervention nachgeholt werden.

Die im Rahmen der Exsikkose und anämiebedingte akute Niereninsuffizienz besserte sich unter forcierter Volumengabe und nach Pausieren der diuretischen Therapie.

Bei Vorliegen eines Harnwegsinfektes mit Nachweis von Enterobacter aerogenes wurde eine Therapie mit Ciprofloxacin über 5 Tage begonnen. Diese bitten wir im ambulanten Bereich, wie unten aufgeführt, fortzusetzen.

Wir entließen Herrn Strasser in stabilem Allgemeinzustand am 10.07.2018 ins häusliche Umfeld.

Medikationsplan

Wirkstoff	Handelsname	Einheit	Form	mo	mi	ab	na	Bedarf
Pantoprazol-Natrium	PANTOPRAZOL-PUREN 20mg Tabl		TBL	1		1		
Bisoprololfumarat	BISOHEXAL 5mg Filmtabl		TBL	1/2				

Wirkstoff	Handelsname	Einheit	Form	mo	mi	ab	na	Bedarf
Torasemid Hinweis: aktuell pausiert	TORASEMID HEXAL 10mg Tabletten		TBL	4				
Spironolacton Hinweis: aktuell pausiert	SPIRONOLACTON 50mg Tabl		TBL		1			
Simvastatin	SIMVAHEXAL 40mg Filmtabl		TBL			1		
Folsäure	FOLSÄURE RATIOPHARM 5.0mg Tabl		TBL		1/2			
Gabapentin	GABAPENTIN HEXAL 400mg Hartkaps		KPS	2	1	1	2	
Oxycodon-HCl	OXYCODON HCL RATIOPHARM 5mg Retardtabl		TBL	1			1	
Calciumcarbonat / Vitamin D 3	CALCIUM D3 RATIOPHARM 600mg/400 IE Brausetbl		TBL		1			
Kaliumchlorid / Macrogol / Natriumchlorid	MOVICOL BEUTEL Pulver		BTL	1				
Metamizol-Na Hinweis: bei Schmerz bis zu 4x/d	NOVAMINSULFON-RATIO 500mg/ml 50ml Tropfen		FL.					30°
Oxycodon-HCl Hinweis: bei Schmerz bis zu 3x/d	OXYGESIC AKUT 5mg Hartkaps		KPS					1
Ciprofloxacin-HCl Hinweis: bis einschließlich zum 15.07.2018	CIPROHEXAL 250mg Filmtabl		TBL	1				
Saccharomyces boulardii Hinweis: bis einschließlich zum 15.07.2018	EUBIOL 375mg Hartkaps		KPS	1				

Legende: mo = morgens | mi = mittags | ab = abends | na = nachts

Anamnese:

Einweisung durch Hausarzt zur Auftransfusion bei ausgeprägter Anämie (5,8 g/dl). Kein Blut im Stuhl, kein Teerstuhl.

Sozialanamnese: lebt im Emmi-Seeh-Heim

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Vitalparameter bei Aufnahme: RR 110/65 mmHg, HF 64/min, Temp. 36,7°C, AF /min, sPO2 92% RL. 88-jähriger Patient in reduziertem AZ bei noch ausreichendem EZ. Haut und Schleimhäute blass. Keine Dyspnoe, keine Ödeme, Lymphknoten o.B.. Kopf- und Halsorgane unauffällig. Orientierende neurologische Untersuchung unauffällig. Herzaktion rhythmisch, Systolikum mit p.m. über Erb und Spitze. Lunge perkutorisch und auskultatorisch frei. Abdomen weich, kein Druckschmerz, keine Organvergrößerung oder Resistenz tastbar. Bei der rektalen Untersuchung kein Blut am Fingerling, braun gefärbter Stuhl. Periphere Pulse nicht sicher tastbar.

EKG:

VHF, HF 50/Min., VES, LT, horizontale ST-Senkung V5,6 Niedervoltage über den Extremitätenableitungen.

Labor:

Siehe Kopie anbei.

Ösophago-Gastro-Duodenoskopie:

Vom 09.07.2018 08:44

Untersucher: Dr. Backhaus

Assistenz: Fr. Hodapp, Fr. Reimold

Prämedikation: 90 mg Propofol 1% fraktioniert, kontinuierliche O₂-Messung während der Untersuchung, kontinuierliche RR-Messung, Werte siehe Ausdruck. Kont. O₂-Gabe 2 l per Nasensonde.

Gerät: GIF-H 190

Indikation: Anämie

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

Magen: Unauffällige Schleimhaut und Falten von Corpus und Fundus. Pylorus normal, konzentrisch durchschnürende Peristaltik. Es findet sich eine gewisse Restverunreinigung, DD Duodenalsekret.

Duodenum: Einzelne kleine Angiodysplasien im Bulbus duodeni und im Pars 2 duodeni. Rege Peristaltik, sonst unauffällige Schleimhaut.

Therapie: Keine

Diagnose: 1. Kleine axiale Hernie, 2. Nicht blutende sehr kleine Angiodysplasien im Bulbus duodeni und in der Pars 2 duodeni

Biopsien: Keine

Dokumentation: 6 Endoskopiebilder.

Procedere: APC-Koagulation, Rücksprache.

Radiologielebefunde:

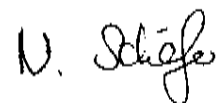
Röntgen Thorax p.a., durchgeführt am 05.07.2018

Keine VA zum Vergleich vorliegend.

Kein Nachweis von Erguss, Stauung oder pneumonischem Infiltrat. Pleurakuppenschwielen bds..

Emphysematöse Lungenveränderungen. Verbreiteter Herzschatten, der HTQ beträgt 0,55. Aortensklerose. Kein Pneumothorax.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Konrad van Aaken
Kommissarischer Leiter

Dr. med. Hans-Christian Schmidt
Oberarzt

Dr. med. Nora Schäfer
Assistenzärztin