

Loretto-Krankenhaus · Mercystraße 6-14 · 79100 Freiburg

Herrn

Dr. med. Florentin Thum

Moosmattenstr. 23

79117 Freiburg im Breisgau

Innere Medizin

Chefarzt Prof. Dr. M. Brunner

Chefarzt Prof. Dr. S. Sorichter

Klinik für Gastroenterologie

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

03.06.2019
81909143

Fr.Dr.Hä/ro

Gastroenterologie Hämato-Onkologie Diabetologie und Endokrinologie

OA Dr. med. K. van Aaken
OA Dr. med. T. Backhaus
OA Dr. med. H.-C. Schmidt

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

Dienstabender 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

Blasel, Emmy, * 23.01.1937

79117 Freiburg im Breisgau, Weismannstr. 3 a

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten Ihnen über o.g. Patientin, die sich vom 11.04. bis zum 18.04.2019 bei uns in stationärer Behandlung befand.

Diagnosen:

- Rezidivierende Bauchschmerzen, Obstipation, okkultes Blut im Stuhl
 - Sonographie Abdomen unauffällig
 - Ulcus duodeni Forrest IIc, kein Nachweis von Helicobacter pylori
 - Fragliche Wandverdickung im Colon descendens CT Abdomen 10/2018 (UNZ)
 - Koloskopie bei fortgeschrittener Demenz aktuell nicht möglich
 - Koloskopie bei fortgeschrittener Demenz aktuell nicht möglich
- Klinisch dringender V.a. Mamma-Ca rechts
 - Ambulante Abklärung mittels Stanze empfohlen
- Hyporegenerative, normochrome, normozytäre Anämie
 - A.e. nach Blutung bei hämatinbelegtem Ulcus duodeni
 - Folsäuremangel, Beginn einer Substitution
- Niereninsuffizienz, a.e. prärenal bei Exsikkose
- Harnwegsinfekt
 - Nachweis von E. coli und Proteus vulgaris
 - Antibiotische Therapie mit Fosfomycin

Nebendiagnosen:

- Demenz a.e. bei Mikroangiopathie
 - Sohn bevollmächtigt
- Status nach Transversumkarzinom 2006
- Status nach APE
- Depression
- Status nach TIA 07/2015
- Herzinsuffizienz NYHA III
- Arterielle Hypertonie
- Vorhofflimmern
- SM-Implantation 10/2015 bei Asystolie von 6,5 sek. bei SA-Block
- Koronarangiographie 2015: Ausschluss relevanter Stenosen
- Chronische Niereninsuffizienz

Verlauf:

Die stationäre Einweisung von Frau Blasel erfolgte wegen abdominellen Schmerzen,

Übelkeit sowie positivem Hämocculttest. Laborchemisch ergab sich bei Aufnahme eine normochrome, normozytäre Anämie, leicht erhöhte Infektwerte sowie ein akut auf chronisches Nierenversagen. Aufgrund des auffälligen CT Abdomens in der Vorgeschichte wurde zunächst eine Gastroskopie sowie Koloskopie geplant. Die Koloskopie-Vorbereitung musste jedoch im Verlauf abgebrochen werden, einerseits wegen Verbreiterung zu einer Anämie bei bekannter schwerer Demenz.

Gastroskopisch ergab sich ein Ulcus duodeni Forrest IIc, welches ursächlich für die vorbeschriebene Symptomatik sein kann. Zudem fiel im Verlauf eine deutliche Raumforderung im Bereich der rechten Brust auf, sodass klinisch der dringende Verdacht auf ein Mammakarzinom besteht.

Aus organisatorischen und terminlichen Gründen konnte hier leider keine weitere Abklärung mittels Stanze eingeleitet werden. Der Befund wurde mit den Kollegen der Gynäkologie besprochen. Wir bitten hier um eine Wiedervorstellung im Verlauf. Der Termin kann über die gynäkologische Ambulanz des St. Josefkrankenhauses vereinbart werden. Wichtig wäre die Begleitung der Patientin durch einen bevollmächtigten Angehörigen (Ehemann oder Sohn).

Die initial bestehende Niereninsuffizienz besserte sich im Verlauf unter forcierter Volumengabe deutlich. Bei leicht erhöhten Infektparametern konnte ein Harnwegsinfekt mit Proteus vulgaris und E. coli nachgewiesen werden. Es wurde eine Therapie mit Fosfomycin eingeleitet. Die im Verlauf progrediente Anämie werteten wir am ehesten als Verdünnungseffekt. Sie besserte sich im Verlauf (Hb bei Entlassung 8 g/dl).

Laborchemisch fiel zudem ein Folsäuremangel auf, eine Substitution wurde eingeleitet.

Wir konnten Frau Blasel am 19.04.2019 in Ihre weitere hausärztliche Betreuung entlassen und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Medikationsplan

Wirkstoff	Handelsname	Einheit	Form	mo	mi	ab	na	Bedarf
Bisoprololfumarat	BISOHEXAL 2.5mg Filmtabl		TBL	1		1		
Candesartancilexetil	CANDESARTAN PUREN 8mg Tabl		TBL	1				
Cetirizin-dihCl	CETIRIZIN 10mg Filmtabl		TBL	1				
Citalopram	CITALOPRAM HEXAL 20mg Filmtabl		TBL	1				
Kaliumchlorid / Macrogol / Natriumchlorid	MOVICOL BEUTEL Pulver		BTL	1				
Torasemid	TORASEMID HEXAL 10mg Tabletten		TBL	2				
Rivaroxaban	XARELTO 15mg Filmtabl		TBL	1				
Pantoprazol-Natrium Hinweis: für 6 Wochen	PANTOPRAZOL-PUREN 40mg Tabl		TBL	1		1		
Metamizol-Na Hinweis: bis max. 4 x 40 °	NOVAMINSULFON-RATIO 500mg/ml 50ml Tropfen		FL.	30	30	30		
Folsäure	FOLSÄURE RATIOPHARM 5.0mg Tabl		TBL	1				

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

Anamnese:

Einweisung durch den HA bei abdominellen Schmerzen und Übelkeit. Eigenanamnese sehr spärlich, vorliegende Demenz (nicht orientiert). Patientin berichtet über Bauchschmerzen, Übelkeit, sie habe normalen Stuhlgang, kein Durchfall, kein Blut im Stuhl oder Teerstuhl. Kein Fieber, keine Gewichtsabnahme. Ehemann bei Anamnese nicht anwesend.

Im Pflegeheim meist im Bett, gelegentlich in den Rollstuhl mobilisiert.

Sozialanamnese: Lebt im Haus Katharina-Egg, Ehemann und Sohn sind bevollmächtigt.

Keine Allergien.

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Vitalparameter bei Aufnahme: RR 105/60 mmHg, HF 65/min, Temp. 37°C, AF 15/min, sPO2 95% RL.
Patientin wach, nicht orientiert, sehr blasses Hautkolorit, Exsikkose. Abdomen weich, subkostale Narbe rechts im Oberbauch reizlos, kein DS, DG spärlich, die Schmerzen gibt die Patientin vor allem im rechten Unterbauch an. HT sehr leise, rhythmisch, vesikuläres AG bds., keine Beinödeme, Haut intakt.
Im Bereich der rechten Brust große, verhärtete Raumforderung lateral, Hautbefund unauffällig.

Labor: Siehe Kopie anbei.

EKG:

SM-EKG mit regelmäßiger Vorhof-Stimulation, Hf 64/min, Linkstyp, regelmäßige R-Progression, T-Negativierung in V1-V4.

Sonographie:

Abdomen vom 11.04.2019 :

Befund:

Leber: normal groß, bis auf einzelne Verkalkungen homogenes Parenchym, Oberfläche glatt. Gallenwege und Gallenblase: Intra- und extrahepatische Gallenwege nicht dilatiert. Gallenblase steinfrei und nicht wandverdickt. Pankreas: soweit einsehbar unauffällig, sonst überlagert. Milz: normal groß, homogen, regelrecht konturiert. Nieren: bds. normal groß mit unauffälligem zentralen Reflexband bei regelrechter Dicke des Parenchymsaumes. Keine Abflussbehinderung. Harnblase: gut gefüllt, glattwandig. Peritoneum: Kein Aszites. Pleura: Kein Erguß. Beurteilung: Unauffälliger abdominaler Befund. Kein Hinweis auf RF.

Nebenbefundlich verhärtete Mamma rechts mit verzogender Mamille. V.a. Mamma-Ca. --> weitere Diagnostik.

Ösophago-Gastro-Duodenoskopie:

15.04.2019 :

Prämedikation: 80 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: Unklarer Gewichtsverlust

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

Magen: Unauffällige Falten von Corpus und Fundus. Schleimhaut des Magens unauffällig. Magensaftsekret klar, Pylorus normal, konzentrisch durchschnürende Peristaltik.

Duodenum: Vorderwandseitig etwa 1,5-2 cm ausgestanzt wirkendes Ulkus mit etwas Hämatinbelag. Postbulbär unauffällige Schleimhaut und Falten, rege Peristaltik.

Therapie: Keine

Diagnose: 1. Ulkus duodeni Forrest IIc, 2. Kleine axiale Hernie

Biopsien: 1. Antrum, 2. Corpus

Procedere: Pantozol 40 mg 1-0-1 für 6 Wochen, falls H.P. positiv, Eradikationstherapie nach italienischen Schema. Klinisch V.a. Mamma-Karzinom rechts. Bitte Stanzbiopsie, Tumormarker, CR 15-3.

Histologisches Gutachten (Dr. Hellerich / Dr. Mattern / Dr. Nährig), J-Nr.: H/2019/013698

Diagnostische Beurteilung:

1. Allenfalls minimale chronische Antrumgastritis ohne Nachweis helicobactertypischer Spiralbakterien.
2. Geringe chronische oberflächenbetonte minimal atrophische Corpusgastritis mit eosinophil granulozytärer Komponente ohne Nachweis helicobactertypischer Spiralbakterien im spärlichen Schleim.

Radiologiebefunde:

Thorax im Liegen, durchgeführt am 11.04.2019 :

Zum Vergleich liegen keine Voraufnahmen vor.

Herz im Liegen mäßig vergrößert, keine akuten Stauungszeichen. Keine umschriebenen Infiltrate. Keine größeren Ergüsse.

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Backhaus

L. Häckl

Prof. Dr. Stephan Sorichter
Chefarzt

Dr. med. Thomas Backhaus
Oberarzt

Dr. med. Linda Häckl
Fachärztin für Innere Medizin

Thomas Backhaus

i.V. Dr. med. Thomas Backhaus
Oberarzt

Nachrichtlich an:
Innere Medizin (F), Innere Medizin - LOK, Mercystr. 6 - 14, 79100 Freiburg im Breisgau