

# HELIOS Klinik Müllheim

Akademisches Lehrkrankenhaus der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
- Wahlfach Gynäkologie



HELIOS Klinik Müllheim  
Heliosweg · 79379 Müllheim

Dres. med. Schwertfeger E./ Watter T./  
Konrad-Goldmann-Str. 5  
79098 Freiburg

Geriatrie  
Chefarzt  
Dr. med. Hartmut Ehrle-Anhalt  
Chefarzt  
Dr. med. Thomas Truschel

Tel. (07631) 88-2300 GERIAT.  
Tel. (07631) 88-2500 INNERE

## Entlassbrief

## vorläufiger Arztbrief

Fallnummer	Klinik / Station	Unser Zeichen	Telefon	Datum
118/1181170938	118FINN/118SEW	MIST/GAHA		20.03.2017

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir berichten über Herrn **Karlheinz Argast**, geb. am 01.04.1932, wohnhaft in 79098 Freiburg, Kaiser- Joseph- Str. 278, der sich vom 18.03.2017 bis 11.04.2017 in unserer stationären Behandlung befand.

### Diagnosen

OGI-Blutung mit Hämatemesis und Teerstuhl bei großem Ulcus Bulbus duodeni, ca. 1/3 der Zirkumferenz umfassend  
Refluxösophagitis  
Blutungsanämie, Transfusion von 4 Erythrozytenkonzentraten  
Dementielle Entwicklung  
KHK 2GE, höhergradige Stenosen proximaler RIA und prox. sowie mittlerer ACD mit PTCA 16.3.2017, Intervention an LAD 6, ein Stent  
Leicht eingeschränkte linksventrikuläre Funktion  
Mittelschwere Aortenklappenstenose  
Leichte Aortenklappeninsuffizienz  
Schwere pulmonale Hypertonie  
Leichte Mitralklappenstenose  
Leichte Mitralklappeninsuffizienz  
Normale re.-ventrikuläre Pumpfunktion  
Aortenaneurysma vom Bogen/ Aorta descendens bis zum thorakoabdom. Übergang bis zu 6cm, teiltrombost, Entscheidung zur konservativen Therapie  
Bekanntes infrarenales Bauchaneurysma mit aktuell 44 mm leicht größenprogredient  
Terminale Niereninsuffizienz mit Hämodialyse seit 3/2013  
Bekannte renale Anämie  
Hypertensive vasculäre Nephrosklerose

Träger Helios Kliniken Breisgau-Hochschwarzwald GmbH · Handelsregister AG Freiburg HRB 300584  
Sitz der Gesellschaft Müllheim · Geschäftsführer Marcus Sommer · Aufsichtsratsvorsitz Landrätin Dorothea Störr-Ritter  
Ärztl. Direktor HELIOS Klinik Müllheim: Dr. med. Hartmut Ehrle-Anhalt · Steuernummer 003/233/68102  
USt-IdNr. DE196949654 · Bankverbindung HypoVereinsbank AG · IBAN DE21 6802 0186 0007 6279 12 · BIC HYVEDE33  
www.helios-kliniken.de/muellheim

**Sekundäre Hyperparathyreoidismus**

Z.n. med. SHF re. nach Sturz und Implantation Hybridhüft-TEP 18.1.2017 Loretto-KH Freiburg

pAVK Fontaine I, Rutherford 0

Monoklonale Gammopathie ohne Anhalt für Befundprogredienz

Urämische Ichthyosis

**Entlassmedikation**

ASS 100	0-1-0
Plavix 75	1-0-0 für 6 Monate (bis ca. 16.9.17)
Simvastatin 20	0-0-1/2
Calcet 950	an dialysefreien Tagen 0-1-0
Pantozol 40	0-0-1
Movicol Btl.	1-0-0
Melperon	0-0-0-5ml

**Anamnese**

Herr Argast wird aus dem Herzzentrum Bad Krozingen zugewiesen bei stattgehabtem blutigem Erbrechen in der Nacht und Teerstuhl. Die Eigennamens des Patienten ist schwierig, er kann zur Situation keine Angaben machen kann. Fremdanamnestisch aus dem Arztbrief aus Bad Krozingen war der Patient zunächst nach Hüft-TEP-Implantation im Parkklinikum zur Reha. Dort sei eine Belastungsdyspnoe aufgefallen, daher zur Abklärung ins Herzzentrum Bad Krozingen verlegt worden. Dort ist eine mittelschwere Stenose der Aortenklappe in Kombination mit einer geringen Insuffizienz gesehen worden. Es bestehe aber momentan keine Indikation für einen Aortenklappenersatz. Allerdings wurde eine 2-Gefäßerkrankung in der Koronarangiographie festgestellt und mit Stent versorgt. Daher die Empfehlung einer dualen Plättchenhemmung mit ASS und Clopidogrel. Außerdem sei in der Computertomografie eine Größenprogredienz des vorbekannten Bauchaortenaneurysmas festgestellt worden.

Vormedikation: Simvastatin 10 mg 0-0-1, Calcet 950 mg 0-1-0 (an Nicht-Dialysetagen), Melperon-Saft 5 ml zur Nacht bei Bedarf, ASS 100 mg 0-1-0, Clopidogrel 75 mg 1-0-0

Sozialanamnese: laut Arztbrief aus HZ BK gebe es wohl eine Schwester in Zürich

**Aufnahmebefund**

Vitalparameter:

RR: 103/61 mmHg

HF: 84/min

TEMP: 36,0°C

SPO2: 99% unter 2l

AF: 17/min

Klinischer Befund:

Herz: Systolikum mit p.m. über dem 2. Intercostalraum rechts parasternal

Lunge: VAG. bds.

Abdomen: DG+, Abdomen weich, kein Druckschmerz, keine Abwehrspannung

Extremitäten: Shuntarm links, deutlich dilatierter Shunt, rechter Arm: multiple Defekte bei Pergamenthaut

Ödeme: keine

Neuro: wach, zur Situation nicht orientiert, kein Hinweis für fokale neurologisches Defizit

#### EKG bei Aufnahme

SR, HF 94/min, LT, PQ 200 ms, QRS 90 ms, QTc 110%, RS-Umschlag V3-V4, vorbeschriebene T-Negativierungen in I, II, aVL, V4-V6

#### Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie vom 18.03.2017

Großes Ulcus im Bulbus duodeni Forrest IIc. Aktuell nicht blutend. Empfehlung: Pausierung von Aspirin heute und morgen. Heute und morgen Flüssigkost. Ab Montag Aspirin weiter und Beginn einer Eradikationstherapie mit Amoxicillin und Clarithromycin sowie PPI in doppelter Standarddosierung für eine Woche. Dann vorerst PPI in einfacher Standarddosierung weitergeben. Eine Kontroll-Gastroskopie ist bei stabilem Verlauf prinzipiell nicht erforderlich.

#### Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie vom 20.03.2017

Ösophagusschleimhaut regelrecht, im Bereich der Z-Linie Refluxoesophagitis I. Grades, keine Hiatushernie. Im Magen kein Blut, Schleimhaut leicht fleckig gerötet, keine Ulcerationen, Pylorus konzentrisch, Bulbuseingang unauffällig, im Bereich der Bulbusspitze zum Bulbusausgang hin ca. 2cm großes, fibrinbelegtes Ulcus, aktuell ohne Blutungssignata, postbulbäres Duodenum unauffällig. Es werden PE's aus Antrum und Korpus für die Histologie entnommen. Re-ÖGD vor TAVI empfohlen, so lange doppelte Standard-Dosis PPI.

#### Histologie

1. u. 2. (PE Antrum u. Corpus ventriculi) Chronische, nicht aktive, nicht atrophe, antral betonte, chemisch reaktive Gastritis mit mäßiger Belegzellhyperplasie der Korpusschleimhaut und mehreren eingefassten Korpusdrüsenzysten. Ad 1. u. 2.: Kein Anhalt für Dysplasie oder Malignität. Der Dixon-Reflux-Score beträgt über 10 als Hinweis auf eine chemisch-reaktive (medikamentös-toxische) Gastritis, z.B. im Rahmen einer NSAR-ASS-Medikation oder eines Gallerefluxes. Kein Nachweis von Helicobacter pylori. N. klin. Angaben besteht ein Ulcus duodeni Forrest III.

#### Neurologisches Konsil vom 21.03.17 (OÄ Dr. Luz)

Stationäre Übernahme aus dem Herzzentrum mit OGI bei großem Ulcus duodeni unter ASS und Clopidogrel nach Stents bei KHK, vorangegangen peritrochantäre Femurfraktur rechts, operiert am 10.01.17.

Soziale Situation: Patient lebt alleine, 42 Stufen zur Wohnung, Schwester in Zürich.

Psychischer Befund: Patient wach, zur Person gut, ansonsten teilorientiert, im Kontakt freundlich zugewandt, erschöpft, Sturzhergang wird nicht erinnert. Schlaf subjektiv gut.

Neurostatus: Unauffälliger Hirnnervenstatus, Dysarthrie (obere Zähne fehlen), Armhalte- und Finger-Nase-Versuch seitengleich, Beinhalteversuch einzeln seitengleich. Im Liegen keine umschriebenen Paresen.

Empfehlung: Weitere Aktivierung und Mobilisierung im Rahmen einer GFK, Wiederaufnahme von ASS ab 22.03.17, Re-Gastro, Eradikationstherapie, 3x wöchentlich Dialyse bei terminaler Niereninsuffizienz. Häusliche Versorgung/Pflegeheimplatz.

### Labor

Labor bei Aufnahme: Erythrozyten 2,1 Mio, Hb 6,3g/dl, HKT 20,3, MCV 99,0, Kreatinin 2,90 bei GFR 18,87, CRP 37,9mg/l, Glucose 119mg/dl, übrige Parameter BB, Gerinnung, Natrium, Kalium, GPT, YGT normal.

Labor vor Entlassung: Erythrozyten 3,0 Mio, Hb 8,9g/dl, HKT 28,2, Kalium 6,5, Natrium 134, Kreatinin 3,54 bei GFR 14,82, CRP 7,5mg/l.

MRSA Abstrich Nase negativ. TSH basal 1,41.

### Konsile

Geriatrische Depressionsskala 10 von 15 Punkten.

Minimental Statustest 21 von 30 Punkten.

Mobilitätstest nach Tinetti: initial Balancescore 9 von 16, Gangscore 9 von 12, Gesamtscore 9 von 28, vor Entlassung Balancescore 11 von 16, Gangscore 9 von 12, Gesamtscore 20 von 28.

Timed Up an Go: Initial 28 Sekunden am Rollator, bei Entlassung 19 Sekunden am Rollator.

### Verlauf

Herr A. wurde uns aus dem Herz-Zentrum Bad Krozingen überwiesen mit Hämatemesis sowie Teerstuhl in der Vormacht. Notfallgastroskopisch zeigte sich ein großes, ca. 1/3 der Circumferenz umfassendes Ulcus im Bulbus duodeni, aktuell nicht blutend. Wir pausierten ASS über 2 Tage, gaben hochdosiert PPI iv und transfundierten 4 Erythrozytenkonzentrate.

In der Kontrollgastroskopie dann Darstellung einer Refluxösophagitis 1. Grades, das Ulcus nun fibrinbelegt, ca. 2cm groß ohne Blutungsstigmata. Im weiteren Verlauf erfolgte schonender Kostaufbau, wir entschieden uns gegen eine Eradikation bei fehlendem Nachweis von HP. Unter adäquat ansteigendem Hb bei schon bekannter renaler Anämie sahen wir keine Indikation für eine erneute gastroskopische Kontrolle.

Herr A. wurde in die geriatrische Frühkomplexrehabilitation aufgenommen mit befundadaptierter KG, Ergotherapie und Logopädie. Der weitere Verlauf gestaltete sich unproblematisch, bis zur Entlassung war Herr A. selbständig am Rollator mobil.

Bezüglich der Vorgeschichte verweisen wir auf den Brief der Kollegen des Herz-Zentrums Bad Krozingen, dort war der Pat. u.a. zur Evaluation der als hochgradig beschriebenen Aortenklappenstenose, diese wurde dort als mittelschwer angesehen, aktuell ohne Interventionsbedarf. Zusätzlich erfolgte dort eine Koronarangiographie mit Darstellung einer KHK-2-GE und folgend einem Stent.

Empfehlenswert wäre eine Re-Evaluation der Aortenklappenstenose in ca. 3 Mon., bei Progredienz ggf. dann Wiedervorstellung zum Katheter-gestützten Aortenklappenersatz mittels TAVI.

Bei schon bekanntem infrarenalen Bauchaortenaneurysma wurde im HZ zusätzlich ein Aortenaneurysma vom Bogen/Aorta descendens bis zum thorakoabdom. Übergang mit 6cm Größe, teiltrombost, diagnostiziert, hier in Würdigung des Alters des Pat. und der Komorbiditäten die Indikation für eine konservative Therapie gesehen. Sollte eine TAVI im Verlauf notwendig werden, wäre der Zugangsweg transapikal statt transfemorale.

Nach bei uns insg. unproblematischem Verlauf konnten wir den bisher alleine in einer Wohnung in Freiburg lebenden Pat., wo er 42 Treppenstufen bewältigen musste, aber zuletzt dazu nicht mehr in der Lage war, letztlich wieder in Ihre hausärztliche Betreuung entlassen, nun allerdings mit Organisation eines Pflegeheimplatzes im Johannisheim in der Kartäuserstrasse in Freiburg. Ein Antrag auf Betreuung wurde gestellt. Zwei Tage vor Entlassung entwickelte Herr A. eine Spannungsblase am re. Fußrücken unter zu eng gestellten Sandalenriemen, mit Entlassung schon verbessert, bitte Verlaufsbeobachtung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Hartmut Ehrle-  
Anhalt  
Chefarzt

Dr. med. Susanne Luz  
Oberärztin

  
Dr. med. Michael Strüh  
Facharzt

weitere Empfänger:

Karlheinz Argast, 79098 Freiburg  
Patientenakte