

004976334023269

EW

New Patient



**UNIVERSITÄTS  
FREIBURG BAD KROZINGEN  
HERZZENTRUM**

Universitäts-Herzzentrum Freiburg - Bad Krozingen  
Südring 15 · 79189 Bad Krozingen  
Nierenzentrum Freiburg  
Dres. med. Th. Watter/E. Schwerfeger/  
PD Dr. med. J. Donauer  
FÄ Innere Medizin/Nephrologie  
Konrad-Goldmann-Str. 5  
79100 Freiburg

Bad Krozingen  
Klinik für Kardiologie und Angiologie II  
Klinische Kardiologie  
Station 2D  
Abteilungs-Chefarzt  
Dr. med. Michael Gick

Telefon +49 7633 402-0  
Telefax +49 7633 402-3269  
michael.gick@  
universitaets-herzzentrum.de

18. März 2017 Iuen-sonn

N/ Herrn Karlheinz Argast, Kaiser-Joseph-Str. 278, 79098 Freiburg

**Vorläufiger Arztbrief**

Herrn Karlheinz Argast, \* 01.04.1932  
Kaiser-Joseph-Str. 278, 79098 Freiburg  
Stationärer Aufenthalt vom 09.03.2017 bis 18.03.2017

Sehr geehrter Herr Kollege Watter,

nachfolgend berichten wir Ihnen über die stationäre Behandlung von Herrn Argast, der sich zur kardialen Abklärung bei hochgradiger Aortenklappenstenose in unserem Haus befand.

**Kardiovaskuläre Diagnosen:**

- **Aktuell:** Koronare 2-Gefäßerkrankung:  
Höhergradige Stenosen des proximalen Ramus interventricularis anterior und der proximalen sowie mittleren Arteria coronaria dextra:
  - PTCA am 16.03.2017: Intervention an LAD 6, 1 Stent
- **Aktuell:** Mittelschwere Aortenstenose (maximale Flussgeschwindigkeit 3,8 m/sec, mittlerer Druckgradient 32 mmHg, Geschwindigkeitsquotient 3,8, berechnete Aortenöffnungsfläche 1,0 cm<sup>2</sup>), geringe Insuffizienz
- **Aktuell:** Aortenaneurysma vom Bogen/Aorta descendens bis zum thorakoabdominellen Übergang mit einer Größe von bis zu 6 cm, teiltrombosiert, konservative Therapie
- **Aktuell:** Vorbefundlich infrarenales Bauchaortenaneurysma, maximale Weite 42 mm (05/2014), aktuell bis 4,4 cm
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) Stadium Fontaine I, Rutherford 0

**Kardiovaskuläre Risikofaktoren:**

- Hypercholesterinämie

Universitäts-Herzzentrum  
Freiburg - Bad Krozingen GmbH  
Südring 15  
79189 Bad Krozingen  
Telefon +49 7633 402-0  
Telefax +49 7633 402-9908  
www.universitaets-herzzentrum.de

Träger: Universitätsklinikum Freiburg AG  
Benedikt Krutz, Rehabilitationszentrum für  
Herz- und Kreislauferkrankungen Bad Krozingen e.V.  
Aufsichtsrat: Volker Kleber (Vorsitzender)  
Geschäftsführung:  
Ärztlicher Direktor Prof. Dr. h.c. mult. Jörg Rüdiger Biewert,  
Kaufmännischer Direktor Bernd Sarner

Antisgericht:  
Freiburg im Breisgau  
HRB 707316  
Sitz der Gesellschaft Freiburg  
IK 280893450  
UST-ID-Nr.: DE279721109

004976334023269

Seite 2 von 4

Karlheinz Argast, \* 01.04.1932

- Arterielle Hypertonie

**Weitere Diagnosen:**

- Mediale Schenkelhalsfraktur rechts nach Sturz: Minimalinvasive Implantation einer Hybrid-Hüft-TEP rechts am 18.01.2017 (Loretto-Krankenhaus Freiburg)
- Terminale Niereninsuffizienz: Chronische Nierenersatztherapie seit 03/2013, Dialyse Montag, Mittwoch, Freitag
- Hypertensive vaskuläre Nephrosklerose
- Sekundärer Hyperparathyreoidismus
- Renale Anämie
- Monoklonale Gammopathie ohne Anhalt für Befundprogredienz
- Urämische Ichthyosis

**Allergien/Unverträglichkeiten:**

- Keine bekannt

**Medikamentöser Therapieversuch bei Verlegung:**

Wirkstoff	Präparat	Stärke	morgens	mittags	abends	nachts	Bemerkung
Clopidogrel (sulfat)	Plavix	75 mg	1	0	0	0	Für 6 Monate
Acetylsalicylsäure	Aspirin protect	100 mg	1	0	0	0	lebenslang
Simvastatin	SimvaHexal	10 mg	0	0	1	0	
Calciumdiacetat	Calciumacetat-Nefro	950 mg	0	1	0	0	

**Prozedere:**

Einnahme von ASS 100 mg lebenslang.

Clopidogrel 75 mg täglich für 6 Monate.

Reevaluation des Schweregrades der Aortenklappenstenose in drei Monaten, bei Befundprogredienz Wiederaufnahme zum kathetergestützten transapikalen Aortenklappenersatz möglich  
 Konservatives Prozedere bezüglich der Aneurysmata empfohlen

**Anamnese:** Herr Argast wird aktuell aus dem Parkklinikum Bad Krozingen zugewiesen zum TAVI-Screening bei bekannter hochgradiger Aortenklappenstenose. Im Parkklinikum war Herr Argast im Rahmen der Anschlussheilbehandlung nach operativer Versorgung einer Hüftfraktur rechts nach Sturz. Der Patient selbst ist sich nicht sicher, wie er aktuell in unsere Klinik gekommen ist und von wo er kam. Auch auf gezielte Nachfrage kann der Patient sich nicht erinnern, eine Operation der Hüfte sowie eine Anschlussheilbehandlung gehabt zu haben. Beschwerden wie Dyspnoe, thorakale Schmerzen, Schwindel oder Synkopen werden verneint. Subjektiv hat der Patient bei geringer Belastung bereits eine Luftnot (NYHA III). Herr Argast gab an, eine Schwester in Zürich zu haben, die jedoch keine Vorsorgevollmacht beziehungsweise Betreuung für ihn habe. Er weiß jedoch, dass er drei Tage in der Woche zur Dialyse geht. Ob er noch in seiner bisherigen Wohnung lebe, die im dritten Stock liegt und ohne Treppenlift ausgestattet sei, ist ihm nicht bewusst. Er vermutet, dass er nicht mehr in dieser Wohnung wohne.

**Medikation bei Aufnahme:** Simvastatin 10 mg 0-0-1, Calcet 950 mg 0-1-0 (an nicht-Dialysetagen), Melperon Saft 5 ml zur Nacht bei Bedarf.

**Körperlicher Untersuchungsbefund bei Aufnahme:** 83-jähriger Patient in reduziertem Allgemeinzustand und gutem Allgemeinzustand (86 kg, 177 cm, BMI 21,1 kg/m<sup>2</sup>). Cor: Systolikum mit Punctum maximum über dem 2. Interkostalraum rechts parasternal, keine Fortleitung in die Karotiden oder die Axil-



004976334023269

Seite 3 von 4  
Karlheinz Argast, \* 01.04.1932

la. 2. Herztöne rein. Herzschlag rhythmisch. Pulmo: Vesikuläres Atemgeräusch beidseits. Links leiser als rechts. Sonorer Klopfeschatz beidseits. Abdomen: Regelrechte Darmgeräusche, Abdomen weich, keine Druckdolenz. Unterschenkel rechtsseitig mit minimalem Ödem, linksseitig schlank. Dialyseshunt in der linken Ellenbeuge, deutlich dilatiert. Der Patient ist auf Stationsebene am Rollator mobil. In Ruhe keine Dyspnoe, nach kurzer Gehstrecke Belastungsdyspnoe.

**EKG bei Aufnahme:** Sinusrhythmus, Herzfrequenz 76/min. PQ-Zeit in der Norm. Linksbündeltyp. Regelrechte R-Progression über der Brustwand. R/S-Umschlag in  $V_2$  vollzogen. QRS 90 ms. Präterminale T-Negativierung in I, II, aVL,  $V_3 - V_6$ . ST-Streckenhebung aus dem tiefen S kommend in  $V_2$ . Zeichen der Linksherzhypertrophie.

**Transthorakale Echokardiographie am 09.03.2017:** Gering dilatierte linker Ventrikel (enddiastolisch 56 mm, endsystolisch 44 mm), gering diffus beeinträchtigte Funktion (Ejektionsfraktion geschätzt 40-45 %). Septum stark (16 mm), Hinterwand mittelgradig (12 mm) verdickt. Normal großer rechter Ventrikel, normale Funktion. Linker Vorhof gering (45 mm), rechter Vorhof gering dilatiert. Aortenklappe verkalkt, mittelschwere Stenose (maximale Flussgeschwindigkeit 3,8 m/sec, mittlerer Druckgradient 32 mmHg, Geschwindigkeitsquotient 3,8, berechnete Aortenöffnungsfläche 1,0  $\text{cm}^2$ ), geringe Insuffizienz. Mitralklappenring verkalkt, Mitralklappe verkalkt, geringe Stenose (mittlerer Druckgradient 5 mmHg), geringe Insuffizienz. Geringe Trikuspidalinsuffizienz. Mittelgradige pulmonale Hypertonie (berechneter systolischer Pulmonalarteriendruck 55 mmHg). Vena cava inferior nicht gestaut. Kein Perikarderguss.

**Röntgen-Thorax in zwei Ebenen am 10.03.2017:** Es liegen keine Voruntersuchungen zum Vergleich vor.

Links betont vergrößertes Herz. Mittelständiges Mediastinum. Deutliche Aortensklerose. Mäßige (chronische) Stauungszeichen. Keine Pleuraergüsse, keine floriden Infiltrate. Zwerchfellhochstand links. Das obere Mediastinum zeigt eine rechtsseitige Verbreiterung ventral mit hier kalzifizierten Anteilen, in erster Linie deutliche Struma. Narbige Veränderungen und Belüftungsstörungen basal beidseits. Degenerative Veränderung der BWS. Mamillenschatten rechts basal.

**Computertomographie am 13.03.2017:** Vor geplantem interventionellem Aortenklappenersatz ergeben sich die oben genannten Messwerte. Der Anulusdiameter beträgt 25,50 mm.

Im Falle eines transfemorale Vorgehens wäre bezüglich der Diameter ein Vorgehen über beide Seiten möglich, zu beachten sind die ausgeprägten Kalzifikationen.

Teilthrombosierte Aortenaneurysma vom Bogen/Aorta descendens (bis 6 cm) beginnend bis zum thorakoabdominellen Übergang, weiteres teilthrombosierte Aortenaneurysma infrarenal (bis 4,4 cm). Bilaterale Pleuraergüsse. Stauungszeichen.

**Koronarangiographie am 14.03.2017:** Katheterbefund (via Arteria radialis rechts, deutliches Kinking der Arteria subclavia, Passage mit hydrophil-beschichtetem Draht): Koronare 2-Gefäßerkrankung, höhergradige Stenosen des proximalen Ramus interventricularis anterior und der proximalen sowie mittleren Arteria coronaria dextra. Massive Verkalkungen aller Gefäße.

**Koronarangiographie am 16.03.2017:** Schriftlicher Befund folgt.

**Labor:** Siehe beigelegte Kopie. Erwähnenswert: Gesamtcholesterin 135 mg/dl, LDL-Cholesterin 78 mg/dl, HDL-Cholesterin 50 mg/dl, Triglyzeride 80 mg/dl, Kreatinin 2,85 mg/dl, Kalium 4,5 mmol/l.

#### **Zusammenfassende Beurteilung:**

Die Aufnahme erfolgte bei oben genannter Anamnese zum TAVI-Screening bei bekannter hochgradiger Aortenklappenstenose.

Seite 4 von 4

Karlheinz Argast, \* 01.04.1932

In der Echokardiographie stellte sich die ambulant als hochgradig beschriebene Aortenklappenstenose in unserem Haus als mittelschwere Stenose in Kombination mit einer geringen Insuffizienz dar. Daher bestand zum aktuellen Zeitpunkt keine Indikation für einen Aortenklappenersatz.

Die linksventrikuläre Pumpfunktion zeigte sich beeinträchtigt mit einer Ejektionsfraktion von zirka 45 %.

In der Koronarangiographie konnte eine 2-Gefäßerkrankung dargestellt werden.

Die Untersuchungsbefunde wurden in unserem interdisziplinären Kolloquium besprochen und die Empfehlung zur interventionellen Behandlung der 2-Gefäßerkrankung ausgesprochen.

Es erfolgte die Stent-Implantation gestern. Noch kein Befund vorliegend. Aktuell unter doppelter Plättchenhemmung mit ASS und Clopidogrel.

Wir empfehlen ambulant die Reevaluation des Schweregrades der Aortenklappenstenose in drei Monaten. Sofern sich eine Progredienz der Stenose feststellen lassen sollte, kann eine Wiederaufnahme zum kathetergestützten transapikalen Aortenklappenersatz erfolgen.

Das vorbekannte infrarenale-Bauchaaortenaneurysma zeigte sich in der Computertomographie größtenteils konstant im Vergleich zum Jahr 2014 (aktuell bis 4,4 cm), zudem zeigte sich ein teiltrombosiertes Aortenaneurysma vom Bogen/Aorta descendens (bis 6 cm) beginnend bis zum thorakoabdominellen Übergang. Auf Grund des Alters des Patienten und erheblicher Komorbidität ist eine konservative Therapie indiziert. Ein kathetergestützter Aortenklappenersatz wäre grundsätzlich nicht transfemorale, sondern transapikal zu empfehlen.

Am 18.03.2017 ergab sich der Verdacht einer oberen gastrointestinalen Blutung mit relevanten Hb-Abfall und zunehmender Instabilität. In Rücksprache mit Ihnen erfolgte die umgehende Verlegung zur Gastroskopie.

Wir danken für die schnelle Übernahme und verbleiben

mit freundlichen kollegialen Grüßen

OA Dr. med. J. Rothe  
FA Innere Medizin/Kardiologie

  
N.-S. Lünstedt  
Assistenzärztin

Anlagen