



Universitäts-Notfallzentrum
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. S. Fichtner-Fleigl
Telefon +49 (761) 270-33259
Fax +49 (761) 270-33255
notfallzentrum@uniklinik-freiburg.de
www.uniklinik-freiburg.de/unz

Freiburg, 20.10.2018

Emmy Biasel, 23.01.1937, PIZ 11057888
Saalenberg 9, 79294 Sölden

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Wir berichten Ihnen über die Vorstellung der o.g. Patientin, die sich vom
19.10.2018 bis 20.10.2018 in unserer Notaufnahme befand.

Diagnosen

Diffuse Abdominalschmerzen
- CT-morphologisch kein eindeutiges Korrelat
- Endoskopische Abklärung im Verlauf empfohlen
Niereninsuffizienz, a.e. chronisch

Vorerkrankungen

Demenz a.e. bei Mikroangiopathie
Z.n. Transversumkarzinom 2006
Z.n. Appendektomie offen
Depression
Z.n. TIA 07/2015
Herzinsuffizienz NYHA III
Arterielle Hypertonie
VHF

- Schrittmacher-Implantation am 28.10.15 bei symptomatischer Asystolie von 6,5 Sekunden bei
SA-Block/Sinustrast, Sinusbradycardie bis 37/min
oAggregat: Boston Scientific Atrua 2 DR
oModus: DDD/S 60-130/min
oPerioperativ Blutdruckabfall mit Supratenin-Gabe, Anschluss Perikarderguss
- intermittierende Tachyarrhythmie bei ED Vorhofflimmern
oCHA2DS2-VASc-Score: 6 Punkte
- Gute systolische linksventrikuläre Funktion

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG - Ansatz des öffentlichen Rechts - Sitz Freiburg
Aufsichtsrat Vorsitzender: Min. Staatsminister Dr. h.c. mult. Jörg Rüdiger Sievert (Vorsitz)
Vorstand Leitender Arztlicher Direktor: Prof. Dr. h.c. mult. Jörg Rüdiger Sievert (Vorsitz)
Stellvertreter Leitender Arztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. Rainer Schmölzen
Kaufmännischer Direktor: Dipl.-Verwaltungswirt (FH) Bernd Sanner
Dekan (kommissarisch): Prof. Dr. Norbert Südkamp
Pflegedirektor: Helmut Schiffer

Bankverbindung
Sparkasse Freiburg-Nördlicher Breisgau
IBAN DE08 6805 0101 0002 0044 05
BIC FRSFDE66
www.uniklinik-freiburg.de

WIR
ÜBERWINDEN
GRENZEN

·Koronarangiographie vom 19.10.2015:

·Ausschluss hämodynamisch relevanter Koronarstenosen.

·Slow flow in LAD, RCA und LCX bei Bradykardie

·Beginnende Ektasie der Aortenwurzel (ca. 41mm) und der Aorta ascendens (ca. 40mm)

Nachweis eines alten Grenzzoneninfarktes rechts-frontal im cCT

Aktuelle Anamnese: Vorstellung über den häuslichen Notdienst / Rettungsdienst mit

rezidivierendem Erbrechen und abdominalen Schmerzen.

Patientin bei vorbekannter Demenz nur zur Person orientiert, verneint selbst Schmerzen.

Übelkeit und Erbrechen die letzten Tage unklar seit wann, keine Diarrhoe, Stuhlgang

unauffällig, keine Dysurie.

Vorausgehend stationäre Behandlung vom 25.09. bis 16.10. in der Ameos-Klinik Bischoffingen
bei Gastroenteritis & Exsikose. Pathogene Keime inkl. Norovirus, Campylobacter & Clostridien
waren dort nicht nachweisbar. Im Anschluss bei eingeschränkter Fähigkeit der
Selbstversorgung Unterbringung im Pflegeheim Katharina Egg, bisher nicht gesetzlich betreut

Medikation:

Xarelto 15mg 1-0-1

Bisoprolol 2,5mg 1-0-1

Citalopram 20mg 1-0-0

Torem 20mg 1-0-0

Candesartan 8mg 1-0-1

Meperon 5mg/ml b.B.

Befund: stabiler AZ, adipöser EZ

abd geböhrt aber weich, reizlose Narben, keine Abwehr kein Peritonismus, träge DG, kein

Nierenlagerkopfschmerz

während der Sonographie immer wieder unspezifisch Schmerzen geäußert, auf Nachfrage

keine Schmerzen

sonographie bei deutlicher Luftüberlagerung und Adipositas deutlich eingeschränkt, soweit
beurteilbar keine FF in den Pouches oder im Douglas, Kolonrahmen stuhliggefüllt, Nieren kaum
beurteilbar, soweit einsehbar nicht gestaut, HB wenig gefüllt

Bildgebung: CT Abdomen:

Zum Vergleich liegen keine Voraufnahmen vor.

Regelrechte Kontrastierung der Pfortader, keine Cholestase. Mehrverfettung loco typico.

Ansonsten keine fokalen Leberläsionen. Kein röntgendichtes Konkrement im Bereich der

Gallenblase. Schlanke Nebennieren beidseits. Pankreas und Milz unauffällig. Keine

Ileuszeichen. Keine intraabdominelle freie Luft. Keine umschriebenen intraabdominellen

Verhaltformationen. Fragliche Wandverdickung im Bereich des Colon descendens (S4B103).

Symmetrische Kontrastierung der Nieren. Kein Harnstau. Keine Nierenläsionen. Durchgängig

kontrastierte abdominale Hauptgefäße. Geringe Abgangsstenose der AMS. Deutliche

Gefäßsklerose der Aorta abdominalis und Iliakalgefäße. Uterusmyomatosis. Phlebolithen im

kleinen Becken. Partiiell mittelfasseter Elektroden eines Herzschrittmacher im rechten Ventrikel

und rechten Vorhof. Regelrechte Belüftung der kaudalen Lungenabschnitten ohne H.a.

pneumonisches Konsolidierungen. Degenerative Veränderungen der Wirbelsäule.

Stellstellung der LWS. Keine Spondylolisthese.

Beurteilung

1. Keine Ileuszeichen. Keine umschriebenen intraabdominellen Verhaltformationen.

2. Fragliche Wandverdickung im Bereich des Colon descendens (S4B103). Weitere

endoskopische Abklärung empfohlen.

Labor

19.10.2018 19:45: Leukozyten 7,77 [4,0 - 10,4 Tsd/ μ l], Thrombozyten 328 [176 - 391 Tsd/ μ l], Erythrozyten 4,35 [4,0 - 5,2 Mio/ μ l], Hämoglobin 12,8 [11,6 - 15,5 g/dl], Hämatokrit 37,6 [34,6 - 45,3 %], MCV 86,4 [80,0 - 95,5 fl], MCH (HbE) 29,4 [26,1 - 32,6 pg], MCHC 34,0 [31,9 - 35,5 g/dl], Quick 77 [70 - 130 %], Intern. norm. Ratio 1,12, PTT 35 [25,1 - 37,7 sec], Hämolyse-Index (Serum) 8, Natrium 134 [136 - 145 mmol/l], Kalium 5,3 [3,5 - 5,1 mmol/l], Calcium 2,33 [2,20 - 2,55 mmol/l], Harnstoff 55 [16,6 - 48,5 mg/dl], Kreatinin 1,52 [0,51 - 0,95 mg/dl], Glukose 144 [82 - 115 mg/dl], LDH 287 [135 - 214 U/l], CK 65 [< 170 U/l], GOT (AST) 41 [10 - 35 U/l], GPT (ALT) 35 [10 - 35 U/l], Aik. Phosphatase 84 [35 - 105 U/l], Gamma-GT 62 [< 40 U/l], Bilirubin gesamt 0,3 [< 0,9 mg/dl], Lipase 241 [13 - 60 U/l], C-reaktives Protein 24,5 [< 5 mg/l], TSH 2,42 [0,27 - 4,20 μ U/ml]

Verlauf

Patientin kaum anamnestisierbar, Fremdanamnese nur Protokoll Rettungsdienst. Bei Z.n. abdominalen Vor-OPs und unklarer Anamnese letztlich trotz Niereninsuffizienz Indikation zum CT-Abdomen, vorher Bewässerung. CT-morphologisch kein eindeutiges Beschwerdekorrelat nachweisbar, fragl. Raumforderung Colon descendens. Im Verlauf hat die Patientin reichlich abgeführt.

Procedere

Es besteht kein akuter chir. Handlungsbedarf. Wir organisieren die zeitnahe Rückverlegung ins Pflegeheim Katharian Egg.

Procedere:

- Bei fragl. Raumforderung im Bereich des Colon descendens sollte die endoskopische Abklärung erwogen werden. Dies kann ambulant erfolgen.
- Anfang der kommenden Woche sollten die Retentionsparameter verlaufs kontrolliert werden.
- Bei kurz zurückliegender Episode einer Gastroenteritis mit Exsikose sollte auf die tägliche Flüssigkeitszufuhr geachtet werden (mind. 2l tgl.), ggf. weitere gastroenterologische Abklärung.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. S. Fichtner-Fleigl

Ärztlicher Direktor

Allgemein- und Visceralchirurgie

Dr. S. Herrmann
Assistenzarzt