

Loretto-Krankenhaus · Mercyrstraße 6-14 · 79100 Freiburg

Herrn  
Dr. med. Wolfram Deißler  
Moosmattenstr. 23  
79117 Freiburg im Breisgau

**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

14.02.2018  
81800893

Dr.Sto/Dr.Ost/ro

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

**Sumser, Theresia, \* 16.09.1937**  
79102 Freiburg, Runzstr. 77-Ph

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten Ihnen über o.g. Patientin, die sich vom 08.01. bis zum 10.01.2018 bei uns in stationärer Behandlung befand.

**Diagnosen:**

Aktuell:

Cardia nahes Ulcus ventriculi Forrest Ib, 06/17  
- Transfusion von 1 EK 06/17  
- **aktuell:** Kein Ulcus mehr nachweisbar

Z.n. Lungenembolie, rezidivierende Becken- und Beinvenenthrombosen  
- Implantation eines Cavaschirms 1988  
- Duodenumperforation mit Fremdkörperulkus durch den Cavaschirm

V.a. Choledocholithiasis mit präpapillärem Konkrement

Bekannte Diagnosen:

Olekranonfraktur links, Acetabulumfraktur links, subakute subkapitale Humerusfraktur links bei Z.n. Sturz 6/2017  
- konservative Therapie  
Z.n. ICB 1988 bei hypertensiver Entgleisung  
- sensomotorisches spastisches Hemisyndrom links  
Osteoporose mit opiatpflichtigem Schmerzsyndrom  
- multiple Sinterungsfrakturen BWS  
Aortendissektion Typ A, 1991  
Z.n. Ruptur eines Aortenaneurysmas 2001  
Art. Hypertonie  
Z.n. Herpes zoster mit Neuralgie  
Z.n. PFN links 09/06  
Rezidivierende depressive Episoden

**Verlauf:**

Die stationäre Einweisung von Frau Sumser erfolgte zur endoskopischen Kontrolle nach oberer GI-Blutung bei Ulcus ventriculi im Juni 2017. Die stationäre Einweisung erfolgte Aufgrund des reduzierten AZ.

Laborchemisch bei Aufnahme normwertiges Hb. In der ÖGD zeigte sich das Ulcus inzwischen vollständig abgeheilt.

Es fiel jedoch eine Fremdkörperpenetration mit kleinem Ulcus im Duodenum auf. Der Befund war bereits 2011 im Rahmen einer ERCP aufgefallen. Im ergänzend durchgeführten CT-Abdomen Darstellung des Cava-Schirmchens, wobei eines der "Füßchen" ins Duodenum penetriert ist und ein Füßchen im Bereich der Aorta liegt.

Bei stabilen Hb-Werten sowie bei mutmaßlich schon seit Jahren bestehender Penetration/Perforation hat der Befund keine weitere therapeutische Konsequenz.

Im Abdomen-CT nebenbefundlich V.a. präpapilläres Konkrement im Gallengang. Der Befund wurde uns leider erst nach Entlassung mitgeteilt. Laborchemisch und anamnestisch bestanden keine Hinweise auf Beschwerden im Sinne einer Choledocholithiasis. Zur definitiven Klärung des Befundes mit ggfs. auch Durchführung einer ERCP kann gerne eine Wiedereinweisung erfolgen. Zuvor kann eine **ambulante Endosonografie** des DHC bei uns erfolgen (0761/7084-157).

Am 10.01.18 konnte Frau Sumser in stabilem Allgemeinzustand in Ihre weitere hausärztliche Betreuung entlassen werden.

Der Patientin wurde bei Entlassung bereits ein vorläufiger Arztbericht mitgegeben.

Medikation:	Dosis	mo	mi	ab	na	b.B	Bemerkung
Valdoxan	25 mg	0	0	2		<input type="checkbox"/>	
Atorvastatin	10 mg	0	0	1		<input type="checkbox"/>	
Esomeprazol	40 mg	1	0	1		<input type="checkbox"/>	
Amlodipin	5 mg	1	0	1		<input type="checkbox"/>	
Apixaban	5 mg	1	0	1		<input type="checkbox"/>	
Dekristol	20000					<input type="checkbox"/>	1 x pro Woche samstags
Alendronat	70 mg					<input type="checkbox"/>	1 x pro Woche dienstags
Movicol Btl.		1	0	0		<input type="checkbox"/>	
Oxazepam	5 mg				1	<input checked="" type="checkbox"/>	
Fentanyl Pflaster	70 µg					<input type="checkbox"/>	Wechsel alle 3 Tage

mo = morgens, mi = mittags, ab = abends, na = nachts, b.B. = bei Bedarf

### Anamnese:

Die stationäre Einweisung von Frau Sumser erfolgte zur Kontroll-Ösophago-Gastro-Duodenoskopie bei Zustand nach oberer GI-Blutung bei Ulcus ventriculi im Juni 2017. In Anbetracht der Vor- und Begleiterkrankungen ist eine ambulante Abklärung nicht möglich.

Frau Sumser berichtet aktuell von einem stabilen Allgemeinzustand. Im letzten halben Jahr seien jedoch immer wieder verschiedene Erkrankungen aufgetreten wie beispielsweise Hautausschläge an den Beinen und an der rechten Brust, welche aktuell wieder gebessert seien. Stuhlgang und Miktion seien unauffällig. Es bestehen keine abdominellen Schmerzen.

### Häusliche Vormedikation:

Valdoxan 25 mg 0-0-2, Atorvastatin 10 mg 0-0-1, Esomeprazol 40 mg 1-0-0, Amlodipin 5 mg 1-0-1, Apixaban 5 mg 1-0-1, Dekristol 20000 I.E. 1 x pro Woche samstags, Alendronat 70 mg 1 x pro Woche dienstags, Movicol Btl. 1-0-0, Oxazepam 10 mg 1/2 Tbl. zur Nacht bei Bedarf, Fentanyl Pflaster 70 µg pro Std. Wechsel alle 3 Tage

### Körperlicher Untersuchungsbefund:

80-jährige Patientin in eingeschränktem Allgemeinzustand bei Hemiparese links und normgewichtigen Ernährungszustand, wach und voll orientiert. Orale Schleimhäute reizlos. Herztöne rein und rhythmisch, normofrequent. Vesikuläres Atemgeräusch über allen Lungenabschnitten, seitengleich belüftet. Abdomen weich, Darmgeräusche vorhanden und unauffällig, kein Druckschmerz, keine Resistenz. Bekannte Hemiparese links, ansonsten orientierend unauffällig.

RR 150/70 mmHg, Puls 81/min., Körpertemperatur 36,3° C, Sauerstoffsättigung unter Raumluft 94 %.

### EKG:

Sinusrhythmus, Frequenz 75/min., Linkslagetyp, RS-Umschlag in V2/V3. Keine Erregungsrückbildungsstörungen.

**Labor:**

Die Laborwerte entnehmen Sie bitte den beigefügten Befundkopien.

**Röntgen Thorax:**

In 2 Ebenen vom 08.01.18:

VA vorliegend vom 15.06.2017 (IDR Freiburg).

Seitengleiche Belüftung des Lungenparenchyms. Keine Stauung, keine Infiltrate, kein Pleuraerguss. Normale Herzgröße ohne Dekompensationszeichen (HTQ 15/31,5 cm). Unauffällige Hilus- und Mediastinalkonfiguration. Tracheobronchial- und Aortensklerose. Sternae Drahtcerclagen.

**Ösophago-Gastro-Duodenoskopie:**

10.01.2018:

**Ösophagus:** Hiatus und gastroösophagealer Übergang scharf begrenzt bei 40 cm ab Zahnreihe. Schleimhaut des Ösophagus unauffällig. Normale Motilität.

**Magen:** Unauffällige Falten von Corpus und Fundus, Magensaftsekret mit Tracheobronchialsekret vermengt. Schleimhaut im Magen normal. Konzentrisch durchschnürende Peristaltik. Pylorus unauffällig.

**Duodenum:** In der tiefen Pars 2/Pars 3 duodeni penetriert ein nadelartiger Fremdkörper die Duodenalwand und unterhält ein fibrinbedecktes Ulkus von etwa 6-7 mm Durchmesser. Sonst normale Schleimhaut und Falten mit normaler Peristaltik.

**Therapie:** Kurzer Versuch der Mobilisation des Fremdkörpers, was nicht gelingt.

**Diagnose:** 1. Fremdkörper/Nadelpenetration durch die tiefe Pars 2/Pars 3 duodeni mit Fremdkörperulkus

**Biopsien:** Keine

**Procedere:** Pantozol 40 mg 1-0-1, CT Abdomen/CT Angio zum Ausschluß einer Komplikation

**CT:**

Abdomen mit KM vom 09.01.18:

1. Perforation einer Strebe des einliegenden Cavaschirms ins Duodenums.
2. Verschluss der der V. cava inferior unterhalb des Cavaschirms. Venöse Drainage über die V. ovarica bds.
3. V.a. präpapilläres Konkrement im DHC.

Mit freundlichen Grüßen

h.



Dr. med. Konrad van Aaken  
Kommissarischer Leiter

Thomas Backhaus

Dr. med. Thomas Backhaus  
Oberarzt



Matthias Osthof  
Assistenzarzt