

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

19.09.2018
81816246

Frau Dr. Schäfer/gu

Strasser, Heinrich, * 13.10.1929
79102 Freiburg, Runzstr. 77

**Innere Ambulanz/
Sekretariat**
Sieglinde Hauptmann
Tel.: 0761/ 7084-157

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten Ihnen über o.g. Patienten, der sich vom 05.07.2018 bis zum 10.07.2018 bei uns in stationärer Behandlung befand.

Sprechstunde
Dr. med. K. van Aaken
nach tel. Voranmeldung
Tel.: 0761/ 7084-157

Diagnosen:

Aktuell:

Erneute transfusionspflichtige hypochrome, mikrozytäre Anämie
- DD bei multiplen Angiodysplasien

Endoskopie
nach tel. Voranmeldung
Tel.: 0761/ 7084-157

ANV

- prärenal Genese bei Exsikkose, unter diuretischer Therapie
- Harnwegsinfekt mit Nachweise von Enterobacter aerogenes

Diensthabender Arzt
Tel.: 0761/ 7084-4211

Vorerkrankungen:

Rezidivierende transfusionspflichtige Anämie mit/bei

- Angiodysplasien im Duodenum, APC-Behandlung am 30.09.16
- Angiodysplasie im C. ascendens, APC-Behandlung am 05.10.16
- Angiodysplasien im Duodenum sowie im Magencorpus
APC-Behandlung am 13.02.17
- kleine Angiodysplasie im Colon, APC-Behandlung am 14.02.17

**Station Inn. Med.
Bereich 1**
Tel.: 0761/ 7084-280

Hepatopathie unklarer Genese

- DD bei Sprue, DD medikamentös

**Station Inn. Med.
Bereich 2**
Tel.: 0761/ 7084-282

Refluxösophagitis Grad B, erosive Antrumgastritis 10/16

Sprue, ED 12/2012

- V.a. diätetische Malcompliance

**Station Inn. Med.
Bereich 3**
Tel.: 0761/ 7084-284

V.a. Koronare Herzkrankheit

- Akinesie inferobasal wie nach Infarkt

Dilatative Kardiomyopathie, ED 04/2012

- Gering reduzierte systolische linksventrikuläre Funktion (EF: 45-50 %, 08/2012)
- kardialer Dekompensation 10/16
- Kardiale Dekompensation mit großem Pleuraerguss re. 02/2017
 - Pleuradrainage re. am 08.02.17 (1550 ml Pleurapunktat)
 - Pleurapunktion am 15.02.2017 (1000 ml)

Permanentes Vorhofflimmern, ED 06/2010

- Orale Antikoagulation abgesetzt bei rezidivierender transfusionspflichtiger Anämie

Pulmonal-arterielle Hypertonie Grad II

PAVK:

- Z. n. Unterschenkelamputation links 1996 mit rez. Phantomschmerz
- Z. n. Stentimplantation A. femoralis rechts 2004
- Z. n. Ballondilatation der A. femoralis und A. poplitea rechts 03/2012
- Z. n. DII-Amputation am rechten Fuß 07/2012
- Z.n. Ballonangioplastie distale AFS und P2-Segment von A. poplitea am 05.02.2015
- Z.n. Amputation Dig. III-V rechter Fuß am 06.02.2015
- Z.n .DCB-PTA distale AFS, DES-PTA proximale AFS
- Chronische Wunde am rechten Vorfuß

Infrarenales Bauchaortenaneurysma (3 cm)

Poplitealaneurysma Segment PI

Erster generalisierter Krampfanfall 10/2017

Chronische Niereninsuffizienz Stadium 2

Skoliose

CVRF:

- Arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2
- Hyperlipidämie
- Ex-Nikotinabusus

Allergien/Unverträglichkeiten:

Keine

Verlauf:

Die stationäre Aufnahme des Patienten erfolgte aufgrund einer erneuten ausgeprägten Eisenmangelanämie mit einem Hb-Wert von 5,5 g/dl bei Aufnahme. Der Patient war bei Aufnahme hämodynamisch stabil, klinische Zeichen eines Blutverlustes konnten aktuell und auch anamnestisch nicht eruiert werden.

Nach Aufklärung des Patienten erfolgte eine Transfusion von 2 Erythrozytenkonzentraten und es erfolgten ebenfalls intravenöse Eisengaben, insgesamt 1000 mg Ferinject. Hierunter stieg im Verlauf der Hämoglobingehalt auf 8 g/dl an.

Der Patient war weiterhin beschwerdefrei, Teerstuhl oder Blut im Stuhl, Bluterbrechen trat nicht auf.

Gastroskopisch zeigten sich Angiodysplasien im Bulbus duodeni und in der Pars II duodeni, die aktuell jedoch nicht bluteten.

Die Eisenmangelanämie führen wir am ehesten auf das Vorhandensein multipler Angiodysplasien sowohl im oberen als auch im unteren gastrointestinalen Trakt zurück.

Aufgrund der fehlenden Blutungszeichen sowie des multiplen Auftretens der Angiodysplasien wurde aktuell auf eine APC-Behandlung verzichtet.

Sollte es im weiteren Verlauf zu einer erneuten Blutungsanämie beziehungsweise erneute Blutungszeichen auftreten, kann natürlich jederzeit eine Wiedervorstellung erfolgen und eine endoskopische Intervention nachgeholt werden.

Die im Rahmen der Exsikkose zu wertende akute Verschlechterung der Nierenfunktion besserte sich unter forcierter Volumengabe und nach Pausieren der diuretischen Therapie.

Bei Vorliegen eines Harnwegsinfektes mit Nachweis von Enterobacter aerogenes wurde eine Therapie mit Ciprofloxacin über 5 Tage begonnen. Diese bitten wir im ambulanten Bereich, wie unten aufgeführt, fortzusetzen.

Wir entließen Herrn Strasser in stabilem Allgemeinzustand am 10.07.2018 ins häusliche Umfeld. Dem Patienten wurde bei Entlassung bereits ein vorläufiger Arztbrief mitgegeben.

Medikationsplan

Wirkstoff	Handelsname	Einheit	Form	mo	mi	ab	na	Bedarf
Pantoprazol-Natrium	PANTOPRAZOL-PUREN 20mg Tabl		TBL	1		1		

Wirkstoff	Handelsname	Einheit	Form	mo	mi	ab	na	Bedarf
Bisoprololfumarat	BISOHEXAL 5mg Filmtabl		TBL	1/2				
Torasemid	TORASEMID HEXAL 10mg Tabletten		TBL	4				
Hinweis: aktuell pausiert								
Spironolacton	SPIRONOLACTON 50mg Tabl		TBL		1			
Hinweis: aktuell pausiert						1		
Simvastatin	SIMVAHEXAL 40mg Filmtabl		TBL		1/2			
Folsäure	FOLSÄURE RATIOPHARM 5.0mg Tabl		TBL					
Gabapentin	GABAPENTIN HEXAL 400mg Hartkaps		KPS	2	1	1	2	
Oxycodon-HCl	OXYCODON HCL RATIOPHARM 5mg Retardtabl		TBL	1			1	
Calciumcarbonat / Vitamin D 3	CALCIUM D3 RATIOPHARM 600mg/400 IE Brausetbl		TBL		1			
Kaliumchlorid / Macrogol / Natriumchlorid	MOVICOL BEUTEL Pulver		BTL	1				
Metamizol-Na	NOVAMINSULFON-RATIO 500mg/ml 50ml Tropfen		FL.					30°
Hinweis: bei Schmerz bis zu 4x/d								
Oxycodon-HCl	OXYGESIC AKUT 5mg Hartkaps		KPS					1
Hinweis: bei Schmerz bis zu 3x/d								
Ciprofloxacin-HCl	CIPROHEXAL 250mg Filmtabl		TBL	1				
Hinweis: bis einschließlich zum 15.07.2018								
Saccharomyces boulardii	EUBIOL 375mg Hartkaps		KPS	1				
Hinweis: bis einschließlich zum 15.07.2018								

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

Anamnese:

Einweisung durch Hausarzt zur Auftransfusion bei ausgeprägter Anämie (5,8 g/dl). Kein Blut im Stuhl, kein Teerstuhl.

Sozialanamnese: Lebt im Emmi-Seeh-Heim.

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Vitalparameter bei Aufnahme: RR 110/65 mmHg, HF 64/min, Temp. 36,7°C, SpO2 92% RL. 88-jähriger Patient in reduziertem AZ bei noch ausreichendem EZ. Haut und Schleimhäute blass. Keine Dyspnoe, keine Ödeme, Lymphknoten o.B.. Kopf- und Halsorgane unauffällig. Orientierende neurologische Untersuchung unauffällig. Herzaktion rhythmisch, Systolikum mit p.m. über Erb und Spitze. Lunge perkutorisch und auskultatorisch frei. Abdomen weich, kein Druckschmerz, keine Organvergrößerung oder Resistenz tastbar. Bei der rektalen Untersuchung kein Blut am Fingerling, braun gefärbter Stuhl. Periphere Pulse nicht sicher tastbar.

EKG:

VHF, HF 50/Min., VES, LT, horizontale ST-Senkung V5,6 Niedervoltage über den Extremitätenableitungen.

Labor:

Siehe Kopie anbei.

Ösophago-Gastro-Duodenoskopie:

Vom 09.07.2018:

Ösophagus: Hiatus bei 40 cm ab Zahnreihe, gastroösophagealer Übergang scharf begrenzt bei 38 cm ab

Zahnreihe. Schleimhaut des Ösophagus unauffällig, normale Motilität.

Magen: Unauffällige Schleimhaut und Falten von Corpus und Fundus. Pylorus normal, konzentrisch durchschnürende Peristaltik. Es findet sich eine gewisse Restverunreinigung, DD Duodenalsekret.

Duodenum: Einzelne kleine Angiodysplasien im Bulbus duodeni und im Pars 2 duodeni. Rege Peristaltik, sonst unauffällige Schleimhaut.

Diagnose: 1. Kleine axiale Hernie, 2. Nicht blutende sehr kleine Angiodysplasien im Bulbus duodeni und in der Pars 2 duodeni

Procedere: APC-Koagulation, Rücksprache.

Radiologiebefunde:

Röntgen Thorax p.a., durchgeführt am 05.07.2018

Keine VA zum Vergleich vorliegend.

Kein Nachweis von Erguss, Stauung oder pneumonischem Infiltrat. Pleurakuppenschwielen bds..

Emphysematöse Lungenveränderungen. Verbreiteter Herzschatten, der HTQ beträgt 0,55. Aortensklerose. Kein Pneumothorax.

Mit freundlichen Grüßen

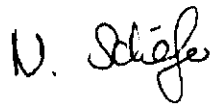
h.



Dr. med. Konrad van Aaken
Kommissarischer Leiter



Dr. med. Hans-Christian Schmidt
Oberarzt



Dr. med. Nora Schäfer
Assistenzärztin