

Elisabeth-Krankenhaus Essen | Klara-Kopp-Weg 1 | D-45138 Essen
Klinik für Kardiologie und Angiologie

Herrn
Dr. med. Rainer Petersen
Facharzt für Allgemeinmedizin
Ernestinenstraße 280
45139 Essen

Frau Spies, Claudia geboren am: 09.12.1973
wohnhaft Heimstättenweg 22 in 45139 Essen
Krankenkasse: BIG-Gesundheit (West) Die Direktkrankenkasse
Zusatzversicherung:
Datum: 04.11.2011

Vorläufiger Entlassungsbericht

Vog/Le

Sehr geehrter Herr Kollege Petersen,

wir berichten über oben genannte Patientin, die sich vom 26.10.2011 bis zum 04.11.2011 in unserer stationären Behandlung befand.

Aktuell:

- Zustand nach akuter Typ A Dissektion auf dem Boden eines Aorta ascendens Aneurysmas mit Bulbus-Aneurysma
- Dissektion der rechten Koronararterie
- Dissektion des Truncus brachiocephalicus und der linken Arteria subclavia
- Rechte Niere aus dem falschen Lumen versorgt
- Aortenklappeninsuffizienz II°
- Aortenwurzelersatz durch mechanische St. Jude Medical 23 mm Conduit mit Aorta ascendens-Ersatz und Aortenbogenersatz am 14.10.2011
- Hochgradiger Verdacht auf Marfan-Syndrom, Gendiagnostik noch ausstehend

Diagnosen:

Kardiologisch:

- Beginnende linksventrikuläre Hypertrophie

Weitere Diagnosen:

- Zustand nach Kataraktoperation beidseits 1998

Risikoprofil:

- Arterielle Hypertonie

**Herz- und Gefäßzentrum
am Elisabeth-Krankenhaus
Essen GmbH**

Klinik für Kardiologie
und Angiologie

Direktor
Prof. Dr. Georg V. Sabin, FESC

Stellvertretender Direktor
PD Dr. Christoph K. Naber
FESC, FAHA

Schwerpunkt invasive
Kardiologie
Ltd. Arzt PD Dr. C. K. Naber
FESC, FAHA

Schwerpunkt Nicht-invasive
Kardiologie
und Bildgebung
LOA PD Dr. O. Bruder, FESC

Schwerpunkt
Elektrophysiologie
Leiter Dr. H. Wieneke, PD

Abteilung für Angiologie
Ltd. Arzt Dr. V. R. Bongers

Nichtinvasive Angiologie
OA Dr. med. R. Heesen

Herzkatheterlabor
OA Dr. med. T. Schmitz

Intensivstation
FOA Dr. I. Voigt

Herzschrittmacher, ICD, CRT
OA Dr. D. Schmitz
OA Dr. F.-H. Güldner

Notaufnahme/Chest Pain Unit
OA Dr. H. Pütz-Hellweg

Cardio-MRT/CT
FOA Dr. H. Eberle

Echokardiographie
FOA Dr. H. Eberle

Kardiologische Ambulanz und
ambulante OP-Koordination
OA Dr. B. Grosch

Sekretariat
Manuela Joskowiak
Fon +49 (0) 201.897-3200
Fax +49 (0) 201.288525
info-cardio@contilia.de

Medikation bei Entlassung

Medikament	8 Uhr	12 Uhr	18 Uhr	22 Uhr
ASS 100 mg	1	0	0	0
Pantoprazol 40 mg	1	0	0	0
Ramipril 2,5 mg	1	0	0	0
Metoprolol 47,5 mg	1	0	1	0
Marcumar nach INR, Ziel 2-3				

Weitere Vorgehensweise:

Verlegung zur stationären Rehabilitation am 04.11.2011.

Wiedervorstellung wie geplant in drei Monaten in der Aortensprechstunde im Uniklinikum Essen.

Anamnese:

Die Patientin stellte sich am 14.10.2011 in unserer kardiologischen Notaufnahme vor. Hier wurde in der Echokardiographie eine Typ A Dissektion gesehen. Bei Blutdruckdifferenz und neurologischer Symptomatik wurde die Indikation zur Operation gestellt und die Patientin wurde in das Uniklinikum Essen zur Operation verlegt.

Die Dissektion konnte komplikationslos versorgt werden. Die Patientin wurde postoperativ auf der herzchirurgischen Station überwacht und konnte am 26.10.2011 zu uns verlegt werden. Die Vorgeschichte der Patientin dürfen wir als bekannt voraussetzen.

Die Aufnahme der Patientin erfolgte nach GAEP Ziffer B2.

Epikrise und Verlauf:

Die stationäre Aufnahme der Patientin erfolgte aus oben genanntem Grund.

Die Wundverhältnisse zeigten sich reizlos, die Patientin konnte mobilisiert werden.

In der Langzeitblutdruckmessung zeigte sich eine gute Blutdruckeinstellung, die Fäden konnten zeitgerecht entfernt werden.

Bei hochgradigem Verdacht auf Marfan-Syndrom bei marfanoidem Habitus, Typ A Dissektion und positiver Familienanamnese wurde die Gendiagnostik abgenommen. Die Befunde stehen aktuell noch aus. Sollte sich hier ein positiver Befund finden, sollten Angehörige 1. Grades ebenfalls getestet werden.

Der weitere stationäre Aufenthalt war komplikationslos, so dass wir Frau Spies am 04.11.2011 in die stationäre Rehabilitation verlegen konnten.

Untersuchungsbefund:

37jährige Patientin in normalem Allgemein- und normalem Ernährungszustand. Körpergröße 190 cm, Körpergewicht 71 kg. Haut und Schleimhäute unauffällig, Kopf und Hals ohne pathologischen Befund. Pulmo: sonor Klopfschall, vesikuläres Atemgeräusch, keine Rasselgeräusche. Cor: Herztöne rein, kein vitientypisches Herzgeräusch, Herzaktion rhythmisch, Blutdruck rechts 100/60 mmHg, links 110/60 mmHg, Puls peripher 89/Minute. Abdomen: Bauchdecke weich, kein Druckschmerz, keine tastbaren Resistenzen. Leber nicht vergrößert tastbar. Milz nicht tastbar. Nierenlager nicht klopf-schmerzhaft. Fußpulse beidseits gut tastbar. Kein fokal neurologisches Defizit.

Laborbefunde:

Pathologisch waren (erster Wert, niedrigster Wert, höchster Wert, letzter Wert):

Alpha-HBDH	226 U/l (-; -; -)
Triglyceride	181 mg/dl (-; -; -)
CRPqn	8,3 mg/dl (2,7; 8,3; 2,7)
Leukos	11,4 /nl (8,3; 12,73; 8,3)
Hb	9,6 g/dl (9,6; 10,4; 10,4)
Hk	0,29 l/l (0,29; 0,32; 0,32)
Thromb	516 /nl (460; 567; 460)
PCT	0,43 % (0,39; 0,49; 0,39)

MPV	8,4 fl (8,4; 8,6; 8,5)
PTT	48,9 sec (43,3; 50; 43,3)
D-Dim	4650 ng/ml (- ; - ; -)
BZ-PI	131 mg/dl (131; 131; 131)
Ery	3,38 /pl (3,38; 3,69; 3,69)
Troponin T S	0,051 ng/ml (- ; - ; -)
TPZ nach Quick	26 % (26; 34; 34)
BSG	73 mm/Std (- ; - ; 83)

Normal waren (Auflistung aller ausschließlich im Referenzbereich gefundenen Parameter):
pH, Na, K, Urea, Crea, GFR nach MDRD, GOT, CK, Chol, HDL-C, LDL-C, L/H-Qu, MCV, MCH, MCHC, RDW, INR, HbA1c IFCC, HbA1c, RetrBZ.

EKG:

Sinusrhythmus, Herzfrequenz 85 Schläge/min, Indifferenzlagetyp. Regelrechte R-Progression über der Vorderwand, R/S-Umschlag zwischen V2/V3. Keine Erregungsrückbildungsstörungen.

Langzeit EKG:

Durchgehend Sinusrhythmus. Minimale Herzfrequenz 50/Minute, maximale Herzfrequenz 111/Minute.

Abschließende Beurteilung:

Keine Pausen über 3,9 Sekunden, keine höhergradigen Herzrhythmusstörungen.

Langzeit-Blutdruckmessung:

Während des Tages 5,5% der systolischen Werte über 135 mmHg und 5,6% der diastolischen Werte über 85 mmHg. Höchster systolischer Wert 146 mmHg, höchster diastolischer Wert 95 mmHg. Während der Nacht 14% der systolischen Werte über 120 mmHg, 0% der diastolischen Werte über 75 mmHg. Höchster systolischer Wert 127 mmHg, höchster diastolischer Wert 65 mmHg.

Abschließende Beurteilung:

Befriedigende Blutdruckeinstellung.

CT-Angio der Aorta vom 14.10.2011:

Ausgeprägte Aortendissektion (DeBakey Typ I) von Höhe der Aortenklappe bis nach knapp unterhalb der Nierenarterienabgänge reichend. Geringes Hämatom um die Aorta ascendens. Massive aneurysmatische Aufweitung der proximalen Aorta ascendens bis ca. 6 cm Durchmesser. Die Dissektion reicht bis in den Abgangsbereich des Truncus brachiocephalicus. Fraglich umschriebene Dissektionsmembran im Abgangsbereich der Arteria subclavia sinistra. Verdacht auf knapp erfasste Dissektionsmembran im distalen Drittel der rechten Arteria vertebralis; gegebenenfalls ergänzende Bildgebung empfohlen

MR-Angio Aorta Thorakal vom 31.10.2011:

Regelrecht einliegender Ersatz der Aorta ascendens, regelrecht kontrastierte supraaortale Äste. Unveränderte Dissektion in der Aorta descendens bis knapp unterhalb der Nierenarterien reichend.

Echokardiographie vom 14.10.2011:

Notfall-Echokardiographie auf Intensivstation:

Herzhöhlen nicht vergrößert. Linksventrikuläre Funktion ungestört. Aortendissektion Typ A mit mindestens mittelgradiger Aorteninsuffizienz im Farbdoppler sowie leichtgradiger Trikuspidalinsuffizienz. Kein Perikarderguss.

Augenärztliche Konsiliaruntersuchung:

Pseudophakie beidseits, beidseits anliegende Netzhaut, beidseits randscharfe Pupille.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. G. V. Sabin, FESC
Direktor der Klinik für Kardiologie
und Angiologie

Dr. med. Th. Schmitz
Facharzt für Innere Medizin
und Kardiologie
Oberarzt



E. Vogel
Stationsärztin