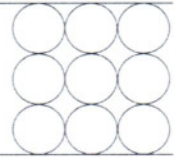


Vorkaufiger Brief

WESTDEUTSCHES HERZZENTRUM ESSEN

KLINIK FÜR THORAX- UND KARDIOVASKULÄRE CHIRURGIE
UNIVERSITÄTSKLINIKUM ESSEN



Westdeutsches Herzzentrum Essen, 45122 Essen

Direktor: Prof. Dr. med. H. Jakob

Elisabeth Krankenhaus
Herrn Prof. Dr.med. Georg Vinzenz Sabin

Chefarzt der Inneren Medizin
Klara-Kopp-Weg 1

Sekretariat: (0201) 723 - 4901
Poliklinik/Anmeld.: (0201) 723 - 4913
Archiv: (0201) 723 - 4914
Archiv Telefax (0201) 723 - 5497
Tx-Ambulanz: (0201) 723 - 4911
Telefax: (0201) 723 - 5451

45130 Essen

Ihr Zeichen und Schreiben vom

Mein Zeichen

Datum

26.10.2011

Frau SPIES, Claudia 09.12.1973
Wohnhaft: Heimstättenweg 22 45139 Essen

Sehr geehrter Herr Kollege Sabin,

wir berichten Ihnen über unsere gemeinsame o.g. Patientin, die sich vom 14.10.2011 bis 26.10.2011 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen:

1. Akute Typ-A-Dissektion auf dem Boden eines Aorta ascendens Aneurysma mit
 - Bulbusaneurysma
 - True Lumen Kollaps der Aorta ascendens und descendens
 - Dissektion der rechten Koronararterie (RCA)
 - Dissektion des Truncus brachiocephalicus und der linken A. subclavia
 - Rechte Nierenarterie wird aus dem falschen Lumen versorgt
2. bei marfanoidem Habitus V.a. Marfan-Syndrom
3. Aortenklappeninsuffizienz III°
4. Eigenanamnestisch Z.n. beidseitiger Linsenimplantation 1998
5. Kardiovaskuläre Risikofaktoren:
 - Art. Hypertonie

Therapie:

Aortenwurzel- und Ascendens-Ersatz mit Klappentragendem Conduit (SJM mech 23 mm, Rekonstruktion der RCA, A. ascendens und Bogenersatz 26 mm, Reimplantation des Truncus und der A. carotis communis als Insel, extra-anatomischer Bypass der A. subclavia links und linke A. vertebralis auf Aorta ascendens am 14.10.2011

Die ausführliche Vorgeschichte unserer gemeinsamen o.g. Patientin dürfen wir als bekannt voraussetzen. Am 14.10.2011 erfolgte die notfallmäßige Aufnahme von Frau Spies aufgrund einer akuten Typ-A-Dissektion. Nach kurzer präoperativer Diagnostik wurde der o.g. Eingriff notfallmäßig an der nicht einwilligungsfähigen Patientin durchgeführt.

Verlauf:

Für den intraoperativen Verlauf verweisen wir auf die beiliegende Operationsmitteilung. Unmittelbar nach der Operation wurde die Patientin auf unsere Intensivstation verlegt. Sie wurde am 15.10.2011 extubiert, so dass sie am 3. postoperativen Tag auf unsere Normalstation verlegt werden konnte. Die intraoperativ eingelegten Thoraxdrainagen wurden bei geringen Fördermengen komplikationslos und zeitgerecht entfernt.

Der weitere postoperative Verlauf gestaltete sich unauffällig, so dass wir Frau Spies in hämodynamisch stabilem Zustand am heutigen Tag in Ihre geschätzte weitere stationäre Behandlung verlegen können.

Am Tag der Verlegung befindet Frau Spies sich in gutem Allgemeinzustand, ist fieber- und infektfrei und wurde mit krankengymnastischer Hilfe vollmobilisiert. Die Wundverhältnisse sind reizlos, das Sternum ist stabil, die Wundheilung verläuft primär. Der orale Kostaufbau ist abgeschlossen.

Angio-CT vom 20.10.2011:

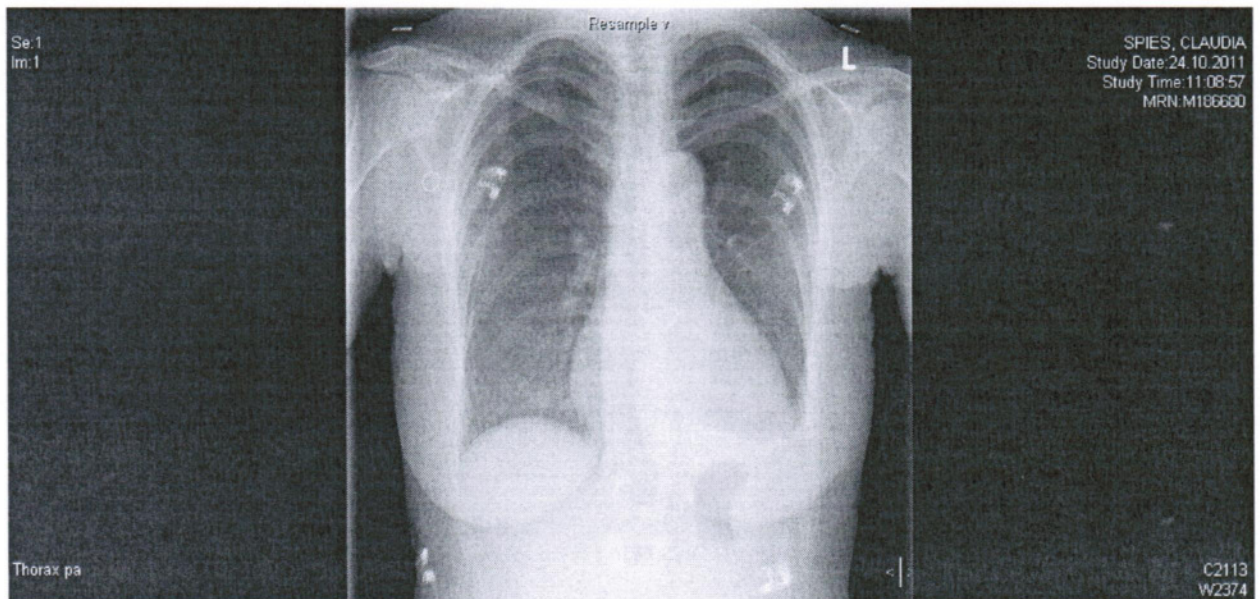
Z.n. Ersatz der Aortenwurzel, mechanischem AKE und Reimplantation der linken A. subclavia auf die Aorta ascendens. Geringes/r postoperatives/r Hämatom/Erguss um die Aortenwurzel. Bekannte Dissektion, die postoperativ vom Aortenbogen bis unterhalb der linken Nierenarterie reicht.

Die rechte Nierenarterie entspringt aus dem falschen, die linke Nierenarterie, die A. mesenterica superior und der Truncus coeliacus gehen aus dem wahren Lumen ab.

EKG vom 26.10.2011:

Sinusrhythmus mit einer Herzfrequenz von 91 Schlägen/min, Indifferenztyp, verzögerte R-Progression über der Vorderwand, keine frischen myokardialen Ischämiezeichen.

Röntgen Thorax vom 24.10.2010:



Klappenring in lagegerechter Projektion. Randwinkelerguss links mit begleitender Minderbelüftung. Kein Erguss rechts. Emphysemaspekt.

Herz normal in Größe und Konfiguration, keine Stauungszeichen, kein Anhalt für entzündliche Infiltrate oder Raumforderung, kein Pneumothorax, keine Atelektasenbildung.

Koronarangiographie vom 14.10.2011:

Notfallmäßige Vorstellung zur invasiven Diagnostik vor Aorta ascendens- und Bogenersatz bei akuter Typ A Dissektion auf dem Boden eines Aorta ascendens Aneurysmas bei am ehesten marfanoidem Habitus und somit dringendem Verdacht auf ein Marfan-Syndrom.

Angiographisch und im Aorten-IVUS Nachweis einer schweren Typ A Dissektion mit Bulbusaneurysma bis unterhalb der Nierenarterien.

Truncus coeliacus und die linke Nierenarterie gehen aus dem True Lumen, die A. mesenterica superior und die rechte Nierenarterie aus beiden Lumina ab. Distal der Nierenarterien kein Nachweis einer Dissektionsmembran mehr.

Unauffällige Kopf-/ Halsgefäße, die im Abgangsbereich in die Dissektion miteinbezogen sind.

Koronarangiographischer Ausschluss einer hämodynamisch relevanten Lumenreduktion.

Laborbefunde:

Siehe beiliegende Anlage

Letzte Medikation:

Acetylsalicylsäure 100 mg	(ASS)	0-1-0
Magnesium	(Magnesium Verla)	2-2-2
Hydrochlorothiazid 25 mg	(Esidrix)	1-0-0
Pantoprazol 40 mg	(Pantozol)	0-0-1
Kalium	(Kalium-ret.)	2-0-2
Simvastatin 20 mg	(Zocor)	0-0-1
Diclofenac 50 mg	(Diclac)	1-0-1
Ramipril 2,5 mg	(Delix)	1-0-0
Metoprolol 47,5 mg	(Beloc zok mite)	1-0-1
Phenprocoumon	(Marcumar)	nach INR
Heparin 1000 IE i.v.	(Liquemin)	nach aPTT

Epikrise:

Am 14.10.2011 wurde bei der Patientin ein Aortenwurzel- und Ascendens-Ersatz mit Klappen-tragendem Conduit (SJM mech 23 mm), eine Rekonstruktion der RCA, ein Ersatz der Aorta ascendens und des Aortenbogens (26 mm), eine Reimplantation des Truncus brachiocephalicus und der A. carotis communis als Insel und ein extraanatomischer Bypass der A. subclavia links und der linken A. vertebralis auf die Aorta ascendens durchgeführt.

Der Truncus coeliacus und die linke Nierenarterie gehen aus dem True Lumen, die A. mesenterica superior und die rechte Nierenarterie weiterhin aus beiden Lumina ab. Distal der Nierenarterien besteht kein Nachweis einer Dissektionsmembran mehr.

Der weitere postoperative Verlauf gestaltete sich unkompliziert.

Wir empfehlen bei Ausschluß von Kontraindikationen eine lebenslange Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern.

Eine orale Antikoagulation mittels Phenprocoumon wurde bereits begonnen und sollte lebenslang fortgeführt werden.

Wir bitten ferner um eine echokardiographische Kontrolle der Herz- und Klappenfunktion und eine Terminvereinbarung zur Wiedervorstellung von Frau Spies in 3 Monaten in unserer Aortensprechstunde (Ansprechpartner: Dr. K. Tsagakis 0201-72384910) zur Absprache des weiteren Procederes aufgrund der weiterhin bestehenden Dissektion der Aorta descendens.

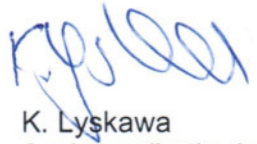
Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und stehen bei weiteren Fragen selbstverständlich jederzeit unter der Tel.-Nr. 0201/723-4991 zur Verfügung und verbleiben

mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. H. Jakob
Direktor der Klinik

Dr. med. K. Tsagakis
Oberarzt der Klinik

C. Böhm
FOÄ der Klinik



K. Lyskawa
Assistenzärztin der Klinik

Kumulativ - Befund

-- Lauris --

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ESSEN
Laboratoriumsmedizin

Druck-Datum: 26.10.2011
Benutzer: HZ3
Arbeitsplatz: HTC-WKS-019
Abteilung: HZ3

Patient: **Spies, Claudia**
Geburtsdatum: **09.12.1973**
Patient Nr.: 22143316

Aufnahme: 14.10.2011
Fall Nr.: 31234218

Auftraggeber:	HZ3	HZ3	HZ3	HZ3	HZ3
Auftrag Nr.:	37115231	37113799	37113215	37112794	37111867
Auftrag Datum:	26.10.11	25.10.11	24.10.11	23.10.11	22.10.11
Auftrag Zeit:	10:10	11:18	09:19	09:54	08:33
Abnahme Datum:					
Abnahme Zeit:					

Einheit Referenzbereich

Hämatologie

Leukozyten	11.07 +	11.98 +	/nl	3,6 - 9,2
Erythrozyten	3.49 -	3.32 -	/pl	3,9 - 5,1
Hämoglobin	10.0 -	9.6 -	g/dl	12,0 - 15,2
Hämatokrit	0.319 -	0.299 -	l/l	0,37 - 0,46
MCV	91.4	90.1	fl	85 - 98
MCH	28.7	28.9	pg	28 - 33
MCHC	31.3 -	32.1	g/dl	32 - 35
Thrombozyten	591 +	315	/nl	180 - 380
MPV	9.4	9.5	fl	9,2 - 12,9

Gerinnung

TPZ (Quick-Wert)	folgt	35 -	35 -	38 -	38 -	%	70 - 130
INR	folgt	1.85	1.92	1.74	1.73		
aPTT	folgt	42.2 +	37.7 +	35.5 +	35.7 +	sec	24,4 - 32,4
Thrombinzeit (TZ)	folgt	14.3	13.4 -	13.8 -	13.3 -	sec	14 - 21
Fibrinogen	folgt	854 ++	744 +	673 +	557 +	mg/dl	210 - 400
Antithrombin-III	folgt	122	121	119	114	%	75 - 125

Klinische Chemie

Natrium	138	139	mmol/l	136 - 145
Kalium	5.0	4.2	mmol/l	3,5 - 5,1
Chlorid	102	103	mmol/l	98 - 107
Calcium	2.29	2.13	mmol/l	2,08 - 2,65
Magnesium	0.93	0.83	mmol/l	0,66 - 1,07
Phosphat (anorg.)	3.9	3.8	mg/dl	2,7 - 4,5
S-Kreatinin	0.92	0.84	mg/dl	0,6 - 1,1
Harnstoff-N	11.0	9.0	mg/dl	6 - 19,8
Harnsäure	4.7	4.5	mg/dl	2,6 - 6,0
CK	35	46	U/l	26 - 140
Troponin I	0.05	0.23 +	ng/ml	0 - 0,1
Myoglobin	22	29	µg/l	9 - 58
Bilirubin (gesamt)	0.4	0.4	mg/dl	0,3 - 1,2
GOT (ASAT)	21	19	U/l	0 - <35
GPT (ALAT)	48 +	34	U/l	- <35
GGT	72 ++	54 +	U/l	- <35
Gesamt-Eiweiß	6.92	6.16 -	g/dl	6,4 - 8,3
CRP	13.2 ++	9.7 +	mg/dl	- <0,5

Blutzucker

Glukose (Serum)	94	105	mg/dl	74 - 109
-----------------	----	-----	-------	----------

Kumulativ - Befund

-- Lauris --

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ESSEN
Laboratoriumsmedizin

Druck-Datum: 26.10.2011
Benutzer: HZ3
Arbeitsplatz: HTC-WKS-019
Abteilung: HZ3

Patient: **Spies, Claudia**
Geburtsdatum: **09.12.1973**
Patient Nr.: 22143316

Aufnahme: 14.10.2011
Fall Nr.: 31234218

Auftraggeber:	HZ3	HZ3	HZ3	HZ3	HZ3
Auftrag Nr.:	37115231	37113799	37113215	37112794	37111867
Auftrag Datum:	26.10.11	25.10.11	24.10.11	23.10.11	22.10.11
Auftrag Zeit:	10:10	11:18	09:19	09:54	08:33
Abnahme Datum:					
Abnahme Zeit:					

Einheit Referenzbereich

Urin

Geschätzte GFR (MDRD)	73.0	81.0	ml/min/1,7:
-----------------------	------	------	-------------