Dr. med. Thomas Müller – Internist

Karl-Marx-Str. 21 - 16259 Bad Freienwalde
Telefon: 03344-32761
Fax: 03344-32762
e-mail: Thomas.Karl.Mueller@telemed.de

Praxis Dr. Th. Müller - Karl-Marx-Str. 21 - 16259 Bad Freienwalde

Herrn
Dr.med. Förster
Facharzt für Innere Medizin

Krausenstr.4
16269 Wriezen

Bad Freienwalde, den 08.09.2003

Betrifft Pat. **Schulz, Ernst-Wolfgang,** geb. am 06.10.1944, wohnhaft in 16259 Bad Freienwalde Lange Wiese 10.

Sehr geehrter Herr Kollege Förster!

Besten Dank für die Überweisung von Schulz, Ernst-Wolfgang.

Die Untersuchungen ergaben folgende Befunde:

Doppler- und Duplexsonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße
rechte Seite:
Arteria supratrochlearis orthograd durchströmt.
Arteria carotis externa und communis mit laminarem Strömungsprofil.
Am Carotisbulbus lediglich vereinzelt kleinere Plaques erkennbar. Die Interna zeigt längerstreckig eine systolische Flussbeschleunigung auf 140 cm/s (Dopplershift 7,5 kHz). Die Wandbeschaffenheit ist nicht auffällig.
Arteria vertebralis orthograd durchströmt und normalkalibrig. Arteria subclavia mit unauffälligem Fluß.
linke Seite:
Arteria supratrochlearis orthograd perfundiert, aber mit verminderter Amplitude im Vgl. zur Gegenseite.
Die Arteria carotis interna zeigt am Abgang hochfrequente, zischende Turbulenzen mit nur noch geringem pulsatilem Strömungsanteil. Die winkelkorrigierte systolische Maximalgeschwindigkeit beträgt über 250 cm/s (diast. vmax. 140m/s), Dopplershift 12 kHz. Poststenotisch ist die Strömungsgeschwindigkeit stark reduziert.
Im B-Bild zeigt sich im Bereich des Carotisbulbus eine deutliche Plaquebildung - Plaquemorphologie inhomogen, echoarm, unregelmäßig begrenzt. Der Intima-Mediakomplex ist i.B. der mittleren Carotis communis nicht verbreitert.
Arteria carotis externa mit typischem Flußprofil. Arteria carotis communis im Vergleich zur Gegenseite mit deutlich verringertem diastolischem Fluß.
Arteria vertebralis orthograd durchströmt und normalkalibrig. Arteria subclavia mit unauffälligem Fluß.
Beurteilung: Bei Z.n. TEA einer hochgradige Carotisstenose rechts zeigt sich unverändert zum unmittelbaren Vorbefund eine längerstreckige (ca. 2 cm) Flussbeschleunigung, die nach dopplersonographischen Kriterien einer mindestens 50%igen Stenose entsprechen würde. Das Gefäß selbst zeigt aber keine Wandveränderungen, sodass momentan noch nicht von einer Restenosierung zu sprechen ist.
Die hochgradige Abgangsstenose der Carotis interna links (um 80%) ist nicht progredient, somit stabil geblieben. Zeitgemäße Verlaufskontrollen empfohlen.

Ein- und zweidimensionale sowie Doppler- und Farbdopplerechokardiographie
Ableitbedingungen: gut
M-Mode-Messungen:
linker Ventrikel enddiastolisch 48mm (< 56 mm)
linker Vorhof endsystolisch 42mm (<40 mm) EF 65%(> 60%) (nach TEICHHOLZ)
Septumdicke: 10mm (<12mm) Hinterwand: 9mm (<12mm)
Linker Vorhof: nicht dilatiert.
Linker Ventrikel: nicht erweitert.
Die linksventrikulären Wände sind normal dick.
Wandkinetik: Eine asynchrone Septumbeweglichkeit bei Z.n. Bypass-OP nur gering erkennbar. Die basale inferiore Wand ist in einem kleinen Anteil immer noch hypo-bis akinetisch.
Rechter Vorhof und Ventrikel: nicht dilatiert.
Herzklappen: Herzklappen von normaler Morphologie und unauffälliger Beweglichkeit. Dopplersonographisch kein Hinweis auf Stenosen bzw. Insuffizienzen.
Im transmitralen Dopplersignal E/A-Verhältnis nur gering unter 1.
Rechtsventrikuläre Akzelerationszeit normal.
Vena cava inferior nicht aufgestaut und von normalem inspiratorischem Kollaps.
Beurteilung: Unverändert V.a. kleine Inarktnarbe inferobasal, sonst unauff. Pumpfunktion des linken Ventrikels. Keine Relaxationsstörungen des linken Ventrikels. Keine AV-Klappeninsuffizienzen.
Kein ungünstiges Remodeling.
Zum Vorbefund keine wesentliche Änderungen.

Mit freundlichen Grüßen