

Dr. med. Thomas Müller – Internist

Sonnenburger Weg 3 16269 Wriezen
Telefon: 033456 – 40 160
Fax: 033456 – 40 161
e-mail: Thomas.Karl.Mueller@telemed.de

Praxis Dr. Th. Müller - Sonnenburger Weg 3 16269 Wriezen

Herrn
Schulz, Ernst-Wolfgang

Lange Wiese 24
16259 Bad Freienwalde

Wriezen, den 09.03.2012

Betrifft Pat. **Schulz, Ernst-Wolfgang**, geb. am 06.10.1944, wohnhaft in 16259 Bad Freienwalde Lange Wiese 24.

Sehr geehrter Herr Kollege Förster!

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

08.03.2012: Sonographie des Abdomens

Hepar im größten CC-Durchmesser in der rechten MCL mit 16 cm mäßig vergrößert, Binnenreflexmuster homogen, aber echoverdichtet. Unterer Leberrand spitzwinklig. Lebervenen unauffällig.

Gallenblase mit echofreiem Lumen. Gallenblasenwand unauff..

Intra- und extrahepatische Gallenwege nicht erweitert.

Vena portae nicht erweitert. Pankreas glatt begrenzt und mit homogenem Reflexmuster. Lien normal groß und von echonormaler Struktur. Die Aorta abdominalis zeigt deutliche arteriosklerotische Wandveränderungen.

Beide Nieren von normaler Form, Lage und Größe. Die Pyelon-Parenchym-Relation ist im Normbereich.

Harnblase mäßig aufgefüllt (ca. 100 ml) und mit normaler Wandbeschaffenheit. Prostata mit 35x30 mm nicht vergrößert, kleinere Verkalkungsbereiche erkennbar.

Entlang der großen Abdominalgefäße und im Bereich der Leberpforte kein Nachweis vergrößerter Lymphknoten.

Zentral im Abdomen, ca. von der Mesenterialwurzel nach subumbilikal reichend, findet sich eine ca. 17x13x6,5 cm große echoreichere Raumforderung mit fiederartiger Grundstruktur. Der TM ummauert die Mesenterialgefäße. Kaudal erkennt man mehrere bis 16 mm große Ringstrukturen (Targetform).

Beurteilung: Die Raumforderung im Abdomen entspricht dem bereits bekannten Fettgewebs-TM/DD.

Vermehrung des intraabdominellen Fettgewebes (siehe Epikrise v. 11/06 KH Wriezen Innere Klinik).

Bild einer mäßiggr. Steatosis hepatis. Deutliche Atherosklerose der Aorta abdominalis.

Bei der Duplexuntersuchung der Nierenarterien fällt ein etwas erhöhter Widerstandsindex auf, was für eine chronische am ehesten hypertensive Nephropathie sprechen würde. Dies würde u.U. auch die nächtlichen RR-Spitzen erklären, weswegen der Pat. zur Nacht die Carmendosis erhöhen sollte.

08.03.2012: 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 keine Flussbeschleunigung mehr. 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 einen normalen Fluss ohne Turbulenzen mit laminarem Fluss und einer Vmax. von 110 cm/s, Dopplershift 5,5 kHz. unregelmäßig begrenzt. Der Intima-Mediakomplex ist i.B. der mittleren Carotis communis nicht verbreitert.

Arteria carotis externa mit typischem Flußprofil. Arteria carotis communis mit typ. Flußprofil.

Arteria vertebralis orthograd durchströmt und normalkalibrig. Arteria subclavia mit unauffälligem Fluß.

Beurteilung: Bei Z.n. TEA von hochgradigen Carotis-interna-Abgangsstenosen bds. unauff. Flüsse und Gefäßwandbeschaffenheiten in den ehemaligen OP-Gebieten. Allgemein mäßiggr. arteriosklerot. Gefäßwandveränderungen.

08.03.2012: Ein- und zweidimensionale sowie Doppler- und Farbdopplerechokardiographie

Ableitbedingungen: gut

M-Mode-Messungen:

linker Ventrikel enddiastolisch 49mm (< 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 Inarktmarbe inferobasal, sonst unauff. Pumpfunktion des linken Ventrikels. Keine Relaxationsstörungen des linken Ventrikels. Keine AV-Klappeninsuffizienzen.

Kein ungünstiges Remodeling.

Zum Vorbefund keine wesentliche Änderungen.

Korrekte Lage der SM-Elektroden im re. Herzen.

Der kardiale Befund hat sich zu den Vorbefunden nicht verändert. Die jetzigen pectangin. Beschwerden scheinen auch eher durch Blockierungen im BWS-Bereich i.S. eines Syndroms der 5. Rippe hervorgerufen zu werden. Damit könnte man auch die vom Pat. geschilderten Palpitationen erklären. Hinweise für zunehmende ischämische Ursachen der Symptome lassen sich heute nicht eruieren.

Mit freundlichen Grüßen

