

Klinik für Innere Medizin

Betriebsteil Wriezen

Chefarzt: Dr. med. Christian Jenssen

Krankenhaus Märkisch - Oderland GmbH · Sonnenburger Weg 3 · 16269 Wriezen

Ihr Zeichen

Frau
Judith Werner
Sonnenburger Weg 3
16269 Wriezen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen

Ke/ri

Datum

30.01.2020

Telefon

033456 40301

Telefax

033456 40302

e-mail:

c.jenssen@khmol.de

Sehr geehrte Frau Kollegin Werner,

wir berichten über unseren gemeinsamen Patienten **Schulz, Ernst-Wolfgang, geb. am 06.10.1944**, wohnhaft Lange Wiese 24, 16259 Bad Freienwalde, der sich vom **28.01.2020 bis 30.01.2020** in unserer stationären Behandlung (**Station AS**) befand.

Diagnosen:

- **minimale Troponinerhöhung bei hypertensiver Entgleisung**
- **hypertensive und koronare Herzkrankheit**
- koronare 3-Gefäßerkrankung
 - Zustand nach 4-fach ACVB ~~2005~~ ^{2005-1995 geändert Er W. Schulz}
 - Zustand nach mehrmaligen PCTA
 - letzte Koronarangiographie 2019 ohne Interventionsmöglichkeit
- paroxysmales Vorhofflimmern, orale Antikoagulation Apixaban DD
Herzschrittmachersystem, Erstimplantation 2007, letzter Wechsel 2019
- chronische Niereninsuffizienz Stadium III KDOQI bei diabetischer Nephropathie
- arteriosklerotisches Risikoprofil:
 - arterieller Hypertonus
 - Hyperlipoproteinämie
 - Diabetes mellitus Typ 2, orale antidiabetische Therapie
 - Hyperurikämie

Anamnese:

Einweisung durch die Hausärztin. Am Vortag heftige druckartige Schmerzen im Bereich des Brustkorbes ca. 2 h anhaltend. Keine Dyspnoe, keine Übelkeit. Ausstrahlung in den Rücken. War heute bei der Hausärztin. Dort wurde ein Troponin I von 0,2 gemessen. In der Rettungsstelle bestand ein Troponin I-Wert von < 0,1 bei hypertensiven Blutdruckwerten. Aktuell bestünden keine Schmerzen.

Bekannte koronare Herzkrankheit, letzte Herzkatheteruntersuchung 2019 ohne interventionelle Therapiemöglichkeiten. Bekannte koronare 3-Gefäßerkrankung, Zustand nach 4-fach ACVB ~~2005~~. Dem Patienten wurde mitgeteilt, dass die Bypässe verschlossen sind und dass bei wiederholten pektanginösen Beschwerden lediglich eine erneute bypass-chirurgische Versorgung möglich wäre. Nun würden wiederholt pektanginöse Beschwerden auftreten.

An arteriosklerotischen Risikofaktoren besteht ein metabolisches Syndrom, dass mit Tabletten behandelt wird.

Betriebsteil Strausberg
Prötzeler Chaussee 5
15331 Strausberg, PF 1131
Telefon (03341) 520
Telefax (03341) 22138

Betriebsteil Wriezen
Sonnenburger Weg 3
16269 Wriezen
Telefon (033456) 400
Telefax (033456) 40144

Bankverbindung:
Sparkasse Märkisch-Oderland
IBAN
DE 03 17054040 3808030045
SWIFT-BIC: WELADED1MOL

Sitz der Gesellschaft:
15344 Strausberg
Amtsgericht Frankfurt/ Oder
HRB-Nr.: 4942

Vorsitzende des Aufsichtsrats:
Gabriele Gottschling

Geschäftsführerin:
Dipl.-Ing. Angela Krug

Aufnahmebefund:

75-jähriger Patient in reduziertem Allgemeinzustand und guten Ernährungszustand, Haut blass, Gewicht 77,8 kg, Kopf- und Halsorgane o.p.B., Thorax symmetrisch gebaut, seitengleich beatmet, Pulmo frei, keine Rasselgeräusche, Af 15/min, O₂-Sättigung 96 %, Temperatur 35,8°C, Cor: Herzaktionen rhythmisch, normofrequent, Herztöne rein, Blutdruck 145/71 mmHg, Hf 60/min, Abdomen: Bauchdecke adipös, gebläht, Peristaltik regelrecht, kein Druckschmerz, keine pathologischen Resistenzen palpabel, Nierenlager frei, Leber und Milz nicht palpabel, Bewegungsapparat und Neurostatus grob orientierend o.B..

Laborwerte (SI Einheiten):

Labor vom 27.01.2020 ambulanz: HbA1c 7,7 % (61 mmol/mol). Troponin I 0,20, CREA 138, GFR 46, GGT im Normbereich.

Bei Aufnahme pathologisch:

ALAT 1,2, ASAT 0,7, Glukose 14,7, Harnstoff 9,3, CREA 149, GFR 42, Harnsäure 446.

Bei Aufnahme im Normbereich:

Blutbild, Elektrolyte, GGT, AP, LDH, CK, CKMB, Troponin I, Lipase, Eiweiß, Albumin, CRP, Bilirubin total, TSH-

Troponin im Verlauf: 0,05.

Urinstatus: Nitrit negativ.

Blutzucker-TP vom 28.01.2020: 14,7 – 11,0 mmol/l.

Blutzucker-TP vom 29.01.2020: 9,0 – 15,1 – 9,4 – 7,0 mmol/l.

Blutzucker vom 30.01.2020: 7,5 mmol/l.

EKG v. 28.01.2020:

SR, Hf 60/min, LT, PQ/QRS im Normbereich, mäßig ausgeprägte ERS mit leicht präterminal neg. T in I und aVL, hoher ST-Abgang in den BWA V1 bis V3 und gering ausgeprägte präterminal negative T in V5 und V6, keine akuten Hebungen.

EKG v. 29.01.2020:

SR, Hf 66/min, LT, PQ/QRS im Normbereich, R/S-Umschlag V2/V3, keine ERS, keine Extrasystolen, keine HRST.

EKG v. 29.01.2020:

15.39 Uhr: LT, SR, Hf 60/min, PQ und QRS schmal, R/S-Umschlag zw. V3/V4, keine S-Persistenz, keine signifikante ST-Streckenveränderung, leicht ascendierende ST-Strecke mit bifasischer T-Welle in V1 und V2.

transthorakale Echokardiographie vom 29.01.2020:

Leichtgradige Dilatation des LA bei normalen relativen HH. Erhaltene LV-Pumppfkt. mit einer EF=50% bei Hinterwandhypokinesie. Normale systolische RV-Fkt., keine relevante Klappendysfkt., leichtgradige symmetrische LVH mit mäßiger diastolischer Dysfkt. des LV. Kein PE, keine Pleuraergüsse, keine Leberstauung, keine pulm. HT.

Thorax in 2 Eb. vom 28.01.2020:

Klinik: akutes Koronarsyndrom und KHK

Unauffälliger Befund der Thoraxorgane. Keine Infiltrate oder Pleuraergüsse. Keine suspekten herdförmigen Verschattungen. Herz normal groß, keine Stauungszeichen. Sternale Drahtcerclagen, OP-Clips in Projektion auf den Herzschatten, Schrittmacher rechts in situ. Insgesamt keine wesentliche Befundänderung zu 05/19.

Ein diabetische Konsil erfolgte am 27.01.2020.

Therapie und Verlauf:

Aufnahmearbeit war o.b. Beschwerdesymptomatik mit **geringer Troponin I-Erhöpfung ambulant**. Bei uns lagen die Troponin I-Werte bei Aufnahme und im Verlauf unter 0,1 im Normbereich. Ursächlich ist sicherlich die bekannte koronare 3-Gefäßerkrankung mit Zustand nach 4-fach ACVB ²⁰⁰⁵ im Rahmen einer hypertensiven Entgleisung. Die Blutdruckwerte waren ambulant mit 177/77 mmHg deutlich erhöht. 1995 da,

07/2019 erfolgte die letzte Koronarangiographie im Werner Forßmann Krankenhaus Eberswalde. Dabei wurden mehrere Verschlüsse der bekannten Bypässe verifiziert (RIVA: Verschluss osteal – regelrechter LIMA, RCX: Verschluss osteal – bekannter Verschluss ACVB – RM, RCA: Verschluss osteal – neu Verschluss ACVB – RCA, RD: neu Verschluss ACVB auf RD 1 proximal). Damals wurde die orale Antikoagulation mit Apixaban (Indikation Vorhofflimmern) um eine antithrombozytäre Therapie mit Clopidogrel ergänzt. Es bestanden damals leider keine Möglichkeiten einer interventionellen Behandlung, sodass damals die antianginöse Therapie zusätzlich mit Molsidomin nachts und Isosorbiddinitrat morgens erweitert wurde. Simvastatin wurde damals auf Atorvastatin umgestellt.

Unter diesem Therapieregime verbesserte sich die physische Belastbarkeit des Patienten. Zudem bestanden weniger Schmerzen. Sollte dies im Verlauf nicht mehr ausreichend sein, wurde die Gabe von Ranolazin empfohlen. Wir begannen eine Therapie mit 2 x 375 mg. Diese kann nach einigen Tagen bei guter Verträglichkeit erhöht werden. Molsidomin wurde im Rahmen dieser medikamentösen Therapieerweiterung wieder aus der Medikation herausgenommen. Während des stationären Aufenthaltes bestanden keine pektanginösen Beschwerden. Unter der aktuellen Therapie bestanden zufriedenstellende Kreislaufparameter.

Echokardiographisch besteht aktuell eine leichte Dilatation des linken Atriums bei normalen restlichen Herzhöhlen, eine erhaltene linksventrikuläre Pumpfunktion mit einer EF von 50 % bei Hinterwandhypokinesie, eine normale systolische rechtsventrikuläre Funktion sowie eine leichtgradige symmetrische linksventrikuläre Hypertrophie. Kardiologischerseits wird die erneute **Vorstellung des Patienten im Herzzentrum Berlin zur Evaluierung einer erneuten Bypass-Operation empfohlen**. Die Kollegen des Werner Forßmann Krankenhauses empfahlen 2019 zudem eine Myokardszintigraphie zum Vitalitätsnachweis.

Die diabetische Stoffwechsel-situation ist derzeit bei einem HbA1c-Wert von 7,7 % (61 mmol/mol) unter der laufenden Medikation mit Sitagliptin und Metformin bei vorliegender o.g. KHK suboptimal eingestellt. Dies sehen wir auch anhand der Blutzucker-Tagesprofile. Bei einer deutlich eingeschränkten GFR von aktuell 42 mmol/mol bei diabetischer Nephropathie kommt ein SGLT2-Inhibitor leider nicht in Betracht. Als nächste Therapieoption bestünde die Erhöhung der Metformintherapie auf die Standarddosis (2 x 1000 mg). Sollte dies nicht toleriert werden, oder nicht den gewünschten Effekt zeigen, wäre unsere nächste Empfehlung die Therapieerweiterung mit einem GLP1-Analogon vorzugsweise mit Liraglutid (Victoza) entsprechend der Studienlage.

Die Entlassung des Patienten erfolgte bei Wohlbefinden.

Entlassungsmedikation:

Apixaban (Eliquis 5)	2 x 1
Clopidogrel 75	1 x 1
Pantoprazol 20	1 x 1
Metoprolol 100	2 x 1
Ranolazin (Ranexa 375)	2 x 1
Amlodipin 5	1 x 1
Candesartan 16	1 x 1
Torasemid 5	1 x 1
Molsidomin 8	0-0-0-1 abgesetzt
ISDN 60	1-0-0
Levothyroxin 100	1 x 1
Allopurinol 100	1 x 1
Dekristol 1000	am 1. und 15. des Monats 1 x ½
Sitagliptin 100	1 x 1
Metformin 500	2 x 1
Rosuvastatin 40	zur Nacht 0-0-0-1
Ezetimib 10	zur Nacht 0-0-0-1

Selbstverständlich können Präparate anderer Herstellerfirmen mit gleichem Inhaltsstoff verordnet werden.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr.med.C.Jensen
FA für Innere Medizin/
Gastroenterologie
Chefarzt

Dr.med.L.Gruen
FA für Innere Medizin
Kardiologie/Angiologie
Oberarzt


D. Keßler
FA für Innere Medizin