

Herrn
Dr. med. Reinhard Förster
Internist und Allergologe
Krausenstr. 4
16269 Wriezen

Medizinische Klinik III
Schwerpunkte: Kardiologie, Pneumologie,
Angiologie
Chefarzt Dr. med. Stefan Hoffmann
Hotline: 03334 69-1530
Telefon: 03334 69-2351
Telefax: 03334 69-2326
E-mail: med3@klinikum-barnim.de

Unser Zeichen: fen - zie
Datum: 12.05.2017

Verf. Hoffmann
Entlassungsbrief

Patient: Schulz, Ernst-Wolfgang
geb. am: 06.10.1944
wohnhaft: Lange Wiese 24, 16259 Bad Freienwalde
Fall-Aufenthalt: 10.05.2017 - 15.05.2017
AZ: Fallnummer: 1355662

Sehr geehrter Herr Dr. med. Förster,

wir berichten über unseren gemeinsamen Patienten, der vom 10.05. bis 11.05.2017 internistisch-intensivmedizinisch betreut wurde und sich vom 11.05. bis 15.05.2017 in unserer stationären Behandlung befand.

- Diagnose:**
- NSTEMI
 - Koronare Dreigefäßerkrankung
 - glatter linker Hauptstamm mit Verlängerung in den RIM, Übergang des Stents ohne In-Stent-Restenose
 - RIVA und RCX bekannt verschlossen
 - RCA bekannt verschlossen, nicht dargestellt
 - ACVB auf RD: hochgradige distale de-novo-Tandemstenose
 - ACVB auf RM: bekannt verschlossen
 - ACVB auf RCA: ohne Stenose
 - LIMA auf RIVA ohne Stenose
 - **aktuell:** PTCA und primäre drug-eluting-Stentimplantation der distalen Tandemstenose des ACVB auf RD1
 - operative Myokardrevaskularisierung 1995
 - LIMA auf RIVA sowie ACVB auf RD, RM und RCA
 - Mitralklappeninsuffizienz II.°

- Trikuspidalklappeninsuffizienz II.°
 - Mittelgradige Pulmonale Ruhehypertonie
 - Z. n. Schrittmacherimplantation bei Sick-Sinus-Syndrom
 - Aggregatwechsel (Medtronik SEDRO1 SN: NWL139416G) am 21.09.2016 (Krankenhaus Wriezen)
 - letzte Schrittmacherkontrolle vom 31.10.2016
 - Diabetes mellitus Typ II
 - medikamentös geführt
 - aktuell HbA_{1c} 6,39 %
 - Z. n. Thyreoidektomie bei Struma nodosa 1996
 - Substitutionstherapie
 - Z. n. Hörsturz rechts 03/2016
 - Z. n. Bandscheibenoperation
 - Z. n. operativer Versorgung der Carotiden (ACI-Stenose rechts 2002)
 - Z. n. Operation der ACI-Stenose links 2007
 - Sigmakarzinoid 2006
 - Chronische Nierenerkrankung Stadium II - III
 - Z. n. akuter Niereninsuffizienz 04/2016
 - Bekannter lipomatöser Tumor im Bereich der Mesenterialwurzel
 - seit 2006 unverändert
 - anamnestisch Z.n. Ulcus ventriculi
- Kardiovaskuläres Risikoprofil:**
- Arterielle Hypertonie
 - Hyperlipoproteinämie
 - Diabetes mellitus
- Allergie auf Pollen und Tierhaare, Kontrastmittel, Jod**

Anamnese:

.Die Vorstellung des Patienten erfolgte als Verlegung aus dem Krankenhaus Wriezen zur weiteren invasiven Diagnostik. Der Patient hatte sich am Vortag aufgrund von plötzlich aufgetretenem thorakalen Druck im Sinne einer typischen pectanginösen Beschwerdesymptomatik vorgestellt. Zudem imponierten deutlich hypertensive Blutdruckwerte. Bei im Verlauf steigendem Troponin erfolgte eine initiale Anbehandlung des Patienten mit ASS und Heparin sowie die anschließende Verlegung.

Aufnahmestatus:

Patientin wach, kooperativ, aktuell beschwerdefrei. Cor und Pulmo auskultatorisch unauffällig. Keine peripheren Ödeme. Bauchdecken weich und adipös, unauffällig, Peristaltik über allen Quadranten.

Vitalparameter bei Aufnahme: RR 103/65 mmHg, HF 60/min AF 22/min, SpO₂ 97%.

Paraklinik:

Siehe Kumulativausdruck.

Abstrich Nase/Rachen vom 10.5.2017: Kein Nachweis von MRSA.

EKG: Durchgehend atriale Stimulation, Linkstyp, kleine Q-Zacke in Ableitung III, QRS 96 ms, QTC 422 ms, regelhafte R-Progression über der Vorderwand, keine signifikanten Erregungsrückbildungsstörungen.

Bei **Kontrolle vom 10.05.2017** Sinusrhythmus, Herzfrequenz 65/min, Linkstyp, PQ 74 ms, QRS 106 ms, QTC 457 ms, regelhafte R-Progression über der Vorderwand, keine signifikanten Erregungsrückbildungsstörungen.

Bei **Kontrolle vom 10.05.2017** durchgehend atriale Stimulation, Herzfrequenz 60/min, Linkstyp, keine signifikanten Erregungsrückbildungsstörungen.

Bei **Kontrolle vom 11.05.2017** durchgehend atriale Stimulation, Linkstyp, Herzfrequenz 60/min, keine signifikanten Erregungsrückbildungsstörungen.

Bei **Kontrolle vom 11.05.2017** durchgehend atriale Stimulation, Linkstyp, Herzfrequenz 59/min, keine signifikanten Erregungsrückbildungsstörungen, regelhafte R-Progression über der Vorderwand.

Bei **Kontrolle vom 12.05.2017** Herzfrequenz 59/min, durchgehend atriale Stimulation, regelhafte R-Progression über der Vorderwand, keine signifikanten Erregungsrückbildungsstörungen.

Röntgen des Thorax liegend vom 10.5.2017: Im Vergleich zur Voruntersuchung von 11/16 keine relevante Befundänderung bei erneut liegender Aufnahmeposition: Zwerchfellkonturen glatt, kein größerer im Liegen auslaufender Erguss und keine sicheren Infiltrate in den einsehbaren Lungenabschnitten. Zarte pleuroperikardiale Schwielen links. Konstante Herzgröße und -konfiguration. Keine Stauungszeichen. Zarter Aortenalk. Sternale Drahtcerclagen. Pacemakeraggregat rechts, einliegende Vorhof- und Ventrikelsonde.

Linksherzkatheteruntersuchung vom 12.05.2017 (Zusammenfassung): Koronare Dreifäßerkrankung:

- Verschluss RIVA ostial und RCX/RCA proximal
- Verschluss ACVB auf RM
- LIMA/RIVA und ACVB/RCA ohne Stenose
- ACVB auf D1 mit hochgradiger distaler Tandem-de-novo-Stenose

Perkutane Koronarintervention vom 12.05.2017 (Zusammenfassung): Primäre DE-Stentimplantation in den distalen ACVB auf D1.

Befund Transthorakale Echokardiographie (TTE) vom 15.05.2017:

Globale syst.LV-Funktion in der Norm (EF 56%), ohne reg.WBS. Herzhöhliendiamtere in der Norm. LV-Hypertrophie IVSD 12mm. Keine Ektasie der Aorta asc. TAPSE 21mm. TK: TI II, PHT 55mmHg (RVP+ZVD), SM-Kabel sichtbar. AK: leichtgradig sklerosiert, keine Stenose, AI I° MK: AML/PML leichtgradig verkalkt, MI I° PK: altersentsprechend Kein Perikarderguss. Normaler inspiratorischer Kollaps der IVC. Pulmonale Hypertonie..

Therapie und Verlauf:

Die Übernahme des Patienten erfolgte zunächst auf die internistische Intermediate Care Station unseres Hauses bei laborchemischem NSTEMI. Nach Übernahme wurde zunächst die Vollheparinisierung PTT-gesteuert fortgeführt. In der durchgeführten telemetrischen Überwachung zeigte sich ein durchgehender Sinusrhythmus mit intermittierender atrialer Stimulation mit nur wenigen ventrikulären Extrasystolen. Bei bekannter Jod-Unverträglichkeit/Kontrastmittelunverträglichkeit erfolgte präinterventionell eine Abschirmung des Patienten mit Ranitidin, Fenistil und Prednisolon.

Die Koronarangiographie erfolgte am 12.05.2017 über die A. femoris dextra mit oben genanntem Befund komplikationslos. Aufgrund einer neu aufgetretenen de-novo-Tandemstenose des ACVB auf Ramus diagonalis I erfolgte die Entscheidung zur primären drug-eluting-Stentimplantation. Der weitere postinterventionelle Verlauf gestaltete sich komplikationslos. Die Punktionsstelle präsentierte sich reizlos und ohne Nachblutungen, keine Strömungsgeräusche. Über typische pectanginöse Beschwerden klagte der Patient während des stationären Aufenthaltes nicht.

Im Sinne der kardiovaskulären Sekundärprophylaxe wurde der CCS-Hemmer auf Atorvastatin umgestellt. Ebenfalls sollte die duale Thrombozytenaggregationshemmung mittels ASS und Ticagrelor für weitere 12 Monate bis inklusive 05/2018 fortgeführt werden. Danach ist bei progredienter KHK eine Dauermedikation mittels ASS und Ticagrelor in reduzierter Dosierung (60 mg 1-0-1) denkbar. Ebenso bitten wir um strenge Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren, inklusive des Blutdrucks. Bei intermittierend hypertensiv entgleisten Blutdruckwerten erhöhten wir die Dosierung des Amlodipin und ergänzten die Medikation um HCT. Wir bitten um ambulante Durchführung einer Langzeit-Blutdruckmessung zur Evaluierung des Blutdruckprofils im

Tagesverlauf und ggf. weitere Anpassung der antihypertensiven Therapie.

Echokardiographisch imponierte ein normal großer hypertrophierter linker Ventrikel mit normaler systolischer Ejektionsfraktion ohne Anhalt für höhergradige Vitien. Initial fanden sich röntgenmorphologisch keine Anhalte für pulmonalvenöse Stauung oder pulmonische Infiltrationen.

Die Möglichkeit einer Anschlussheilbehandlung zur Förderung der Rekonvaleszenz und Selbstständigkeit des Patienten sowie zur Förderung der kardiopulmonalen Belastbarkeit wurde mit dem Patienten besprochen. Diese wurde auch über unseren Sozialdienst beantragt. Ein genauer Termin ist bei Entlassung noch ausstehend und wird dem Patienten mitgeteilt.

Wir entlassen den Patienten in stabilem Zustand in Ihre geschätzte ambulante Betreuung.

Aktuelle Medikation

Medikament	Wirkstoff	Bemerkung	Früh	Mittag	Abend	z. N.
Amlodipin 10 mg		erhöht	1	0	0	0
ASS 100 mg	Acetylsalicylsäure		0	0	1	0
Brilique 90 mg	Ticagrelor	für 12 Monate	1	0	1	0
Candesartan 16 mg			1	0	1	0
L-Thyroxin 100 µg			1	0	0	0
Metoprolol 100 mg			1	0	1	0
Pantoprazol 20 mg			1	0	0	0
Atorvastatin 40 mg		neu	0	0	1	0
Tamsulosin 0,4 mg			1	0	0	0
Pentalong 50 mg			1	0	1	0
Januvia 100 mg	Sitagliptin		1	0	0	0
HCT 25 mg		neu	1	0	0	0

Um Ihnen die Informationen über den Krankenhausaufenthalt Ihres Patienten umgehend zur Verfügung zu stellen, wurde die Epikrise nicht vom Ober- bzw. Chefarzt gegengelesen. In Ausnahmefällen können daher Korrekturen notwendig werden. In diesen Fällen wird Ihnen in den nächsten Tagen ein endgültiger Arztbrief zugehen, der diesen ersetzt.

In unserem Klinikum werden vorzugsweise gelistete Präparate verordnet. Es können auch andere wirkstoffgleiche Präparate verordnet werden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Stefan Hoffmann
Chefarzt

Dr. med. Matthias Reimann
Oberarzt


Andreas Fengler
Assistenzarzt

Anlage:

Kumulativausdruck Laborwerte

Kopie des Befundes der Linksherzkatheteruntersuchung und perkutanen Koronarintervention vom 12.05.2017

Pat.: Schulz, Ernst-Wolfgang

Geb.Dat.: 06.10.1944, M

Kumulativbefund

Auftragsnummer	Referenzbereich	Einheit	56319518	56319525	56319741	56320017	56320052	56321198	56322019
Auftragseingang			10.05.2017	10.05.2017	10.05.2017	10.05.2017	11.05.2017	11.05.2017	15.05.2017
Probenentnahme:			15:29	15:30	16:11	23:37	05:19	23:17	09:40

P_Bem.Allg									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mikrobiologie

Mikrobiologie-Befund (Fremdlabor)			* Textbefun	* Textbefun					
-----------------------------------	--	--	-------------	-------------	--	--	--	--	--

Hämatologie

Leukozyten	4.4 - 11.3	Gpt/l					8.0		9.0
Erythrozyten	4.5 - 5.9	Tpt/l					4.89		4.93
Hämoglobin (SI)	8 - 10	mmol/l					8.9		9.1
Hämoglobin	12.9 - 16.1	g/dl					14.3		14.7
Hämatokrit	0.4 - 0.52	l/l					0.42		0.43
MCV	82 - 101	fl					86		86
MCH	1.7 - 2	fmol					1.81		1.84
MCHC	20 - 22	mmol/l					21.1		21.3
Thrombozyten	139 - 335	Gpt/l					129↓		141
Basophile	0,0 - 1,0	%							0.5
Eosinophile	2 - 4	%							3.3
Neutrophile	53 - 75	%							75.0
Lymphozyten	25 - 40	%							13.6↓
Monozyten	2 - 14	%							7.6

Gerinnung

Quick	70 - 125	%					85		
INR	0,89 - 1,18						1.11		
PTT	26 - 36	sec			55.6↑	51.3↑	54.5↑		
Thrombinzeit	< 21	sec					>180.0↑		
D-Dimer	0,00 - 0,50	mg/l							

Klinische Chemie

Natrium	135 - 145	mmol/l					139		139
Kalium	3.5 - 5.1	mmol/l					5.15↑		4.83
Calcium	2.15 - 2.55	mmol/l					2.23		
Calcium/Albumin korrigiert	2.15 - 2.55	mmol/l							
Chlorid	98 - 106	mmol/l					106		
Magnesium	0.7 - 1.05	mmol/l							
Phosphor	0.87 - 1.45	mmol/l							
Kreatinin	62 - 106	µmol/l					131↑		131↑
Harnstoff	< 8.3	mmol/l					6.6		6.2
Harnsäure	< 420	µmol/l							
GFR-CKD-EPI	80 - 140	ml/min					46.1↓		46.1↓
GFR-MDRD	80 - 140	ml/min					46.6↓		46.6↓
Osmolalität-S./ber	280 - 300	mOsmol/k					281		

Auftragsnummer	Referenzbereich	Einheit	56319518	56319525	56319741	56320017	56320052	56321198	56322019
Auftragseingang			10.05.2017	10.05.2017	10.05.2017	10.05.2017	11.05.2017	11.05.2017	15.05.2017
Probenentnahme:			15:29	15:30	16:11	23:37	05:19	23:17	09:40

ASAT	0.18 - 0.87	µkat/l							0.47
ALAT	0.1 - 1.27	µkat/l							0.65
GGT	< 1	µkat/l							
Alk.Phosphatase	< 6.51	µkat/l							
Lipase	0.36 - 0.85	µkat/l							
Bilirubin/ges	< 19	µmol/l					9.2		
Creatinkinase	< 3.02	µkat/l			1.72		1.34		1.32
CK-MB	0,00 - 0,40	µkat/l			0.26		0.28		0.26
Troponin-I	< 0.06	ng/ml			0.38↑		0.19↑	0.16↑	
LDH	< 4.12	µkat/l							
Serumglukose	3 - 6.3	mmol/l					7.34↑		
Cholesterin	< 5.2	mmol/l							5.09
Triglyceride	< 1.5	mmol/l							2.20↑
HDL-Chol	> 1	mmol/l							0.95↓
LDL-Chol	< 3.36	mmol/l							3.14
Albumin	33 - 52	g/l							

Inflammation

CRP	0,0 - 5,0	mg/l					1.2		
PCT	< 0.5	ng/ml					<0.17		

Hormone/Vitamine

TSH	0,35 - 3,50	mU/l							1.51
FT3	3.8 - 6	pmol/l							
FT4	7.5 - 21.1	pmol/l							

Urindiagnostik

Glucose Teststr.	negativ								
Keton Teststr.	negativ	mg/dl							
Hämoglobin Teststr.	negativ								
Eiweiß Teststr.	negativ	mg/l							
Nitrit Teststr.	negativ								
Bili Teststr.	negativ								
spez. Gew. Teststr.	1.015 - 1.025	g/ml							
pH-Wert Teststr.	5,0 - 7,5								
Urobilinogen Teststr.	< 1	mg/dl							
Leuco Teststr.	negativ								

HbA1c

HB		g/dl							15.1
A1C		g/dl							0.73
HBA1c	4.6 - 6.2	%							6.57↑
HBA1c-IFCC	20 - 42	mmol/mol							48.3↑

POCT Blutgasanalyse

Messdatum							11.05.2017		
Temperatur							37.0		
BGA venös							venös		
FO2(I)		%					30.0		
pH	7.35 - 7.45						7.35		
pH(T)							7.35		
pCO2	35,00 - 46,00	mmHg					50.80↑		

Auftragsnummer	Referenzbereich	Einheit	56319518	56319525	56319741	56320017	56320052	56321198	56322019
Auftragsingang			10.05.2017	10.05.2017	10.05.2017	10.05.2017	11.05.2017	11.05.2017	15.05.2017
Probenentnahme:			15:29	15:30	16:11	23:37	05:19	23:17	09:40

pCO2(T)		mmHg					50.80		
pO2	80 - 100	mmHg					35↓		
pO2(T)		mmHg					35		
BE	-2,0 - 3,0	mmol/l							
Basenüberschuss	-2,0 - 3,0	mmol/l					1.8		
HCO3	22 - 26	mmol/l					27↑		
SO2	75 - 99	%					61↓		
cNa+	135 - 148	mmol/l					139		
cK+	3.5 - 4.5	mmol/l					4.6↑		
cCl-	95 - 105	mmol/l					108↑		
CA2+	1.12 - 1.32	mmol/l					1.18		
cGluc	3.3 - 5.5	mmol/l					7.3↑		
cLAC	< 2.9	mmol/l					1.1		
ctBili	< 19	µmol/l							
ctHB		mmol/l					9.2		
HK	36 - 46	%					45		
FCO-HB	0.5 - 2.5	%							
FMetHb	0.4 - 1.5	%							
O2-HB	95 - 99	%							
p50e		mmHg							
cTO2c		Vol%					12.5		
mOsmc		mmol/kg					284.5		

POCT Blutzucker

Bz var. 07:00-08:00 Uhr		mmol/l							
Bz var. 08:00-09:00 Uhr		mmol/l							
Bz var. 11:00-12:00 Uhr		mmol/l							
Bz var. 12:00-13:00 Uhr		mmol/l							
Bz var. 17:00-18:00 Uhr		mmol/l							
Bz var. 21:00-22:00 Uhr		mmol/l							

Versand Mikrobiologie

Abstrich Rachen/Nase			4MRGN-Kul						
Perianalabstrich			4MRGN-Kul						

Bemerkungen

56319518 **Mikrobiologie-Befund** 10.05.2017, 15:29
(Fremdlabor)

Auftragsnummer Kunde: 56319518 IMD Oderland: 0490159434
 Probeneingang am 10.05.2017
 Klinische Angaben:
 Material
 Perianalabstrich
 Verfahren
 4MRGN-Screening (Kultur) negativ
 Endbefund vom 12.05.2017

56319525 **Mikrobiologie-Befund** 10.05.2017, 15:30
(Fremdlabor)

Auftragsnummer Kunde: 56319525 IMD Oderland: 0490159433
 Probeneingang am 10.05.2017
 Klinische Angaben:
 Material
 Rachen-/Nasenabstrich
 Verfahren
 4MRGN-Screening (Kultur) negativ
 Endbefund vom 12.05.2017

**Klinikum Barnim GmbH,
Werner Forßmann Krankenhaus**

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité - Universitätsmedizin Berlin
Ein Unternehmen der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Medizinische Klinik III
Kardiologie/Pneumologie/Angiologie
Rudolf-Breitscheid-Straße 100, 16225 Eberswalde
Tel. (0 33 34) 69 18 95 - Herzschrittmacherambulanz
Tel. (0 33 34) 69 23 51 - Sekretariat

Herzkatheterprotokoll

Patient/in: Schulz , Ernst-Wolfgang **Geb.-Datum:** 06.10.1944
Aufnahme-Nr.: 1355662
Unters.-Nr.: 574/2017 **Datum:** 12.05.2017
Hausarzt: Dr. med. Reinhard Förster
1. Untersucher: Dr. med. M. Reimann

Assistenz: MTA Andrea Spitzer
Schw. Franka Ermel

Indikation: NSTEMI
KHK3, 1995 ACVB auf RM/D1 und RCA sowie LIMA/RIVA, alle drei nativ Gefäße proximal verschlossen, ACVB auf RM alt verschlossen, letzte Koro 10/2016 mit DES ACVB/RCA-Insertion und HS/RIM

Größe 176 cm Gewicht 80 kg KOF 1.96 m²

Risikofaktoren: Diabetes mellitus
Hyperlipoproteinämie
art. Hypertonie
Niereninsuffizienz

Übernahme aus der Anforderung

DZ 3,0 min, DFP 500 cGy/cm², Kontrastmittel 90 ml, Untersuchungsdauer 5 min.

Kontrastmittel: Imeron 350

Medikamente: 5000 IE Heparin i.a.

Untersuchungsprotokoll: Arteria femoralis rechts, 6 F, unkomplizierte Untersuchung; Verschluss der Punktionsstelle mit Exo-Seal
5F JL4 / 5F JR4 / 5F IM

LCA selektiv:

Glatter linker Hauptstamm mit Verlängerung in RIM, ÜG gestenot ohne InstentRestenose
RIVA und RCX verschlossen

RCA selektiv:

bekannt alt verschlossen (nicht dargestellt)

Bypassdarstellung:

ACVB auf RD hochgradige distale Tandemstenose
RM bekannt alt verschlossen
 RCA ohne Stenose

**Klinikum Barnim GmbH,
Werner Forßmann Krankenhaus**

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité - Universitätsmedizin Berlin
Ein Unternehmen der GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH

Medizinische Klinik III
Kardiologie/Pneumologie/Angiologie
Rudolf-Breitscheid-Straße 100, 16225 Eberswalde
Tel. (0 33 34) 69 18 95 - Herzschrittmacherambulanz
Tel. (0 33 34) 69 23 51 - Sekretariat

LIMA auf RIVA ohne Stenose

Zusammenfassung:

Koronare Dreigegefäßerkrankung
Verschluss RIVA ostial und RCX/RCA proximal
Verschluss ACVB auf RM
LIMA/RIVA und ACVB/RCA ohne Stenose
ACVB auf D1 mit hochgradiger distaler Tandem-de-novo-Stenose

Procedere:

Perkutane Koronarintervention RD ACVB

Dr. med. Stefan Hoffmann
(Chefarzt)

Dr. med. Matthias Reimann
(Oberarzt)

Protokoll der perkutanen Koronarintervention

Patient/in: Schulz , Ernst-Wolfgang **Geb.-Datum** 06.10.1944
Aufnahme-Nr.: 1355662
Unters.-Nr.: 575/2017 **Datum:** 12.05.2017

1. Untersucher Dr. med. M. Reimann

Assistenz:
Schw. Doreen Schultz
MTA Andrea Spitzer
Schw. Franka Ermel

Intervention an: ACVB auf D1 distal Tandemstenose

Führungskatheter: 6F AR2

Führungsdraht: Galeo F

DZ 7,02min, DFP 9,79 cGy/cm², Kontrastmittel 105 ml, Untersuchungsdauer 21 min.

Untersuchungsprotokoll: Draht in distalen D1 durch ACVB, Nitro 0,1 ic, Impl. XIENCE 2,5X18mm / Impl. 14 bar 17 sek. in distalen ACVB, gutes Ergebnis, TIMI III, ostial im ACVB exzentrische Stenose direkt am FK-Ende mit Va- katheterinduzierte Spastik, trotz FK-Rückzug, Drahtentfernung und Nitro verbleibt die Läsion, nochmals Draht in ACVB und Positionierung eines Synsiro 2,75 x 9 mm/ Impl., nun ist die Stenose nicht mehr nachweisbar und der Stent wird nicht implantiert (Katheterspastik), EXOSEAL 6F

Hämodynamik: stabil

Zusammenfassung: primäre DE-Stentimpl. distalen ACVB auf D1

Procedere: DAPT weiter 12 Monate

Dr. med. Stefan Hoffmann
(Chefarzt)

Dr. med. Matthias Reimann
(Oberarzt)