

Städtisches Klinikum Dessau - Auenweg 38 - 06847 Dessau-Roßlau

Herrn
Dr. med. Michael Röseler
FA für Innere Medizin
Edia.med MVZ Diakonissenkrankenhaus Dessau
Gropiusallee 3
06846 Dessau-Roßlau

Klinik für Innere Medizin I

Chefarzt: Prof. Dr. med. Mathias Plauth
Innere Medizin - Gastroenterologie - Palliativmedizin
Telefon: (0340) 5 01-12 75
Fax: (0340) 5 01-12 10
E-Mail: mathias.plauth@klinikum-dessau.de

Station 04, Gefäßstation

Telefon: (0340) 5 01-41 40
Fax: (0340) 5 01-41 46

Epikrise vorstationär

Dessau-Roßlau, den 06.07.2018

Patient: Ullrich, Edgar - geb. 22.05.1938
Schochplan 41, 06847 Dessau-Roßlau
Aufenthalt: 06.07.2018

Notaufnahme Tel.: 5 01-19 30

Allgemein- und Altersmedizin
Leiter: OA Jens Schumacher
Station 14U Tel.: 5 01-41 20

Angiologie
Leiter: OA Dipl.-Med. Jörg Dahlenburg
Funktionsdiagnostik Tel.: 5 01-16 76
Station 04A Tel.: 5 01-41 40

Gastroenterologie, Hepatologie
Leiter: OA Dr. med. Jens-Uwe Jetschmann
Endoskopie Tel.: 5 01-49 00
Sonographie Tel.: 5 01-49 00
Station 11 Tel.: 5 01-12 71

Hämatologie, Onkologie
Leiter: OA Dr. med. Axel Florschütz
Onkologisches Zentrum Tel.: 5 01-38 80
Station 06 Tel.: 5 01-12 65

Intensivmedizin
Leiter: OA Dr. med. Stefan Rosocha
Station 24 Tel.: 5 01-12 69

Kardiologie
Leiter: OA Dr. med. Stefan Rosocha
Herzkatheter Tel.: 5 01-13 96
Echokardiographie Tel.: 5 01-12 78
Schrittmacher-Amb. Tel.: 5 01-14 45
iCD-Ambulanz Tel.: 5 01-14 45
Station 12 Tel.: 5 01-12 62
Station 23 Tel.: 5 01-12 60

Nephrologie
Leiterin: OA Dr. med. Sandra Bruns
Klinikkidialyse Tel.: 5 01-12 11
Fachambulanz Tel.: 5 01-12 80
Station 15 Tel.: 5 01-46 50

Palliativstation
Leiter: OA Dr. med. Axel Florschütz
Station 06 Tel.: 5 01-12 65

Pneumologie
Leiterin: OA Dr. med. Marianne Schelle
Endoskopie Tel.: 5 01-49 19
Lungenfunktion Tel.: 5 01-49 06
Station 16 Tel.: 5 01-12 72

Sehr geehrter Herr Dr. med. Röseler,

wir berichten über die Behandlung des o. g. Patienten.

Diagnosen:

03/2017

1. Subakute Beinischämie beidseits in 06/2016
 - rechts führend bei thrombotischem Poplitealarterienverschluss
 - 06/2016 komplexe interventionelle Rekanalisation mittels 48-Stunden-Lyse und Stent-PTA popliteal P2
 - links subakuter Anteriorverschluss
 - 09/2016 unauffällige Verhältnisse bei verbleibenden Verschlüssen der Aa. tibiales anteriores
 - aktuell kardiopulmonal und periphervaskulär eingeschränkte Leistungsfähigkeit
2. Postthrombotisches Syndrom
 - 06/2016 US-Venenthrombose rechts
 - Beinvenenthrombose rechts 2007
 - Lungenarterienembolie 1999, 2007
3. Herzinsuffizienz NYHA 3
 - AV-Block 3 unter Betablockermedikation
 - Schrittmacherimplantation am 02.01.2009 (Medtronic RELIA DR 01, DDDR 0-Mode)
 - koronare 1-Gefäßerkrankung
 - PTCA mit RCA-Stenting 2006
 - in 2014 ohne Interventionsbedarf
4. Verdacht auf progrediente Demenz

Städtisches Klinikum Dessau
Auenweg 38
06847 Dessau-Roßlau

Steuer-Nr.: 114/145/00155

Bankverbindungen:
HypoVereinsbank
BLZ 800 200 87
Konto-Nr. 8 911 290
IK 261500757
IBAN: DE46 8002 0087 0008 9112 90
SWIFT/BIC: HYVEDE MM 462

Stadtsparkasse Dessau
BLZ 800 535 72
Konto-Nr. 31 005 006
IK 261500575
IBAN: DE44 8005 3572 0031 0050 06
SWIFT/BIC: NOLADE 21 DES

Kontakt:

Telefon: +49 3 40 5 01-0
Telefax: +49 3 40 5 01-1256

E-Mail: skd@klinikum-dessau.de
<http://www.klinikum-dessau.de>

Pat.: Edgar Ullrich, Geb.Dat.: 22.05.1938, M., Fall-Nr.: 10798804

Anamnese: 03/2017: Beim Laufen Taubheitsgefühl in den Zehen und Brennen in beiden Fußsohlen, rechts > links, dann auch Schwellung der Zehen rechts und auf dem Spann, allerdings auch limitiert durch Dyspnoe. Intermittierend nächtliches Taubheitsgefühl in beiden Füßen und Gefühl, dass "tausend Stecknadeln" in den Fußsohlen wären.

Aktuell

Seit einem Jahr sind nur noch ganz minimale Gehstrecken möglich, grad noch in der Häuslichkeit. Seit ca. 3 Monaten intermittierend nächtliche Schmerzen in den Beinen von der Leiste bis in den Fuß ziehend, re > li. Es werden auch Verfärbungen der Füße beschrieben.

Risikofaktoren: 178 cm, 81 kg, Nichtraucher, kein Diabetes mell., Hypertonie (Tbl.).

Vaskuläre Komorbidität: Demenz seit etwa 2016, 2009 Herzschrittmacher, kein neurologisches Ereignis, keine Tumor- und keine Nierenerkrankung bekannt.

Medikation: Adenuric 80 1x1 Tbl. Mo-Mi-Fr, Ramipril 5 mg 1/2-0-0 Tbl., Metohexal 47,5 mg 1/2-0-0 Tbl., Simva 20 0-0-0-1 Tbl., Falithrom lt. Plan, Jenaspiron 50 1-0-0 Tbl., Movicol 3x1 EL., Palexia 50 1-0-1-0 Tbl., Torasemid 10 1x1 Tbl.

Status:

Labor :

06/2016

Angiologische Untersuchung am 06.06.2016: V. a. Thrombembolie mit Verschluss der rechten A. poplitea und linken A. tibialis anterior. Nebenbefundlich venöse Thrombose der Vv. tibiales anteriores rechts. Stat. Aufnahme, therapeutische Heparinisierung und Angiografie in Lyse/Rotarexbereitschaft v. a. rechts. UKG, LZ-EKG im Verlauf.

Duplexsonografie: Triphasischer Beckenausstrom, links bis popliteal triphasische Amplituden, am US triphasische Amplituden bis in die A. tibialis posterior, die A. tibialis anterior scheint echoarm verschlossen, die A. fibularis ist nicht ableitbar. Rechts echoarmer Verschluss der A. poplitea distal, die A. tibialis posterior ist dann wieder mit schwach monophasischen Amplituden offen, die A. tibialis anterior auch erst einmal proximal offen, ab Mitte US nicht mehr ableitbar, hier auch Thrombosierung der Vv. tibialis anteriores bis zum Knöchel nachweisbar, ansonsten kein Hinweis auf eine TVT.

tcpO₂-Messung an	1. re. US	2. re. Fuß	3. li. US	4. li. Fuß
Messwerte im Liegen:	63 mmHg	51 mmHg	41 mmHg	67 mmHg
Messwerte im Sitzen:	78 mmHg	74 mmHg	49 mmHg	83 mmHg

Becken-Bein-Angiografie und rechtspoplitealer Lysestart am 08.06.2016: Aorta incl. Truncus coeliacus, A. mesenterica superior und Nierenarterien beidseits sowie Aortenbifurkation unauffällig kontrastiert. RECHTS regelrechte Beckenachse ohne Kontrastierung einer A. iliaca interna, unauffällige Oberschenkelbifurkation, A. profunda femoris und A. fem. superficialis bis P1. Thrombotischer Verschluss der A. poplitea ab P2-Segment incl. Unterschenkeltrifurkation. Kollateral-späte Kontrastierung der distalen Segmente von allen 3 Unterschenkelarterien bei vordergründig plantarer Fußversorgung. LINKS regelrechte Becken- und femoropopliteale Achse incl. der Bifurkationen bei Unterschenkel 2-G-Versorgung mit führender A. tibialis posterior/A. plantaris. Nach Platzierung eines MPA-Katheters rechtspopliteal Lysestart mit 1 mg rtPA/h bis zum Folgetag unter intensivmedizinischem Monitoring.

1. Lysekontrolle nach 20 mg rtPA rechtspopliteal am 09.06.2016: Nur dezenter proximaler Lysefortschritt im P2-Segment und immerhin sauber kontrastierte Truncusbifurkation, die mittels 0,018"-Draht erreicht werden kann. Nach Anschlussbeweis Einwechseln eines MicroMewi-10-cm-Seitlochkatheters und Boluslyse 5 mg sowie nachfolgend weiter 1 mg/h bis zum Folgetag.

Duplexkontrolle auf Intensivstation am 09.06.2016, ca. 23.30 Uhr: Bei klinisch dezent raumfordernder infrainguinaler Einblutung ohne weitere Symptomatik kann das Lysesystem belassen

Pat.: Edgar Ullrich, Geb.Dat.: 22.05.1938, M, Fall-Nr.: 10798804

werden, zumal rechtspopliteal ein deutlicher Lysefortschritt P2/3 zu verzeichnen ist.

2. Lysekontrolle mit poplitealer und cruraler Intervention am 10.06.2016: Nach 50 mg rtPA offene A. poplitea mit Nachweis einer Reststenose bei Dissektion im P2-Segment. Nur segmentale Kontrastierung der A. tibialis anterior. Stenose bei Dissektion im Tr. tibiofibularis mit Abgangsstenose der A. fibularis und verzögerter Kontrastierung. Unauffällige Kontrastierung der A. tibialis posterior. Die Fußversorgung erfolgt über die A. plantaris.

Postinterventionell Aufhebung der poplitealen Stenose mittels Stent-PTA (6 x 40), der truncalen Stenose mittels PTA, mit anschließend gleichzeitiger Kontrastierung der A. fibularis und tibialis posterior.

Postinterventionelle angiologische Untersuchung am 13.06.2016: Erfolgreiche komplexe Rekanalisation der rechten A. poplitea. Prinzipiell Diskussion Einstellung auf eine OAK, Kontrolle der Befunde vorstationär 28.09.2016.

Duplexsonografie: Unauffällige Punktionsstelle linksinguinal, links unverändert Verschluss der A. tibialis anterior, rechts triphasische Amplituden distalfemoral, offene A. poplitea mit regelrecht liegendem Stent und biphasischen Amplituden bis in die A. fibularis und A. tibialis posterior distal, verbleibender Verschluss der A. tibialis anterior

C-Test: S1 und S2 nicht erreicht, Abbruch bei 55 m wegen Dyspnoe.

09/2016

Duplexsonografie vom 28.09.2016: Triphasischer Beckenausstrom und offene femoropopliteale Strombahnen bds. mit regelrecht liegendem Stent rechtspopliteal, biphasische Amplituden bds. popliteal, bds. verbleibende Verschlüsse der Aa. tibiales anteriores bei mindestens offenen Aa. tibiales posteriores.

Lichtreflexionsrheografie: Bds. vorhandene Volumenpulskurven.

C-Test: S1 63 m Brennen in beiden Fußsohlen rechts > links und S2 nicht erreicht, Abbruch nach 150 m wegen Dyspnoe.

Angiologische Untersuchung aus 03/2017: Duplexsonografisch zeigen sich stabile Verhältnisse mit unauffälliger Darstellung des Stents rechtspopliteal und verbleibenden Verschlüssen der Aa. tibiales anteriores. Die Leistungsfähigkeit ist insgesamt sowohl durch pedale Claudication als auch durch Herzinsuffizienz limitiert und leicht rückläufig. Die orale Antikoagulation sollte dauerhaft weitergeführt werden, die Herzinsuffizienztherapie nach Möglichkeit optimiert werden. Hinsichtlich der demenziellen Entwicklung und der sicher auch neuropathischen Fußsymptomatik wäre eine neuropsychiatrische Mitbehandlung wünschenswert.

Duplexsonografie: Triphasische Amplituden beidseits distal-crural in den vorhandenen Posteriores, auch unauffällig vorgeschaltete femoropopliteale Arterien.

Lichtreflexionsrheografie: Links durchweg kräftige, rechts artefaktüberlagerte, jedoch grundsätzlich vorhandene akrale VPK.

C-Test: S1 32 m stechender Schmerz re. Fußsohle, S2 nicht erreicht, Abbruch nach 92 m wegen limitierender Dyspnoe.

Aktuell

Duplexsonographie: Triphasische Amplituden inguinal und femoropopliteal beidseits ohne Auffälligkeiten und derzeit rhythmisch.

Lichtreflexionsrheographie: kräftigste und rechts sogar dikrote akrale VPK über allen Zehen beider Füße.

Röntgen Hüften beidseits

Beurteilung: Arteriell erfreulich unauffälliger Befund an beiden Beinen unter therapeutischer

Pat.: Edgar Ullrich, Geb.Dat.: 22.05.1938, M, Fall-Nr.: 10798804

Antikoagulation, jedenfalls keine ischämiesymptomatik am symptomführenden rechten Bein. Aufgrund der proximalen Symptomatik ist vordergründig an coxarthrogene oder neurogene Ursachen zu denken, zumal vaskuläre und chirurgische Ursachen nicht nachweisbar sind.

Wir danken für die Zuweisung und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Med. Jörg Dahlenburg
Abteilungsleiter Angiologie

Wir bitten um Verständnis, dass wir bei der Arzneimittelauswahl auf Präparate zurückgreifen, die in unserer Klinik gelistet sind. Wir haben Ihren Patienten informiert, dass der Hausarzt nach seinem eigenen Ermessen ein gleich oder ähnlich wirksames Medikament verordnen kann.
