



# Karl-Olga Krankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Universität Ulm

## Innere Klinik II

Kardiologie, Angiologie und  
Internistische Intensivmedizin

Chefarzt  
Prof. Dr. med.  
Hartmut Hanke

Sektionsleiter  
Interventionelle Elektrophysiologie  
Dr. med. Oliver Ickrath

Tel.: 0711/26 39-24 00  
Fax: 0711/26 39-24 78  
Mail: kok.inn2@sana.de

Datum: 24.03.2016

Karl-Olga-Krankenhaus GmbH | Postfach 102643 | 70022 Stuttgart

## VORLÄUFIGER ENTLASSBRIEF



Patient: Herr Gerhard Herbert Wiegner, geb. 05.11.1962,  
Uhlbacher Str. 205, 70329 Stuttgart

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über Ihren o.g. Patienten, der sich vom 07.03.2016 bis 24.3.2016 in unserer stationären  
Behandlung befand.

### Diagnosen:

1. Kardiale Dekompensation bei
2. Herzinsuffizienz NYHA IV mit
3. leicht eingeschränkter LV-Funktion
4. Diastolische Funktionsstörung
5. Arterielle Hypertonie
6. Adipositas per magna
7. Verdacht auf Adipositas- induzierte Hypoventilation

### Medikation:

Bisoprolol 2,5 mg 1-0-1

Candesartan 16 mg 1-0-1

Simvastatin 40 mg 0-0-1

ACC 6 1 mg 1-0-0

Berodual N Aerosol 2 Hub 1-0-1

Pantozol 40 mg 1-0-0

~~Forem 10 mg 1-0-0~~ Furosemid 40mg 1- $\frac{1}{2}$ -0

Novalgin-Tropfen 30 1-1-1

ASS 100 mg 1-0-0

### Procedere:

1. Stationäre kardiologische Rehabilitationsbehandlung ab dem 04.04.2016
2. Fortführung der kardioprotektiven Medikation
3. Engmaschige Kontrollen von Blutdruck sowie kardialen Risikofaktoren ( Diabetes mellitus, Stoff-  
wechselstörungen, arterielle Hypertonie, Adipositas)
4. Dringend Gewichtsreduktion empfohlen, gegebenenfalls Vorstellung bei PD Dr. Müller, Adipositas  
Chirurgie
5. Kardiologische Verlaufskontrollen mit Echokardiographie beim niedergelassenen Facharzt Kardio-  
logie.



Ein Haus der  
Sana Kliniken AG

**Anamnese:**

Seit 2 Wochen parallel zu einem bronchialen Infekt massive Dyspnoe entwickelt, vor allem Belastung im Liegen. Bei Aufnahme auch in Ruhe. Unterschenkelödeme beidseits und pulmonale Stauung. Hat seit Weihnachten 25 kg Gewicht zugenommen. Hat auch thorakale Schmerzen gehabt, wurde zuvor bei Verdacht auf Interkostalneuralgie behandelt.

**Körperlicher Untersuchungsbefund:**

Körpergröße 185 cm, Gewicht 175 kg. Blutdruck 170/80 mmHg, Puls 83/min, Temperatur 36,5 °C, Sauerstoffsättigung unter Raumlufte 89 %, Atemfrequenz 22/min. 53-jähriger Patient in reduziertem Allgemeinzustand, adipösem Ernährungszustand. Haut intakt, keine Zyanose, keine Ruhedyspnoe, Unterschenkelödeme beidseits. Pupillen isokor, mittelweit, beidseits lichtreagibel. Patient bei Aufnahme wach, zu Zeit, Ort, Situation und Person voll orientiert. Grobe Kraft, Koordination, Sensibilität seittengleich intakt. Lunge beidseits belüftet, vesikuläres Atemgeräusch, RGs beidseits basal, ubiquitäre Spastik. Herztöne rein, rhythmisch, keine RGs. Abdomen: Weich, kein Druckschmerz, keine Resistenzen tastbar, keine Abwehrspannung, kein Peritonismus, lebhaftes Kristalle, Leber nicht vergrößert palpabel, Nierenlager frei. Massive Unterschenkelödeme beidseits.

**Labor:**

Siehe Kopie anbei

**EKG:**

Sinusrhythmus, 78/min, Linkstyp, keine Endstreckenveränderungen.

**Echokardiographie vom 07.03.2016:**

Sehr schlechte Schallbedingungen. Keine relevanten Vitien. Linker Ventrikel nicht dilatiert. Visuell LVF zumindest nicht höhergradig reduziert.

**Links-/Rechtsherzkatheter mit Laevokardiographie vom 17.03.2016:**

1. Ausschluß stenosierende KHK
2. Kardiomyopathie mit mäßiggradig eingeschränkter LV-Funktion
3. erhöhter LVEDP wie bei diastolischer Funktionsstörung

**Kardio-MRT 25.03.2016:**

Bei Herrn W. liegt eine in Relation zur Körperoberfläche normalgroße linke Ventrikel vor, der auch eine leicht eingeschränkte linksventrikuläre Funktion aufweist. Kein Perikarderguss, kein relevantes Klappenvitium. Einem insgesamt hohen Schlagvolumen von 125 ml und einem guten Herzminutenvolumen von ca. 8,2 l ist die klinische Symptomatik mit Dyspnoe. Kardiale nicht vollständig zu erklären. Vermutlich liegt eine Adipositas assoziiertes Hyperventilationssyndrom vor.

**Röntgenthorax vom 07.03.2016:**

Deutliche akute Stauungssymptomatik bei unscharfen Hilusstrukturen. Auslaufende Ergüsse lassen sich beidseits nicht darstellen. Chronische Stauungszeichen. Infiltrate können durchaus maskiert vorliegen. Das Herz stellt sich verbreitert dar.

**CT-Thorax vom 17.03.2016:**

Auffällig ist eine massive Weichteilvermehrung.

Die Pulmonalarterien nehmen kräftig Kontrastmittel auf, kein Nachweis einer thrombusbedingten Kontrastmittelaussparung, die Pulmonalarterien sind bis in die Peripherie noch gut kontrastiert zu erkennen. Auch die thorakale Aorta ist bereits gut kontrastiert, eine aneurysmatische Erweiterung findet sich nicht, auch kein Hinweis auf eine Dissektionsmembran.

Eine basale Flüssigkeitsansammlung findet sich nicht.

Im Mediastinum findet sich im oberen Anteil paratracheal links eine recht glatt begrenzte Raumforderung mit einem Durchmesser von etwa 3 cm, diese zeigt Dichtewerte von etwa 65 HU. Im Mediastinum finden sich, rechtsbetont, an Zahl und auch an Größe vermehrte

Lymphknoten, auch hilär sind beidseits Lymphknoten erkennbar, rechts stärker ausgeprägt als links. Das Herz ist vergrößert.

In der Durchsicht im Lungenfenster findet sich intrapulmonal kein kontrastmittelaufnehmender Herdbefund, keine intrapulmonalen Herde, keine flächige Verdichtungsformation, insbesondere kein Hinweis auf Konsolidierungen oder retikuläre Zeichnungsvermehrungen, keine fibrotischen Veränderungen. Keine erkennbaren Bullae.

**Beurteilung:**

Kein Hinweis auf frische Lungenembolie.

Kein Hinweis auf ein thorakales Aortenaneurysma.

Kein Hinweis auf interstitielle Lungenerkrankung, insbesondere kein Hinweis auf Fibrose oder Emphysem. Kein Infiltrat, kein Erguss. Adipositas permagna.

Unspezifische Lymphadenopathie mediastinal und beidseits hilär, rechts führend, wobei das Bild nicht an eine typische Lymphomkrankung denken lässt, auch kein typisches Bild einer Sarkoidose, am ehesten z.B. Lymphknotenvergrößerung bei chronischer Herzinsuffizienz bei auch Kardiomegalie, zudem wohl ektopes Strumagewebe im oberen Mediastinum links.

**Zusammenfassung und Verlauf:**

Notfallmäßige Aufnahme des Patienten bei starker Dyspnoe und Unterschenkelödemen seit 2 Wochen. Radiologisch zeigte sich eine akute Stauungs Problematik. Zunächst wurde die i.v. Lasix Gabe begonnen, worunter der Patient im Verlauf ca. 10 Kilogramm an Gewicht abnahm, die Unterschenkelödeme deutlich zurück ging und die Dyspnoesyndromatik kontinuierlich abnahm. Das Entlassgewicht betrug 165 kg. Während des Aufenthaltes hatte der Patient regelmäßig 2 l O<sub>2</sub> über Nasenonde bekommen, dies konnte zuletzt reduziert und hiernach vollständig beendet werden. In der bildgebenden Diagnostik der Echokardiographie konnte noch keine eindeutige Beurteilung der linksventrikulären Funktion bei massiver Adipositas stattfinden, sodass zunächst die rechts-

/Linksherzkatheteruntersuchung Laevokardiographie stattfand. Hier zeigte sich eine Kardiomyopathie mit mäßiggradiger linksventrikuläre Einschränkung. In der ergänzenden Kardio-MRT zeigte sich eine leichtgradige linksventrikuläre Funktionsstörung. Wir haben eine stationäre kardiologische Rehabilitation des Handlung eingeleitet, welche ab dem 04.03.2016 stattfinden wird. Die Umstellen der Medikation sollte weiter beibehalten werden. Des Weiteren besteht der dringender Rat zur Gewichtsreduktion, welche der Patient zu Beginn selbst durch eine Änderung der es- und Trinkgewohnheiten beginnen möchte. Sollte dies frustan verlaufen empfehlen wir eine Vorstellung bei PD Dr. Müller der Allgemeinchirurgie im Hause zur Abklärung weiterführender Maßnahmen und gegebenenfalls adipositaschirurgischer Behandlung. Bei Entlassung zeigten sich ohne Sauerstoffgabe Sauerstoffsättigung im Blut von ca. 94/95 %. Hier ist auch von einer Adipositas induzierten Hyperventilation als relevante Komponente der Dyspnoe auszugehen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. H. Hanke  
Chefarzt

Dr. med. J. Kirchner  
Oberarzt

B. Wurl  
Assistenzarzt