

Lösungsvorschlag

Fallbericht, Datum:

Name des Examenskandidaten inkl. Matrikelnummer:

Patient: R.W., weiblich, 70 Jahre

1. Anamnese

Aktuelle Anamnese

Die Aufnahme der Patientin erfolgte am 19.03. 2014 über die Ambulanz der Augenklinik bei neu aufgetretenem Arterienastverschluss am rechten Auge. Seit dem 15.03.2014 klagte die Patientin über eine neu aufgetretene Blindheit am rechten Auge, speziell des unteren Gesichtsfeldes. Es bestünden bekannte Schmerzen aufgrund von Bandscheibenprotrusionen. Seit Januar bestünden zusätzlich Nacken- und Schulterschmerzen sowie eine zunehmende Abgeschlagenheit.

Vegetative Anamnese

Kein Fieber, kein Schüttelfrost, keine Übelkeit, kein Erbrechen, keine Diarrhoe.

Genussmittel, Familien- und Sozialanamnese

Noxen: Nikotin

Familienanamnese/Sozialanamnese: keine Angaben.

2. Körperlicher Untersuchungsbefund

70-jährige Patientin, 156 cm, 82 kg, BMI 33,7 kg/m² in gutem Allgemeinzustand und adipösem Ernährungszustand.

Lymphknoten: keine tastbaren Lymphknoten

Kopf und Hals: Halsvenen nicht gestaut. Normaler Halsumfang. Reizlose Narbe von Schilddrüsen-OP. Keine Mukositis.

Lunge: Grenzen gut atemverschieblich. Vesikuläres Atemgeräusch beidseits. Keine Rasselgeräusche. Perkussion und Auskultation unauffällig.

Herz: HF normofrequent, rhythmisch. 3/6 Systolikum über Erb, kein Perikardreiben. Narbe von Klappenersatz-Operation.

Abdomen: Bauchdecke weich, kein Druckschmerz, keine Resistenzen. Darmgeräusche regelrecht. Milz nicht palpabel. Leber nicht vergrößert.

Urogenital: Nierenlager bds. frei

Neuro: Kein Meningismus. Hirnnerven, Sensibilität, Motorik, Reflexe und Koordination nicht dokumentiert.

Extremitäten: Keine Beinödeme, Fußpulse bds. palpabel über A. dorsalis pedis und A. tibialis posterior.

3. Leitsymptom bzw. Aufnahmediagnose

Aortenklappen-Endokarditis mit hochgradiger Aortenklappeninsuffizienz.

Im Verlauf Aortenklappenersatz-OP mit biologischer Prothese (21.03.2014).

4. Nebendiagnosen

- Arterienastverschluss am rechten Auge, am ehesten embolischer Genese
- Z.n. Soorösophagitis

- Bekannte zerebrovaskuläre Verschlusskrankheit
 - Z.n. TEA A. carotis rechts 03/2011 nach TIA im Mediastromgebiet rechts 03/2011
 - Verschluss der A. carotis interna rechts, geringgradige Stenose der A. carotis interna links 03/2014

- 3-Gefäß-KHK
 - Z.n. NSTEMI mit Stenting RCA 2004

- Z.n. Siegelringkarzinom des Magens,
 - Z.n. Gastrektomie, Ösophagojejunostomie nach Roux-Y

- Z.n. Adenokarzinom im Colon transversum
 - Transversumresektion und Hemikolektomie rechts, Ileotransversostomie,
- Cholezystektomie 11/2013
- Arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2, NIDDM
- Chronische Niereninsuffizienz Stadium III
- Z.n. Schilddrüsenresektion 1999 bei anamnestisch berichteten SD-Karzinom
- Osteochondrose L5/S1, paramedianer Bandscheibenvorfall L5/S1, konsekutive Spinalkanalstenose L5/S1

5. Diagnostisches und therapeutisches Procedere

Diagnostik:

- Pathologische Laborwerte bei Aufnahme: Hb 9,9 g/dl, **CRP 14,9 mg/dl**, Procalcitonin 0,8 ng/ml, Gamma-GT 114 U/l, Kreatinin 1,3 mg/dl, eingeschränkte GFR.
- EKG: Sinusrhythmus, Herzfrequenz 78/min, Indifferenztyp, T-Negativierungen über II, III, aVF; verzögerte R-Progression.
- BGA (initial: pO₂ 68 mmHg, pCO₂ 26 mmHg, pH 7,49, BE -2,9 mmol/l, HCO₃⁻ 19,5 mmol/l), im Verlauf weiter mäßige unkompenzierte Alkalose.
- TEE: Aortenklappenendokarditis mit Insuffizienz II-III° bei der Patientin festgestellt.
- Abnahme von Blutkulturen: Nachweis von Enterokokkus faecalis.
- Duplexsonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien bei Z.n. TEA und DD: Arteriitis temporalis. Befund zeigte kein Hinweis auf eine Arteriitis temporalis; nachweislich Verschluss der A. carotis interna rechts und geringgradige Stenose der A. carotis interna links.
- CT Angiographie Herz, Hirngefäße, Halsgefäße bei bekannter KHK und cerebrovaskulärer Verschlusskrankheit: Ausgeprägte 3-Gefäß-Coronarsklerose, Verschluss A. carotis interna rechts. Verdacht auf penetr. Ulcus des Aortenbogens bzw. am Übergang zur Aorta descendens. Ausgeprägte pulmonalvenöse Stauung.
- Abdomen Sonographie: kein Hinweis auf septische Embolien der Oberbauchorgane.
- Gastroduodenoskopie bei Übelkeit: Ausgeprägte Soorösophagitis festgestellt.
- Lungenfunktion: keine Restriktion, keine Obstruktion.

Therapie:

- Fortführung der Hausmedikation: L-Thyroxin 100 µg 1-0-0
Pantoprazol 40 mg 0-0-1
Simvastatin 40 mg 0-0-1
- Initiale Endokarditistherapie (bereits abgesetzt): Ampicillin/Sulbactam 3g 1-1-1
Gentamicin 160 mg 1-0-0
- Herzchirurgische Versorgung mit Aortenklappenersatz (biologisch) (21.03.2014)
- Antikoagulation mit Acetylsalicylsäure bei biologischer Klappenprothese 100 mg 1-0-0 bis einschließlich 13.06.2014
- Schmerzmittel (Metamizol, Piritramid) bei Bedarf

6. Prognose

Bei negativen Infektparametern am Ende der Therapie und herzechokardiographisch guter Klappenfunktion: gute Prognose. Herzechokardiographische Kontrollen und Endokarditis-Prophylaxe empfohlen.

7. Epikrise

Die stationäre Aufnahme der 70-jährigen Patientin erfolgte am 19.03.2014 aufgrund eines neu aufgetretenen Gesichtsfeldverlustes am rechten Auge. Bei Aufnahme zeigten sich erhöhte Infektparameter. Fieber und Schüttelfrost wurden von der Patientin verneint. Differentialdiagnostische wurde an eine Arteriitis temporalis gedacht.

In der TEE wurde die Diagnose einer Aortenklappenendokarditis gestellt, die vermutlich ursächlich für den Arterienastverschluss am Auge war. Bei hochgradiger Aortenklappeninsuffizienz erfolgte die herzchirurgische Versorgung mit einer Bioprothese am 21.03.2014. In der Blutkultur konnte Enterokokkus faecalis nachgewiesen werden.

Nach dem Aortenklappenersatz und einer antibiotischen Endokarditistherapie zeigten sich herzechokardiographisch eine gute Klappenfunktion und kein Hinweis auf Persistenz eines infektiösen Fokus.

Eine erneute Kontrolle sollte am 20.06.2014 erfolgen, eine Endokarditis-Prophylaxe wird empfohlen. Aufgrund des ursächlichen Darmkeimes stellt sich die Frage, ob eventuell ein Rezidiv der gastrointestinalen Tumorerkrankung vorliegt. Regelmäßige Nachuntersuchungen dringend empfohlen, ggf. Staging anberaumen. Verdacht auf Progress der bekannten KHK in der CT-Angiographie: Empfehlung einer elektiven Herzkatheteruntersuchung nach Rehabilitation. Nebenfundlich zeigte sich in der CT-Angiographie der Verdacht auf ein penetrierendes Aortenulcus im Aortenbogen. Wiedervorstellung in der Gefäßchirurgie empfohlen. Ebenfalls nebefundlich wurde in der Gastroskopie eine ausgeprägte Soorösophagitis festgestellt und behandelt.

Die Patientin konnte am 09.05.2014 in das Reha-Zentrum Bad Feilnbach entlassen werden.