

Klinikum Traunstein - Postfach 18 20 - 83278 Traunstein



**ABTEILUNG INNERE MEDIZIN
KARDIOLOGIE**

**Chefarzt
Prof. Dr. med. W. Moshage**

TS Station 1/4 (1/34)

Cuno-Niggel-Straße 3
83278 Traunstein

T 0861 - 705- 1268 oder 1242

F 0861 - 705- 1722

E kardiologie@kliniken-sob.de

Ihre Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen
Tesa/nwe/pi

Traunstein
28.06.2021

Vorläufiger Entlassbrief

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über unseren gemeinsamen Patienten Herrn

S [REDACTED] Rudolf, geb. [REDACTED] 1961 (Aufnahme-Nr.: 80382764),
wohnhaft: [REDACTED],

der sich vom 26.06.2021 bis 01.07.2021 in unserer stationären
Behandlung befand.

Grund der Einweisung - aktuell:

Progrediente Dyspnoe, Verdacht auf Herzinsuffizienz

Behandlungsdiagnosen:

- Belastungsdyspnoe bei pulmonaler Hypervolämie/interstit.
Ödem unter Abirateron- DD Cortisondauerinnahme
 - Cardio-CT: Angiografischer Ausschluss von
Koronarstenosen
 - Ausschluß Lunegenembolie
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Adipositas (BMI 33,8kg/m²)
- Metastasierendes Prostataadenokarzinom, ED 07/2017, TNM:
pT3aN0 (0/18) cM1b R1, PSA 59,64 ng/ml, GS 9
 - o 07/17 Prostatastanze: 7 von 12 Stanzzy lindern sind
tumorbefallen zu max. 90%
 - o 08/17 Beginn Leuprone => PSA-Remission auf 1ng/ml
 - o 10/17 radikale Prostatektomie und pelvine LAE beidseits:
Adenokarzinom linker Seitenlappen mit

Hotline Entlassmanagement:
Mo. – Fr. 16:00 – 19:00 Uhr
Sa. und So. 10:00 -14:00 Uhr
0861-705-2221
sonst:

Abteilungshotline für Ärzte:
Mo. – Fr. 8:00 – 16:00 Uhr
0861-705-1268 oder 1242

Zentrale Notaufnahme
durchgehend 24 Std.
0861-705-1208

Terminvereinbarung
stationär und ambulant
Sekretariat
0861-705-1268 oder 1242

Ambulante Sprechstunden

Privatsprechstunde
Prof. Dr. med. W. Moshage
n.V.

Rhythmus-Privatsprechstunde u.
prästationäre Rhythmusambulanz
Prof. Dr. H.-R. Neuberger
n.V.

ICD- und Schrittmacherambulanz
(Üw durch Vertragsärzte)
Dr. M. Mundel
Mittwoch n.V.

Ambulanz für Stressechokardio-
graphie und Ergospirometrie
(Üw durch Vertragsärzte)
Dr. A. Galland
n.V.

KLINIKEN SÜDOSTBAYERN AG

Bad Reichenhall Berchtesgaden Freilassing Traunstein Trostberg Ruhpolding

www.kliniken-suedostbayern.de

Sitz der Gesellschaft
Steuernummer
Aufsichtsratsvorsitz
im Wechsel
Vorstand

Traunstein Amtsgericht Traunstein HRB 19450
163/120/00400
Landrat Siegfried Walch
Landrat Bernhard Kern
Dr. Claus-Uwe Gretscher (Vors.), Elisabeth Ulmer

Bankverbindung:
Kreissparkasse Traunstein Konto 364 BLZ 710 520 50
IBAN DE66 7105 2050 0000 0003 64 BIC BYLADEM1 TST
Volksbank Raiffeisenbank Konto 88 77 BLZ 710 900 00
IBAN DE3771 0900 0000 0000 8877 BIC GENODEF1BGL

- Perineuralscheideneinbrüchen und Kapseldurchbruch. Tumorfreie Lymphknoten. Vesikal und peripher nicht in sano.
- 11/17 Metastase linke Beckenschaufel, Radiatio zunächst auf Patientenwunsch verschoben
 - 03/18 Beginn mit Abiraterone
 - 03/18 Radiatio linkes Os ilium, 10x 3 Gy
 - 04/18 zunehmende Schmerzen BWS bei multiplen ossären Läsionen
 - 04/18 PSA < 0,01 ng/ml
 - 06.-07.2018 Bestrahlung der WS auf Höhe Th 1 bis 11 Gesamtdosis 40,0 Gy, Bestrahlung, WK-Metastasen auf Höhe Th 5, 10 und 11 Gesamtdosis 46,0 Gy
 - 08/18 anhaltende PSA-Remission, bildgebend stabile Situation
 - 10/18 Radiatio Samenblasenloge 54 Gy und Prostataloge 66 Gy
 - 07 – 08/19 Bestrahlung zweier Knochenmetastasen auf Höhe der 5. und 7. Rippe dorsolateral GHD 40,0 Gy
 - Chronische Obstipation unter Opiodtherapie bei metastasiertem Prostatakarzinom
 - Kleine axiale Hiatushernie, sonst unauffällige ÖGD (07/11)
 - Chronische Pankreatitis unklarer Ätiologie (02/17 Trostberg), Pankreaslipomatose
 - Hämorrhoiden Gr I°, Marisken, Koloskopie vom 05/17
 - Leukopenie a. e. unter Metamizol
 - Psoriasis vulgaris
 - Retinopathie
 - Taubheit links
 - Tinnitus

Procedere:

- Trinkmengenbeschränkung auf 1,5-2L/Tag
- Mobilisation von mind. 2 kg Gewebewasser, gegebenenfalls Anpassung der diuretischen Therapie im Verlauf
- Empfehlung der Gewichtsreduktion bei Adipositas
- **Allergien / Arzneimittelunverträglichkeiten:**
Keine bekannt

Anamnese:

Der Patient stellt sich selbständig mit hausärztlicher Einweisung in unserer Zentralen Notaufnahme vor. Es bestehe seit circa einem Jahr eine Dyspnoesymptomatik, in den letzten Tagen sei hier eine deutliche Verschlechterung aufgetreten, er könne aktuell nur noch geringe Strecken in der Ebene gehen, bei Treppen sofortige Dyspnoe. Ambulant sei bereits beim Hausarzt eine Lungenfunktionsdiagnostik durchgeführt worden, diese sei wohl ohne pathologischen Befund gewesen. Kein Thoraxschmerz. Keine peripheren Ödeme, keine Umfangsvermehrung eines Beines erinnerlich. Stuhlgang und Miktion anamnestisch unauffällig. Keine abdominellen Beschwerden. Gewicht anamnestisch stabil. Vollständige SARS-CoV-2-Immunsierung besteht. Bekannt metastasiertes Prostatakarzinom mit letzten Staging 04/2021. Dort CT-morphologisch kein Hinweis auf lokales Tumorrezidiv oder neue metastasenverdächtige Veränderungen. Diese Untersuchung wurde mittels Ganzkörperskelettszintigrafie ergänzt und hier zeigte sich im Vergleich zur Voruntersuchung ein weitestgehend stabiler Befund.

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Patient in gutem Allgemeinzustand, adipösem Ernährungszustand, wach, zeitlich, räumlich und zur Person orientiert, kardiopulmonal stabil. Vitalparameter bei Aufnahme: RR Oberarm rechts 158/85 mmHg, Herzfrequenz 88/min, Sauerstoffsättigung bei Raumluft 97%, Atemfrequenz 15/min, Temperatur 35,6 °C tympanitisch.

Pulmo: Bds. vesikuläres Atemgeräusch, keine Rasselgeräusche, keine Zyanose. Cor: Herztöne rein, rhythmisch, kein vitientypisches Herzgeräusch. Abdomen: Weich, kein Druckschmerz, kein Klopfeschmerz, keine Resistenzen, regelrechte Peristaltik, Nierenlager frei. Kein Klopfeschmerz über

der Wirbelsäule, Extremitäten frei beweglich, Haut intakt, periphere Pulse seitengleich palpabel, keine peripheren Ödeme. Neuro: Kein Hinweis auf ein fokales neurologisches Defizit.

Diagnostik und Befunde:

Ruhe EKG vom 26.06.2021 15:47:46

Sinusrhythmus, ÜLT, HF 62/min., P 110 ms, PQ 168 ms, QRS 92 ms, QT 435 ms, QTcB 441 ms. LAHB. R/S-Umschlag zwischen V5 und V6 verspätet. S-Persistenz bis V6. Keine VES. Keine signifikanten ERBS.

Ruhe EKG vom 29.06.2021 13:59:35

Sinusrhythmus, HF 66 /min, ÜLT, vers. verspäteter R/S-Umschlag V5 /V6, träge R-Progression, S-Persistenz bis V6, keine signifikante ERBS, P 120 ms, PQ 174 ms, QRS 96 ms, QT 398 ms, QTcB 418 ms.

Fahrradergometrie am 28.06.2021

Belastung über 08:17 min, max. 0:17 min bei 125 Watt, HF-Anstieg von 98/min auf max. 132/min, RR-Anstieg von 125/67 mmHg auf max. 217/81 mmHg. Abbruch wegen Ermüdung, Atemnot, keine AP. Durchgehend Sinusrhythmus? kein Ischämienachweis

Spiroergometrie vom 28.06.2021

Dyspnoe-Symptomatik durch vermehrte Atemarbeit bei "Diffusionsstörung" erklärbar. Eine ventilatorische Limitierung als Ursache der Dyspnoe liegt nicht vor. Atemreserve bis auf 14 % aufgebraucht. Auffällig hoher Blutdruck bei max. Belastung.

Eine Anämie liegt laut BGA nicht vor. Anaerobe Schwelle eigentlich nicht erreicht. **Max. Sauerstoff-Aufnahme mit 11 ml/kgKG sehr niedrig.**

Bodyplethysmographie vom 28.06.2021

Keine Obstruktion, leichte Restriktion, keine Lungenüberblähung.

CO-Diffusion mit Residualvolumenbestimmung vom 30.06.2021

Mittelschwere CO-Diffusionsstörung (TLC-SB 53 %).

BGA vom: 28.06.2021 10:12

Ohne O2: **paO2: 47,6 mmHg**; paCO2: 34 mmHg; pH: 7,414; BE: -2,6 mmol/l; HCO3: 21,3 mmol/l.

Transthorakale Farbduplex-Echokardiographie vom 28.06.2021

Der linke Ventrikel ist normal groß, nicht hypertrophiert, normale Pumpfunktion ohne regionale Wandbewegungsstörungen. Normale diastolische Funktion. E/A: 1 (E/E' 10). Linker Vorhof nicht vergrößert. LA 4K 19 cm². Rechter Vorhof nicht vergrößert. Der rechte Ventrikel ist normal groß, die Funktion ist nicht eingeschränkt (TAPSE 24 mm). Die Mitralklappe ist morphologisch und funktionell unauffällig. Die Aortenklappe ist morphologisch und funktionell unauffällig. Die Trikuspidalklappe ist morphologisch unauffällig, keine Insuffizienz. Perikard unauffällig. Der Aortenbulbus ist normal weit. VCI kollaptisch. Rechts kein Pleuraerguss und links kein Pleuraerguss.

CT Angiografie der Koronararterien vom 30.06.2021:

Herzfrequenz 58/min, Sinusrhythmus.

Die Aorta ascendens ist im dargestellten proximalen Abschnitt nicht verkalkt. Der Aortenbulbus misst 4.1 cm. Die Aortenklappe ist trikuspidale und nicht verkalkt. Das linke Vorhofrohr ist frei von Thromben. Die Pulmonalvenen münden regelrecht in den linken Vorhof.

Linker Hauptstamm: unauffällig, keine Stenosen.

LAD: Keine Wandunregelmäßigkeiten, keine Stenosen.

RCX: Keine Wandunregelmäßigkeiten, keine Stenosen.

RCA: Keine Wandunregelmäßigkeiten, keine Stenosen.

Beurteilung: Angiografischer Ausschluss von Koronarstenosen bei Linksversorgungstyp.

Röntgen Thorax in 2 Ebenen vom 26.06.2021

Für Ergüsse, Infiltrate oder kardiale Dekompensation kein Anhalt.

CT Thorax KM mit MPR vom 30.06.2021

Kein Hinweis auf eine Lungenembolie. Nur diskrete emphysematöse Umbauten. Zeichen einer kardialen Stauung. Kein eindeutiger Infiltratnachweis. Keine intrapulmonalen Filiae abgrenzbar. Idem zur Voraufnahme zeigen sich Mehrsklerosierungen wie oben beschrieben, osteoplastische Metastasen nicht sicher auszuschließen.

Zusammenfassende Beurteilung:

Die stationäre Aufnahme des Patienten erfolgte bei seit mind. 1 Jahr progredienter Dyspnoe. Elektrokardiographisch zeigte sich ein normofrequenter Sinusrhythmus ohne wegweisenden Befund, laborchemisch imponierte eine Lipase von 275 U/l bei bekannter chronischer Pankreatitis ohne klinisches Korrelat. D-Dimere unterhalb des Signifikanzniveau. Auch im CT-Thorax kein Anhalt für eine LAE. Jedoch zeigte sich hierbei eine Wassereinlagerung in den dorsalen Lungenanteilen. Passend hierzu fand sich eine Mittelschwere CO-Diffusionsstörung (TLC-SB 53 %) in der Lungenfunktionstestung. Eine kardiale Ursache konnte mittels Echokardiographie, Fahrradergometrie, CT-Angiographie und ntproBNP ausgeschlossen werden.


Wir gehen von einer vaskulären Permeabilitätsstörung mit extravaskulärer Flüssigkeitseinlagerung unter Abirateron-/ Glucocorticoid-Dauertherapie aus. Ödeme und Herzinsuffizienz sind auch bei Abiraterontherapie als Nebenwirkung beschrieben. Wir empfehlen den Versuch einer diuretischen Therapie. Hierbei sollten mind. ca. 2 kg Gewebewasser mobilisiert werden. Sollte sich unter einer Negativbilanzierung die Dyspnoesympptomatik nicht bessern muss über ein Wechsel der Hormontherapie beraten werden.

Wir bitten Sie um Rückmeldung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. W. Moshage
Chefarzt

Dr. med. A. Streicher
Oberärztin


J. Tesar
Assistenzärztin

Anlagen

Entlassungsrelevante Informationen

Labor

Entlassungsrelevante Informationen an die weiterbehandelnden Kollegen

- **Befund bei Entlassung:**
Stabiler AZ
- **Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger:**
SARS-CoV-2-Abstrich negativ
- **Mitgegebene Arzneimittel:**
Tagesdosis
- **Veranlasste Verordnungen:**
Keine
- **Mitgegebene Befunde:**
Vorläufiger Arztbrief, Kumulativlabor
- **Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit:**
Keine
- **Nachfolgende Versorgungseinrichtung:**
Entlassung nach Hause

Labor:

26.06.2021 11:47		26.06.2021 12:18	
Glukose	102mg/dl	Bilirubin gesamt	0.69mg/dl
Laktat	1.30mmol/l	LDH	293U/l
Calcium (ionisiert)	1.10mmol/l	Lipase	275U/l
Kalium	3.59mmol/l	CK(NAC) gesamt	98U/l
Natrium	138.0mmol/l	Kreatinin	1.04mg/dl
Deoxyhämoglobinant.	17.1%	GFR (CKD-EPI)	78ml/min/1.73m ²
FO ₂ Hb	81.6%	Natrium	140mmol/l
FMetHb	0.0	Kalium	3.5mmol/l
FCO ₂ Hb	1.3	Calcium	2.23mmol/l
SaO ₂	82.7%	Glukose	102mg/dl
HK (errechnet)	38%	C-reaktives Protein	9.4mg/l
tHb	13.0g/dl	TSH basal	0.37mIU/l
Base Excess	-2.6mmol/l	D-Dimer	364ug/l
akt. HCO ₃	21.3mmol/l	g-GT	14U/l
partieller O ₂ -Druck	47.6mmHg	GPT (ALT)	22U/l
partieller CO ₂ -Druck	34.0mmHg	Alk. Phosphatase	52U/l
pH-Wert	7.414	PTT	25.7s
pH-Wert	7.414	INR-Wert	0.8

Chlorid	107mmol/l	Quick/TPZ Basophile Eosinophile Monozyten Lymphozyten Neutrophile RDW Thrombozyten MCHC MCH (HbE) MCV Hämatokrit Hämoglobin Erythrozyten Leukozyten	> 120% 0.7% 2.6% 9.4% 9.1% 78.2% 16.6% 356x10e3/ul 33.4g/dl 30.4pg 90.9fl 41.0% 13.7g/dl 4.51x10e6/ul 9.38x10e3/ul
26.06.2021 16:38		28.06.2021 08:35	
Coronavirus SARS-CoV	negativ	nonHDL-Cholesterin Erythrozyten Hämoglobin Hämatokrit MCV MCH (HbE) MCHC Thrombozyten Kreatinin GFR (CKD-EPI) Harnstoff Natrium Kalium Leukozyten LDL-Cholesterin (hom kleines Cholesterin Triglyzeride HDL-Cholesterin	149mg/dl 4.57x10e6/ul 13.6g/dl 40.9% 89.5fl 29.8pg 33.3g/dl 304x10e3/ul 0.88mg/dl 94ml/min/1.73m2 30mg/dl 140mmol/l 3.3mmol/l 7.20x10e3/ul 160mg/dl - 196mg/dl 107mg/dl 47mg/dl
28.06.2021 09:19		28.06.2021 10:19	
Pro Brain natriureti	67.9pg/ml	Laktat pH-Wert partieller CO2-Druck partieller O2-Druck akt. HCO3 Base Excess tHb HK (errechnet) SaO2 FCOHb FMetHb FO2Hb Deoxyhämoglobinant. Natrium Kalium Calcium (ionisiert) Chlorid Glukose	0.81mmol/l 7.432 30.3mmHg 83.6mmHg 19.8mmol/l -3.3mmol/l 14.5g/dl 43% 95.9% 0.1 0.5 95.3% 4.1% 140.1mmol/l 3.69mmol/l 1.17mmol/l 109mmol/l 109mg/dl

		pH-Wert	7.432
29.06.2021 11:01		29.06.2021 13:59	
Coronavirus SARS-CoV Coronavirus-SARS-CoV	umgebucht negativ	Glukose Laktat Calcium (ionisiert) Kalium Natrium Deoxyhämoglobinant. FO2Hb FMetHb FCOHb SaO2 HK (errechnet) tHb Base Excess akt. HCO3 partieller O2-Druck partieller CO2-Druck pH-Wert pH-Wert Chlorid	110mg/dl 1.09mmol/l 1.12mmol/l 3.84mmol/l 139.7mmol/l 3.2% 95.3% 0.3 1.2 96.8% 39% 13.3g/dl -1.4mmol/l 21.0mmol/l 87.6mmHg 28.8mmHg 7.480 7.480 109mmol/l
29.06.2021 14:45		01.07.2021 08:12	
Laktat Glukose Chlorid Calcium (ionisiert) Kalium Natrium Deoxyhämoglobinant. FO2Hb FMetHb FCOHb SaO2 HK (errechnet) tHb Base Excess akt. HCO3 partieller O2-Druck partieller CO2-Druck pH-Wert pH-Wert	3.57mmol/l 99mg/dl 110mmol/l 1.16mmol/l 5.16mmol/l 140.3mmol/l 3.4% 95.7% 0.4 0.5 96.6% 43% 14.6g/dl -5.6mmol/l 15.7mmol/l 90.1mmHg 22.1mmHg 7.470 7.470	Leukozyten Erythrozyten Hämoglobin Hämatokrit MCV Kalium MCHC Thrombozyten Kreatinin GFR (CKD-EPI) Natrium MCH (HbE)	6.99x10e3/ul 4.35x10e6/ul 13.2g/dl 39.9% 91.7fl folgt 33.1g/dl 283x10e3/ul folgt folgt folgt 30.3pg