

Frau  
Dr. med. Carmen Steinacher  
Ärztezentrum Müllheim AG  
Hintere Gärten 8  
1111 OOOOOO

Frauenfeld, 08. März 2017 Dae/mal

## Austrittsbericht vom 08.03.2017

**NNNNNNNN VVV, geb. 11.11.1111/W SSSSSS 1,**  
CH-1111 OOOOOO, Tel. 111 111 11 11  
FID: 111111, Fallart: stationär, Klasse: halbprivat  
Hauptgarant: HEK Helsana Krankenkasse, St. Gallen

Sehr geehrte Frau Dr. Steinacher

Wir berichten Ihnen über oben genannte Patientin, die vom 28.02.2017 bis zum 08.03.2017 in unserer Klinik hospitalisiert war.

### Hauptdiagnosen

1. **Symptomatische asympathikotone orthostatische Hypotonie**
  - Stolpersturz und Liegetrauma mit Schulterkontusion rechts
  - a.e. medikamentös
    - DD sekundäre Genese (sensible Polyneuropathie)
2. **Bronchitis**
3. **Zystitis**
4. **Hypertensive Herzkrankheit (ED 2011)**
  - LVEV 62%, diastolische Dysfunktion Grad I
  - rezidivierende supraventrikuläre Tachykardien
    - Konversion mit Krenosin (11/2011)
5. **Valvuläre Herzkrankheit**
  - St.n. Bioprothese bei schwerer Aortenstenose (02/2016)
    - Stenosefrei, kein Reflux (03/2017)
  - MI°-II, PI II°, TI I° (03/2017)
6. **Paroxysmales Vorhofflimmern (ED 02/2016)**
  - CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score 4 Punkte
7. **Osteoporose (ED 2003)**
  - **Aktuell:** FRAX: mind. 54%

- **RF:** Alter, Postmenopause, Vitamin D-Mangel
- 8. Degenerative Wirbelsäulenveränderungen**
  - Spinalkanalstenose L2-5, Diskusprotusionen
  - Kompression Nervenwurzel L4-5 rechts (06/2006)
- 9. Polyarthrose**
  - Coxarthrose bds.
    - St.n. Hüft-TP rechts (11/2006)
  - OSG-Arthrose links
  - Omarthrose bds.
    - fragliche Rotatorenmanschettenläsion rechtsseitig (03/2017)
  - Gonarthrose
    - St.n. Knie-TP links (09/2009)
- 10. Struma Grad III (1993)**
  - St.n. subtotaler Strumektomie bds (04/1993)
  - substituierte Hypothyreose
- 11. Dranginkontinenz, kleinkapazitive Blase**
  - St.n. Spül-/Instillationstherapie (2011, 2013)
- 12. Uterus myomatosus mit abdominaler Hysterektomie (1964)**
- 13. Varikosis bds.**
- 14. Sensible Polyneuropathie (ED)**

## Allergien

Medikamente: keine bekannt

## Beurteilung und Verlauf

Notfallmässige Selbstvorstellung nach Stolpersturz und aufgrund eines ausgeprägten Hustens.

**Ad 1/2, 4-6** Bei Eintritt präsentierte sich die Patientin in einem reduzierten Allgemeinzustand, allseits orientiert, initial hyperten (152/58mmHg), normokard, mit einer peripher gemessenen Sauerstoffsättigung von 98% unter Raumluft sowie mit subfebrilen Temperaturen (37.6°C). In der klinischen Untersuchung imponierte ein diskretes Systolikum mit Punctum maximum über dem 2. ICR parasternal rechts, ohne Ausstrahlung in die Carotiden bei Aortenklappenersatz. Klinisch keine Herzinsuffizienzzeichen dokumentierbar. Zudem zeigte sich eine Druckdolenz im Bereich der rechten Schulter, insbesondere im Bereich des Proc. coracoideus. Die Armbeweglichkeit war schmerzbedingt eingeschränkt. Laboranalytisch zeigte sich ein erhöhter CK-Werte (234U/l), am ehesten im Rahmen des Liegetraumas zu deuten. Weiterhin fand sich eine Monozytose, welche im Verlauf regredient war; insgesamt keine erhöhten Entzündungsparameter. In der Serum-Elektrophorese keine Anhaltspunkte für eine monoklonale Gammopathie. Konventionell-radiologisch zeigte sich ein kompensierter Herz-Lungenbefund, insbesondere keine Infiltrate bzw. Pleuraergüsse abgrenzbar. Im Röntgen-Schulter rechts liess sich eine Omarthrose mit Humeruskopfhochstand dokumentieren; keine frische Fraktur. In der transthorakalen Echokardiographie zeigte sich eine einwandfreie Funktion der Aortenklappenbioprothese bei regelrechter links-/rechtsventrikulärer Funktion (LVEF 62%) und leichter konzentrischer Hypertrophie linksseitig. Im Holter-EKG liess sich das bekannte Vorhofflimmern dokumentieren ohne relevante Pausen. Im Schellong-Test fand sich eine asympathikotone orthostatische Hypotonie dokumentieren.

In Zusammenschau der Befunde interpretierten wir die jetzige Symptomatik im Rahmen einer asympathikotonen orthostatischen Hypotonie mit Stolpersturz und Schulterkontusion rechtsseitig, am ehesten im Rahmen der Medikation zu deuten. Die antihypertensive Therapie wurde deshalb angepasst und eine unterstützende Therapie mit Kompressionsstrümpfen initiiert, worunter im Verlauf die Patientin beschwerdefrei wurde und beim Aufstehen keine Schwindelepisoden mehr

verspürte. An eine sekundäre Genese der Störung des autonomen Nervensystems ist differenzialdiagnostisch zu denken, wobei hier insbesondere eine sensible Polyneuropathie denkbar wäre, bei vermindertem Vibrationsempfinden bimalleolär bds. und fehlendem ASR bds.

Die Hustensymptomatik werteten wir im Rahmen einer Bronchitis, am ehesten viraler Genese. Eine regelmässige Atemphysiotherapie sowie Gabe eines Mukolytikums wurde gestartet, wobei im Verlauf eine deutliche Besserung der Symptomatik verzeichnet werden konnte.

**Ad 3** Im Urinstatus fand sich eine Leukozyturie bei massenhaft Bakterien und positivem Nitritnachweis. In der Urinkultur liess sich lediglich eine Mischkultur kultivieren. Nierenlogen bds. indolent. Es erfolgte die einmalige Gabe von Monuril bei symptomatischer Patientin.

**Ad 7** Aufgrund bekannter Osteoporose und einem FRAX-Score von aktuell mindestens 54% wurde eine zusätzliche Gabe von Kalzium bei bereits Vitamin D-Einnahme gestartet bei anamnestisch geringer Zufuhr von Milchprodukten.

**Ad 10** Laboranalytisch zeigte sich ein TSH-Wert von 4.97mU/l bei normwertigem fT4.

Wir konnten Frau NNNN am 08.03.2017 in deutlich gebessertem Allgemeinzustand und einem Gewicht von 62.9kg in die Rehabilitationsklinik in Mammern entlassen.

### Procedere

**Ad 1** Regelmässige Blutdruckmessung/-dokumentation und ggf. erneute Anpassung im Verlauf. Tragen von Stützstrümpfen. Auf eine genügende Flüssigkeitszufuhr ist zu achten. Patientin über Gegenpressmanöver instruiert.

**Ad 2** Weiterhin Atemphysiotherapie. Solmucol im Verlauf sistieren.

**Ad 4-6** Verlaufskontrolle bei Dr. med. Federmann, Weinfelden Kardiologie, in ca. 1 Jahr bei asymptomatischer Patientin empfohlen. Wir bitten den Hausarzt, dies in die Wege zu leiten. Bei symptomatischem Vorhofflimmern ist eine Rhythmuskontrolle mittels Amiodaron zu evaluieren.

**Ad 7** Reevaluation einer Bisphosphonat-Therapie im Verlauf. Substitution von Calcium/Vitamin D.

**Ad 10** Kontrolle des TSH-Wertes in 12 Monaten beim Hausarzt (Ziel-Wert TSH zwischen 4-6mU/l).

### Medikamente bei Austritt

Wirkstoff	Markenname	Mo	Mi	Ab	Na	Bem. zur Einnahme
Edoxaban Filmtabl 30 mg	Lixiana (Filmtabl 30 mg)	1				Stk p.o. / eigene
Valsartan, Amlodipin Filmtabl 80 mg, 5 mg	Exforge (Filmtabl) 5mg/80mg	1				Stk p.o.
Bisoprolol fumarat Lacktabl 2.5 mg	Concor 2.5 mg 1 Tabl.	½				Stk p.o.
Levothyroxin natricum Tabl 0.075 mg	Euthyrox 75 (Tabl 0.075 mg)	1				Stk p.o.
Zolpidem tartrat Tabl 10 mg	Stilnox Zolpidem 10mg 1 TABL.				½	Stk p.o.
Acetylcystein Gran 200 mg	Solmucol N-acetyl-Cystein 200 mg 1 Btl.	1	1	1		Stk p.o.
Calcium, Colecalciferol (Vitamin D3) Kautabl 1000 mg, 800 UI	Calcimagon D3 Forte (Kautabl) zitron	1				Stk p.o.

Chondroitinpolysulfat Gel 4.45 mg	Hirudoid forte 10 g Gel	1				g äusserlich
Campher, racemischer   Cineol   Niauliöl Creme 100 mg   70 mg   30	Resorban 30 g 1 CRÈME	1		1		Dos äusserlich
Estriol Vag Cr 0.5 mg	Oestro-Gynaedron 50 g 1 VAG.CRÈM					vaginal bei Bedarf

Freundliche Grüsse  
Kantonsspital Frauenfeld

Eveline Daetwyler, dipl. Ärztin  
Assistenzärztin

Prof. Dr. med. Peter Wiesli  
Leitender Arzt

Dieser Bericht wurde elektronisch visiert.

#### Kopie an

- Herr Dr. med. Martin Federmann, Rathausstr. 11, 8570 Weinfelder
- Ärztliche Leitung Klinik Schloss Mammern AG, Dr. A. O. Fleisch-Str. 3, 8265 Mammerr

## Zusammenfassung wichtiger Befunde

### Einweisungsgrund

Notfallmässige Selbstvorstellung nach Stolpersturz und aufgrund eines ausgeprägten Hustens.

### Jetziges Leiden

Patientin berichtet über einen Sturz im Bad in der Nacht auf den 28.02.2017. Sie sei über den Rollator gestolpert, habe sich mit der rechten Schulter gegen das Lavabo gestossen und sei eine gewisse Zeit liegen geblieben (konnte Whatsapp schreiben ihrem Sohn). Keine Amnesie. Kein Kopfanprall erinnerlich. Keine Dyspnoe. Habe nach einem abgebrochenen Rehaaufenthalt nach einem Klappenersatz schon mal einen Sturz gehabt. Wohnt alleine, keine Unterstützung. Familie komme aber viel vorbei.

### Persönliche Anamnese

St.n. Radius-Fx links 03/2011

St.n. Radius-Fx rechts 03/2004

St.n. Cholecystektomie bei -lithiasis 04/1997

### Systemanamnese

#### *Allgemeines*

Medikamentenunverträglichkeit. Alkohol: gelegentlich.

#### *Kopforgane und Nervensystem*

Gangstörungen: Rollator als Gehhilfe.

#### *Hals und Respirationssystem*

Husten: seit Dez. 2016. Auswurf: weisslich.

#### *Kardio-Vaskuläres System*

Ödeme.

#### *Urogenitalsystem*

Blasenschmerzen: HWI vor ca. 1 Woche.

### Sozialanamnese

Zivilstand: verwitwet. Wohnt: allein.

### Status bei Eintritt

#### *Allgemeines*

Allgemeinzustand: gut. Zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert. Blutdruck: 152/58 mmHg. Puls: 73 /Min, radial. O2-Sättigung: 98 %.

#### *Schulter rechts*

Druckdolenz über Coracoid. Beweglichkeit schmerzbedingt eingeschränkt. Sensibilität erhalten.

#### *Kopf*

Augen: Pupillen: isokor. Lichtreaktion: prompt symmetrisch. Mundschleimhaut: reizlos. Rachen: reizlos.

#### *Herz*

Herztöne: 1. HT: normal. 2. HT: normal. Herzgeräusch: 2/6 Systolikum.

#### *Gefässe*

Ödeme: Knöchel, Unterschenkel. Venen: Varicosis rechts, Varicosis links.

#### *Thorax, Lunge*

Atmung: symmetrisch. Auskultation: normales Atemgeräusch.

#### *Abdomen*

Palpation: Nierenlogen: nicht klopfdolent.

#### *Neurologie*

Hirnnerven: normal. Sensibilität: normal.

## Untersuchungen

### Röntgen Thorax pa und lateral vom 28.02.2017

Zum Vergleich liegt die konventionelle Voraufnahme vom 27.04.2011 vor.

Mitralklappenersatz. Normale Herzgrösse (HTQ 14/28). Kompensierte Lungenzirkulation. Aortenelongation und Aortensklerose. Kein Infiltrat/Erguss. Abgeflachtes Zwerchfell und vergrösserter Retrosternalraum im Sinne einer COPD.

Bekannte s-förmige Skoliose und degenerative Veränderung der BWS. ACG-Arthrosen. Regelrechter Rippenthorax bds.

### Röntgen Schulter rechts vom 28.02.2017

Regelrechte Artikulation im Humeroglenoidalgelenk bei Humeruskopfhochstand und konsekutiver Verengung des Subakromialraums von aktuell 8 mm. Keine Achsenfehlstellung. Fortgeschrittene Omarthrose mit multiplen feinen osteophytären Ausziehungen über die gelenksbildende Fläche am Humeruskopf und am oberen, sowie unteren Glenoidrand. ACG-Arthrose. Keine Fraktur abgrenzbar.

### Transthorakale Echokardiographie ohne KM vom 02.03.2017

Einwandfreie Funktion der Aortenklappenbioprothese.

Erhaltene LV- und RV-Funktion, leichte konzentrische LV-Hypertrophie

### Holter-EKG vom 03.03.2017

Bekanntes paroxysmales Vorhofflimmern (initial VHF, gegen Mittag Konversion in den Sinusrhythmus mit supraventrikulärem Bigeminus und verschiedenen P-Wellen Morphologien, gegen 19:15 erneut in zuerst normokardem, im Verlauf tachykardem VHF). Erhaltene zirkadiane Frequenzperiodik. Wiederholte SV-Bigeminus. Einzelne VES. Keine Pausen (auch nicht bei der Konversion).

### EKG vom 03.03.2017

Nc SR (67/min), Linkslagetyp, PQ 240ms (AV-Block 1. Grades), schmaler QRS-Komplex, inkompletter Linksschenkelblock, R/S-Umschlag V2/V3, diskordante T-Wellen in V1,V2 bei unspezifischer T-Abflachung, QTc 420ms.

## Labor

siehe Beilageblatt