



Medizinische Klinik und Poliklinik III

Direktor: Prof. Dr. med. S. Bornstein

Bereich Nephrologie

Prof. Dr. med. C. Hugo

Schwerpunktprofessur für Nephrologie

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus · 01307 Dresden

Universitätsklinikum

Carl Gustav Carus

an der Technischen

Universität Dresden

Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Fetscherstraße 74

01307 Dresden

Telefon (0351) 4 58 - 0

Verlegungsbrief

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über den

Patienten

wohnhaft

geboren am

Aufnahmenr.

1948

der sich in der Zeit vom 22.01.2024 bis 09.02.2024 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen: - angioneuropathisches diabetisches Fußsyndrom it
Ulcus D1 links

- SARS-CoV-2-Infektion mit V. a. bakterielle Superinfektion und pneumogene Sepsis
- ED Schnelltest extern 22.01.2024

Grunderkrankung:

- **Z. n. Kadavernierentransplantation** in die rechte Fossa iliaca am 15.04.2011
- * Grunderkrankung: rezidivierende Pyelonephritiden
- * Peritonealdialyse 06/1994-10/1996, Hämodialyse 10/1996-04/2011
- * Immunsuppression mit Tacrolimus und Everolimus
- * Posttransplantationsdiabetes (ED 07/11)
- * diabetisches angioneuropathisches Fußsyndrom rechts aktuell mit Fersenulcus
- * **NBx 17.03.2023:** 18/30 Glomeruli global sklerosiert bei 25% IFTA, schwere Arteriosklerose mit schwerer arteriolärer Hyalinose (CNI-Toxizität), Borderline-Rejektion

Nebendiagnosen:

- Protein C-Mangel (festgestellt durch Dialysefistel-Thrombosen, Z. n. 3-Etagenthrombose und klinischer LAE)
- monoklone Gammopathie unbestimmter Signifikanz (MGUS) (IgG Lambda)

- Z. n. Basaliom linke Schulter+Stirn
- Z. n. Ablatio Testis 2011 (aufgrund Hodenhämatom nach Leistenhernie mit Netzeinlage)
- Z. n. Resektion benigner Tumor Mittelfuß links 1975
- Z. n. Appendekomie
- Z. n. subtotaler Parathyreoidektomie 2001

Anamnese

Die Übernahme des Patienten erfolgt aus dem Krankenhaus [REDACTED] nach Vorstellung in der dortigen Notaufnahme. Er habe seit 2 Tagen erhöhte Temperaturen bis 38.4°C, fühle sich schwach und abgeschlagen, sodass er kaum laufen könne. Zudem bestehe Husten, Halsschmerzen und Schnupfen; subjektive Dyspnoe wird verneint. Keine pektanginösen Beschwerden, keine Synkopen.

Miktion subjektiv unauffällig. Defäkation: heute Durchfall, vorher keine subjektiven Beschwerden.

SA: lebt mit Frau, selbstversorgend, mobil mit Gehstock

Allergien: keine bekannt

Klinische Befunde

75-jähriger Patient, Allgemeinzustand deutlich reduziert, Ernährungszustand normosom. Körpertemperatur 38,4°C. Kopf frei beweglich, NAP frei. Pupillen isokor, eng, direkt und indirekt prompt lichtreagibel. Zunge belegt.

Cor: rhythmisch, HT rein. Pulmo: vesikuläres AG, keine RGs, seitengleich belüftet.

Abdomen: weich, keine Abwehrspannung, kein DS, keine Resistenzen palpabel, Peristaltik in allen Quadranten regelrecht.

Extremitäten: frei beweglich, keine Ödeme, keine thrombosetypischen Druckschmerzen. Läsion D2 links ohne lokale Entzündungszeichen.

ZNS: Augenöffnen auf Ansprache, Orientierung eingeschränkt (Ort: Dialyse [REDACTED]), GCS 13

Laborbefunde

- siehe ixserv -

Befunde

CT Angiographie, Pulmonalarterien, durchgeführt am 23.01.2024:

CT Thorax, KM i.v.

Es liegen keine Voraufnahme zum Vergleich vor.

Thorax:

Teilerfasste Schilddrüse volumengemindert mit hypodenser, nodulärer Läsion des rechten

Schilddrüsenlappens. Kein Nachweis pathologisch vergrößerter Lymphknoten thorakal.

Tracheobronchialsystem soweit einsehbar frei. Ösophagus ohne fokale Wandverdickung. Herz gering vergrößert. Kein Perikarderguss. Nachweis von Kontrastmittel in der V. cava inferior und den Lebervenen, am ehesten bedingt durch die KM-Applikation über einen ZVK der unteren Extremität. Aorten- und Koronarsklerose sowie Angiosklerose der supraaortalen Gefäße. Regelrechte Kontrastierung des Truncus pulmonalis sowie der A. pulmonalis bis auf Segmentebene. Feinfleckige Milchglatrübungen bipulmonal, exemplarisch im rechten Oberlappen (Serie 6, Bild 26 sowie in den basalen Unterlappen beidseits. Dorsobasale Belüftungsstörungen. Kein Pneumothorax. Allenfalls schmallumiger Pleuraerguss beidseits.

Teilerfasstes Abdomen:

Leber normal groß und glatt berandet. Einzelne, hypodense Läsionen bilobär, exemplarisch in Segment II und III. Generalisierte Angiosklerose. Darüber hinaus unauffällige Darstellung der teilerfassten parenchymatösen Oberbauchorgane.

Skelett:

Strähnige Kalksalzminderung. Osteochondrosis intervertebralis. Spondylarthrose. Teilweise spangenbildende Spondylosis deformans. Hypodense Läsionen an den Hinterkanten von BWK 7 und 8. Omarthrose beidseits. Keine Frakturen. Keine malignitätssuspekten ossären Läsionen. Foramen sternale.

Gesamtbeurteilung:

1. Nachweis atypischer pneumonischer Infiltrate, vereinbar mit einer COVID Pneumonie.
 2. Kein Nachweis einer zentralen oder segmentalen Lungenarterienembolie.
 3. Keine Darstellung des neu eingebrachten ZVKs aufgrund des gewählten Untersuchungsbereiches, bei regelrechten Anfluten des Kontrastmittels in der V. cava inferior ist jedoch eine intravasale Lage anzunehmen.
 4. Am ehesten Leberzysten bilobär, DD Hämangiom, die Dignität ist letztlich nicht sicher zu beurteilen.
- Nebenbefundlich: A.e. Knochenzysten in BWK 7 und 8. Struma nodosa.
- Empfehlung:** ad 4. Bei klinischer Relevanz sonographische Korrelation empfohlen.

Sonographie Leber, durchgeführt am 05.02.2024:

In allen Lebersegmenten mehrere echofreie, glatt begrenzte Zysten bis max. 2 cm Größe.
In Seg. VII eine kleine parenchymatöse Verkalkung mit dorsalem Schallschatten von 5 mm.
Kein Hinweis auf sonstige Läsionen bei guter Schallbarkeit.

Gesamtbeurteilung: Mehrere Leberzysten in allen Segmenten. In Seg. VII eine kleine parenchymatöse Verkalkung.

Bei B-Bild-morphologisch eindeutigem Befund Verzicht auf CEUS.

CT Thorax, nativ, durchgeführt am 07.02.2024:

Zum Vergleich liegt eine CT-Voruntersuchung vom 23.01.2024 vor.

Thorax:

Teilerfasste Schilddrüse klein mit hypodenser, nodulärer Läsion des rechten Schilddrüsenlappens. Kein Nachweis pathologisch vergrößerter Lymphknoten thorakal. Herz normal groß. Kein Perikarderguss. Aorten- und Koronarsklerose sowie Angiosklerose der supraaortalen Gefäße. Tracheobronchialsystem soweit einsehbar frei. Ösophagus ohne fokale Wandverdickung. Fortbestehen eines schmalen Pleuraergusses beidseits. Regrediente Belüftungsstörung des Unterlappens basal beidseits. Kein Pneumothorax. Weitgehend konstante feinfleckige Milchglastrübungen bipulmonal, exemplarisch im rechten Oberlappen (Serie 2, Bild 23) sowie in den basalen Unterlappen beidseits. Leber normal groß und glatt berandet. Konstante hypodense Läsionen bilobär, exemplarisch in Segment II und III. Generalisierte Angiosklerose. Darüber hinaus unauffällige Darstellung der teilerfassten parenchymatösen Oberbauchorgane.

Skelett:

Strähnige Kalksalzminderung. Osteochondrosis intervertebralis. Spondylarthrose. Teilweise spangenbildende Spondylosis deformans. Hypodense Läsionen an den Hinterkanten von BWK 7 und 8. Omarthrose beidseits. Keine Frakturen. Keine malignitätssuspekten ossären Läsionen. Foramen sternale.

Gesamtbeurteilung:

1. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 23.01.2024, gering regrediente pneumonische Infiltrate.
2. Konstanter schmaler Pleuraerguss beidseits und regrediente dorsobasale Belüftungsstörungen beidseits.

Konsiliarbefunde

Diab. Fuß - Befund vom 07.02.24

Anfrage wegen fersenulcus rechts, dort kein ulcus sondern Z.n. Fersenulcus mit Meshplastik aktuell blande

aber apikaler ulcus am D1 links wohl seit 8 Wochen bestehend und auch in der Fußambulanz schon gesehen. Nach abtragend er oberflächlichen Hyperkeratose tiefes Ulcus mit Kontakt zum nagelkranz. Am selben Bein oberflächlicher Fersenulcus links plantar WAS1C
pulse nicht tastbar, letzter angiostatus etwas her

Diagnosen:

Angioneuropathisches diabetisches Fußsyndrom

Ulcus D1 links WAS3C

Empfehlung:

Mobilisation möglich

umtägig Verbandswechsel links mit Jod >>Lomatuell>> Leukom ed steril

Röntgen ganzer Fuß links in 3 Ebenen

Angiologie wird auf MK3-S2 zur Übernahme gemacht

Antibiose läuft

Optimierung kardiovaskulärer Risikofaktoren (Blutdruckeinstellung, Thrombozytenaggregationshemmung, LDL <1,4 mmol/l in Übereinstimmung mit der ESC Leitlinie von 2019)

Übernahme MK3-S2 vermutlich Freitag, bitte RS CM [REDACTED] 19655

Verlauf

Herr [REDACTED] wurde von uns aus dem [REDACTED] übernommen bei Z. n. Nierentransplantation und neu aufgetretenen Fieber, Abgeschlagenheit und Husten. Röntgenologisch sowie laborchemisch zeigten sich eine COVID19-Pneumonie sowie eine einlaufende Sepsis. Es wurde mittels Sotrovimab und Remdisivir behandelt. Bei Anstieg der Entzündungsparameter und V. a. eine bakterielle Superinfektion erfolgte die antibiotische Absicherung mittels Piperacillin/Tazobactam. In den asservierten Blutkulturen gelang kein Keimnachweis. Im Nasen- und Rachenabstrich konnte Sars-CoV2 mit initial CT-Werten von 17 nachgewiesen werden.

Es zeigte sich eine partielle respiratorische Insuffizienz, welche mittels Sauerstoffinsufflation behandelt werden konnte.

Unter der bilanzierten Infusionstherapie zeigten sich die Blutdruckwerte im weiteren Verlauf zufriedenstellend. Des Weiteren wurde bei neu aufgetretenem Sauerstoffbedarf die Therapie mittels Dexamethason begonnen.

Im weiteren Verlauf kam es zur deutlichen Allgemeinzustandsverbesserung. Die Entzündungsparameter zeigten sich gut rückläufig und die prärenal Infekt bedingte Nierentransplantatfunktionsverschlechterung war rückläufig.

Unter der Dexamethasontherapie zeigte sich eine Blutzuckerentgleisung, so dass die Insulintherapie angepasst werden musste.

Im weiteren Verlauf kam es zum wiederholten Anstieg der Entzündungsparameter. Es erfolgte eine erneute Fokussuche inkl. einer CT-Thoraxuntersuchung. Hier zeigten sich eher regrediente pulmonale Infiltrate.

Als Fokus zeigte sich Ulcus am linken Fuß bei angioneuropathisch-diab. Fußsyndrom. Es wurde eine antibiotische Therapie mit Meropenem begonnen. Ein Röntgen des linken Fußes ist bereits angemeldet.

Wir verlegen Herrn [REDACTED] in reduziertem Allgemeinzustand auf Ihre Station MK3-S2 zur weiteren Behandlung bei diabetischem Fußsyndrom.

Entlassungsmedikation

- siehe kurv -

Mit freundlichen Grüßen