

Medizinische Klinik und Poliklinik I

Direktoren: Prof. Dr. med. M. Bornhäuser / Prof. Dr. med. J. Hampe

Bereich Pneumologie

Leiter: Prof. Dr. med. D. Koschel

Ambulanz für Pulmonale Hypertonie: PD Dr. med. M. Halank

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

Epikrise

vorbereitet - nicht erschienen

Sehr geehrter Herr Kollege

wir berichten über die

Patientin

wohnhaft

geboren am 1962

Aufnahmenr.

die sich am 30.01.2024 in unserer ambulanten Behandlung befand.

Diagnosen: Portopulmonale Hypertonie Nizza 1.4

- LHK/RHK 02/22 HZD: keine relevanten Koronarstenosen, LVEDP 14 mmHg, PAPm 31 mmHg, PAWP 9 mmHg, PVR 400 dyn, CI 2,3 l/min/m², kein Shunthinweis
- RHK vom 25.10.2023 UKDD: frustrane Punktion

Therapie:

- **Tadalafil 20mg** seit 02/2022
- Einschluss PAthWay Register 05/2022
- Eskalation auf **Tadalafil + Macitentan** 10/23

Z.n. kardialer Dekompensation 10/23 mit stationärem Aufenthalt
13.10.-03.11.2023 Uniklinikum Dresden, MK1-S2

chronische respiratorische Partialinsuffizienz, LTOT 1l/min in Ruhe und
2l/min unter Belastung etabliert

**Leberzirrhose Child Pugh A (5 Punkte am 05.05.2022,
ED 05/2019), a. e. gemischter Genese**

Fragl. monoklonale Gammopathie 02/2022

- Immunfixation i.S. zur VLK in ca. 3 Monaten empfohlen

**Z. n. Kardiogenem Schock a. e. im Rahmen einer
akuten Rechtsherzinsuffizienz mit
katecholaminpflichtiger Kreislaufdysregulation 01/2022**

- TTE: 02/22: LVEF 53 %, RV und RA dilatiert, RVESP 65 mmHg, TI II-II°, keine WB

Weitere Befunde:

- CT-PA 01/22: Ausschluss Lungenarterienembolie
- Abdomensonographie 01/22: Leberzirrhose mit Zeichen der portalen Hypertension, Umgehungskreisläufe, Splenomegalie, Aszites
- kardioMRT 02/22: keine Nachweis myokardiale Narben, intrakardiale Shunts, normal großer LV, normale LVEF, gering dilatierte RV, mittelgradig eingeschränkte RVEF, Zeichen der chronischen RH- Belastung
- Röntgen 02/22: kein PLE, keine Infiltrate, keine Stauung
- V/P-Szintigraphie 02/22.: kein Hinweis für LAE oder Mb. embolicus
- Sono Abd. 02/22.: Zirrhose, Cruveilhier-Baumgarten-Syndrom, minimal Aszites, keine Pfortaderthrombose, keine RF
- Lufte 02/22: normale Ventilation, mittelschwere Diffusionsstörung, FEV1 2,5 l/107 % dN; DLCOc SB 41 % dN, DLCOc / VA 44% dN
- TTE KM 02/22.: RHB, RV dilatiert und hypertrophiert, RA dilatiert, RVESP 75mmHg, RVEF 15%, kein Shuntnachweis, LVEF 60%, diast.
- Relaxationsstörung
- Spiroergo 02/22: schwer eingeschränkte Belastbarkeit, inadäquates HZV und Hypoxämie unter Belastung
- CT Thorax 02/22: Zeichen der PH, 2 suspekt Milchglastherde Seg. 3 links, V.a. Adenocarcinome in situ
- HIV negativ
- ANA/ANCA-Screening negativ

sonstige Vorerkrankungen:

- Diabetes mellitus Typ IIb
- Arterielle Hypertonie
- Hyperurikämie
- Hyperlipoproteinämie
- Adipositas
- Z. n. Ulcus ventriculi 05/2019 ohne Nachweis von Ösophagusvarizen
- Sigmadivertikulose
- Depression
- Angststörung
- * Hypothyreose, substituiert
- * Hyperchrome, Makrozytäre Anämie
- * Z. n. Folsäuremangel

Anamnese

Die Vorstellung der Patientin in unserer Spezialambulanz für pulmonale Hypertonie erfolgte bei bekannter portopulmonaler Hypertonie unter PH-spezifischer Kombinationstherapie mit Tadalafil und Macitentan.

Der letzte Ambulanzbesuch erfolgte 10/23 - damals war bei deutlicher Befundverschlechterung eine sofortige stationäre Aufnahme zur Rekompensation empfohlen worden. Dies wurde zunächst von der Patientin abgelehnt. Bei weiterer Allgemeinzustandsverschlechterung stellte sich [REDACTED] jedoch am 13.10.2023 über die hiesige Notaufnahme vor, es folgte ein stationärer Aufenthalt mit i.v.-Rekompensation und Therapieeskalation auf Tadalafil + Macitentan.

Aktuell berichtet Frau [REDACTED] xxx.

relevante neue externe Befunde:

Langzeit EKG vom 07.06.2023: Grundrhythmus Sinusrhythmus, regelrechte AV-Überleitung, akzeptables Frequenzprofil, min HF 64bpm, max HF 105bpm, durchschnittlich 75bpm, 188 SVES, Nachtabenkung vorhanden, 481 VES, 11 Couplets, 15 Bigemini, keine Triplets, keine Salven/VT, keine pathologischen Pausen

Klinische Befunde

61-jährige Patientin in leicht reduziertem AZ, Cor: rein, rhythmisch, kein Vitium zu auskultieren. Pulmo: Vesikuläres Atemgeräusch, keine RGs, sonorer Klopfeschall. Keine peripheren Ödeme. sonografisch: keine Plueraergüsse, kein Aszites, Vena cava inferior deutlich erweitert und wenig atemvariabel

Befunde

Gesundheitsbezogene Lebensqualität am 30.01.2024: xxx Punkte

(Vorwert 10.10.2023 40 Punkte)

NYHA-Klassifikation am 30.01.2024:

(Vorwert 10.10.2023 NYHA III)

Zusammenfassung

Im Verlauf seit 01/22 sehen wir eine deutliche klinische Verschlechterung parallel zur echokardiografisch weiter abnehmenden Rechtsherzfunktion. Ebenso zeigt sich spiroergometisch eine progredient reduzierte Belastbarkeit. Auch laborchemisch fand sich ein deutlicher Anstieg des NTproBNP (32-> 220pmol/l).

Auf Grund der Klinik, des Echokardiographiebefundes und des deutlichen NTproBNP Anstieges empfehlen wir die sofortige stationäre Aufnahme. Da Frau [REDACTED] Diese ablehnte, erhöhten wir zunächst die Torasemiddosis und ergänzten bei vorbestehender leichter Hypokaliämie eine entsprechende orale Substitution.

Mit der Patientin wurde eingehend besprochen, sich zeitnah beim Hausarzt zur klinischen und laborchemischen Kontrolle vorzustellen, sich bis dahin täglich zu wiegen und zeitnah einer stationären Aufnahme zuzustimmen.

Entlassungsmedikation

Medikation

| Medikament | Wirkstoff | Applikation / Stärke | F | M | A | N | Bed. | Bemerkung |
|---|---------------|----------------------|-----|---|---|---|------|--------------|
| Allopurinol 300 mg | | p.o. | 1 | 0 | 0 | 0 | | |
| L-THYROXIN 125 Henning Tabletten | Levothyroxin | p.o. | 1 | 0 | 0 | 0 | | |
| Metformin 500 mg | | p.o. | 1 | 0 | 1 | 0 | | |
| NEXIUM Mups 40 mg magensaftresistente Tabletten | Esomeprazol | p.o. | 1 | 0 | 0 | 0 | | |
| Opipramol 50 mg | | p.o. | 1 | 0 | 2 | 0 | | |
| SPIRONOLACTON ratiopharm 50 mg Tabletten | Spironolacton | p.o. | 1,5 | 0 | 0 | 0 | | |
| TADALAFIL PAH-ratiopharm 20 mg Filmtabletten | Tadalafil | p.o. | 2 | 0 | 0 | 0 | | |
| Thiamin 200 mg | | p.o. | 1 | 0 | 0 | 0 | | |
| Torem 10 mg | | p.o. | 4 | 4 | 0 | 0 | | Dosis erhöht |

| | | | | | | | |
|---|------------------------|------|----|---|---|---|--|
| Bifiteral 15 ml | | p.o. | 15 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | ml | | | | |
| HEPA MERZ GRANULAT 6 Ornithin g | | p.o. | 1 | 1 | 1 | 0 | |
| Kalinor Brausetablette | Kalinor Brausetablette | p.o. | 1 | 1 | 0 | 0 | NEU bei Hypokaliämie und eskalierter diuretischer Therapie |
| Macitentan 10mg | Macitentan | p.o. | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| VITAMIN B1-RATIOPHARM Thiamin hydrochlorid 200 mg Tabletten | | p.o. | 1 | 0 | 0 | 0 | |

Selbstverständlich können die empfohlenen Medikamente durch analoge wirkstoffgleiche Präparate ersetzt werden.

Die Beipackzettel zur ausführlichen Information zu den Medikamenten finden Sie im Internet z.B. unter <http://www.apotheken-umschau.de/Medikamente/Beipackzettel> oder <http://www.beipackzettel.de>

Procedere

*Kontrolle der Leberparameter 1x/Monat, sowie regelmäßige laborchemische Kontrollen der Nieren- und Retentionsparameter, sowie der Elektrolyteen

Mit freundlichen Grüßen