

Klinikum Itzehoe · Robert-Koch-Str. 2 · 25524 Itzehoe

Gemeinschaftspraxis
Dres. v. Zezschwitz /
Zezschwitz/Neumann/Schwartzkopf
Am Fleth 42
25348 Glückstadt

**Klinik für
Neurologie**

Chefarzt: Prof. Dr. med. G. Trendelenburg

Telefon: 04821 772-5101

Telefax: 04821 772-5109

neurologie@kh-itzehoe.de

www.kh-itzehoe.de

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen: trendgeo - schurand

Name: Prof. Dr. med. George Trendelenburg

Datum: 28.06.2021

Seite: 1 von 4

Nachrichtlich: Oliver Perschke, Moorhusen 47 A, 25377 Kollmar

**Endgültiger Entlassungsbefund
Peschke, Oliver, * 20.01.1970**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ich berichte nachfolgend über o. g. Patienten, wohnhaft Moorhusen 47 A in 25377 Kollmar, der sich in der Zeit vom **16.06.2021** bis zum **28.06.2021** bei uns in stationärer Behandlung befand.

Diagnose/n: - Links okzipitale intrazerebrale Blutung mit Alexie, Aphasie und Sehstörungen, am ehesten bei
- Hypertonus und
- Acetylsalicylsäure-Einnahme (2 x 500mg) bei
- Migräne
- Dyslipidämie
- V.a. obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit zentraler Schlafapnoe
- *Schlaflabor und CPAP-Anpassung empfohlen*
- V.a. Prostatahyperplasie (PSA vom 25.06.21: 13.7ng/ml)

Altanamnestic:

- Z. n. Thyoidektomie

Anamnese: Herr Perschke wurde über die hiesige Notfallaufnahme aufgenommen aufgrund einer am Vorabend aufgetretenen Kopfschmerzsymptomatik, die etwas anders als die seit dem 6. Lebensjahr bekannten Migräneattacken verlaufen wäre. Er hätte Wortfindungsstörungen und Leseschwierigkeiten festgestellt und Schwierigkeiten bei der Verwendung des für ihn berufsnotwendigen Englisch.

Medikation bei Aufnahme: L-Thyroxin 100 1-0-0.

Im **Aufnahmebefund** war kein eindeutiges fingerperimetrisch objektivierbares Gesichtsfelddefizit eruierbar, aber eine leichte Aphasie mit diskreten Wortfindungsstörungen und insbesondere Schwierigkeiten beim Lesen komplexer Texte mit vereinzelten phonematischen

Klinikum und Seniorenzentrum Itzehoe

Zweckverband des Kreises Steinburg
und der Stadt Itzehoe
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten
Kiel, Lübeck und Hamburg

Sitz des Zweckverbandes: Itzehoe

Handelsregister: Pinneberg HRA 1484 IZ

Verbandsvorsteher: Dr. Reinhold Wenzlaff

Stellv. Verbandsvorsteher: Dr. Andreas Koeppen

Robert-Koch-Straße 2

25524 Itzehoe

info@kh-itzehoe.de

www.kh-itzehoe.de

Paraphasien. Eine Dysphagie oder Dysarthrie war nicht vorhanden, die Pupillen rund, isokor, direkt und konsensuell reagibel, die Okulomotorik frei, Paresen an den oberen oder unteren Extremitäten bestanden nicht, FNV und KHV waren beidseits metrisch durchführbar. Ein fokales sensibles Defizit ließ sich nicht feststellen.

Internistisch zeigte sich eine leichtgradige Adipositas, Z. n. Thyreoidektomie, ansonsten kein Anhalt für eine kardiopulmonale oder abdominelle Pathologie.

Im **Aufnahmelabor** zeigten sich regelrechte Blutbildparameter, ein gering mit 0,8 mg/dl erhöhtes CRP und eine unauffällige BSG. Die GFR lag mit 74,6 ml/min unterhalb des Normbereichs (> 90), Elektrolyte, CK und HbA1c waren normwertig. Die y-GT war mit 88 U/l etwas erhöht (Normbereich < 60). TSH war initial mit 4,8 µU/ml etwas erhöht (0,27 – 4,2) (in der Kontrolle normwertig), fT3 und fT4 waren normwertig. Der Gesamtcholesterinwert war mit 201 grenzwertig. Der Triglyceridspiegel war regelrecht. LDL war mit 130 ebenso grenzwertig, der HDL-Spiegel mit 54 mg/dl auch am Grenzwert. Der Urinstatus war regelrecht.

Der **PSA-Wert** vom 25.06.2021 lag mit 13,7ng/ml oberhalb der Normgrenze (<3.1).

Im Nasen-Rachen-Abstrich ergab sich kein Anhalt für SARS-CoV-2-RNA (PCR) oder Antigen (*Anmerkung: Der Patient berichtet noch nicht geimpft zu sein*). Anti-SARS-CoV-2 S-Protein Antikörper (ECLIA) waren nicht nachweisbar (Labor vom 23.06.2021). Ebenso im Serum nicht nachweisbar war HBe-Antigen. Der Befund der Autoimmundiagnostik bezüglich Antinukleäre Antikörper (ANA), ebenso wie Antikörper gegen MPO (Myeloperoxidase) und Antikörper gegen PR3 (Serin Protease 3) ergaben normwertige Befunde (ANCA-Diagnostik).

Auffällig waren die **D-Dimere**-Werte, die am 22.06.2021 4.585 ng/ml (Normbereich < 500) betrugen und am 23. und 24.06. in einer ähnlichen Größenordnung gemessen wurden. Der Fibrinogen-Spiegel war zum gleichen Zeitpunkt normwertig. Die Thrombozytenzahlen mit Werten zwischen 210, 199 und 248 stabil.

Im **EKG** zeigte sich ein Sinusrhythmus mit Indifferenztyp und einer Herzfrequenz von 90 bpm, mit inkompletten RSB in V1, RSU V4/V5 und ohne relevante ERBS.

Im **CCT vom 16.06.2021** zeigte sich eine 2,3 x 1,5 x 3 cm große atypische Parenchymblutung links okzipital mit perifokalem Ödem DD Amyloidangiopathie DD NPL DD Malformation nicht auszuschließen. Darüber hinaus zeigten sich keine weiteren Blutungsherde, eine Verlaufs-MRT-Untersuchung wurde empfohlen.

Gemäß **urologischem Konsil vom 17.06.2021** war eine zu diesem Zeitpunkt festgestellte Makrohämaturie nach Ziehen eines Dauerkatheters am ehesten auf die Katheteranlage zurückzuführen und eine Vorstellung nur bei Wiederauftreten von Makrohämaturie empfohlen worden.

In der **Verlaufs-CCT-Untersuchung vom 18.06.2021** zeigt sich ein weitgehend unveränderter Befund der ICB links okzipital mit Ödem.

In der **Duplexsonographie der hirnversorgenden Gefäße vom 18.06.2021** zeigte sich keine relevante Makroangiopathie und insbesondere kein Hinweis auf extra- oder intrakranielle Stenosen.

In der **Echokardiographie vom 18.06.2021** zeigte sich eine gute linksventrikuläre Pumpfunktion und eine diastolische Funktionsstörung der Pseudonormalisierung dar.

In der **Langzeit-Blutdruckmessung vom 22.06.2021** zeigte sich ein mittlerer systolischer Druck von 127 mmHg und ein mittlerer diastolischer Druck von 83 mmHg. Außerdem zeigten sich ein maximaler systolischer Druck von 146 und ein minimaler systolischer Druck von 91

mmHg. Damit entsprach der Befund gemäß ESC-Klassifizierung einem Normalbefund, allerdings zeigte sich nächtlich ein fehlendes Dipping.

Im **Langzeit-EKG vom 22.06.2021** zeigte sich ein Sinusrhythmus mit einer Herzfrequenz zwischen 54 und 104bpm und einer durchschnittlichen HF von 73bpm mit vereinzelten SVES und monomorphen VES (ohne VHF, AA oder Pausen >2s).

Im **EEG vom 22.06.2021** zeigte sich ein diskreter linkshemisphärieller Herdbefund ohne Zeichen der gesteigerten zerebralen Erregbarkeit. Außerdem zeigte sich während der EEG-Ableitung (bei subjektiven Kreislaufbeschwerden und Hypotonie) auch eine am ehesten perfusionsbedingte passagere Allgemeinveränderung im Sinne einer hypotonen orthostatischen Dysregulation (Bem.: unter neuer antihypertensiver Medikation).

Im **Schellong-Test** zeigte sich ein Blutdruckeinbruch systolisch von 40 mmHg, diastolisch von 15 mmHg und ein Herzfrequenzanstieg von 2 Hz, entsprechend einer sympathikotonen orthostatischen Hypotonie, DD medikamenteninduziert.

In der **autonomen Testung vom 23.06.21** zeigte sich eine physiologische symp. Hautantwort und eine reguläre Herzratenvariabilität bei vertiefter Atmung.

In der **Polygraphie vom 24.06.2021** ergab sich folgender Befund: Unter Spontanatmung ohne O2 durchschnittliche Sauerstoffsättigung 95%, mittlere Entsättigung 91%. AHI 55/h schwergradig erhöht bei führenden obstruktiven Apnoen und wenig zentralen Apnoen ohne relevanten Sättigungsabfall (Einzelfälle bis auf 88%).

Beurteilung: polygraphisch Hinweise auf eine relevante kombinierte schlafbezogene Atmungsstörung mit dem führenden obstruktiven Schafapnoesyndroms, zudem auch zentrale Schlafapnoe.

Empfehlung: Vorstellung im Schlaflabor zur Einleitung einer CPAP-Therapie.

In der **Abdomensonographie vom 25.06.2021** zeigte sich eine Prostatahyperplasie, aber kein Anhalt für malignes abdominelles Geschehen als mögliche Ursache für die Hypertonie, die y-GT-Erhöhung ließ sich nicht mit einem entsprechend sonographischen abdominalen Befund korrelieren.

Gemäß **internistischem Konsil vom 25.06.2021** ergab sich aktuell keine Therapiebedürftigkeit bei klinisch fehlenden Hinweisen für Venenthrombose oder Lungenarterienembolie. Bezuglich der CPAP-Therapie, soll der Patient einen Termin bei einem niedergelassenen Pneumologen z.B. hier in Itzehoe Fr. Dr. Benteler oder Herr Dr. Entzian in Neumünster vereinbaren. Als Alternative wäre auch das Schlaflabor in Aukrug zu empfehlen. Der gering erhöhte yGT-Wert wurde nicht als stationär abklärungsnötig eingeschätzt.

Im **urologischen Konsil vom 28.06.21** wurde eine ambulante Verlaufskontrolle sowie fachurologische Anbindung besprochen. Der Pat. äußert keine Miktionssbeschwerden vor DK Einlage gehabt zu haben. Aktuell nach DK Entfernung leichtes Brennen (regredient im Verlauf) bei Miktion. Ob die PSA Elevation durch Manipulation (DK Einlage) bedingt sei, bleibt offen.

Zusammenfassende Beurteilung und Verlauf: Herr Perschke wurde aufgrund einer akut aufgetretenen Sehstörung mit Aphasie und Alexie auf die hiesige Stroke Unit und über die Notfallaufnahme aufgenommen. In der initial durchgeföhrten Bildgebung zeigte sich eine links okzipitale intrazerebrale Blutung, deren Ätiologie wir am ehesten auf dem Boden der ausgeprägt erhöhten Blutdruckwerte, die initial nur mit Urapidil - Perfusor unter Maximaldosis und Diuretika-Kombination in den Griff zu kriegen waren, und der Einnahme von 2 x 500 mg Acetylsalicylsäure im Rahmen einer Migräneattacke sahen. Die Verlaufsuntersuchung bei gut eingestellten

Blutdruckwerten unter der neuen antihypertensiven Kombinationstherapie zeigte einen stabilen Befund, klinisch besserte sich über die ersten Tage bereits rasch die Alexie und Aphasie. Auch die Kopfschmerzsymptomatik war rasch rückläufig, allerdings zeigten sich unter der neuen antihypertensiven Therapie Orthostasebeschwerden, die im EEG und im Schellong-Test mit entsprechenden hypotonen Blutdruckwerten korreliert werden konnten.

Darüber hinaus haben wir laborserologisch bei grenzwertigen CRP-Befunden und etwas erhöhten D-Dimern keinen Anhalt für eine vaskuläre Pathologie gefunden (vgl. Autoimmundiagnostik und Duplexsonographie-Befunde), so dass wir diese Werte im Kontext mit der Resorption der vorhanden ICB (DD Urethritis nach DK-Anlage?) gewertet haben.

Außerdem wurde aufgrund der anamnestischen nächtlichen Schlafstörungen eine Polygraphie durchgeführt, die den Anhalt auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit fraglich auch zentraler Komponente ergab. Darum empfehlen wir eine entsprechende Schlaflabor-Diagnostik zur Anpassung einer CPAP-Therapie.

Eine aufgrund der etwas atypischen Konstellation bei dem jungen Patienten geplante cMRT-Untersuchung wurde aufgrund der vorhandenen Klaustrophobie, insbesondere unter Maske abgebrochen, so dass wir empfehlen (bei DD Amyloidangiopathie) diese – falls Herr Perschke einverstanden ist - ambulant in 4 Wochen zu wiederholen. Ebenso empfohlen wird eine Kontrolle des D-Dimer- und PSA-Spiegels.

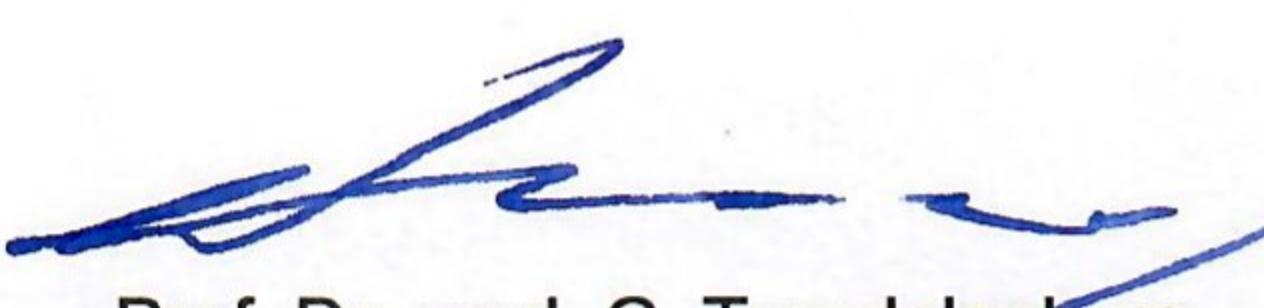
Zum Entlassungszeitpunkt berichtet der Patient über keine Probleme der Lesefähigkeit oder der Wortfindung bzw. des Verständnisses der englischen Sprache, so dass wir ihn in deutlich gebessertem Zustand am **28.06.2021** wieder in die Häuslichkeit entlassen.

Bereits beantragt wurde eine AHB, hier wird bei entsprechendem Termin und Bewilligung der Patient direkt informiert.

Medikation bei Entlassung:

Torasemid 5 mg	1-0-0
Metoprolol 47,5 mg	1-0-0
Amlodipin 5 mg	1-0-1
Candesartan 8 mg	1-0-0
L-Thyroxin 100 µg	1-0-0

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Prof. Dr. med. G. Trendelenburg
Chefarzt

Dieses Dokument wurde in unserer elektronischen Patientenakte erstellt. Es ist im Original unterschrieben, später angeforderte Exemplare werden ohne Unterschrift versandt. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Der/die Patient/in hatte während der Behandlung keinen Kontakt zu einem/einer Patienten/in mit gesicherter COVID19-Infektion oder einem Verdachtsfall. Bei Entlassung/Verlegung besteht kein Verdacht auf eine COVID19-Infektion.