

**Privatklinik  
Wehrle-Diakonissen  
Aigen**

**DUPLIKAT**

Guggenbichlerstr. 20, 5026 Salzburg, Austria  
T: +43 (0)662 63 85-0  
F: +43 (0)662 63 85-485  
[aigen@pkwd.at](mailto:aigen@pkwd.at)  
[www.privatklinik-wehrle-diaconissen.at](http://www.privatklinik-wehrle-diaconissen.at)

Herrn  
Dr. Alexander Czech  
Bahnhofstr. 5  
5201 Seekirchen am Wallersee

06.05.2015  
2015/01183 / KROC

Patient: REICHEL Volker , geb. am 12.02.1962

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten über den o. a. Patienten, der vom 13.04. bis 20.04.2015 in der Privatklinik Wehrle/Diakonissen Salzburg, Standort Aigen, in stationärer Behandlung stand.

**Aufnahmegrund:**

Deutliche Gewichtszunahme bei hochgradigen Beinödemen und erhöhten Blutdruckwerten. In einer ambulanten Vorstellung wurde erstmalig ein Kreatinin von 9,4 mg/dl festgestellt. Eine hausärztliche Konsultation oder Gesundenuntersuchung wurde seit längerem nicht mehr durchgeführt. In der Krankenvorgeschichte ist ein art. Hypertonus bekannt.

**Diagnose(n):**

N17.9 Chronisches Nierenversagen unklarer Genese, a.e. bei chron. Glomerulonephritis  
– Nierenbiopsie vom 15.04.15: sklerosierte Glomerula, tubuläre Atrophie und interstitielle Fibrose  
E87.5 Hyperkaliämie  
E87.2 Azidose  
N39.1 Persistierende Proteinurie  
D64.9 Renale Anämie  
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie  
E78.5 Hyperlipidämie  
E21.1 Sekundärer Hyperparathyreoidismus

**Therapie und Verlauf:**

Herr Reichl wurde zunächst mit dem Verdacht auf ein akutes Nierenversagen stationär aufgenommen. Bei hydropsischer Dekompensation und massiven Beinödemen wurde eine intravenöse Therapie mit Furosemid durchgeführt. Die eigene Harnausscheidung war weiterhin gut erhalten, die Harnstoffwerte lagen um 150mg/dl. Klinisch litt der Patient unter vermehrter Müdigkeit, welche auf eine normochrome Anämie und ein Hb von 9,7 mg/dl zurückzuführen war. In der Urinanalytik zeigte sich eine mäßiggradige Proteinurie ohne Hinweis auf ein nephrotisches Syndrom. Im Harnsediment nur geringe Erythrozyturie ohne Nachweis eines nephritischen Sedimentes. Auch die Autoimmundiagnostik war bzgl. ANA und ANCAs unauffällig. In der Serum- und Immunelektrophorese keine Hinweise für ein Plasmozytom. Bei unklarer Ätiologie und Vorlaufzeit wurde zur Diagnoseabsicherung eine Nierenbiopsie komplikationslos durchgeführt. Dabei zeigte sich eine fortgeschrittene chron. entzündliche interstitielle Nephritis mit fortgeschrittenen tubulärer Atrophie. Glomerula waren nicht mehr

Nach Tonband geschrieben, Hörfehler möglich!

Seite 1/7

# Privatklinik Wehrle-Diakonissen

erhalten, sodass es sich bei der Dynamik der Niereninsuffizienz sicherlich um einen chronischen Verlauf handelt. Trotz Übergewichts ergaben sich keine Hinweise auf Vorliegen eines Diabetes mellitus. Bei bekannter art. Hypertonie zeigte die Fundusuntersuchung des Auges einen Fundus hypertonicus II. Grades. Sonographisch zeigten sich beide Nieren chron. verändert und in der Durchblutung reduziert. Bei Nachweis von renalen Folgeerkrankungen wie Anämie und sekundärem Hyperparathyreoidismus wurde eine Erythropoetinsubstition begonnen und der Patient mit Vit. D versorgt. Bei grenzwertiger Hyperkaliämie und metabolischer Acidose wurde zusätzlich Natriumbicarbonat oral zugeführt. Bei nun vorliegender präterminaler Niereninsuffizienz wurde der Patient umfassend über die Möglichkeiten einer Nierenersatzbehandlung aufgeklärt. Letztendlich wurde im Einvernehmen mit dem Patienten ein Hämodialyseverfahren vorgeschlagen und ein rascher Dialysebeginn empfohlen. Diesbezüglich wird in Kürze durch Dr. Walter / FA für Gefäßchirurgie ein Shunt und ein Permkathether operativ angelegt. Bis zur Dialyse sollte auf eine kaliumarme sowie eiweißreduzierte Kost Wert gelegt werden.

Schließlich konnten wir Herrn Reichel in stabilisiertem Allgemeinzustand am 20.04.2015 in die ambulante Betreuung entlassen. Ein Wiederaufnahmetermin zur kombinierten Shunt- und Permkatheteranlage ist für Montag den 27.04.2015 vorgesehen.

## Therapievorschlag:

Lasix 30 mg ret.	1-0-0
Amlodipin 5 mg	0-0-1
Seloken ret. 47,5 mg	1-0-0,5
Nephrotrans Kps.	1-2-2
Et alpha 1,0 mg Vit. D	1-0-0 alle 2 Tage
Crestor 10 mg	0-0-0,5
Aranesp 20 µg	1x/Woche subkutan (Mittwochs)

Mit freundlichen Grüßen

OA Dr. Martin Gerke  
Facharzt für Innere Medizin

Prim. Univ. Doz. Dr. Raimund Weitgasser  
Facharzt für Innere Medizin

**EKG:**

Sinusrhythmus, Frequenz 76/min, Linkstyp, PQ 162 ms, QC 461 ms, S-Persistenz bis V6, keine Erregungsrückbildungsstörungen.

**CT-gezielte Nierenbiopsie rechts vom 15.04.2015 (Prim. Dr. Kaiser):**

Durchführung einer Planungs-CT in Bauchlage. Unter CT-Kontrolle primäre Lokalanästhesie im Zugangsbereich. Punktions des rechten unteren Nierenpoles in Schleusentechnik mit einer 18 G-Nadel. Primär komplikationsloser Punktionsablauf, diskretes postpunktionelles Hämatom pararenal.

**Nephrosonographie rechts vom 15.04.2015 (Prim. Dr. Kaiser):**

Bei Z.n. Nierenpunktion heute vor 3 Stunden kein abgrenzbares pararenales Hämatom.

**Carotis-Doppler-Duplex vom 16.04.2015 (OA Dr. Gerke):**

A. carotis communis beidseits mit leicht verdickter Intima Mediadicke, im Bifurkationsbereich rechts eine flach erhabene, echoreiche Läsion von 1,23 x 0,4 cm Größe, keine Kalzifizierung. Die Flussprofile der ACC, ACI und ACE beidseits regelhaft, keine signifikanten Stenosen.

**Beurteilung:**

Beginnende Bifurkationssklerose rechts, keine Stenosen.

**Nierensonographie vom 16.04.2015 (OA Dr. Gerke):**

Verlaufskontrolle nach Nierenbiopsie rechts.

Nieren beidseits orthotop gelegen und normal konfiguriert, bei verwaschener Parenchymstruktur nur schwer von der Umgebung abgrenzbar. Rechte Niere ca. 8,4 x 4,1 cm, Parenchymdicke bei 1,2 cm. Linke Niere ca. 8,1 x 4,6 cm, Parenchymdicke bei 1,2 cm. Der renale Kortex deutlich echoreich mit reduzierter Perfusion im Farbduplex. Beidseits keine Konkremente, kein Aufstau, kein Hinweis für Einblutung nach Biopsie.

**Beurteilung:**

Chronisch veränderte Nieren beidseits bei Verdacht auf chron. Glomerulonephritis, reduzierte Durchblutung.

**Echokardiographie vom 20.04.2015 (OA Dr. Gerke):**

Eingeschränkte Schallbedingungen bei Adipositas. Soweit beurteilbar normal dimensionierte Herzhöhlen, linker Vorhof und linker Ventrikel grenzwertig groß, Aortenwurzel bei 2,9 cm, visuell insbesondere in der parasternalen kurzen Achse gut erhaltene linksventrikuläre Auswurfleistung ohne Nachweis von Wandbewegungsstörungen. Über Mitralklappe Nachweis einer geringgradigen Insuffizienz sowie prominente A-Welle als Hinweis auf diastolische Relaxationsstörung. Aortenklappe unauffällig. Geringe Trikuspidalklappeninsuffizienz ohne Hinweise für pulmonale Hypertonie, kein Pericarderguss.

Die V. cava inferior ist schmal und atemmodulierend.

**Beurteilung:**

Geringgradige Mitralklappeninsuffizienz und Trikuspidalklappeninsuffizienz, visuell gut erhaltene ventrikuläre Auswurfleistung, keine Hinweise für Rechtsherzbelastungszeichen.

**Augenfachärztliches Konsil vom 17.04.2015 (Dr. Oberhummer):**

Fundi in Mydriase beidseits: Papillen normal, Arterien zum Teil stark verengt („Silberdrahtarterien“), Kreuzungszentren ++, keine Blutungen.

Dg: Fundus hypertonicus II. Grades.