HERZ-ZENTRUM
BODENSEE

Herz-Zentrum Bodensee GmbH • Luisenstr. 9A • 78464 Konstanz

Im Unternehmensverbund
der CHC-Holding AG

Herzchirurgie:
Cornelius A. Botha FC Cardio (SA)
Kardiologie:
Prof. Dr. med. Klaus Tiroch
Elektrophysiologie
Prof. Dr. med. Volker Kühlkamp
Anästhesie und Intensivmedizin:
Dr. med. André Gille

Herrn
Dr. med. T. A. Schellhorn
Innere Medizin
St. Ulrichstr. 38
88662 Überlingen

Konstanz, 04.01.2023,
TIK/BEY/har/brs

CHEST PAIN UNIT
DGK-ZERTIFIZIERT

Sehr geehrter Herr Kollege Schellhorn

Gerne berichten wir über unseren gemeinsamen Patienten **Herrn BOCK Wolfgang, 10.03.1951**, Konstantin-Vanotti-Str. 16, 88662 Überlingen, welcher sich in unserer stationären Behandlung befand.

Herzkatheter- / Entlassbericht
Stationär von 12.12. bis 14.12.2022

Diagnosen:
Indikation: NSTEMI
- **Aktuell: Koronare 2-Gefäßerkrankung**
- **Aktuell: Erfolgreiche Rekanalisation mit PTCA und Stenting der medialen RCA (1 Promus DES 4.0x 28 mm), konservativ bzgl. der grenzwertigen mittelgradigen Stenose des Ramus diagonalis I**

T-Negativierung über der Hinterwand

Kardiovaskuläre Risikofaktoren:
Arterielle Hypertonie
Hypercholesterinämie

Medikation:

Brilique 90 mg	1-0-1
ASS 100 mg	1-0-0
Rosuvastatin 20 mg	0-0-1
Bisoprolol 2.5 mg	1-0-0

Procedere:
- Konsequente Fortführung der Sekundärprophylaxe.
- Dauerhafte Fortführung der neu begonnen ASS- und Statin-Therapie.
- Brilique-Therapie für mind. 1 Jahr.
- Regelmäßige echokardiographische Verlaufskontrollen.
- Im Verlauf wurde die Herzinsuffizienz-Therapie angepasst.

TOP REGIONALES KRANKENHAUS 2022 BADEN-WÜRTTEMBERG FACT FIELD

TOP NATIONALE FACHKLINIK 2022 KARDIOLOGIE FACT FIELD

Herz-Zentrum Bodensee GmbH
Luisenstr. 9A
78464 Konstanz

Telefon: +49 (0) 75 31 / 897-0
Telefax: +49 (0) 75 31 / 897-523
www.herz-zentrum.com
info@herz-zentrum.com

Amtsgericht Freiburg i. Br., HRB 381395
Geschäftsführer: Martin Costa
Ust-ID-NR.: DE175980779
St.-Nr.: 09048/09905

Bezirkssparkasse Reichenau
BIC/SWIFT: SOLADES1REN
IBAN: DE40 6905 1410 0007 0511 39

HERZ-ZENTRUM
BODENSEE

Im Unternehmensverbund
der CHC-Holding AG

Anamnese:
Die stationäre Aufnahme von Herrn Bock erfolgte notfallmäßig aufgrund typischer Angina pectoris-Beschwerden CCS III und sehr hohem Troponin von 220. Der Patient berichtete über seit drei Wochen zunehmende, drückende, linksseitige Brustschmerzen. Beinödeme, Synkope und Dyspnoe wurden verneint.

Körperlicher Untersuchungsbefund:
71-jähriger Patient in normalem AZ und EZ. Cor: Herztöne rein, rhythmisch, keine vitientypischen Geräusche. Pulmo: Vesikuläres Atemgeräusch beidseits, keine Rasselgeräusche. Abdomen: Weich, keine Abwehrspannung, keine Druckschmerzen. Milz und Leber nicht tastbar. Extremitäten: Keine Beinödeme. Neurologisch: Keine Hinweise auf fokal-neurologische Defizite.

EKG bei Aufnahme:
Sinusrhythmus, Herzfrequenz 64/min. Rechtstyp. Normale Überleitungszeiten. Keine ST-Streckenveränderungen. T-Negativierung in II, III, aVF. QRS 96 ms, QT 418 ms.

Echokardiographie vom 13.12.2022:
Schallbarkeit von parasternal gut, apikal gut. Sinusrhythmus. AoWurzel 34 mm, Klappenseparation 23 mm. Ao asc 35 mm. Linker Vorhof normal weit, LAESD 34 mm. Normal weiter linker Ventrikel, LVEDD 46 mm, IVSDD 11 mm, LVPWD 10 mm. Inferior Wand, posterior Wand akinetische Wandbewegungsstörung bei einer sonst regelrechten linksventrikulären Kontraktilität. Leichtgradig systolische linksventrikuläre Gesamtfunktion, LVEF um 50%. Aortenklappe trikuspid, leicht degenerativ verändert, Vmax 1.3 m/s. Keine Aortenklappeninsuffizienz. Mitralapparat leicht degenerativ verändert, unbehinderte Separation. Mitrale E/A 85/98 cm/s, dT 224 ms, medE' 8 cm/s, E/medE'-Verhältnis 10.6, kein Hinweis auf eine diastolische linksventrikuläre Funktionsstörung. Leichtgradige Mitralklappeninsuffizienz I° [von IV°]. Rechter Ventrikel normal weit, RVEDD basal 40 mm. Leichtgradige Trikuspidalklappeninsuffizienz. Druckgradient über der Trikuspidalklappe 27 mmHg, systolischer pulmonaler Druck um 35 mmHg.
Kein Perikarderguss.

Labor:
Wurde bei Entlassung mitgegeben.

Herzkatheterbericht vom 12.12.2022
Nr. 26697/22

Vorgehen:
Nach unauffälligem Allen-Test Zugang über die linke Arteria radialis mit Darstellung der nativen Gefäße in mehreren Ebenen. Anschließend Koronarintervention. Danach Ziehen der 6F-Schleuse, Anlage eines TR-Bandes. Komplikationsloser Verlauf.

HERZ-ZENTRUM
BODENSEE

Im Unternehmensverbund
der CHC-Holding AG

Hämodynamik:

Linker Ventrikel:	133/8 mmHg, LVEDP:	29 mmHg
Aorta:	128/71 mmHg, im Mittel:	95 mmHg

Ventrikulographie:
Auf eine Ventrikulographie wird verzichtet bei geplanter echokardiographischer Reevaluation.

Versorgungstyp:
Rechtsversorger.

Rechte Herzkranzarterie:
Medial verschlossen. Nach Rekanalisation demaskiert sich eine 30%ige Einengung distal ohne Interventionsbedarf.

Linke Herzkranzarterie:
Hauptstamm: Wandunregelmäßigkeiten.
LAD: Diffuse Atheromatose mit 30%iger Einengung im Hauptgefäß. Ramus diagonalis I im Seitast mit 50-60%iger Stenose, bei Gefäßlumen um die 2 mm aktuell konservativ. Kollateralen zur RCA.
Ramus circumflexus: Wandunregelmäßigkeiten. Kollateralen zur RCA.

Koronarintervention:
Über einen AL0.75 SH Führungskatheter in 6F Vorbringen eines Fielder-Drahtes in die distale RCA. Vordehnung mittels 2.0 mm Ballon bis 16 atm, danach Implantation eines Promus DES 4.0x 28 mm bis 14 atm und gutem Akutergebnis.

Zusammenfassende Beurteilung und Vorgehen:
Herr Bock wurde uns notfallmäßig von Herrn Dr. Schellhorn aus Überlingen überwiesen bei im EKG deutlichen T-Negativierungen über der Hinterwand mit typischer Symptomatik, die seit circa 21 Tagen anhält und somit seit dem 22.11.2022 besteht. In der am gleichen Tag durchgeführten invasiven Diagnostik zeigt sich eine koronare 2-Gefäßerkrankung mit einer zum EKG korrespondierenden verschlossenen medialen RCA. Erfreulicherweise konnte das Gefäß rekanalisiert werden und durch Implantation eines medikamentenbeschichteten Stents behandelt werden mit gutem Akutergebnis und TIMI-III-Fluss allseits. Aktuell ist die Sekundärprophylaxe konsequent fortzuführen, die neubegonnene ASS- und Statin-Therapie (Rosuvastatin) ist dauerhaft fortzuführen. Eine Brilique-Therapie wurde im Rahmen des NSTEMI und der DES-Implantation aktuell begonnen, diese ist für mindestens ein Jahr zu empfehlen.

HERZ-ZENTRUM
BODENSEE

Im Unternehmensverbund
der CHC-Holding AG

Entsprechend des echokardiographischen Befundes wäre ggf. eine Herzinsuffizienztherapie im Verlauf anzupassen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen und bestem Dank für die Zuweisung

Prof. Dr. med. K. Tiroch
Chefarzt Kardiologie
Herz-Zentrum Bodensee

Yacine Berroua Benzina
Arzt Kardiologie
Herz-Zentrum Bodensee

Kopie an:
Herrn W. Bock, Konstantin-Vanotti-Str. 16, 88662 Überlingen