

„Modernes Case-Management in der Kardiologie – Interaktive Falldemonstrationen“

Samstag, 25. Februar 2006
Schloß Grafenegg



Faculty

Univ.-Prof. Dr. Thomas Binder

Universitätsklinik für Innere Medizin II, Wien
Abteilung für Kardiologie

OA Dr. Thomas Brunner

Krankenhaus Wiener Neustadt
Abteilung für Innere Medizin

Prim. Univ.-Prof. Dr. Herbert Frank

Landesklinikum Tulln
Abteilung für Innere Medizin

o.Univ.-Prof. DDr. Wolfgang Graninger

Universitätsklinik für Innere Medizin I, AKH Wien
Abteilung für Infektionen und Chemotherapie

Univ.-Lekt. OA Dr. Andreas Hallas

Landesklinikum Tulln
Abteilung für Innere Medizin

Prim. Univ.-Prof. Dr. Kurt Huber

Wilhelminenspital, Wien
Abteilung für Kardiologie

Ass. Dr. Christian Mayer

Landesklinikum Tulln
Abteilung für Innere Medizin

Univ.-Prof. Dr. Raphael Rosenhek

Universitätsklinik für Innere Medizin II, Wien
Abteilung für Kardiologie

Programm

Vorsitz: H. Frank, K. Huber

09:00 - 09:20 Th. Binder, Wien

09:20 - 09:40 Ch. Mayer, Tulln

09:40 - 10:00 Th. Brunner, Wiener Neustadt

10:00 - 10:20 R. Rosenhek, Wien

Pause

11:00 - 11:20 A. Hallas, Tulln

11:20 - 11:40 H. Frank, Tulln

11:40 - 12:00 K. Huber, Wien

12:00 - 12:20 W. Graninger, Wien

Thomas Binder

Anamnese Fall 1

Ein 64 jähriger Mann kommt zu Ihnen in die Ordination, weil bei Heimmessungen trotz Einnahme eines Antihypertensivums (Angiotensin Rezeptorblocker – Canesartan – 16mg) ein erhöhter Blutdruck festgestellt wurde. Die Blutdruckwerte liegen hierbei durchwegs über 155/100mmHg. Gelegentlich ist der Blutdruck aber auch bis maximal 180/120mmHg. Der Patient klagt weiters über Kopfschmerzen, Müdigkeit und über eine Abnahme der Leistungsfähigkeit. Der Patient ist Raucher und seit einigen Jahren ist eine COPD bekannt. Sonst ist er immer gesund gewesen.

Bei der klinischen Untersuchung findet sich ein Blutdruck von 170/110mmHg, Der Puls ist regelmäßig bei einer Frequenz von 75/min. Die Lunge ist bis auf leise Atemgeräusche unauffällig. Es findet sich ein „mäßig lautes (3/6) Systolikum über der Herzbasis und geringe prätibiale Ödeme.

Frage 1: Wie behandeln Sie den Patienten?

- A) Diuretikum Dazu geben
- B) Betablocker Gabe
- C) Ca Antagonisten
- D) Weitere Abklärung

Frage 2: Welche weitere Untersuchung würden Sie „primär“ veranlassen?

- A) Ergometrie
- B) 24h RR
- C) 24h EKG
- E) Echokardiographie
- F) Herzkatheter

Frage 3: Was tun Sie nun?

- A) Behandlung des erhöhten RR
- B) Herzkatheter zur weiteren Abklärung der AS
- C) Herzklappenoperation
- D) Herzklappensprengung

Anamnese Fall 2

Ein 44 jähriger Mann kommt auf die Notaufnahme wegen „stechende“ Brustschmerzen und Atemnot, welche aus Ruhe (postprandial) aufgetreten sind. Der Patient wird von seiner Frau ins Spital gebracht. Bei Eintreffen verspürt der Patient lediglich einen geringen Druck auf der Brust. Vor 3 Wochen hat der Patient einen grippalen Infekt gehabt, nun besteht aber weder Fieber noch klinische Zeichen einer Entzündung. Bei Eintreffen sind Laborwerte inklusive der Herzspezifischen Enzyme (CPK, TNT) sowie der Entzündungsparameter im Normbereich. Der Patient ist Raucher sonst bestehen keine Risikofaktoren.

Frage 1: Welche Differentialdiagnosen kommen in Betracht?

- A) Myokardinfarkt
- B) Spontanpneumothorax
- C) Dissezierendes Aortenaneurysma
- D) Myokarditis / Perikarditis
- E) Pulmonalembolie
- F) Vertebra gener Thoraxschmerz
- G) Alle

Frage 2: Welche Diagnose würden sie auf Grund des EKG's vermuten?

- A) Akutes Koronarsyndrom (Vorderwand)
- B) Akutes Koronarsyndrom (Hinterwand)
- C) Pulmonalembolie
- D) Perikarditis/Myokarditis
- E) Vertebra gen

Frage 3: Welche Diagnose würden sie nun nach dem Echo vermuten?

- A) Vertebra gen
- B) Akutes Koronarsyndrom (Vorderwand)
- C) Akutes Koronarsyndrom (Hinterwand)
- D) Pulmonalembolie
- E) Perikardits/Myokarditis
- F) Andere

Frage 4: Würden sie einen Herzkatheter durchführen?

- A) Ja, sofort
- B) Ja später
- C) Nein

Christian Mayer

Fallbeispiel A

- 92 jährige Frau
- 150cm, ~40kg
- klinischer Status
 - RR 125/75, Puls: 66/min
 - Cor: HT rein, rhythm.; Pulmo: VA, frei
- Gute Mobilität

Anamnese

- St.p. Hüft-TEP li bei SH-Frakt.
- St.p.Ulcus duodeni
- St.p. Katarakt-Op.
- St.p. Cholesystektomie

Kardiale Anamnese

- Seit Jahren art. Hypertonie
- 6/1994 Sturz bei Stolpern?/Vertigo
- Seit 1997 verstärkte Schwindelanfälle

Fallbeispiel B

- 85 jähriger Mann
- 168cm, ~80kg
- klinischer Status
 - RR150/80, Puls 60/min
 - Cor: HT rein, rhythm.
 - Pulmo: VA, frei
 - sonst altersentsprechend

Anamnese

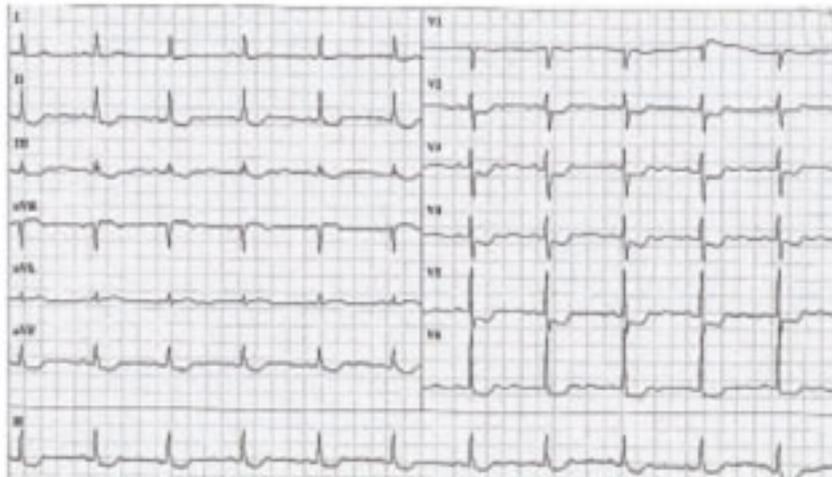
- St.p. Fem.pop.Bypass li 1988
- St.p. GI-Blutung unter OAK (V.a. Angiodysplasie im Dünndarm)
- St.p. Knie-TEP re. 2003

Kardiale Anamnese

- Art. Hypertonie seit Jahren
- Paroxysmales VHF
- In der Nacht von 10.10. auf 11.10.2004 bemerkt der Pat. Nacken-u. Thoraxschmerzen sowie Vertigo

Kardiale Anamnese

- NSTEMI mit CKmax 545: 11.10.2004



Thomas Brunner

Beitrag nicht eingelangt

Raphael Rosenhek

Modernes Case-Management in der Kardiologie- Interaktive Falldemonstrationen

Fall 1 - 55 jähriger Patient mit Systolikum

Raphael Rosenhek

Department of Cardiology
Medical University of Vienna

Grafenegg, 25.02.2006

Fall 1 - 55 jähriger Patient mit Systolikum Anamnese und Status

- 55 Jahre, männlich
- Körperlich aktiv: fuhr bis zu 60km Rad
- Regelmäßige Kontrolluntersuchungen seit 2001
- Asymptomatisch
- Blutdruck 125/70 mmHg
- Physikalische Untersuchung: Systolikum im 2.ICR rechts in die Carotiden fortgeleitet
- EKG: SR, LT, HF 72/Min, LVH-Zeichen

Fall 2 - Patientin mit Aortenklappenersatz

Anamnese

- 78 Jahre, weiblich
- 1989: Aortenklappenersatz (aortic stenosis) - 19mm Carbomedics Doppelflügelklappe
- COPD
- Hypertonie
- Hyperlipidemie

Fall 2 - Patientin mit Aortenklappenersatz

Status

- 2003: Routinekontrolle
- NYHA II, keine Angina pectoris
- Physikalische Untersuchung: 149cm, 56 kg
BP 150/70 mmHg
Systolikum, normale Clicks
- EKG: SR, 62/min, LV Hypertrophiezeichen
- Labor: Hkt 32%, Hb 11.2 mg/dl

Andreas Hallas

Fall 1:

Männlicher Patient, 45 a, seit den Morgenstunden Herzasen- und Stolpern
keine Stenocardien,
keine Dyspnoe,
keine int. Vorerkrankungen,
keine Dauermedikation,
Nichtraucher, 182 cm, 83 kg,
FA: Eltern Carcinome, Bruder mit 49 a an Herzinsuffizienz verstorben !!,
SA: Beamter, wenig Sport, 3 Kinder,
im EKG beim Hausarzt tachycardes Vorhofflimmern ohne Repolarisationsstörungen, - bei Aufnahme wieder normfrequenter Sinusrhythmus

Fall 2:

Männlicher Patient 44 a, seit 2 Tagen retrostern. Druck, am 30.0.05 seit ca. 4:30 sehr stark,
EKG: ST-Hebung V2-V4, RR 170/90,
185 cm, 190 kg, BMI 56, Raucher, art. Hypertonie, Hyperlipidämie,
pos. Familienanamnese,
Vorerkrankungen: 11/99 VW-MCI mit rTPA-Lyse, prim. keine Coronarangiographie wg. Adipostas,

Herbert Frank

Fall 1

- 59-jährige Patientin, mit Dyspnoe seit 3 Tagen
- RR 140/90, Puls 94 arrhyt., Fieber 38 seit 2 Tagen
- Cor: 3/6 Systolikum Erb
- C/P: geringe zentrale Stauung
- St.p.Perimyokarditis 1994
- St.p. Pulmonalembolie



Fall 2

- 74-jähriger Patient, mit Dyspnoe NYHA III
- RR 150/90, Puls 84 rhyt.
- Cor: oB
- C/P: oB



Kurt Huber

Beitrag nicht eingelangt

Wolfgang Graninger

Anamnese

- Büroangestellte, geb. 1955
- Trigeminusneuralgie 1993
- Uveitis re 1996
- Episkleritis → Cortison 2000
- Gewichtsabnahme 4 kg in 2 Wochen
- Fieber 38 °C
- Arthralgien
- Übelkeit nach dem Essen
- Belastungsdyspnoe
- Uveitis

Ein alter Mann aus Indien

Diplomingenieur aus Bombay
Leiter des Waisenhauses



Starke Dyspnoe
Beinödeme



Besuch eines Verwandten in Wien

Physikalische Untersuchung

- Beinödeme
- Ascites
- Gestaute Halsvenen
- Hepatomegalie
- Leise Herztöne
- Dyspnoe besser im Sitzen