

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

Samstag, 20. Jänner 2007  
Loisium



## Wolfgang Graninger

Beitrag nicht rechtzeitig eingelangt

## Kurt Huber

### Fall 1:

43-jährige Frau, Akademikerin

#### Anamnese:

8 Wochen nach PCI (reine Ballondilatation der proximalen RCA) in einem Privatspital auf Stent wurde damals verzichtet wegen angeblicher Nickel-Allergie

#### Symptome:

AP-Beschwerden unter Belastung seit 2 Wochen (früher hauptsächlich in den Morgenstunden, damals auch ohne Belastung)

#### Laufende Therapie:

Aspirin, Beta-Blocker, Nitro bei Bedarf (hilft)

#### Risikoprofil:

Nikotin- und Alkoholabusus

#### Fahrrad-Ergometrie (auswärts):

Abbruch wegen non-sustained VT und AP-Symptomatik

### Fall 1:

54-jährige Frau

#### Anamnese:

Plötzliches Engegefühl in der Brust beim Weg zum Standesamt (Erledigungen nach dem Tod der Mutter); der Notarzt wird gerufen, stellt einen STEMI fest (80 min. nach Symptombeginn) und lysiert die Patientin mit Metalyse in der Annahme, dass eine Akut-PCI innerhalb von 90 Minuten nicht organisiert werden kann. Die Patientin erreicht nur 25 Minuten später unser Spital

#### Symptome:

Erstmalige AP-Symptomatik, zum Zeitpunkt der Aufnahme im Spital noch immer AP-Beschwerden

#### Laufende Therapie:

Aspirin, Metalyse, i.v. Heparin, rezidivierende Nitro-Gabe

#### Risikofaktoren:

Nikotinabusus

## Herbert Frank

### Fall 1:

66-jährige Patientin wird mit Verwirrtheitszustand, Schwindel und Dyspnoe hospitalisiert. RR 180/100, Pulmo auskultatorisch oB, Cor: 2/6 Systolikum mit PM Erb. CK 310, TNT 0,18, D-Dimer deutlich erhöht. EKG: SR 63, Normaltyp, unauff. EAL.

### Fall 2:

81-jährige Patientin mit rezidivierenden Schwindelanfällen und Stürzen. RR 135/80, Labor unauffällig. Im Echo zeigt sich eine gute Linksventrikelfunktion mit regelrechter Klappenfunktion. Carotisduplex oB.

## Andreas Hallas

### Fall 1:

67 jährige Frau, Hausfrau, Nichtraucherin

Vegetativum: unauff.

Familienanamnese: Mutter Lungenerkrankung,  
Tante Diabetes

Vorerkrankungen: 2x Strumektomie, IDDM,  
art. Hypertonie, Hyperlipidämie

Aktuelle Anamnese: seit 1 Woche unproduktiver  
Husten, Fieber bis 39°C, (vom HA mit Makrolid an-  
behandelt), Schmerzen in der HWS sowie zwischen  
den Schulterblättern

### Fall 2:

69 a Mann, pens. Schlosser, seit 30 a Nichtraucher

Vorerkrankungen:

rez. card. Decomp. NYHA III-IV

Dil. CMP- nochgradid red. LFV (Angio 8/06)

St.p.mech. AKE 77 wg. AI

St.p. RCA-Venenbypass 77 (iatrogen notwendig)

Chro. VH-Flimmern

St.p. selbstlim. VTs- Amiodaronetherapie

Höhergr. MI und TI

LSB

Chron. ren. Insuff.

Aktuelle Anamnese: wieder zunehmende Dyspnoe  
(NYHA IV), Kollapsneigung bei Hypotonie, steigende  
Nierenwerte (Krea 2,5)

## Ferdinand Mayer

### Alfred S.:

73 Jahre, guter EZ, schlechter AZ; bekannte B-CLL (7/03 diagnostiziert), zudem Äthyl. Chron., MB.Sacer

Seit 2 Wochen retrosternale Schmerzen, seit 2 Tagen Symptomintensivierung. Im Gasthaus schließlich zusätzlich Zyanose und Druckgefühl rechter Thorax bzw. Halsbereich. Nach Verständigung des Hausarztes Einweisung wegen ACS bei Vorhofflimmern, Transport durch Notarzt.

### Alois R.:

74 Jahre, guter EZ, guter AZ, 4 Wochen nach Reflux-OP, bekanntes Asthma bronchiale.

Infekt der oberen Atemwege mit Schnupfen, durch Lungenfacharzt m. Cefuroxim f. ca. 10 Tage behandelt. Seit einigen Tagen zunehmende Dyspnoe und retrosternales Druckgefühl, sowie stechende Schmerzen in beiden Lungenflügeln. Einweisung durch Hausarzt wegen schwerer Exazerbation des Asthma bronchiales mit Ruhedyspnoe.

## Thomas Brunner

### Pat. F. R. , w. 78a

- Anamnese: Hypertonie seit 20 a,  
NIDDM seit 10 a  
St. p. HE, AE, TE
- Kollaps auf Orthopädischer Abt.

### Pat. H. J. , m. 48a

- Anamnese: NIDDM seit 10 a  
Chronischer NA (30/d) seit 20 a
- Am 16. 02. 2004: Plötzlicher Thoraxschmerz

### Pat. F. R. , w. 78a

- Herzalarm
- Pulslos
- EKG: Kammerflimmern
- Defibrillation, Reanimation

### Pat. H. J. , m. 48a

- Postinterventionell beschwerdefrei
- Nikotin: 0
- Gewichtsreduktion
- Med: TASS 100mg, Concor, Enalapril, Sortis

## Gerhard Stark

### Anamnese Fall 1

75 jährige weibliche Patientin ohne wesentliche Vorerkrankungen.

Vor ca. 2 Jahren klagte die Patientin erstmalig über ein nächtlich auftretendes präcordiales Druckgefühl mit Atemnot.

Eine durchgeführte Koronarangiographie ergab keinen Hinweis auf eine wesentliche Strukturelle bzw. ischämische Herzerkrankung.

Patientin wird im Nov. 2006 mit Ruhedyspnoe seit 2 Tagen bestehend, an die Notfallaufnahme der Abt. für Innere Medizin des LKH Deutschlandsberg überwiesen.

RR bei Aufnahme: 105/70 mmHg

HF bei Aufnahme: 158 b/min

Troponin I auf 0,11 ng/ml (Norm: 0,00 – 0,05) erhöht, keine CK u. CK-MB Erhöhung

### Anamnese Fall 2

60 jähriger männlicher Patient (Landwirt) ohne wesentliche Vorerkrankungen.

Vor 14 Tagen erstmalig beim Hausarzt wegen stechender Schmerzen im Rücken nach 2-tägigen Streicharbeiten.

Besserung auf NSAR.

Vor 8 Tagen neuerlicher Besuch bei Vertretung des HA wg. neuerlich auftretender stechender Schmerzen im Rücken (Schmerzen traten 1 Tag nach heben einer schweren Last auf).

Besserung auf NSAR.

Am Tag 0 Kollaps mit kurzzeitiger Bewusstlosigkeit, Schockzeichen.

RR bei Aufnahme: 80/55 mmHg

HF bei Aufnahme: Sinustachykardie mit 162 b/min



## Thomas Binder

### Anamnese

- Im Alter von 13a Jahren Schussverletzung / Thorax mit einer Luftdruckpistole (4mm Kaliber)
- Perikardtamponade
- Chirurgische Notversorgung mit „Übernähung des Defekts“
- Beschwerdefreiheit und körperlich gut leistungsfähig
- Nach 25 Jahren neuerliche Präsentation wegen Atemnot
- Systolisches und diastolisches Herzgeräusch

### Frage 1)

Warum ist die Linksventrikelfunktion eingeschränkt?

- A) Koronare Herzkrankheit
- B) Aorteninsuffizienz
- C) VSD
- D) Anderes Problem

### Frage 2)

Was ist los mit der Aortenwurzel?

- A) Endokarditis/Ringabszess
- B) Rupturierter Sinus valsalva
- C) Perforation/Fistel
- D) Taschenabriss

### Frage 3)

Was ist die Lösung?

- A) Ao-LA Fistel
- B) Aortenklappenperforation/AI
- C) VSD
- D) Alles

## Programm

Vorsitz: H. Frank, K. Huber

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

09:20 - 09:40 G. Stark, Deutschlandsberg

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

10:00 - 10:20 F. Mayer, Tulln

### 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

---

## 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

**Univ.-Lekt. OA Dr. Ferdinand Mayer**  
Landesklinikum Tulln  
Abteilung für Innere Medizin

**Prim. Univ.-Prof. Dr. Gerhard Stark**  
Landesklinikum Deutschlandsberg  
Abteilung für Innere Medizin