

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

Samstag, 23. Februar 2008

Loisium



Faculty

Univ.-Prof. Dr. Thomas Binder
Abteilung für Kardiologie
Universitätsklinik für Innere Medizin II, Wien

Univ.-Lekt. OA Dr. Christine Bonelli
Abteilung für Innere Medizin
Landeskrinikum Tulln

Prim. Univ.-Prof. Dr. Herbert Frank
Abteilung für Innere Medizin
Landeskrinikum Tulln

Univ.-Lekt. OA Dr. Andreas Hallas
Abteilung für Innere Medizin
Landeskrinikum Tulln

Ass. Dr. Alexandra Harbauer
Abteilung für Innere Medizin
Landeskrinikum Tulln

Univ.-Prof. Dr. Michael Hirschl
Abteilung für Innere Medizin III
Landeskrinikum St. Pölten

Univ.-Prof. Dr. Herwig Schmidinger
Abteilung für Kardiologie
Universitätsklinik für Innere Medizin II, AKH Wien

Programm

Vorsitz: H. Frank, Th. Binder

09:00 - 09:25 Th. Binder, Wien

09:35 - 10:00 A. Hallas, Tulln

10:10 - 10:35 Ch. Bonelli, Tulln

Pause

11:00 - 11:25 A. Harbauer, Tulln

11:35 - 12:00 M. Hirschl, St. Pölten

12:10 - 12:35 H. Schmidinger, Wien

Thomas Binder

Beitrag aus technischen Gründen nicht rechtzeitig eingelangt

Andreas Hallas

Fall 1:

22 a Patientin mit vorbekannter Epilepsie und geistiger Retardierung hat eine Überdosis Carbamacepin eingenommen: Sie wird wegen Schwindel und Vigilanzstörung zur Aufnahme gebracht.

Eine routinemäßig durchgeführte OB-Sono führt zu weiteren Untersuchungen ...

Fall 2:

39 a Patient wird von der Gattin nachts mit röchelnder Atmung vorgefunden – keine Laienreanimation – vom NA wird im Erst-EKG ein Kammerflimmern festgestellt – erst nach ca. 40 Minuten Reanimation kann ein Kreislauf wieder hergestellt werden ...

Christine Bonelli

Fall 1

Ein 34 a adipöser Mann kommt wegen seit einigen Tagen rezidivierend auftretender linksthorakaler Schmerzen, teilweise begleitet von Parästhesien im linken Arm in die internistische Notfallaufnahme. Es erfolgt eine schrittweise Abklärung ...

Fall 2

Eine 79 a Frau ohne relevante Vorerkrankungen kommt in die internistische Notfallaufnahme wegen seit einigen Tagen bestehender subfebriler Temperatur und therapieresistenter Kopfschmerzen bei Z. n. Sturz vor drei Wochen. Sie finden im Labor ein deutlich erhöhtes CRP. Ein primär durchgeführte Schädel CT ist unauffällig ...

Alexandra Harbauer

Fallbericht 1

66jähriger Patient mit Fieber und Thoraxschmerz

Herr B.E. leidet seit vier Wochen an Fieber und Abgeschlagenheit. Die vom Hausarzt initiierte antibiotische Therapie hat nur eine kurzzeitige Besserung gebracht. Seit zwei Wochen verspürt Herr B.E. zusätzlich ein thorakales Druckgefühl und klagt über Luftnot bei Belastung. Im daraufhin durchgeführten Lungenröntgen werden Pleuraergüsse und ein vergrößertes Herz beschrieben. Mit diesem Befund wird Herr B.E. zur weiteren Abklärung ins Spital eingewiesen.

Es präsentiert sich ein 66 jähriger Mann in reduziertem Allgemeinzustand mit Fieber und Tachykardie. An Vorerkrankungen sind ein Zn Prostatakarzinom und ein Nikotinabusus bekannt, der Patient hat keine Dauermedikation.

Die weitere Durchuntersuchung ergibt einen unerwarteten Befund ...

Fallbericht 2

53jährige Patientin mit Belastungsdyspnoe

Frau E.M. verspürt seit vier Wochen ein thorakales Druckgefühl, weiters klagt sie über Atemnot unter Belastung und einen trockenen Husten. Sie konsultiert verschiedene Ärzte, nach unauffälligen EKG-Kontrollen werden Antibiotika und Antihistaminika verschrieben, die jedoch zu keiner Besserung der Beschwerden führen. Im Rahmen einer akuten Verschlechterung sucht Frau E.M. die Lungenfachärztin auf. Diese weist die Patientin – nach Durchleuchtung, Blutabnahme und Thorax CT – mit den Diagnosen „Pulmonalembolie, pulmonale Raumforderung“ ins Krankenhaus ein.

Es präsentiert sich eine 53jährige Patientin in gutem Allgemeinzustand, als Vorerkrankungen Nikotinabusus und Asthma bronchiale ohne Dauermedikation. Die Blutgasanalyse ergibt eine deutliche respiratorische Partialinsuffizienz.

Die weitere Durchuntersuchung zeigt noch ein zusätzlich Problem .

Michael Hirschl

Fallbesprechung 1

Allgemeine Daten

48-jähriger Mann

Risikofaktoren: Nikotinabusus (20 Zig/die) und eine positive Familienanamnese (Vater an Myokardinfarkt verstorben)

Größe: 184 cm

Gewicht: 94 kg

Keine Dauermedikation

Anamnese

Es lässt sich erheben, dass der Patient in den letzten Wochen vor dem Akutereignis über rezidivierend auftretende Thoraxschmerzen geklagt hat. Diese traten in erster Linie bei stärkerer körperlicher Belastung auf. Eine beim Internisten durchgeführte Ergometrie war unauffällig.

Aktuelle Symptomatik

Heute morgen um 4 Uhr in der Früh heftige anhaltende thorakale Schmerzen mit Ausstrahlung in den Rücken und die linke Schulter. Zusätzlich massiver Schweißausbruch und Übelkeit. Aufgrund der Intensität der Schmerzen verständigt die Ehefrau des Patienten gegen den Willen des Patienten den Notarzt.

Situation beim Eintreffen des Notarztes

Beim Eintreffen des Notarztes um 4:30 Uhr ist der Patient kaltschweißig und tachypnoisch. Die initial erhobenen Vitalparameter sind wie folgt:

Herzfrequenz: 108/min

Blutdruck: 105/65 mm Hg

Periphere Sauerstoffsättigung: 92%

Im Status finden sich feinblasige Rasselgeräusche beidseits über den Lungenbasen.

Fallbesprechung 2

Allgemeine Daten

63-jähriger Mann

Größe: 172 cm

Gewicht: 74 kg

Keine Dauermedikation

Anamnese

Er klagt über Angina pectoris in wechselnder Intensität sowie Dyspnoe seit 3 Tagen, wobei wenige Stunden vor Aufnahme das Punctum maximum der Schmerzen erreicht wurde.

Situation beim Eintreffen in der Erstversorgung

Der Blutdruck bei Aufnahme in der Erstversorgung beträgt 110/80 mmHg. Die periphere Sauerstoffsättigung wird mit 85 % unter 2l O₂ per Maske (verabreicht im Rettungswagen) angezeigt. Im EKG zeigen sich keine ST-Hebungen, jedoch ST-Senkungen in den Brustwandableitungen V1–V4. Auskultatorisch imponieren feuchte Rasselgeräusche über beiden Lungen, klinisch einer deutlichen Stauung entsprechend.

Herwig Schmidinger

Fall 1

51 a Mann
vor etwa 12 Jahren im Stress 1 x Synkope, sonst im wesentlichen unauffällige Anamnese

Übelkeit, 3 x Synkope, generalisierter Krampfanfall bei Eintreffen der Rettung:
stabil, bei Bewußtsein, RR 90/60, HF > 200/Min

Notarzt: was tun ?

- 1) Rhythmusstreifen ?
- 2) 12 Ableitungs EKG ?
- 3) venösen Zugang legen ? Akuttherapie ?
- 4) nichts, sondern ab ins nächste KH ?

Diagnose

- 1) SVT mit funktionellem Schenkelblock
- 2) SVT mit vorbestehendem Schenkelblock
- 3) SVT über akzessorische Bahn
- 4) VT

Therapie

- 1) Cardioversion ?
- 2) Adenosin ?
- 3) Ajmalin ?
- 4) Verapamil ?
- 5) Amiodarone ?

Diagnose: 1) Breitkomplextachykardie (KHK ?, Ischaemie getriggert ?)
2) Vd. auf GM Anfall

Weiteres Management ?

Weiteres Management

- 1) Koronarangiographie ?
- 2) EPS ?
- 3) Neurologische Begutachtung ?
- 4) TI Persantin Scan ?

Fall 2

68 a Mann
Hypertonie seit Jahren
parox. VH Flimmern

Was tun ?

- 1) Rhythmuskontrolle ?
- 2) HF Kontrolle?
- 3) „pill in the pocket“ ?

Rytmonorma für 2 Jahre
Umstellung auf Sotacor --> QTc 584

6 / 2000 bei Erstgespräch für Arthroskopie VF mit erfolgreicher CPR

Coronarangiographie: oB

Echokardiographie: oB

EPS: oB

LVEF: LVEF 55 %, RVEF 37 %

Diagnose

- 1) Incipiente CMP ?
- 2) LQTS ?
- 3) Idiopathisches Kammerflimmern ?
- 4) Sotacorinduziertes LQT mit TdP ?

Therapie

- 1) Sotacor ex und sonst nichts ?
- 2) Sedacorone ?
- 3) ICD ?

QT Verlauf und Arrhythmien

	QT	QTc	
8 / 1995 ohne AR	280	430	
8 / 1995 Sotacor	500	447	
6 / 2000 Sotacor	584	520	VF
ICD Implant am 23. 6. 2000			
6 / 2000 Sotacor	560	583	
8 / 2000 ohne AR	440	443	
2 / 2001 ohne AR	520	397	
1 / 2008 Sedacorone	560	531	TdP

Was tun ?

- 1) BB + Pacing 85 / Min + Seda ex ?
- 2) Klasse 1 AR ?
- 3) PVI
- 4) Sedacorone steigern