



Herr
Robert Yamain Shasha
229 Beechmont Drive
10804 New Rochelle / NY
UNITED STATES OF AMERICA

Prof. Dr. Dagmar Keller Lang
Direktorin

Dr. Doris Eis
Dr. Jörg Schramm
OberärztInnen meV

Dr. Claudia Döschner
Dr. Judith Engeler
pract. med. Aline Herzog
Dr. Ariane Kaufmann
Dr. Samuel Morf
Dr. Viviane Sahli
Dr. Patrick Scharpf
Dr. Ksenija Slankamenac, PhD
pract. med. Irene Studer
OberärztInnen

pract. med. Timo Junker
OberärztInnen I.V.

Patrik Honegger
Leitung Pflege
Claudia Löffler-Hass
Institutsmanagerin

UniversitätsSpital Zürich
Institut für Notfallmedizin
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
Telefon +41 (0)44 255 21 88
www.notfallmedizin.usz.ch

Zürich, 17.08.2018 / GNEFL

Austrittsbericht vom 17.08.2018

SHASHA Robert Yamain, geb. 11.03.1951
229 Beechmont Drive, US-10804 New Rochelle / NY

Sehr geehrter Herr Shasha

Wir haben Sie am 17.08.2018 an unserem Institut behandelt. Gerne möchten wir Ihnen folgende Angaben machen:

Diagnose

- V.a. bronchiale Hyperreagibilität ED 17.08.2018**
 - PFR präinhalativ 49.2% des empirischen Solls
 - aBGA nativ: altersadaptiert normale Blutgasanalyse
 - Röntgen-Thorax vom 17.08.2018: kein Infiltrat abgrenzbar
- Leichte Koronarsklerose, ED 17.08.2018**
 - Koro-CT: Agatston-Score 35, keine signifikanten Stenosen.
 - Ausschluss Myokardinfarkt

Anamnese

Notfallmässige Selbstvorstellung bei in Ruhe aus dem Schlaf heraus aufgetretener Dyspnoe. Der aus den USA stammende Patient berichtet, in den frühen Morgenstunden mit Kurzatmigkeit aufgewacht zu sein. Er sei am letzten Sonntag nach 2-wöchigen Russlandaufenthalt von St. Petersburg in die Schweiz geflogen und die letzten Tage in St. Moritz wandern gewesen. Hierbei sei es ihm gut gegangen, seine Leistungsfähigkeit sei nicht eingeschränkt gewesen. Abends im Hotel habe er aber oft eine diskrete Kurzatmigkeit bemerkt, welche er der Höhe zugeschrieben habe. Bei Anstrengung bestehe schon seit Jahren teilweise ein pfeifendes Atemgeräusch. Bereits früher habe er von seinen Ärzten im

Rahmen eines Infektes Inhalatoren erhalten. Er wisse jedoch nicht genau wofür.

Systemanamnese: Keine pektanginösen Beschwerden, kein Husten, kein Wheezing, kein Fieber oder Allgemeinzustandsverschlechterung. Kein GIT-Beschwerden (Stuhlgang unauffällig, keine Nausea oder Erbrechen), keine dysurischen Beschwerden.

Persönliche Anamnese: als Kind 3-malig schwere Bronchitis, Prostata-Ca Gleason-Score 6 (watchful waiting)

Noxen: Tabak: nein, Alkohol: nein

Allergien

keine bekannt

Medikamente bei Eintritt

Keine Medikamente

ESI-Stufe: 3 2 oder mehr Ressourcen

Vitalwerte

Puls: 55/Min, radial

Temperatur: 36.7 °C, Ohr

Blutdruck: 160/96 mmHg

O2-Sättigung: 96 %, ohne O2 in Ruhe

Wichtige Befunde

Status:

67-jähriger Patient in gutem AZ und normalem EZ, kein sichtbarer respiratorischer Distress.

Integument: unauffällig, keine Zyanose

Kardial: Herztöne rein, rhythmisch, keine Herzgeräusche. Keine peripheren Ödeme. Periphere Pulse A. radialis und A. dorsalis pedis bds. palpabel.

Pulmonal: abgeschwächtes vesikuläres Atemgeräusch über allen 4 Quadranten ohne Nebengeräusche.

Unterschenkel bds: schlank, keine Ödeme, Druckdolenz oder Überwärmung (keine Thrombosezeichen)

EKG-Befund vom 17.08.2018:

rhythm. bcSR, 51bpm, LLT, keine ERBS, R/S-Transition V4/V5, regelrechte Zeitindices.

Thorax dv und lateral stehend vom 17.08.2018:

Keine Voruntersuchung. Konventionellradiographisch keine Anhaltspunkte für pulmonale oder mediastinale Raumforderung. Scharf abgrenzbare Herz- und Mediastinalsilhouette. Herzgrösse der Norm. Lungenzirkulation kompensiert. Kein Erguss, kein Infiltrat. Ventrale Spondylose, sonst unauffälliges Thoraxskelett.

Beurteilung

Als Ursache sahen wir a.e. eine bronchiale Hyperreagibilität bei anamnestisch bisher nicht diagnostizierter Grunderkrankung. Der Patient präsentierte sich in gutem Allgemeinzustand ohne sichtbaren respiratorischen Distress, afebril und kreislaufstabil. Klinisch bestand ein ubiquitär vermindertes Atemgeräusch bei ansonsten unauffälligen Untersuchungsbefunden. Im Elektrokardiogramm bestand ein bradykarder Sinusrhythmus ohne Repolarisationsstörungen. Das Thoraxröntgen ergab keine wegweisenden Aspekte. Nach zweifacher Inhalationstherapie mit Dospir/lpratropiumbromid zeigte sich die Peak-Flow-Rate stetig besernd. Bei seriell erhöhtem Troponin um 22ng/l und normwertigen D-Dimeren konnten ein Infarkt und eine Lungenembolie ausgeschlossen werden. Da am Folgetag ein Flug geplant war und es möglich schien, dass die Luftnot ein Anginakorrelat i.S. einer instabilen Angina pectoris darstellt, erfolgte ein Koro-CT wobei sich leichte Koronarsklerose des RIVA und der RCA ohne relevante Stenosen zeigten.

In Rücksprache mit den Kollegen der Kardiologie empfehlen wir dem Patienten bei Ankunft in den USA bei möglicher hypertensiver Komponente eine kardiologische Verlaufskontrolle mit Echokardiographie und medikamentöser Einstellung einer vermuteten arteriellen Hypertonie. Zudem empfehlen wir eine pneumologische Diagnostik bei anamnestisch noch nicht differenzierter obstruktiver Pneumopathie mittels Lungenfunktionsdiagnostik. Der Patient wurde über die Befunde informiert und in den Einsatz von Symbicort und Ventolin-Inhalator eingeführt. Er konnte in gutem Allgemeinzustand entlassen werden.

Therapie auf der Notfallstation

Atrovent/Ventolin
Symbicort 2 Hübe

Procedere

- Symbicort 2-0-2 bis zur pneumologischen Abklärung, Ventolin bei Bedarf.
- Pneumologische und kardiologische Abklärung in den USA empfohlen, inkl. Echokardiographie und Einstellung der antihypertiven Therapie.

Medikamente bei Austritt

Markenname Wirkstoff	Mo	Mi	Ab	Na	Bemerkung
Symbicort 200/6 Turbuhaler (Inh Plv) Budesonid, Formoterol Inhalationspulver 0.2+0.006mg/Dos	2		2		Dos Inhalation
Ventolin (Dosieraeros 100 mcg) Salbutamol Aerosol 0.1mg/Dos					Dos Inhalation in Rsv. 1 -8 Hübe/Tag

Arbeitsunfähigkeit

Bemerkungen: The Patient is fit to fly.

Reiseanamnese, Tropenaufenthalt (Geo Sentinel)

Ist das jetzige Leiden möglicherweise aus dem Ausland eingeschleppt: Ja Nein

Reiseanamnese: Aus den USA stammend, Aufenthalt in Russland bis vor wenigen Tagen.

Freundliche Grüße

sig. D. Gassmann
Assistenzarzt

vis. Dr. med. D. Eis
Oberärztin meV

vis. Prof. Dr. med. D. Keller
Lang
Institutsdirektorin

F. Gnehm
Assistenzarzt

Dr. med. P. Scharpf
Oberarzt

Dieser Bericht wurde elektronisch visiert und bedarf keiner Unterschrift.

Beilage

Labor, aBGA, EKG, Koro-CT Befund