

**Kommunales**

**Krankenhaus**

**Dresden-Johannstadt**

Klinik für Orthopädie und Unfallchirugie

Chefärztin:

Dr. med. Jürgen Klopper

Krankenhaus Johannstatdt

Akademisches Lehrkrankenhaus

der Technischen Universität Dresden

Pfotenhauerstr. 41

01067 Dresden

Telefon: 0351 400-1000

Telefax: 0351 400-1009

klopper-ju@kkhjs.de

Sekretariat: Matz Mutzke

Telefon: 0351 400-1001

Telefax: 0351 400-1009

matz-mu@kkjs.de

Datum: 20.05.2022

Bearbeiter: de/ba

AZ: 1234

Weitere Absenderdetails

Medizinisches Interdisziplinäres Intensivmedizinisches Zentrum

Unfallchirurgische Abteilung

Blasewitzer Str. 86-88

01307 Dresden

**Verlegung des Patienten**

**Nitzsche, Peter; geb. 17.07.1963, wohnhaft**

**Bürger. 20, 01067 Dresden**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir berichten über Herrn Nitzsche, Peter, geb. 17.07.1963, der sich vom 12.05.2022 - 20.05.2022 in unserer Klinik befand.

**Diagnosen:**

- frische 2-Etagen-TVT rechts bei V.a. Faktor-V-Leiden Mutation

- Hüftdysplasie und externes Hüftimpingement mit Labrumruptur bei Coxa antetorta rechts

- transfusionspflichtige Blutungsanämie

Bekannte Diagnosen/Begleiterkrankungen:

- Z.n. mehrfachen Unterschenkelthrombosen

- geringe Antrum- und Corpusgastritis

- arterieller Hypertonus

- metabolisches Syndrom

**Therapie:**

OP am 13.05.2022:

1. Periacetabuläre Osteotomie und Labrumrefixation

2. 20° Derotierende und schenkelhalsverlängernde Femurosteotomie

- postoperative Transfusion von 2 Erythrozytenkonzentraten

- perioperative i.v.-Antibiose mit 1 x 1,5 g Cefuroxim

- intensive Physiotherapie:

\*postoperativ 6 Wochen Teilbelastung mit Sohlenkontakt

\*anschließend Rehabilitationsbehandlung mit rascher Steigerung

der Teilbelastung bis zur Vollbelastung nach 9-10 Wochen

- perioperative AB-Prophylaxe

- Thromboembolieprophylaxe

**Procedere:**

Wir empfehlen:

* die leitliniengerechte Fortsetzung der medikamentösen Thromboseprophylaxe für mindestens 28 d bzw. bis zur vollständigen Mobilisation
* keine Adduktion, keine Rotation und keine Flexion > 90°
* die Entfernung des Klammermaterials ab dem 19. postoperativen Tag
* die bedarfsabhängige Reduktion der Schmerzmedikation unter Beachtung der Prophylaxe heterotoper Ossifikationen mit Ibuprofen 3 x 600 mg p. o. und Pantoprazol p. o. 1 x täglich als Magenschutz bis zum Ende der 3. postoperativen Woche
* Mobilisation/Physiotherapie unter Teilbelastung und Berücksichtigung der o. a. Einschränkungen
* stationäre Rehabilitationsbehandlung bereits beantragt

**Anamnese :**

Die Anamnese und den bisherigen Krankheitsverlauf dürfen wir freundlicherweise als bekannt voraussetzen und verweisen auf unseren letzten Ambulanzbrief vom 10.04.2022.

Aufgrund bestehendem Mischbild aus Hüftdysplasie und extraartikulärem Impingement bei verstärkter femoraler Anteversion mit Labrumpathologie, stellten wir die Indikation zum o. g. Kombinationseingriff aus PAO und derotierender sowie schenkelhalsverlängernder Femurosteotomie.

Hierzu nahmen wir Herrn Nitzsche am 11.05.2022 nach entsprechend präoperativ erfolgter Vorbereitung geplant stationär in unsere Klinik auf.

**Verlauf:**

Der operative Eingriff erfolgte am 12.05.2022 in o. g. Weise komplikationslos. Die intraoperativ eingelegte Redondrainage konnte bei regredienter Fördermenge zeitgerecht am 2. postoperativen Tag entfernt werden. Aufgrund einer postoperativen Blutungsanämie wurden dem Patienten insgesamt 2 Erythrozytenkonzentrate transfundiert. Der sich anschließende postoperative Verlauf gestaltete sich regelrecht.

Herr Nitzsche wurde ab dem 1. postoperativen Tag mit Hilfe von 2 UA-Gehstützen unter Teilbelastung und Berücksichtigung der o. a. Einschränkungen auf Stationsebene und der Treppe mobilisiert.

Das zur Klinikentlassung angefertigte Röntgenbild zeigt korrekte Verhältnisse. Die Wunde zeigte sich zu jedem Zeitpunkt reizlos und zum Entlassungszeitpunkt trocken. Die periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität waren zum Entlassungstag intakt. Die Entzündungsparaklinik war zum Entlassungszeitpunkt rückläufig. Der Patient war unter der ihm angebotenen Schmerzmedikation beschwerdearm. Am Entlassungstag klagt Herr Nitzsche über einen plötzlich auftretenden Schmerz im rechten Bein mit Umfangserhöhung. Eine Kompressionssonografie ergab unten aufgeführten Befund. Bei Verdacht auf eine Faktor-V-Leiden-Mutation bitten wir um diagnostische Abklärung und weitere Thrombosetherapie

**Klinische Befunde:**

Umfangsdifferenz der Beine in Höhe OSG 4cm (re>li), in Höhe mittlerer OS 2cm (re>li), in Höhe OS 2cm (re>li), Stemmer-Zeichen rechts positiv, Beine bds. warm, livide Verfärbung des rechten Fußes, Fußpulse links palpabel und rechts bei massiver Schwellung nicht palpabel, dellendes Ödem des rechten Unterschenkels, kein sensomotorisches Defizit

**Angiologie Befund vom 20.05.2022**

komplette Kompressionssonografie der Beinvenen (cCUS):

Rechts:

Atmungsmodulierter Abstrom in die Beckenetage. Vollständig kompressibel sind VFC, VFP und VFS und die Wadenmuskelvenen. V. poplitea thrombosiert mit 0,96cm, lateraler Konfluens 0,51cm, fibulare Gruppe thrombosiert lateral 0,45cm und medial 0,52cm, posteriore Gruppe thrombosiert lateral 0,32cm und medial 0,51cm.

Links:

Atmungsmodulierter Abstrom in die Beckenetage. Vollständig kompressibel sind VFC, VFP, VFS, V. popl. (proximal und distal im Bereich des Konfluens med.+lat.), tiefe Unterschenkelvenen und Wadenmuskelvenen.

**Medikamente**

Amoxicillin 1000 mg Amoxicillin p.o. 1 – 1 – 1 – 0

Mono-Embolex 3000 I.E. Certoparin s.c. 0 – 1 – 0 – 0

Vielen Dank für die unkomplizierte Übernahme.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. med. Jürgen Klopper Dr. med. Stefan Müller

Chefarzt Oberarzt