



Beispiel eines Patientenberichts für das Logbuch

Name des Studenten: Max Mustermann *Datum:* Genau jetzt

Signalement: 10 Jahre alter, männlich intakter Dackelmischling

Anamnese: Der Hund wurde wegen akuter Dyspnoe im Notdienst der Medizinischen Kleintierklinik der LMU vorgestellt. Er war seit 4 Tagen ruhiger als gewohnt und zeigte Hyporexie. Bisher war er noch nie ernsthaft erkrankt, nicht vorbehandelt, regelmäßig geimpft und entwurmt und hatte keinen Auslandsvorbericht.

Klinische Untersuchung: In der klinischen Untersuchung zeigte der Hund mittelgradige Dyspnoe und eine Atemfrequenz von 60 pro Minute. Die Herztöne waren bei der Auskultation gedämpft und die Lungengeräusche nur leise zu hören. Der Patient war geringgradig dehydriert. Damit war das wichtigste Problem des Patienten die mittelgradige Dyspnoe. Aufgrund der auffälligen Auskultation war ein Problem im Atmungstrakt als Ursache anzunehmen. Da die Herztöne gedämpft waren, kam ein Problem im Pleuralraum, wie z. B. ein Pleuralerguss, in Frage.

Problemliste: Dyspnoe, Thoraxerguss

Durchgeführte diagnostische Tests: Im Röntgen des Brustkorbs bestätigte sich ein Thoraxerguss. Nach Abziehen von 500 ml eines klaren Ergusses zeigte der Patient keine Dyspnoe mehr und die Herztöne waren kräftig, regelmäßig und ohne Nebengeräusche. Aufgrund des niedrigen Proteins (0,4 g/dl) und der niedrigen Zellzahl (0,1 G/l) konnte der Erguss als reines Transsudat klassifiziert werden. In dem eingeleiteten Organlaborprofil waren sowohl eine deutliche Hypoalbuminämie (15,5 g/l [25.44]) als auch eine hochgradige Hypoproteinämie (27,9 g/l [48-76]) zu sehen. Das Blutbild war bis auf ein Stressleukogramm unauffällig. Zur Differenzierung der weiteren Ursachen wurde eine Kotuntersuchung, ein Ultraschall des Abdomens sowie eine Endoskopie mit histologischer Untersuchung der Darmwand eingeleitet. Aufgrund der starken Hypoalbuminämie und den damit möglicherweise verbundenen Wundheilungsstörungen wurden die Biopsien endoskopisch und nicht per Laparotomie entnommen. In der Endoskopie war die Mukosa deutlich gerötet und ödematisiert. Zum Teil waren stippchenartige, helle Erhebungen zu sehen, die mit einer Lymphangiektasie vereinbar waren.

Interpretation der Befunde: Die häufigste Ursache für ein reines Transsudat im Thorax von Hunden ist eine Hypoalbuminämie. In dem eingeleiteten Organlaborprofil waren sowohl eine deutliche Hypoalbuminämie (15,5 g/l [25.44]) als auch eine hochgradige Hypoproteinämie (27,9 g/l [48-76]) zu sehen. Eine Hypoalbuminämie kann durch einen Verlust über verschiedene Organe oder eine reduzierte Produktion in der Leber verursacht werden. Da der Thoraxerguss proteinarm war, konnte ein Verlust von Albumin in Körperhöhlen ausgeschlossen werden. Ein Albuminverlust über die Haut konnte aufgrund der fehlenden Hautläsionen und eine Blutung durch das Fehlen einer Anämie exkludiert werden. Zur Differenzierung der übrigen Ursachen ist die Globulinkonzentration, welche bei dem Patienten mit 12,4 g/l deutlich erniedrigt war, hinweisgebend. Eine Proteinverlustnephropathie war unwahrscheinlich, da dabei in der Regel kein Globulinverlust besteht. Ein Proteinverlust über den Darm war möglich, da hier typischerweise, wie bei unserem Patienten, eine Panhypoproteinämie auftritt. Eine Leberfunktionsstörung war sehr unwahrscheinlich, da dabei zum einen die Globuline, die zum großen Teil in den Plasmazellen produziert werden, nicht erniedrigt wären und sich zum anderen die Leberfunktionsparameter im Organprofil (Bilirubin, Harnstoff, Glukose, Cholesterin) im

Referenzbereich befanden. Geht man die Rule-Outs systematisch durch, bleibt nur noch der Verlust über den Darm. Es musste also eine Eiweißverlustenteropathie vorliegen. Die Kotuntersuchung ergab keine Hinweise auf enterale Parasiten. Mittels Ultraschall konnte eine Invagination ausgeschlossen werden. Die Tunica Mukosa von Duodenum und Jejunum war im Ultraschall generalisiert leicht verdickt. Die Histologie ergab eine hochgradige lymphoplasmazelluläre Enteritis mit Lymphangiectasien.

Eine Parvovirose konnte man aufgrund der vorhandenen Informationen ausschließen, da der Patient bereits 10 Jahre alt war, regelmäßig geimpft wurde, keine akuten gastrointestinalen Symptome und keine typischen Blutbildveränderungen hatte. Die klinischen Symptome passten auch nicht zu einem akuten hämorrhagischen Durchfallsyndrom.

Finale Diagnose: Proteinverlustenteropathie auf Grund von Inflammatory Bowel Disease

Prognose: Vorsichtig

Behandlung/Prophylaxe/Epikrise: Der Patient wurde mit Prednisolon, Cyclosporin, symptomatischer Therapie und einer Low-Fat-Diet behandelt. Ob eine akute Enteritis die Ursache war und die Medikamente nach einer gewissen Zeit abgesetzt werden können oder ob langfristig eine entzündungshemmendes Medikament zur Kontrolle gebraucht wird, ist im Moment unbekannt. Eine Futterallergie als mögliche Ursache könnte durch eine Eliminationsdiät weiter verfolgt werden, oft bleibt die Ursache von IBD unklar.

Weiterer Plan: Wiederholungsuntersuchung nach zwei Wochen, bei Remission Versuch, Prednisolon und Cyclosporin auszuschleichen.

Kostenberechnung lt. GOT (einfacher Satz):

Posten:	€
Notdienstgebühr	41,04
Allgemeinuntersuchung	23,62
Stationäre Unterbringung	19,08
Thoraxröntgen (2 Ebenen)	53,06
Punktion Thorax	20,54
Untersuchung von Körperflüssigkeit	10,26
Katheter legen	14,62
Venöse Blutentnahme	10,26
Serumbiochemie	61,60
Blutbild	23,52
Kotuntersuchung (Durchführung und Befundung)	30,81
Abdominaler Ultraschall	58,62
Intravenöse Injektion	17,25
Sedation	19,78
Inhalationsnarkose	61,57
Narkoseüberwachung	52,96
Endoskopie des Darmes	92,35
Biopsieentnahme	38,35
Histologische Untersuchung	34,13
Entfernung des Katheters	6,59
Interpretation von Befunden	25,00
Verbrauchsmaterial	10,00
Prednisolon 5 mg 100 Tabletten	12,21
Cyclosporin 50mg 20 Tabletten	40,67
Hill's ID	42,94
Gesamtsumme	€ 820,83

Datum, Unterschrift (Studierende)

(verantw. TA)