

# Are the older truly colder?<sup>1</sup>

## Infektionen bei Betagten

Anhand von zwei klinischen Situationen werden die Besonderheiten des Symptoms «Fieber im Alter» besprochen. Auch wenn wegen besonderer Umstände (Wunsch des Patienten oder der Angehörigen, zusätzliches schweres Leiden des Patienten usw.) lediglich eine palliative Behandlung angestrebt wird, muss der Arzt seine Entscheidung auf eine rationale Grundlage stellen.

*Deux cas cliniques permettent de discuter des particularités du symptôme de la fièvre du troisième âge. Même lorsque, à causes de circonstances particulières, seul un traitement palliatif est pratiqué (selon le souhait du patient ou des ses proches, ou en fonction d'autres pathologies graves), le médecin doit pouvoir faire reposer sa décision sur des critères rationnels.*

---

Edy Riesen, Werner Zimmerli

---

### Besonderheiten bei Fieber im Alter

Eine Untersuchung an Bewohnern eines Altersheims [1] hat gezeigt, dass die Hälfte der über 70jährigen während Infektionen weniger als 38,3 °C Fieber hatte. Von denjenigen ohne Fieber hatten aber trotzdem 66% einen Temperaturanstieg über 1,1 °C. Das heisst, Absolut- und Relativwerte sind wichtig. Eine andere Untersuchung [2] hat nachgewiesen, dass bei Patienten über 65 Jahren in 100 Episoden von dokumentierten Bakteriämien ein Drittel höchstens subfebril war. Lediglich 65% hatten Fieber über 38,3 °C. Die Methode der Temperaturmessung ist entscheidend. Sublinguale und axilläre Messungen sind unzuverlässig und rektale unangenehm. Die Messung der Ohrtemperatur bietet sich als beste Lösung an. Die Norm kann je nach der Eichung des Gerätes variieren und muss bekannt sein, da sie gelegentlich über 37 °C liegt.

---

**Nach Möglichkeit Ohrthermometer benutzen – und kein Fieber heisst nicht kein Infekt oder keine Bakteriämie!**

---

### Infekt der unteren Luftwege – Pneumonie oder nicht?

Eine 85jährige, noch selbständige Bewohnerin im Altersheim ist an starkem Husten erkrankt. Angaben zu Allgemeinzustand, Fieber, Auskultationsbefund

wären hier angebracht, da wir uns ja stark an den klinischen Befunden orientieren. Mit den Teilnehmern des Workshops wurden die Kriterien für die Diagnose einer Pneumonie (d.h. Bedarf für ein Antibiotikum) und für die Beurteilung des Risikos für diese Patientin erarbeitet. Neben vielen Gemeinsamkeiten in der klinischen Beurteilung öffnete sich auch wieder der alte Graben zwischen Praxis und Evidenz, indem die Laborparameter CRP und Leukozyten zwar von den Hausärzten oft verwendet werden, aber nicht genügend validiert sind.

Die Diagnose einer Pneumonie ist gemäss Referent nur mit Hilfe des Thoraxbildes korrekt zu stellen; allerdings hat auch die radiologische Verschattung oder das Infiltrat eine Differentialdiagnose! Sputumbakteriologie, Serologie, CT und dergleichen sind nur bei speziellen Situationen angezeigt und oft an eine Hospitalisation gebunden. Der Hausarzt muss also in der Regel entscheiden, ob er den potentiell gefährlichen Infekt der unteren Luftwege «direkt» antibiotisch behandeln oder seine Verdachtsdiagnose durch ein Röntgenbild bestätigen/ausschliessen will.

Es zeigt sich in der Diskussion, dass immer noch und immer wieder die *Erfahrung* des Arztes verbunden mit der *Intuition*, der *Empathie* gegenüber seiner Patientin und der *Evidenz* (die «drei grossen E») für seine praktische Entscheidung zentral ist.

<sup>1</sup> Bericht aus dem Seminar «Infektionen beim Betagten» mit Prof. Werner Zimmerli (Referent) und Dr. Edy Riesen (Moderator) am KHM-Kongress 2006 in Luzern.

**CURB-65-Score**

Für die Abschätzung des Risikos und der Frage nach einer Hospitalisation schlägt W. Zimmerli den CURB-65-Score vor. Er ist gut validiert und setzt sich aus Parametern zusammen, die von uns leicht bestimmt werden können.

**Tabelle 1**  
CURB-65-Score [3].

C	Confusion	1
U	Urea >7 mmol/L*	1
R	Respiratory rate >30	1
B	Blood pressure syst. <90, diast. <60	1
65	Age >65 y	1

\*Normwerte für Reflotron <65 J.: 8,3 mmol/L; >65 J.: 11,9 mmol/L

**Tabelle 2**  
Indikation für Hospitalisation bei Pneumonie.

CURB-65-Score	Letalität	Entscheid
0-1	1,5%	Ambulant
2	9,2%	Hospitalisation?
3-5	22%	Hospitalisation!
>4	...	IPS!!

**Rötung am Unterschenkel und Fieber – Erysipel oder nekrotisierende Fasziiitis?**

Die Hausärztin besucht einen 73jährigen rüstigen Mann mit einer bekannten chronisch venösen Insuffizienz und einem leichten Diabetes. Angaben zu Allgemeinzustand, Fieber, Loklabefund (Ausdehnung, Druckdolenz, Begrenzung, BZ-Verhalten) wären hier angebracht, da wir uns ja stark an den klinischen Befunden orientieren. Er ist bettlägerig wegen Schmerzen und starker Rötung am Bein und hat Fieber. Wegen Verdachtes auf Erysipel behandelt sie mit Amoxicillin/Clavulansäure 3mal 1 g und Diclofenac 50 mg (gegen Schmerz und Fieber).

Am nächsten Tag geht es dem Patienten schlechter, sein Allgemeinzustand ist weiter reduziert und der Lokalbefund sieht «nicht gut» aus. Wie sehen die klinischen Parameter aus? Was macht es, dass es «nicht gut» aussieht?

Unter den vielen erfahrenen Teilnehmern des Seminars herrscht überwiegend die Meinung, dass die Situation ernst sei. Welches sind hier die rationalen Kriterien für die Differenzierung, ob es sich um einen gefährlichen Infekt im Sinne der nekrotisierenden Fasziiitis oder um ein Erysipel handelt?

**Tabelle 3**  
Differentialdiagnose Erysipel versus Fasziiitis mittels klinischer Zeichen.

	Erysipel	Fasziiitis
Rand	Scharf	Unbestimmt
Nekrose	Keine	Häufig
Krepitation	Keine	Gelegentlich
Allgemeinzustand	Gut (max. grippal)	Schlecht
Neurologische Zeichen	Keine	Verwirrt
Schmerz	Mässig	Sehr stark
Blutdruck	Normal	Tief

Die nekrotisierende Fasziiitis bedeutet höchste Gefahr für den Patienten und ist je nach Untersuchungserien in 20–60% letal. Dabei zählt praktisch jede Stunde, die bis zum ausgedehnten chirurgischen Débridement verstreicht. Bei Unsicherheit also lieber einmal einen Patienten zu viel einweisen! Bei einer Verzögerung von über 24 Stunden steigt die Letalität gegenüber dem frühen Eingriff von 6% auf 25%!

Für den Praktiker besteht das «Risiko» im Nichterkennen, da er die seltene Krankheit verkennen oder unterschätzen könnte und da oft eine Diskrepanz zwischen dem klinischen Befund und Schmerzangaben bestehen kann.



**Abbildung 1**  
Nekrotisierende Fasziiitis.

**Was werde ich in Zukunft beachten und anders machen?****Bei Infekten der unteren Luftwege**

- Atemfrequenz zählen oder zählen lassen
- Fieber im Altersheim konsequent mit dem Ohrthermometer messen lassen
- Nur von einer Pneumonie reden, wenn ein Thoraxbild vorliegt
- Ohne Thoraxröntgen «nur» von einem Infekt der unteren Luftwege reden
- Den CURB-65-Score für meine Praxis und möglicherweise im Qualitätszirkel testen

**Bei der Differenzierung Erysipel/Fasziitis**

- Rationale Kriterien anwenden
- Enges Follow-up vereinbaren bei Behandlung von Erysipel bei Betagten
- Bei Verdacht auf Fasziitis lieber einmal zu viel als zu wenig einweisen

**Literatur**

- 1 Castle SC, Norman DC, Yeh M, Miller D, Yoshikawa TT. Fever response in elderly nursing home residents: are the older truly colder? *J Am Geriatr Soc.* 1991;39(9):853-7.
- 2 Meyers BR, Sherman E, Mendelson MH, Velasquez G, Srulovitch-Chin E, et al. Bloodstream infections in the elderly. *Am J Med.* 1989;86(4):379-84.
- 3 Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax.* 2003;58(5):377-82.

---

Dr. med. Edy Riesen  
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
Hauptstrasse 79  
4417 Ziefen  
edy.riesen@hin.ch