

Eva Kaiser, Martin Conzelmann

Notfälle in der Altersmedizin

Bericht von einem Seminar am KHM-Kongress vom 16. Juni 2011

Am Seminar wurden mehrere Notfallsituationen besprochen. Nach der Präsentation des klinischen Falls wurde jeweils die Frage gestellt, ob ein Notfall vorliege, und falls ja, wie dringend was zu tun sei und ob eine Hospitalisation erfolgen müsse. Es folgten einige Erläuterungen zum medizinischen Hintergrund und eine Diskussion darüber, ob und wie dieser Notfall durch präventive Massnahmen hätte verhindert werden können.

Nächtlicher orthostatischer Bewusstseinsverlust mit Sturz

Eine 86-jährige, demente Patientin mit KHK ist nachts auf dem Weg zur Toilette gestürzt. Der Ehemann ruft morgens an, seine Frau sei während rund zehn Minuten blass und nicht ansprechbar gewesen. Jetzt gehe es ihr – bis auf ein wenig Schwindel – wieder gut. Verletzt habe sie sich nicht wesentlich. Ihre Dauermedikation besteht aus: Carvedilol 2x 12,5 mg, Amilorid/Hydrochlorothiazid 2,5/25 mg, Donepezil 10 mg und Acetylsalicylat 100 mg.

Was nun? Obwohl es der Patientin wieder einigermaßen gut zu gehen scheint, entscheiden wir, sie nach der Morgensprechstunde zu Hause zu besuchen.

Dort messen wir bei der liegenden Patientin einen Puls von 45/min und einen BD von 150/80 mm Hg. Stehend beträgt der BD noch 90/70 mm Hg. Das EKG zeigt einen AV-Block III.

Wir lernen: Ein Cholinesterasehemmer kann zusammen mit einem Alphablocker zu Orthostase und mit einem Betablocker zu einer AV-Blockierung führen. Carvedilol mit seiner alpha- und betablockierenden Wirkung kann in Kombination mit Donepezil zu den geschilderten Komplikationen führen. Ein Medikament wie Donepezil muss wegen seiner möglichen unerwünschten Wechselwirkungen mit besonderer Vorsicht abgegeben werden.

Wir diskutieren, was zu tun sei. Notfalleinweisung? Schrittmacher? Oder dürfen wir die Patientin unter der Obhut ihres betagten Ehemanns zu Hause lassen? Dies wurde als durchaus möglich beurteilt. Wichtig ist, dass wir die Medikation bis auf das Aspirin aussetzen und die Therapie dann neu überdenken. In solchen Fällen kann jedoch unter Umständen eine passagere Schrittmacherimplantation nötig sein.

Im Anschluss an die Fallpräsentation diskutierten wir über allgemeine Massnahmen zur Sturzprophylaxe, wie Stolperfallen entfernen, Nykturie verhindern usw.

Verwirrtheit und Schläfrigkeit unter transdermalem Fentanyl

Wegen eines 90-jährigen Witwers mit einem seit sechs Jahren bekannten und in die Knochen metastasierenden Prostata-Ca meldet sich die Tochter, die täglich bei ihm vorbeischaut. Seine Medikamente: Metformin 2 x 850 mg, Ramipril 5 mg, Torasemid 20 mg und Bisoprolol 5 mg, Paracetamol und Novaminsulfon je 3 x 500 mg und seit drei Tagen zusätzlich ein transdermales Pflaster Fentanyl 25 µg.

Die Tochter berichtet, ihr Vater sei verwirrt und schläfrig. Sie habe deshalb den Blutzuckerspiegel gemessen, der sei normal. Sie fragt, was sie noch tun könne.

Die Frage steht im Raum: Wie notfallmässig ist das? Hospitalisation ja oder nein?

Wir müssen bei diesem betagten Patienten davon ausgehen, dass eine Niereninsuffizienz vorliegt und drei Tage für eine Kumulation

des transdermalen Morphinpräparates genügen. Pragmatisches Vorgehen: Pflaster mit dem Wirkstoff entfernen und den Patienten überwachen, bis er wieder klar ist.

Zu den transdermalen Morphinen lernen wir: Patienten müssen bis zur vollen Wirkstoffentfaltung während der ersten drei bis vier Tage vermehrt überwacht werden. Diese Systeme sollen wir beim opiatunerfahrenen Patienten nicht ohne ein vorangehendes Austesten/Eintitrieren z.B. mit Mo-Tropfen oder einem Codein neu einsetzen. Auf Wechselwirkungen achten: CYP3A4-Hemmer erhöhen die Wirkung, CYP3A4-Induktoren vermindern die Wirkung. Bei Niereninsuffizienz sollte Buprenorphin bevorzugt werden, weil es nicht renal ausgeschieden wird. Es existieren Umrechnungstabellen, welche von den Herstellerfirmen bezogen werden können.

Verwirrtheit, Schwindel und verwaschene Sprache unter Diuretika

Frau S. ist 83-jährig. Trotz eines beginnenden dementiellen Syndroms und zwei erlittener TIA wohnt sie mit Hilfe der Spitex allein zu Hause. Sie leidet zudem an chronischen Lumbalgien bei einem engen Spinalkanal und einer Osteoporose. Sie hat eine hypertensive Herzkrankheit mit Herzinsuffizienz und depressive Episoden. Ihre Medikamente: Citalopram, Paracetamol, Clopidogrel 75 mg, Amlodipin 5 mg, Ramipril 7,5 mg und Metoprolol 50 mg. Seit einer Woche erhält sie zusätzlich Amilorid/Hydrochlorothiazid 2,5/25 mg am Morgen.

Die Spitex ruft an, Frau S. sei verwirrt als sonst, könne vor Schwindel kaum mehr gehen und habe eine etwas verwaschene Sprache. Und jetzt? Wie notfallmässig ist diese Situation? Wir entscheiden uns, dies bei einem Hausbesuch zu klären. Dort bestätigen wir den Befund der Spitex. Bei der Untersuchung finden wir keine groben neurologischen Ausfälle, keinen Infektionsherd und unauffällige Herz- und Kreislaufbefunde (BD 130/90 mm Hg, P 62/min, Halsvenen im Liegen sichtbar). Labor? Welches? Wichtigste Parameter und diagnoseführend sind in diesem Fall die Elektrolyte und das Kreatinin. Gut bekannt ist die Hypokaliämie unter Thiaziden (8,5%). Häufiger ist jedoch vor allem im Alter die Hyponatriämie (13%)! Und dies nicht nur unter Thiazid-Therapie, sondern auch unter der Therapie mit SSRI (0,5–32%)! Weitere Risikofaktoren neben der Therapie mit Diuretika, dem Alter und dem weiblichem Geschlecht sind ein niedriges Körpergewicht und ein niedriges Ausgangs-Serum-Natrium. Bei Frau S. war das Serum-Natrium nach einer Woche Thiazid-Therapie von 131 auf 118 mmol/l gesunken und hat die erwähnten Symptome ausgelöst.

Wir lernen daraus, dass wir vor allem bei schlanken, älteren Frauen vor Beginn einer Thiazid-Therapie an die Hyponatriämie denken müssen und die Elektrolyte engmaschig kontrollieren sollten.

Korrespondenz:

Dr. Eva Kaiser

Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin

Hauptstrasse 125, 4102 Binningen

ekaiser[at]hin.ch

Wie notfallmässig ist das? Hospitalisation ja oder nein?