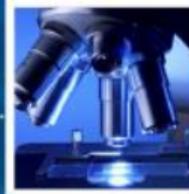


GERIATRIE. ÜBERRASCHEND VIELFÄLTIG

– KASUISTIK –



Probleme nach operierter Schenkelhalsfraktur bei einer 83-jährigen Frau

Ein Fall von Dr. med. Gabriele Röhrig, Oberärztin
Lehrstuhl für Geriatrie an der Universität zu Köln,
Klinik für Geriatrie am St. Marien-Hospital

Sie arbeiten in einer akutgeriatrischen Abteilung und eine 83-jährige unruhige und dauernd schreiende Patientin wird in Ihre Klinik verlegt. Im Gespräch mit der begleitenden Tochter erfahren Sie Folgendes ...

- 83-jährige Patientin
- Chronische, nicht-dialysepflichtige Niereninsuffizienz
- Arterielle Hypertonie (gut eingestellt)
- Mild-symptomatisches Parkinsonsyndrom
- Gedächtnisstörung, jedoch ohne gravierende Einschränkungen im Alltag – die Patientin wohnte bislang allein

Aktuelle Situation:

- Oberschenkelhalsfraktur nach Sturz in der Wohnung
- Op: osteosynthetische Sanierung mit pertrochantärem Femurnagel
- Laut Tochter ist die Patientin seit der OP „durcheinander wie noch nie zuvor“
- Die Patientin ist unruhig und schreit bei jedem Versuch, sie in den Rollstuhl zu setzen, kann aber nicht erklären, warum

Welche der folgenden Diagnosen liegt Ihrer Meinung nach am ehesten vor?

- a) Dementielles Syndrom
- b) Postoperatives Delir
- c) Neuropathischer Schmerz
- d) Posttraumatische Belastungsstörung mit deliranter Begleitsymptomatik
- e) Nozizeptives Schmerzsyndrom mit Verdacht auf postoperatives Delir

Die Schreie der Patientin weisen auf akute Schmerzen hin. Im Alltag ist sie vorher offenbar gut zurechtgekommen.

Dies legt die Verdachtsdiagnose **e)**: „**Nozizeptives Schmerzsyndrom mit Verdacht auf postoperatives Delir**“ nahe.

Das postoperative Delir würde in diesem Zusammenhang verhindern, dass sich die Patientin zu ihren Schmerzen äußert.

Welche der folgenden therapeutischen Maßnahmen schlagen Sie angesichts der Anamnese und Ihres Verdachts vor?

Und warum?

- a) Neuroleptische Behandlung des Delirs mit initial hochdosiertem Risperidon; Schmerztherapie mit 4 x 400 mg Ibuprofen
- b) Erstellung eines geriatrischen Assessments
- c) Schmerztherapie gemäß WHO-Stufenschema, tägliche Schmerzdokumentation, konservativer Therapieversuch des Delirs
- d) Kombination aus b) und c)
- e) Zentral wirksames Opiat und peripher wirksames NSAR in Kombination mit Risperidon

Unsere Empfehlung:

Antwort d) = Erstellung eines geriatrischen Assessments + Schmerztherapie gemäß WHO-Stufenschema, tägliche Schmerzdokumentation, konservativer Therapieversuch des Delirs

Erklärung: Die Schmerzen stehen bei dieser Patientin im Vordergrund. **Option e)** ist auch ein guter Ansatz, in diesem Fall aufgrund der Niereninsuffizienz jedoch nicht zu empfehlen.

Therapie: Geriatrisches Assessment

Geriatrisches Assessment: interdisziplinäre Einschätzung eines geriatrischen Patienten, die dessen physischen, emotionalen, kognitiven, sozialen und ökonomischen Zustand erfasst

Ziel: eine dem Patienten entsprechende individualisierte multimodale Therapie

Die interdisziplinäre Einschätzung des Patienten erfolgt mittels geeigneter **Tests** ...

Der **Barthel-Index** (oder ADL = Activities of Daily Living) dient der **Erfassung der Selbstständigkeit** bzw. der Pflegebedürftigkeit eines Patienten.

Es werden Punktwerte für Aktivitäten des alltäglichen Lebens (Stuhl-, Harnkontrolle, An- und Ausziehen, Duschen etc.) vergeben.

Das Ergebnis wird auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten (0 = komplette Pflegebedürftigkeit, 100 = komplette Selbstständigkeit) bewertet.

Der **MMST (Mini-Mental Status Test)** erlaubt anhand eines einfachen Fragebogens eine **Abschätzung der kognitiven Fähigkeiten** eines älteren Menschen.

Erfasst werden z. B. Orientierung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Rechnen, Sprache und konstruktive Praxis.

Bewertung: 30–27 Punkte = keine Demenz, 26–18 Punkte = leichte Demenz, 17–10 Punkte = mittelschwere Demenz, < 9 Punkte = schwere Demenz

Der **Tinetti-Test** dient der **Erfassung der Mobilität** des Patienten und dadurch der **Einschätzung des Sturzrisikos**.

Gleichgewicht (Drehungen, Hinsetzen, Aufstehen etc.) und **Gang** (Schrittlänge, -auslösung etc.) werden bei diesem Test gesondert untersucht.

Bewertung: Beim Gleichgewichtstest können maximal 16, beim Gangtest maximal 12 Punkte erreicht werden. Der Maximalwert beim Tinetti-Test ist daher 28 Punkte.

Der **TUG-Test** (Timed-Up-and-Go-Test) **erfasst die Mobilität** einer Person.

Dabei wird die **Zeit gemessen**, die die Person zur Bewältigung einer bestimmten Aufgabe benötigt: Der sitzende Proband wird aufgefordert aufzustehen, drei Meter nach vorne zu gehen, sich umzudrehen und sich nach der Rückkehr zum Stuhl wieder zu setzen.

Bewertung: < 10 Sekunden = keine Mobilitätsstörung,
> 30 Sekunden = relevante bis schwerwiegende Mobilitätsstörung

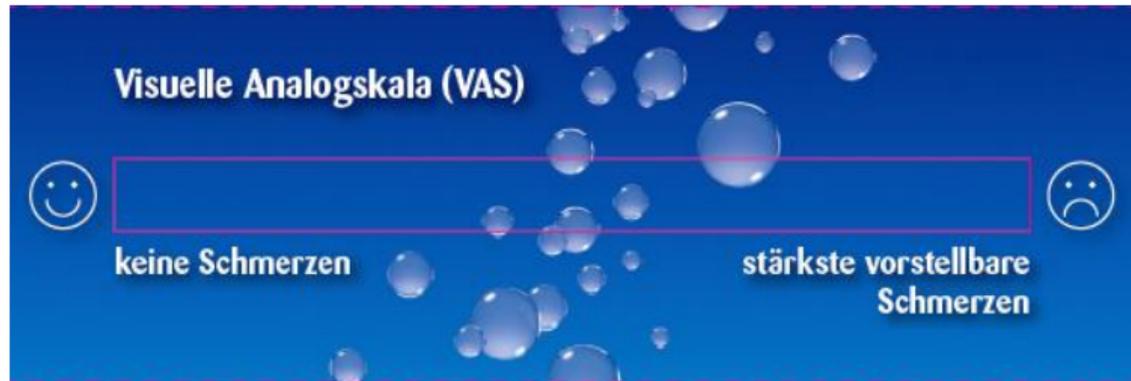
Die Tests im Rahmen des geriatrischen Assessments ergaben bei der Patientin folgendes Ergebnis:

- **Barthel-Index:** 30 Punkte
- **MMST:** nicht durchführbar
- **Tinetti-Test:** 8 Punkte
- **TUG:** nicht durchführbar

Es fehlt noch die Erfassung der Schmerzen ...

Welche Optionen zur Erfassung von Schmerzen bei geriatrischen Patienten kennen Sie?

Visuelle Analogskala (VAS): Messung subjektiver Einstellungen. Der Befragte markiert seine subjektive Empfindung durch einen vertikalen Strich auf der Linie. Die Endpunkte dieser Linie stellen die extremen Zustände „kein Schmerz“ und „unerträglich Schmerz“ da.



Numerische Rating Skala (NRS): Skala zur Selbsteinschätzung und Bewertung von Schmerzen. Die numerische Skala reicht von 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz.



Die **Verbale Rating Skala** umfasst die Bewertungen:

- kein Schmerz
- leichte Schmerzen
- gut erträgliche Schmerzen
- mäßige Schmerzen
- gerade noch erträgliche Schmerzen
- starke Schmerzen
- unerträgliche Schmerzen

Wir fassen zusammen:

Diagnose: Ein postoperatives nozizeptives Schmerzsyndrom kombiniert mit einem postoperativen Delir

Therapie: Geriatriisches Assessment plus Schmerztherapie gemäß WHO-Stufenschema, tägliche Schmerzdokumentation

Mit verbesserter medikamentöser analgetischer Einstellung (ergänzt durch Physiotherapie) klang auch das Delir ohne zusätzliche medikamentöse Intervention ab und die Patientin wurde wieder zugänglich.

Unter aktivierender Pflege ergänzt durch Ergotherapie konnte die Patientin wieder alltägliche Tätigkeiten ausreichend eigenständig bewältigen.

Die Tochter der Patientin erhielt eine Wohnraumberatung zur Sturzprophylaxe und sorgte für eine entsprechende Umsetzung in der Wohnung der Mutter.

Ein Hausnotrufsystem wurde installiert und die Patientin konnte in ihr altes Umfeld zurückkehren.

Vielen Dank!



Die Kasuistik wurde mit freundlicher Unterstützung zur Verfügung gestellt von:

Dr. med. Gabriele Röhrig, Oberärztin Lehrstuhl für Geriatrie
an der Universität zu Köln, Klinik für Geriatrie am St.
Marien-Hospital

Vielen Dank!



Abbildungen der visuellen und analogen Schmerzskala:
mit freundlicher Genehmigung der
Janssen-Cilag GmbH