

# GERIATRIE. ÜBERRASCHEND VIELFÄLTIG.



– KASUISTIK –



## **Bluthochdruck, Bauchschmerzen und psychiatrische Probleme bei einer 89-Jährigen**

Ein Fall von Dr. med. Kerstin Amadori, Oberärztin  
Medizinisch-Geriatriische Klinik  
AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN  
Frankfurt am Main

Als Stationsarzt einer akutgeriatrischen Abteilung bekommen Sie eine 89-jährige Patientin eingewiesen. Die Einweisungsdiagnose des Hausarztes lautet wie folgt ...

- Hypertensive Krise mit Verschlechterung des Allgemeinzustandes
- Oberbauchbeschwerden mit Gewichtsverlust
- Dementielle Entwicklung
- Keine relevanten Vorerkrankungen, keine Vormedikation
- Bisläng alleinlebend und selbstversorgend (keine Pflegestufe, kein Pflegedienst, keine Betreuung)

## Befunde nach körperlicher Untersuchung:

- Kachexie (BMI < 18)
- Gangunsicherheit, sonst internistisch und neurologisch unauffällig
- Voll orientiert (MMSE: 27/30)
- Affekt deutlich depressiv gedrückt, weint viel (Geriatrische Depressionsskala 12/15)

## Befunde nach körperlicher Untersuchung:

- Psychotische Symptomatik mit optischen / szenischen Halluzinationen, paranoiden Beziehungsideen, wahnhaftem Insuffizienzerleben

**MMSE (Mini Mental State Examination):** Häufigster klinischer Test zur Beurteilung kognitiver Funktionen. Es werden z. B. Orientierung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Rechnen, Sprache und konstruktive Praxis erfasst.

Bei  $< 24$  Punkten besteht der Verdacht auf eine Demenz.

**Geriatrische Depressionsskala:** Teil des geriatrischen Assessments. Der Fragebogen umfasst in der Regel 15 Fragen und liefert bei  $> 5$  Punkten Hinweise auf eine depressive Stimmungslage.

## Klinische Befunde:

- Labor: Normalwerte für BB, Gerinnung, Na, K, Kreatinin, Harnstoff, Leberwerte, Phosphat, CK, LDH, CRP, TSH, Glucose, HbA1c, Gesamteiweiß, Folsäure, TPHA
- Vitamin B 12 ↓ 115 pg/ml
- Alkalische Phosphatase ↑ 110 U/l
- Ca ↑ 3.01, Kontrolle 3.21 mmol/l
- Parathormon intakt ↑ 32.9, Kontrolle 41.9 pmol/l

Welche Diagnose stellen Sie anhand der vorliegenden Befunde?



Symptomatischer, primärer Hyperparathyreoidismus mit organisch wahnhafter und affektiver Störung

**Anmerkung:** Das erhöhte Calcium und die erhöhte Alkalische Phosphatase (AP) signalisieren einen gesteigerten Knochenabbau.

**Zur Erinnerung:** Normalwert PTH im Serum = 1,5-6,0 pmol/l

Welche weiterführende Diagnostik veranlassen Sie?

## **Schilddrüsen-Sonographie:**

Dorsal kaudal des linken SD-Lappens solide echoarme Raumforderung mit  $\ominus$  2.5 x 1.2 cm

## **Nebenschilddrüsenzintigraphie $^{99m}\text{Tc}$ -MIBI:**

Links schon in den Frühaufnahmen deutliche Mehrspeicherung kaudal, in den Spätaufnahmen nach Auswaschung des Schilddrüsenparenchyms persistierende Raumforderung links kaudal

Welche Ursache des primären Hyperparathyreoidismus vermuten Sie aufgrund dieser Ergebnisse?

Nebenschilddrüsenadenom

Welche Therapie leiten Sie ein?

## **Senkung des erhöhten Calciums:**

Forcierte Diurese (Furosemid + NaCL 0.9 % i.v.), bei unzureichendem Effekt 1 x Pamidronat 30 mg i.v.

## **Psychiatrisches Konsil:**

→ Risperidon 2 x 0.5 mg, dann 2 x 1.0 mg,

→ Mirtazapin 15 mg z.N.

... Verlegung der Patientin in ein Schilddrüsenzentrum, dort erfolgt:

Parathyreoidektomie links

→ Intraoperativ sinkt die PTH-Konzentration von 320 auf 46 pg/ml



- Akute, beidseits zentrale Lungenembolie (2 Tage nach OP)  
→ i.v.-Vollheparinisierung, dann Enoxaparin 2 x 60 mg
- Intermittierend tachykardes Vorhofflimmern (4 Tage nach OP)  
→ Konversion in Sinusrhythmus mit Amiodaron, Bisoprolol
- Enterokolitis durch *Clostridium difficile*  
→ Metronidazol, dann Vancomycin p.o.

Würden Sie Ihre Empfehlung angesichts der postoperativen  
Komplikationen revidieren?

Rückübernahme der Patientin (17 Tage nach OP):

- Ca unter Substitution 1.90 mmol/l, später 2.21 mmol/l
- Vollremission der psychotischen und depressiven Symptomatik → Absetzen von Risperidon und Mirtazapin
- Marcumarisierung nach Lungenembolie
- Geriatrische Komplexbehandlung
- Entlassung in Kurzzeitpflege, selbstständig Rollator-mobil (26 Tage nach OP)

- Prävalenz des pHPT 1: 1000 (i.d.R. ältere Frauen)
- In 80 % solitäre Adenome der Nebenschilddrüse
- Bis 80 % gänzlich oder relativ asymptomatisch

## **Relevante Behandlungsziele bei geriatrischen Patienten:**

- Effektive Prävention und Therapie der Osteopathie bei hohem Sturz- und Frakturrisiko
- Vermeidung neuropsychiatrischer / kognitiver Symptome
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität

## Kurative Therapie bei symptomatischem pHPT:

- Offene oder minimal-invasive Chirurgie in spezialisierten Zentren (Erfolgskontrolle durch intraoperatives PTH-Monitoring und PTH-Abfall um  $> 50\%$ )
- Outcome: Heilungsraten um  $95\%$ , Mortalität  $< 1\%$ , Komplikationsrate um  $5\%$  (bei hochbetagten, multimorbiden Patienten höher!)
- Gutes Ansprechen der neuropsychiatrischen Manifestationen
- Postop. engmaschige Ca-Kontrollen, ausreichende Substitution

## **Wenn operative Therapie nicht möglich oder gewünscht:**

- Calcimimetikum Cinacalcet = Modulator des Ca-sensitiven Rezeptors → verminderte PTH-Freisetzung
- Osteoporoseprävention / -therapie (Bisphosphonate)
- Symptomkontrolle, Verlaufsbeobachtung

## **Bei oligosymptomatischen Patienten:**

- Einzelfallentscheidung operative vs. konservative Therapie

# Vielen Dank!



Die Kasuistik wurde mit freundlicher Unterstützung zur Verfügung gestellt von:

Dr. med. Kerstin Amadori, Oberärztin der Medizinisch-Geriatriischen Klinik, AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN, Frankfurt am Main