

GERIATRIE. ÜBERRASCHEND VIELFÄLTIG.



– KASUISTIK –



Schlappeheit, Übelkeit und Erbrechen nach Colon-Teilresektion – was steckt dahinter?

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

- Sie übernehmen die 76-jährige Frau Doris Blattmann nach einer Colon-Teilresektion bei endoskopischem Verdacht auf Carcinom (histologisch nicht bestätigt) und sekundärem Platzbauch zur Mobilisation in die Akutgeriatrie.
- Bei Aufnahme besteht noch eine Wunddehiszenz mit Taschenbildung:
 - saubere Wundränder
 - beginnendes Granulationsgewebe

Empfehlung der Chirurgen bei Verlegung:

- Keine operative Revision nötig
- Weiter tägliche Spülungen mit Povidon-Jod-Lösung
- Bei Verschlechterung der Wundsituation Wiedervorstellung

- Adipositas
- Diabetes mellitus II
- Arterieller Hypertonus
- Postmenopausale Osteoporose

- Glimepirid, ein ACE-Hemmer
- Calcium
- Vitamin D3
- Alendronat
- Frau Blattmann ärgert sich über die notwendige Medikation. Sie habe ihr Leben lang nie etwas einnehmen müssen, nur als junge Frau ein paar Jahre lang „Halstabletten“.

- Bei Aufnahme fällt im EKG eine Sinustachykardie auf, die im Zusammenhang mit der Aufregung am Verlegungstag gesehen wird.
- Am Folgetag geht es der Patientin schlecht: Schläppheit, Nausea, Emesis, Durchfall und Inappetenz kommen hinzu.
- Es folgt die prophylaktische Isolation bei V. a. infektiöse Gastroenteritis.

- Befunde MGA:
 - Barthel Index 60-20-5
 - GDS 15
 - Transfers erst allein, dann nur mit Hilfe; kein freier Stand
- Befunde Wunde: sauber, keine Infektzeichen
- Befund EKG: absolute Arrhythmie bei VHF
(HF 100-115/min)

- Befund Labor:
 - BB o.B.
 - CRP fallend
 - TSH ↑↑
 - fT3 / fT4 ↓↓
- TRAK, anti-TPO, anti-TG normal

- Befund Sonografie SD:
kleiner echoarmer Knoten mit ca. 0,5 x 1 cm Durchmesser
rechter SD-Lappen

Ihre Vermutung?



Welche **Verdachtsdiagnose** stellen Sie?

Thyreotoxische Krise Grad I auf dem Boden einer funktionellen Schilddrüsenautonomie

- Jodhaltige Spülungen der Bauchwunde haben bei funktioneller Schilddrüsenautonomie zu einer thyreotoxischen Krise geführt.
- Die anamnestischen „Halstabletten“ als junge Frau waren möglicherweise eine Phase der medikamentös behandelten Hyperthyreose.

Welche Therapie schlagen Sie vor?

- Einleitung thyreostatische Therapie (Thiamazol / Perchlorat)
- Weglassen aller jodhaltigen Präparate
- Volumensubstitution
- Hochkalorische Ernährung
- Frequenzbremsung

- Unter Medikation HF normalisiert mit Spontankonversion in SR nach 1 Woche
- AZ Besserung langsam, aber kontinuierlich
- Unter thyreostatischer Therapie nach 3 Wochen beginnende Normalisierung des TSH
- Im Intervall Schilddrüsenresektion und lebenslange Hormonsubstitution

1. Lassen Sie bei geriatrischen Patienten möglichst jodhaltige Präparate weg, besonders bei unklarer Anamnese.
2. Fragen Sie immer gezielt nach der Schilddrüsenanamnese!

Vielen Dank!



Die Kasuistik wurde mit freundlicher Unterstützung zur Verfügung gestellt von:

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