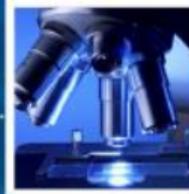


# GERIATRIE. ÜBERRASCHEND VIELFÄLTIG.

– KASUISTIK –



## Stolpersturz mit fatalen Folgen

Ein Fall von Dr. med. Kerstin Amadori, Oberärztin der Klinik für Neurologie mit Geriatrischer Tagesklinik, Klinikum Frankfurt Höchst



Präsentiert von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie

94jährige, sehr rüstige, bislang im häuslichen Umfeld  
alleinlebende, selbständige und kognitiv unbeeinträchtigte  
Patientin Frau M., Hausnotruf, keine Pflegestufe

Aufnahme in der geriatrischen Tagesklinik bei / nach

- Stolpersturz mit Nasenbeinfraktur 4 Wochen zuvor (ambulante Behandlung)
- rezidivierenden Blutdruck-Entgleisungen bis 220 mmHg systolisch seit 2 Wochen (daher bereits zweimalige Vorstellung in der Notaufnahme)

- Bek. arterielle Hypertonie
- Z.n. Unterschenkelfraktur links nach Treppensturz 2010
- Z.n. Hüft-TEP rechts bei Coxarthrose 2008
- Häusliche Dauermedikation:
  - Verapamil 120 mg 1-0-0
  - Losartan 25 mg 1-0-0
  - HCT 12.5 mg 1-0-0

- Wache, allseits orientierte, gut auskunftsfähige Pat.
- RR 120 / 50 mmHg, Puls 73 /min
- Cor, Pulmo und Abdomen klinisch unauffällig, keine Beinödeme, periphere Pulse allseits palpabel
- Klinischer Neurostatus regelrecht, insbesondere keine Cephalgien, keine Aphasie, keine Paresen, keine Pyramidenbahnzeichen, kein sensibles Defizit, keine Zeigeataxie
- Gangbild ohne Hilfsmittel breitbasig mit leichter ungerichteter Unsicherheit

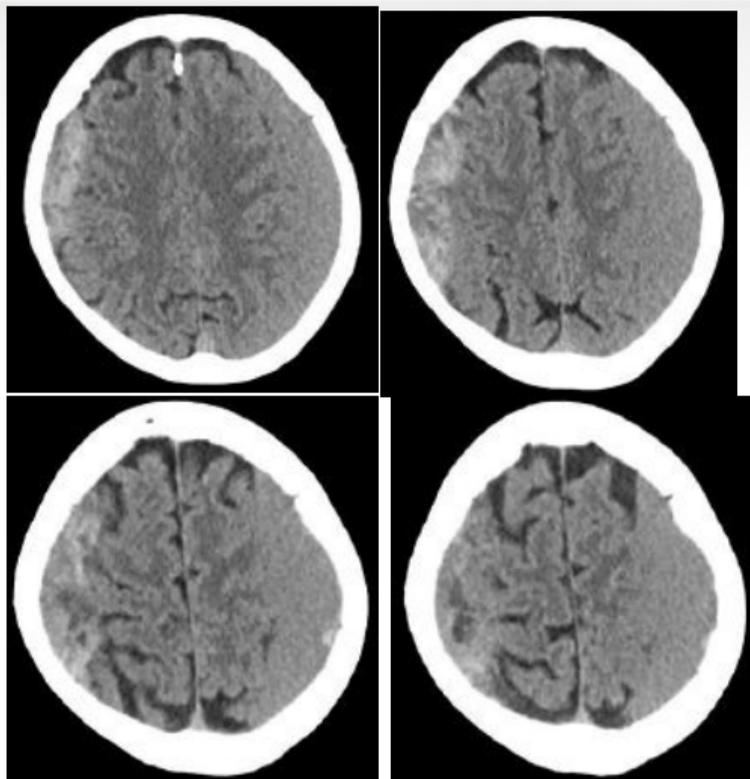
- Geriatrisches Assessment:
  - MMSE 24 / 30
  - GDS 1 / 15
  - Barthel-Index 85 / 100
  - Timed Up and Go-Test 15 Sekunden
- Laborchemisch lediglich leichter Vitamin B12-Mangel von 167 pg/ml (Referenzbereich 182 – 986 pg/ml), übrige Parameter inkl. Blutbild, Elektrolyte, Gerinnung, CK, Leber- und Nierenwerte, CRP, TSH, HbA1c, Eiweiß-Elektrophorese normalwertig

Telefonat mit der Tochter, die die seit dem Sturz vor 4 Wochen bestehende Gangunsicherheit bestätigt und zudem leichte Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen seit etwa 2 Wochen berichtet

Frau M. selbst berichtet wiederholt von einem „komischen Gefühl im Kopf“, welches etwa 2 Wochen nach dem Sturz aufgetreten sei „irgendetwas ist anders als früher“

Wie gehen Sie vor?

Veranlassung einer cranialen Computertomographie zum Ausschluss intracranieller Traumafolgen nach Sturz mit Nasenbeinfraktur.



- Postoperativ Rückübernahme in Geriatrie zur vollstationären geriatrischen Komplexbehandlung
- Dort mehrfach fokale motorische Entäußerungen des linken Armes, Sistieren unter Levetiracetam 500 mg 1-0-1, in cCT-Kontrollen kein Nachweis einer Nachblutung
- Interkurrente Gastroenteritis durch Norovirus-Infektion

- Umstellung der antihypertensiven Medikation auf Losartan und Amlodipin
- Gabe von Vitamin D3 1000 IE tgl. zur Sturz- und Frakturprävention
- nach insgesamt 36 Tagen Krankenhausbehandlung Entlassung nach Hause mit Barthel-Index 95 / 100

- bei Älteren immer als potentielle (Bagatell-) Traumafolge bedenken, insbesondere bei gerinnungsaktiver Therapie, unzureichend kontrollierter Hypertonie, Alkoholismus
- mittlere Latenz zwischen Trauma und klinischer Manifestation 49 Tage
- Ursächlich meist Einriss einer Brückenvene mit nachfolgender Organisation des subduralen Blutfilms

- bei Älteren häufig unspezifische Symptome wie Kopfschmerzen und neurokognitive / psychische Auffälligkeiten, seltener fokalneurologische Defizite
- Fremdanamnese von nahestehenden Angehörigen ernst nehmen!

- Bohrlochtrepanation mit Drainage als Therapie der Wahl bei raumfordernden cSDH, ggfs. konservative Therapie bei asymptomatischen cSDH < Kalottenbreite
- Regelmäßige cCT-Kontrollen bis zur (fast) vollständigen Hämatomresorption, erst dann Wiederbeginn einer gerinnungsaktiven Therapie nach Indikation erwägen
- Antikonvulsive Primärprophylaxe nicht erforderlich, jedoch nach Auftreten symptomatischer epileptischer Anfälle Therapie mit möglichst gut verträglichen, interaktionsarmen Substanzen (z.B. Levetiracetam oder Lamotrigin) zunächst für 3 – 6 Monate
- Gesamtletalität um 5 %, Rezidivrate 14 %

# Vielen Dank!



Die Kasuistik wurde mit freundlicher Unterstützung zur Verfügung gestellt von:

Dr. med. Kerstin Amadori,  
Oberärztin der Klinik für Neurologie mit Geriatischer  
Tagesklinik, Klinikum Frankfurt Höchst