



Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im „Bayerischen Ärzteblatt“ beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

**Bayerisches Ärzteblatt,
Redaktion Leserbriefe, Mühlbauerstraße 16,
81677 München, Fax 089 4147-202,
E-Mail: aerzteblatt@blaek.de**



Neu in der Geriatrie

Zum Artikel von Dr. Jens Trögner, Universitätsprofessor Dr. med. univ. Markus Gosch und Universitätsprofessor Dr. Hans Jürgen Heppner in Heft 4/2024, Seite 128 ff.

Zu Ihrer gelungenen Zusammenstellung aktueller Probleme in der Behandlung geriatrischer Patienten möchte ich einiges zur Klarstellung beitragen: Die von Ihnen empfohlene diagnostische Maßnahme zum Ausschluss eines SIADH, nämlich die Zufuhr von 1 l (physiologischer) Kochsalzlösung (NaCl 0,9 Prozent) kann mit einem Elektrolytgehalt von 154 mmol Natrium und Chlorid pro Liter gerade bei älteren Patienten mit physiologischerseits reduzierter Nierenfunktion zu einer hyperchlorämischen Azidose mit deletären Folgen führen. Eine geeignete Alternative bei Verdacht auf eine Hypovolämie wäre die Verwendung von balancierten isotonen Vollelektrolyt-Lösungen. Der Ausgleich der Hyponatriämie kann dadurch ebenfalls, jedoch langsamer erfolgen. Im Ver-

gleich dazu kann zum Beispiel die Verwendung hypertoner Kochsalzlösung nur unter intensivmedizinischer Überwachung stattfinden, um bei zu schnellem Ausgleich der (häufig hypotonen hyponatriämischen Hyperhydratation) die gefürchtete zentrale pontine Myelinolyse zu vermeiden. Der tatsächliche Ausgleich des Natriumhaushalts sollte bei den meist chronischen Hyponatriämien erst ab einem Wert von unter 125 mmol/l stattfinden, und dabei auch nur sehr langsam (8 bis 10 mmol/l/d).

Sie empfehlen weiterhin bei der ambulant erworbenen Pneumonie (CAP) in bestimmten Fällen eine Kombinationstherapie mit einem Makrolid. Dies signalisiert dem Leser meines Erachtens nach die fakultative, doch empfohlene Verwendung. Bei genauer Lektüre der zugrunde liegenden S3-Leitlinie wird diese Therapie jedoch nur als „gegebenenfalls“ benannt. Makrolide führen zudem gerade bei oft polypharmazeutisch behandelten geriatrischen Patienten zur QT-Zeit-Verlängerung. In der Leitlinie findet sich auch der Hinweis, dass noch nicht abschließend geklärt sei, ob Patienten mit mittelschwerer Pneumonie von einer β -Laktam-Makrolid-Kombination aufgrund der antiinflammatorischen Effekte der Makrolide auch ohne zugrunde liegende Infektion durch atypische bakterielle Erreger profitieren könnten. Der Vorteil des Makrolids läge ja in der Behandlung der atypischen Erreger wie Chlamydien, Mycoplasmen und Legionellen. Gerade diese Erreger sind aber in dieser Altersgruppe eher unwahrscheinlich.

Außerdem vermisste ich den auch in diesem Alterskreis (> 80 Jahre) notwendigen Hinweis zur Vermeidung von Chinolonen auch aufgrund der Gefahr der Delir-Entwicklung bei reduzierter Hirnleistung.

Literatur/Leitlinien

- » Behandlung von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie (AWMF 020-020) 2021
- » Intravasale Volumentherapie beim Erwachsenen (AWMF 001-020) 2020

*Dr. René Wildenauer,
Facharzt für Chirurgie und
Allgemeinmedizin,
97320 Mainstockheim*

Antwort

Vielen Dank für Ihre wertvollen Hinweise, welche wir jedoch kurz kommentieren möchten. Die diagnostische Gabe von 0,9 Prozent Kochsalzlösung wird unter anderem auch in einem CME-Beitrag [Haas CS, Der Internist 2014] angeführt. Die Infusion von isotonischer Kochsalzlö-

sung und die häufige serielle Überwachung von Serumnatrium, Urinnatrium und Urinosmolalität können helfen, ein SIADH von einer Hypovolämie zu unterscheiden. Als Alternative isotone Vollelektrolyt-Lösungen zu verwenden ist möglich, verzögert unserer Erfahrung nach den Anstieg des Serumnatriums. Die von Ihnen zitierte Leitlinie bezieht sich auf den intravasalen Volumenersatz bei peri-interventionell oder intensivmedizinisch stationär behandelten erwachsenen Patienten. Die Empfehlung lautet: Isotone Kochsalzlösung soll zum Volumenersatz in der Intensivmedizin zur intravasalen Volumentherapie beim Erwachsenen nicht verwendet werden [AWMF 001-020] 2020. Diese Leitlinie nimmt allerdings nicht Bezug auf den diagnostischen Prozess der Abklärung einer Hyponatriämie.

Sie warnen zu Recht vor einem zu schnellen Anstieg des Serumnatriums mit dem Hinweis auf die Gefahr einer pontinen Myelinolyse. Eine aktuelle Arbeit aus dem *NEJM* 2023 von TE MacMillan zeigt jedoch, dass das Risiko überschätzt wird. Bei 22.858 Patienten mit Hyponatriämie kam es in 12 Fällen zu einer pontinen Myelinolyse (0,05 Prozent). In sieben Fällen war keine zu rasche Korrektur des Serumnatriums vorausgegangen. Die Inzidenz in der Gruppe der 3.632 Patienten mit einer zu raschen Korrektur lag bei 0,14 Prozent.

In einem Punkt möchten wir Ihnen klar widersprechen. Auch eine Hyponatriämie zwischen 125 und 135 mmol/l kann für einen älteren Patienten negative Effekte auf seine Funktionalität, insbesondere auf Stürze oder das Auftreten eines Delirs haben [Renneberg B 2006, Gosch M 2012, Zieschang T 2016]. Eine Abklärung und eine Korrektur sind daher ganz klar zu fordern.

Vielen Dank auch für die kritischen Kommentare der antibiotischen Therapie. Auf Grund der Länge des Beitrages war hier eine ausführliche Diskussion nicht möglich. Makrolide haben einen Stellenwert in der antibiotischen Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie. Immerhin werden bis 15 Prozent durch atypische Erreger oder auch Legionellen hervorgerufen. Eine rasche Therapie kann dabei für die vulnerable Gruppe der geriatrischen Patienten lebensrettend sein. QT-Verlängerung und Interaktionen müssen in Betracht gezogen werden, sodass hier immer eine individuelle Therapieentscheidung getroffen werden muss. Chinolone stellen nur mehr ein „Reserveantibiotikum“ dar und die Indikation sollte gerade beim geriatrischen Patienten sehr streng gestellt werden.

*Dr. Jens Trögner,
Universitätsprofessor
Dr. med. univ. Markus Gosch,
Universitätsprofessor
Dr. Hans Jürgen Heppner, MHBA*