Ein häufiges Problem

Hyponatriämie im Alter

Nicht selten werden Sie im hausärztlichen Alltag mit dem Problem „Hyponatriämie“ konfrontiert. Die Abklärung, aber auch die Therapie dieser Elektrolytstörung ist schwierig. Wie sollte man vorgehen?

Die Hyponatriämie ist die häufigste Störung des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes. Bei stationären Patienten liegt die Inzidenz bei ca. 20–30%. Die akute ausgeprägte Hyponatriämie ist immer eine lebensbedrohliche Situation, die mit Hirnödemen, Bewusstseinsstörungen und Krampfanfällen einhergeht.

Gangunsicherheit führt zu Stürzen

„Aber auch leichte Hyponatriämien mit einem Wert > 125 mmol/l sind keinesfalls asymptomatisch“, sagte Privatdozent Christian Haas, Lübeck. Solche chronische Formen gingen häufig mit kognitiven, mentalen und psychischen Störungen einher. Auch seien bei betroffenen Patienten das Sturzrisiko und die Frakturrate erhöht und zwar als Folge einer Gangunsicherheit. Nach neueren Studien wird auch die Entwicklung einer Osteoporose begünstigt. Bedauerlicherweise werden solche oft multimorbiden Patienten aber häufig nicht weiter abgeklärt, geschweige denn behandelt.

Welche Ursache?

Grundsätzlich sollte man unterscheiden, ob bei der Hyponatriämie ein absoluter bzw. relativer Wasserüberschuss (Hypervolämie) oder ein extrazellulärer Volumenmangel (Hypovolämie) oder eine Isovolumie vorliegt. Eine hypervolämische Hyponatriämie findet sich bei Patienten mit Herzinsuffizienz, Leberzirrhose oder nephrotischem Syndrom, aber auch bei einer psychogenen Polydipsie. Eine hypovolämische Hyponatriämie wird dagegen durch Diuretika, einen Mangel an Aldosteron oder durch Flüssigkeitsverluste bei Diarrhöen oder

Erbrechen verursacht. Ein typisches Beispiel ist der exsikierte Diabetiker mit entgleistem Stoffwechsel. Bei der mit ca. 35% häufigsten Form, nämlich der hyponatriämischen Isovolumie muss zunächst immer eine erhöhte inadäquate ADH-Freisetzung (SIADH) durch Psychopharmaka insbesondere SSRI und SNRI oder bei Tumorleiden oder eine erhöhte ADH-Wirkung z. B. durch NSAR oder Cyclophosphamid diskutiert werden. Aber auch ACE-Hemmer und Carbamazepin können die Ursache sein. Als endokrine Erkrankungen kommen die Hypothyreose, die Nebennierenrinden- und die Hypophyseninsuffizienz als Auslöser in Betracht.

Wie behandeln?

„Die akute, schwer symptomatische und potentiell lebensbedrohliche Hyponatriämie erfordert die Gabe 3%iger hypertonischer Kochsalzlösung, wobei die Bolusgabe effektiver und das Risiko einer zu schnellen Überkorrektur geringer ist als bei der kontinuierlichen Gabe“, so Prof. Dr. Johannes Hensen, Hannover. Bei einer Hypervolumie und einer SIADH ist die Flüssigkeitsrestriktion immer die Erstlinientherapie, auch wenn sie nicht immer effektiv ist. Als Zweitlinientherapie kann bei einer gering symptomatischen euvolämischen SIADH Harnstoff oder Salz in Kombination mit einem Schleifendiuretikum verabreicht werden. Diese Maßnahmen führen zu einer erhöhten Wasserclearance und somit zu einem Anstieg des Serumnatriumspiegels. Harnstoff hat jedoch einen gravierenden Nachteil, nämlich einen extrem bitteren Geschmack.

Ein neuer Therapieansatz sind die Vasopressin-Antagonisten, auch Vaptane genannt, von denen in Europa bisher nur Tolvaptan zugelassen ist. Nach ersten Studienergebnissen führt diese Substanz bei Patienten mit einer SIADH nicht nur zu einer effektiven Steigerung des Natriumspiegels, sondern auch zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität.

Fazit für die Praxis

- Leichte Hyponatriämien sind häufig.
- Sie erhöhen das Sturz- und somit das Frakturrisiko.
- Die häufigste Ursache ist das SIADH durch Medikamente.
- Die Therapie orientiert sich am Volumenstatus.
- Beim euvolämischen SIADH ist die Flüssigkeitsrestriktion die primäre Behandlungsmaßnahme.

(Peter Stiefelhagen)

121. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Mannheim 2015

Weitere Infos auf
springermedizin.de

Schwerpunkt „Geriatric“

Aktuelle Beiträge zum Thema Geriatric haben wir online für Sie zusammengestellt.

Die Artikel finden Sie unter

► www.springermedizin.de/2322784