scher, wie ist Ihr Name? „Tun Sie das im Delir, auch wenn Sie den Patienten kennen“, riet Fischer. Es macht nichts, wenn der Patient Sie für dumm hält. Es macht aber sehr viel, wenn der Patient Sie nicht erkennt und durch die Situation beunruhigt ist. Führen Sie sich langsam ein und beginnen Sie nicht gleich zu untersuchen. „Sonst könnten die Fäuste fliegen und es kommt zu einem für alle extrem traumatisierenden Polizeieinsatz“, so Fischer.

Neuroleptika sollten beim Delir möglichst vermieden werden. Wenn der Einsatz unausweichlich ist, gibt man bevor-

zugt die beiden einzigen zugelassenen Substanzen oral in niedrigster Dosierung: 3 mg Haloperidol oder 1 mg Risperidon. Haloperidol i.v. ist verboten! Dies kann einen Herzstillstand provozieren. Sedieren sollten man den Patienten nicht, weil delirante und hypoaktive Phasen wechseln können. Am besten weist man den Patienten in die internistische Notaufnahme einer Klinik ein.

Tagesablauf zu Hause strukturieren

Sofern der Delirpatient zu Hause bleibt, müssen Angehörige instruiert werden,

dass sie ihn nicht zwingen im Bett zu bleiben. Empfehlen Sie den Angehörigen, für einen geordneten Tagesablauf zu sorgen sowie Mobilität und Aktivität möglichst zu fördern. Die Familienmitglieder sollten nicht ständig die Orientierung prüfen („Opa, weißt du jetzt, wo du bist?“). Besser ist es, sich vorzustellen: Ich bin die Anna, ich würde gerne mit Dir spazieren gehen, aber ich muss zur Schule. So wird der Patient sanft reorientiert.

DR. MED. ANGELIKA BISCHOFF ■

■ Kongress „Medizin 2012“, Stuttgart, 26.–29.1.12

Kolikartige Bauchschmerzen nach Sigmaresektion

Was schnürte hier den Darm ein?

Rezidivierende Bauchkrämpfe führten eine 65-jährige Patientin, bei der vor Jahren eine Sigmaresektion durchgeführt worden war, zum Arzt. Bei der Koloskopie fand sich ein Befund, mit dem kaum einer gerechnet hätte.

— Vor etwa zehn Jahren war bei der jetzt 65-jährigen Patientin eine Sigmadivertikulose mit gedeckter Perforation aufgetreten, weshalb eine Sigmaresektion mit passagerer Anlage eines Anus praeter erfolgte. Der postoperative Heilungsverlauf war komplikationslos.

Rezidivierende Koliken

Jetzt stellte sich die Patientin wegen rezidivierender, krampfartiger Schmerzen im rechten Ober- und Mittelbauch vor. Die Konsistenz des Stuhlgangs sei wechselnd mit breiigen und hart geformten Stühlen. Fieber, Hämatochezie und Gewichtsabnahme wurden verneint.

Bei der klinischen Untersuchung war das Abdomen weich, es bestand ein leichter Druckschmerz im rechten Mittelbauch, die Darmgeräusche waren normal, eine Resistenz war nicht tastbar. Das Routinelabor (BSG, Blutbild, Lipase, Kreatinin, Leberwerte, CRP) ergab keinen pathologischen Befund.

Angesichts der Anamnese und dieser Befunde wurde der Verdacht auf Briden geäußert und die Durchführung einer Laparoskopie diskutiert. Das Abdomen-

© sti

Koloskopie: Ausgeprägte Stenose im proximalen Colon ascendens.

CT fiel, abgesehen von einzelnen Divertikeln, unauffällig aus.

Hochgradige Kolonstenose

Bei der nun durchgeführten totalen Koloskopie stellte sich im proximalen Colon ascendens eine hochgradige narbige Stenosierung mit minimalem Restlumen dar, die eher nicht für einen malignen Prozess sprach. Differenzialdiagnostisch wurden neben einem M. Crohn eine abgelaufene Divertikulitis und eine NSAR-Kolopathie diskutiert, zumal die Patientin seit Jahren wegen Wirbelsäulenbeschwerden wiederholt NSAR eingenommen hatte.

Histologie zeigt Entzündung

Nun wurde eine Resektion des Colon ascendens mit Ileo-Ascendostomie durchgeführt. Die histologische Untersuchung des OP-Präparates zeigte eine mehrherdige, erosive chronische Kolitis und Kryptitis mit ausgeprägter, offenbar postinflammatorisch bedingter Stenose mit narbiger Wandfibrose ohne Anhalt für Malignität. Aphthen und Granulome wurden nicht nachgewiesen, sodass sich kein Anhalt für einen M. Crohn ergab. Als Ursache der Kolonstenose musste somit ein infektiöses Geschehen diskutiert werden, evtl. im Rahmen einer umschriebenen Divertikulitis. Kolonstenosen sind auch bei Patienten nach EHEC-Infektion mit ulzerös-chronisch hämorrhagischer Kolitis beschrieben worden.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

Fabula docet

Klagt ein Patient mit einer Laparotomie in der Vorgeschichte über rezidivierende kolikartige Beschwerden, liegt der Verdacht auf Briden nahe. Um eine andere Erkrankung wie eine entzündliche-narbige Kolonstenose oder gar ein Karzinom nicht zu übersehen, empfiehlt sich vor der Laparoskopie die totale Koloskopie.