Wenn der Darm sein Heimatrecht verloren hat ...

© New Engl. J. Med. 2012; 368: 171

Diese Inguinalhernie blieb 25 Jahre unbehandelt.

— Ein 67-jähriger Mann stellte sich wegen einer großen Raumforderung im Bereich der rechten Leiste vor, die über die letzten 25 Jahre hinweg laufend an Größe zugenommen hatte.

18 Jahre zuvor war er bereits einmal wegen einer Leistenhernie in eine chirurgische Klinik aufgenommen worden, verweigerte damals aber die Operation aus Angst vor Komplikationen. Nun stellte er sich vor, da er acht Tage lang keinen Stuhlgang gehabt hatte.

Bei der Untersuchung fand man eine 55 cm lange und 30 cm breite Inguinalhernie rechts, die im Stehen bis in die Gegend des rechten Knies reichte (Abb. A und B). Die Größe der Raumforderung ließ einen Ileus, eine intestinale Blutung oder einen Volvulus befürchten.

Erneut bot man dem Patienten eine Operation an, doch verweigerte er wieder, obwohl er auf die genannten Risiken hingewiesen wurde. Daher musste man sich auf konservative Maßnahmen beschränken, verabreichte einen Einlauf, verordnete Laxanzien und empfahl ballaststoffreiche Kost. Der Pa-

tient kam nicht mehr in das Krankenhaus zurück.

■ **H. Parvanescu**
(Korres.: horia_parvanescu@yahoo.com): Large right inguinal hernial. New Engl. J. Med. 2012; 368: 171

Kommentar

Die Geschichte zeigt, dass man sich offensichtlich auch an monströse körperliche Veränderungen so gewöhnen kann, dass man nicht mehr darauf verzichten will. Bei diesem Befund dürfte eine Operation allerdings nicht einfach sein. Derartige Fälle sieht man heute nur noch in Ländern mit äußerst dürftiger medizinischer Versorgung oder vor dem Hintergrund eines psychiatrischen Krankheitsbildes. Mein erster chirurgischer Lehrer pflegte in solchen Fällen zu sagen, dass der Darm sein Heimatrecht verloren habe.

H. S. FÜESSL ■

Kalzium und Knochendichte im Alter

Zur Osteoporoseprophylaxe wird eine ausreichende Kalziumzufuhr empfohlen. Dass Kalzium hier wirkt, ist erwiesen. Doch an der Knochendichte liegt der Effekt möglicherweise nicht, zeigt eine neue Studie.

— Forscher in den USA untersuchten in einer Querschnittstudie den Zusammenhang zwischen Kalziumzufuhr und Knochendichte bei 1500 Personen über 50 Jahre. Die mittlere Kalziumaufnahme bewegte sich zwischen 400 und 2000 mg pro Tag. Es fand sich über alle Altersgruppen ein lediglich geringer Zusammenhang zwischen Knochendichte und Kalziumzufuhr.

■ **J. J. B. Anderson et al.**
Calcium intake and femoral and lumbar bone density of elderly U.S. men and women. J Clin Endocrinol Metab 97: 4531 bzw. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2012-1407>

Kommentar

Viele der in dieser Studie untersuchten Personen blieben mit ihrer täglichen Kalziumaufnahme unterhalb der empfohlenen 1000–1200 mg. Als weiteres Ergebnis fand sich eine nur schwache Korrelation zwischen Knochendichte und Kalziumzufuhr. Seit der klassischen Studie von Chapuy et al., die 1992 im New England Journal publiziert und in der Folge in mehreren Untersuchungen reproduziert wurde, wissen wir, dass 1200 mg Kalzium und 800 I.E. Vitamin D bei älteren Menschen das Risiko für Knochenbrüche um 30–40% senken und die Knochendichte in ein bis zwei Jahren um 2–3% steigern. Auch ist das Sturzrisiko unter Kalzium und Vitamin D geringer. Was davon auf das Konto einer besseren Knochenqualität geht und was auf einem muskulären Anti-Sturzeffekt von Vitamin D beruht, ist schwer zu trennen. Die positiven Effekte einer Kalzium- und Vitamin-D-Behandlung indes scheinen insgesamt zwar klein, aber gesichert zu sein.

Wie sollen wir uns also verhalten? Einer noch rüstigen 75–80-jährigen Patientin mit osteoporotischer Knochenfraktur sollte man Alendronat, Vitamin D und Kalzium zuführen. Idealerweise sollte das Kalzium aus Nahrungsmitteln stammen (Milch, Hartkäse, Mineralwasser), da vereinzelt Studien auf ein möglicherweise leicht gesteigertes kardiovaskuläres Risiko unter medikamentösem Kalzium hinweisen. Die erwartete Restlebenserwartung sollte dabei ein bis zwei Jahre nicht unterschreiten, da ein anti-osteoporotischer und sturzprophylaktischer Effekt in einem kürzeren Zeitraum kaum zu erreichen ist. Für Hochbetagte und häufig stürzende Patienten, die oft eine Demenz als Komorbidität aufweisen, kommt ein solcher Behandlungsansatz aber in aller Regel zu spät und ändert an der schlechten quoad vitam Prognose dieser Zielgruppe kaum etwas.

J. ZEEH ■