

Ohne Labor häufig übersehen

Zufallsbefund Hypokaliämie

VON M. BEK

Eine 40-jährige Patientin stellt sich mit thorakalen Palpitationen vor. Aus der Vorgeschichte sind eine Pyelonephritis und eine Anorexia nervosa während der Pubertät bekannt. Die Säurebasen-Analyse venöser Blutgase ergibt folgende Werte: pH 7,48, pCO₂ 58,5 mmHg, CHCO₃ 39,2 mmol/L, Hb 14,7 g/dl, K⁺ 2,7 mmol/l, Na⁺ 133 mmol/l, Ca²⁺ 1,11 mmol/l. Der Blutdruck beträgt 104/78 mmHg, der Puls 72/min. Im EKG finden sich SVES. Ein Urin-Stix ist zweifach positiv auf Eiweiß und einfach positiv auf Leukozyten.



© Fotoblm/Fotolia

Die Labordiagnostik erklärte die Herzprobleme.

— Eine Hypokaliämie in der Ambulanz ist meist ein Zufallsbefund, der ohne Labordiagnostik übersehen wird. Die klinischen Beschwerden sind bei chronischer Hypokaliämie gering (Alkalose, interstitielle Nephritis und Hypercalciurie i. d. R. symptomarm). Bei akuter Hypokaliämie sind klinische Symptome meist retrospektiv als Arrhythmien (VES, SVES), neurologische Symptome (Schwäche, Krämpfe und Lähmungen) oder gastroenterologische Beschwerden (Konstipation, Ileus) nachzuweisen. Ätiologisch kommen zahlreiche Ursachen infrage:

- Verminderte Kaliumaufnahme (Dys-/Hypoalimentation)
- Intrazellulärer Kaliumshift (Säurebasen-Störungen, Medikamente, Hyperthyreose)
- Vermehrter Kaliumverlust (Erbrechen, Diarrhö, Laxanzien, Diuretika)
- Seltener: Hyperaldosteronismus, Hypomagnesiämie, seltene Hypertonieformen.

Was anamnestisch abklären?

Die Ursache einer Hypokaliämie lässt sich mit folgenden Fragen eingrenzen:

- Besteht eine Hypertonie? Gibt es Hinweise für eine familiäre Form?
- Besteht/bestand eine Diarrhö?
- Ernährungsgewohnheiten?
- Welche Medikamente werden regelmäßig/unregelmäßig eingenommen (Laxanzien, Diuretika)?

Was sollte der Hausarzt unternehmen?

Meist ist die Ursache einer Hypokaliämie offensichtlich, z. B. die Hypokaliämie nach Gabe von Diuretika. Hier kann i. d. R. auf weitere Diagnostik verzichtet und eine Therapie begonnen werden (Kaliumersatz, kaliumsparende Diuretika). Da das Gesamtkörper- mit dem Serumkalium korreliert, sollte das Kaliumdefizit zuvor abgeschätzt werden (Tab. 1).

- Die Therapie sollte oral erfolgen (80–120 mmol/die kann sicher gegeben werden), wobei eine eingeschränkte Nierenfunktion als relative Kontraindikation betrachtet werden muss.
- Eine i.v.-Therapie bei Kaliumwerten < 2,0 mmol/l oder hypokaliämischen Symptomen (z. B. VES) sollte auf der Intensivstation erfolgen. Hier können maximal 240 mmol/die mit einer maximalen Applikation von 20–40 mmol/h verabreicht werden.

In manchen Fällen ist die Ursache der Hypokaliämie nicht offensichtlich. Hier lohnt sich eine weitergehende Dia-

Tabelle 1	
Abschätzung des Kaliumdefizits	
Serumkalium	Kaliumdefizit
3,0–3,5 mEq/l	100–300 mEq
2,5–2,9 mEq/l	300–500 mEq
2,0–2,4 mEq/l	> 500 mEq

Kasuistik

Wie ging es weiter?

Die weitere Diagnostik ergab eine Kaliumausscheidung > 30 mmol/l (alkalosebedingte Kaliurese), eine Chloridausscheidung von < 10 mmol/l, einen Vitamin-C-Mangel (alimentärer Marker) und eine Proteinurie von 600 mg/die. Diese Werte sprechen für eine alimentär bedingte chronische Hypokaliämie mit interstitieller Nephritis.

Wir haben eine kurzfristige orale Kaliumsubstitution und eine Diätberatung eingeleitet und eine psychotherapeutische Behandlung der offensichtlich weiterbestehenden Anorexie angeregt. Hinweise für einen Laxanzien- oder Diuretikaabusus ergaben sich nicht.

gnostik insbesondere dann, wenn andere Kofaktoren hinzukommen. Die Kombination einer Hypertonie mit Hypokaliämie legt einen primären Hyperaldosteronismus oder eine seltene Hypertonieform nahe. Diese werden in der klinischen Praxis häufig nicht konsequent genug diagnostiziert.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Martin Bek, Fachärztliche Gemeinschaftspraxis Markgräflerland, Herzzentrum Bad Krozingen, Südring 15, D-79189 Bad Krozingen, E-Mail: bek.martin@web.de