

Patient mit rezidivierender Übelkeit, Schwindel und Kopfschmerz

Diagnostische und therapeutische Überlegungen

von Ricarda E. Clarenbach

Ein 51-jähriger Bauarbeiter wird von seinem Arbeitskollegen abends in unserer Ambulanz wegen seit dem Morgen zunehmender Kopfschmerzen, Dreh- und Schwankschwindel sowie Übelkeit ohne Erbrechen vorgestellt. Vor einer Woche sei er wegen einer ähnlichen Symptomatik in seiner Heimat in Polen im Krankenhaus stationär in Behandlung gewesen. Dort sei eine CT-Untersuchung des Schädels (CCT) veranlasst worden, die unauffällig gewesen sei. Die Symptomatik wurde auf erhöhte Blutdruckwerte zurückgeführt. Es wurde Valsartan 80 mg verordnet. Wesentliche Vor- oder Begleiterkrankungen bestanden nicht mit Ausnahme von Rücken- und Knieschmerzen, weswegen drei Monate zuvor durch einen Orthopäden eine analgetische Medikation mit Ibuprofen unter Magenschutz mit Pantoprazol eingeleitet worden war. Der Allgemeinzustand im Sinne eines allgemeinen Schwächegefühls habe sich verschlechtert. Den Alkoholkonsum gab der Patient mit 3 bis 6 Bier pro Tag an. Seit drei Wochen rauche er nicht mehr nach rund 30 Packungsjahren (pys).



Abbildung 1 (oben): Röntgen-Thorax anterior-posterior

Abbildung 2 (rechts): CT-Thorax

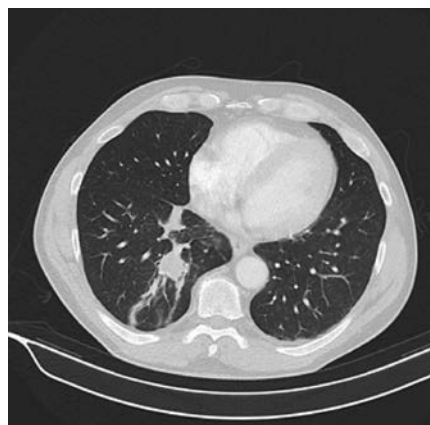
Klinischer Untersuchungsbefund: 176 cm, 90 kg, RR 193/119 mmHg, HF 90/min, Temperatur 36,6 °C, SpO₂ 98 %, AF 12/min. Neurologisch orientierend unauffälliger Befund, wach und orientiert. Über der Lunge allseits verschärftes expiratorisches Atemgeräusch, keine Rasselgeräusche. Cor rhythmisch, keine vitientypischen Geräusche. Abdomen unauffällig. Keine Beinödeme. Schleimhäute feucht.

Laborbefunde bei Aufnahme: Blutbild im Normbereich. CRP 1 mg/l, Kreatinin 0,5 mg/dl, Harnstoff 25 mg/dl, Na 114 mmol/l, K 4,2 mmol/l, Ca 2,31 mmol/l, LDH 237 U/l. Transaminasen im Normbereich. CK leicht erhöht mit 288 U/l. Blutzucker 102 mg/dl, HbA_{1c} 5,8 %, Serum-Osmolalität 233 mosm/kg, Urin-Osmolalität 485 mosm/kg, Natrium im Urin 88 mmol/l/24h. Cortisol, ACTH, Blutzucker, TSH jeweils im Normbereich.

Röntgen-Thorax am Aufnahmetag (Abbildung. 1): Kein Erguss. Kein Infiltrat. Streifige Minderbelüftung rechtes Mittelfeld. Kein Rundherd. Keine pulmonalvenösen Stauungszeichen. Linker Recessus nicht einsehbar.

CT-Thorax (Abbildung. 2): Tumoröse Raumforderung im Bereich des Hilus rechts mit Einengung des Unterlappenbronchus. Weitere tumoröse Raumforderung im rechten Unterlappen, hier Bronchusabbruch.

Abdomensonographie: Vena cava inferior kollabiert. Oberbauchorgane, insbeson-



Abbildungen: Benedictus Krankenhaus, Tutzing

dere die Leber, Nieren, die Milz und das Pankreas ohne pathologischen Befund.

cMRT: Die kleinfleckigen Läsionen im Marklager entsprechen in erster Linie zerebraler Mikroangiopathie, sonst unauffälliges cMRT.

CT-Abdomen: Kein pathologischer Befund des Abdomens, insbesondere der Leber oder der Nebennieren.

TTE: Bild einer hypertensiven Herzkrankung. Gute linksventrikuläre Pumpfunktion. Keine Rechtsherzbelastungszeichen. **RA**

Dr. Ricarda E. Clarenbach ist Fachärztin für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie und Angiologie. Sie arbeitet als Leitende Oberärztin in der Abteilung für Angiologie am Benedictus Krankenhaus Tutzing.

Professor Dr. Malte Ludwig, Chefarzt der Abteilung Angiologie und Phlebologie – Gefäßzentrum Starnberger See – sowie der Abteilung Innere Medizin am Benedictus Krankenhaus Tutzing, koordiniert und begleitet die Reihe inhaltlich.

Kurzanleitung zur „Zertifizierten Kasuistik“

Hinweis: Die 2 Fortbildungspunkte können über das System des Einheitlichen Informationsverteilers (EIV) Ihrem Punktekonto bei der Ärztekammer gutgeschrieben werden. Es werden Ihre Einheitliche Fortbildungsnummer, die Veranstaltungsnummer und die Anzahl der Punkte übermittelt.

via *Rheinisches Ärzteblatt*

Im ersten *Rheinischen Ärzteblatt* des Quartals werden jeweils veröffentlicht: der einführende Artikel zum Thema, der Fragenkatalog und die Lernerfolgskontrolle mit Bescheinigung.

Ausführliche Informationen zur Differenzialdiagnostik werden im Internet www.aekno.de/aktuelle_ausgabe im Anschluss an den Artikel veröffentlicht.

Zum Erwerb der Fortbildungspunkte müssen mindestens 70 Prozent der Fragen richtig beantwortet werden. In dem Fall können die Fortbildungspunkte über den Elektronischen Informationsverteiler (EIV) dem elektronischen Punktekonto des Arztes bei seiner Ärztekammer automatisch gutgeschrieben werden, falls die Einheitliche Fortbildungsnummer/Barcode auf die Lernerfolgskontrolle aufgeklebt und damit das Einverständnis zur Datenübermittlung dokumentiert worden ist.

Einsendeschluss: Die Lernerfolgskontrolle muss spätestens bis **Dienstag, 30. Mai 2017** per Fax oder per Post eingegangen sein (Poststempel). Fax: 0211 4302-5808, Postanschrift: Nordrheinische Akademie für

ärztliche Fort- und Weiterbildung,
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf.

Auflösung: im *Rheinischen Ärzteblatt* 6/2017
in der Rubrik Magazin.

via www.aekno.de

Die Zertifizierte Kasuistik findet sich auf der
Homepage der Ärztekammer Nordrhein unter
www.aekno.de/cme.

Anmeldung: Erstmalige Registrierung mit
Nachnamen, Arztnummer, Einheitlicher Fortbil-
dungsnummer (falls vorhanden) und einer ak-
tuellen E-Mail-Adresse. An diese werden die
Zugangsdaten geschickt. Die zukünftige
Anmeldung erfolgt über Nachnamen und die
per E-Mail übermittelte Benutzer-ID.

In dem geschlossenen Bereich finden sich

- der einführende Artikel zum jeweiligen Thema,
- die ausführlichen medizinischen
Informationen und
- der Fragekatalog inklusive Evaluation.

Die bisher veröffentlichten Kasuistiken der
Reihe finden sich zu Übungszwecken unter
www.aekno.de/cmetest.

Fragenkatalog zur Zertifizierten Kasuistik Patient mit rezidivierender Übelkeit, Schwindel und Kopfschmerz

1. Welche der nachstehenden Differenzialdiagnosen ist im geschilderten Fall zum Zeitpunkt der Erstvorstellung die wahrscheinlichste?

- a) Hypertensive Entgleisung
- b) Hyponatriämie
- c) C2-Abusus
- d) Medikamentennebenwirkung
- e) Gastroenteritis

2) Welche Aussage trifft nicht zu?

Folgende Zustände können mit einer Hyponatriämie einhergehen:

- a) Hyperglykämie
- b) Pneumonie
- c) Meningitis
- d) Stress, Angst
- e) M. Cushing

3. Folgende Symptome sind bei einer Hyponatriämie nicht zu erwarten:

- a) Reizbarkeit, kognitive Störungen, Gangstörung, Müdigkeit
- b) Nausea und Erbrechen
- c) Verwirrtheit, Kopfschmerzen und Somnolenz
- d) Fieber und Schüttelfrost
- e) gesteigerte Reflexe, Epilepsie, Koma

4. Welche Parameter sind bei der Abklärung einer Hyponatriämie nicht unbedingt notwendig?

- a) Serum-Calcium
- b) Volumenstatus
- c) Natrium im Urin
- d) Urin-Osmolalität
- e) Plasma-Osmolalität

5. Welches Medikament oder welche Medikamentengruppe verursacht eher keine Hyponatriämie?

- a) NSAR
- b) Antidepressiva
- c) Ecstasy
- d) Morphin
- e) Calcium-Antagonisten

6. Folgende Aussage zur Gruppe der Diuretika stimmt nicht:

- a) Thiaziddiuretika und die Kombination aus Thiaziden/Kalium-
sparenden Diuretika sind die häufigste Ursache einer Hyponatriämie.
- b) Schleifendiuretika sind nur für circa acht Prozent der Hypo-
natriämien ursächlich, häufig erst nach monatelanger Therapie.
- c) Nach Re-Exposition mit Thiaziddiuretika ist eine erneute
Hyponatriämie zu erwarten.

- d) Schleifendiuretika können gegebenenfalls sogar zur Therapie
einer Hyponatriämie indiziert sein.
- e) Alkoholranke und alte, untergewichtige Menschen sind für eine
Diuretika-induzierte Hyponatriämie weniger gefährdet.

7. Folgende Aussage stimmt nicht:

- a) Das Natrium-Defizit kann berechnet werden.
- b) Klinisch kann die Gesamtnatriummenge durch die Einschätzung
des Volumenstatus bestimmt werden.
- c) Eine echte Hyponatriämie besteht, wenn die plasmatische
Osmolalität < 275 mosm/lkg beträgt.
- d) Wenn die Dauer der vorbestehenden Hyponatriämie nicht bekannt
ist, soll diese immer als akut betrachtet und als solche behandelt
werden.
- e) Eine Ringer-Laktat-Infusion hat einen Natrium-Gehalt von
130 mmol/l.

8. Welche Aussage zum SIADH (Syndrom der inadäquaten Sekretion des Anti-Diuretischen-Hormons) trifft nicht zu?

- a) Das Syndrom ist charakterisiert durch eine relativ erhöhte
ADH-Sekretion mit hypoosmolarer Hyponatriämie und
verminderter Ausscheidung von freiem Wasser.
- b) Das SIADH ist immer eine Ausschlussdiagnose.
- c) Die häufigste Ursache für ein paraneoplastisches SIADH ist ein
kleinzelliges Bronchialkarzinom.
- d) Irritationen des Zentralen Nervensystems haben keinen Einfluss
auf ADH.
- e) Stress führt zu einer reaktiven ADH-Ausschüttung.

9. Welche Aussage trifft zu? Die pontine Myelinolyse

- a) droht bei einer zu schnellen Substitution einer chronischen
Hyponatriämie (> 10 mmol/l /24 h oder > 18 mmol/l /48 h).
- b) kann im MRT nicht bestätigt werden.
- c) tritt ohne Zeitverzögerung ein.
- d) droht bei einer zu langsamen Substitution einer Hyponatriämie.
- e) führt typischerweise zu einer Spastik.

10. Welche Aussage trifft nicht zu?

- a) Kortison-Mangel führt zu einer Hyponatriämie.
- b) Eine akut aufgetretene Hyponatriämie muss langsam ausgeglichen
werden.
- c) Vasopressin-Rezeptor-Antagonisten sind zur Behandlung der
normovolämischen Hyponatriämie mit inadäquater Antidiurese
zugelassen.
- d) Beim Einsatz von Vasopressin-Rezeptor-Antagonisten besteht die
Gefahr der überschießenden Diurese.
- e) Trinkmengenbeschränkung ist häufig zur Behebung einer
Hyponatriämie ausreichend.

Lernerfolgskontrolle und Bescheinigung der Zertifizierten Kasuistik zum Thema „Patient mit rezidivierender Übelkeit, Schwindel und Kopfschmerzen“



* 2 7 6 0 5 1 2 0 1 7 0 3 5 3 6 0 0 2 5 *

Durch Aufkleben Ihres Barcodes erklären Sie sich damit einverstanden, dass die Fortbildungspunkte über den Elektronischen Informationsverteiler (EIV) Ihrem Punktekonto gutgeschrieben werden.

Titel, Vorname und Name (Bitte Druckbuchstaben)

Hier Teilnehmer EFN-Code aufkleben

Straße, Hausnummer

(Eine Weitergabe der erworbenen Punkte ist nur bei aufgeklebtem Barcode möglich.)

PLZ, Ort

Bitte füllen Sie die Lernerfolgskontrolle aus und unterzeichnen Sie die Erklärung.

Einsendeschluss: Dienstag, 30. Mai 2017 per Fax oder Post (Poststempel)

Faxnummer: 0211 4302-5808

Postadresse: Nordrheinische Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Lernerfolgskontrolle

Zertifizierte Kasuistik „Patient mit rezidivierender Übelkeit, Schwindel und Kopfschmerzen“ (*Rheinisches Ärzteblatt 4/2017*)

Bitte nur eine Antwort pro Frage ankreuzen

Fragen	Antwort a)	Antwort b)	Antwort c)	Antwort d)	Antwort e)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Erklärung: Ich versichere, dass ich die Fragen selbst und ohne fremde Hilfe beantwortet habe.

Ort, Datum, Unterschrift

Bescheinigung (wird von der Ärztekammer Nordrhein ausgefüllt)

- Hiermit wird bescheinigt, dass bei der Lernerfolgskontrolle mindestens 70 % der Fragen richtig beantwortet wurden. Für die Zertifizierte Kasuistik werden 2 Fortbildungspunkte angerechnet.
- Die Fortbildungspunkte können nicht zuerkannt werden, da weniger als 70 % der Fragen richtig beantwortet wurden.

Auflösung im *Rheinischen Ärzteblatt Juni 2017* in der Rubrik Magazin.

Düsseldorf, den _____

(Datum, Stempel, Unterschrift) Diese Bescheinigung ist nur mit Stempel gültig.