

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Leserbriefe zum „Aktuellen Fall der Gutachterstelle“, Heft 4/2022, Seite 15
Bewertung des Falles aus Heft 4/2022 siehe in diesem Heft Seite 20

Sehr geehrter Herr Kollege Kluge,

obengenannter Fall ist sehr interessant: die Traumatalogen hätten sofort ein CCT (Schädelprellung, Schürfwunde re. frontal, Z.n. Apoplexie 2011) auch zum Ausschluss einer cerebralen, sub- oder epiduralen Blutung, sowie Re-Insult bei NOAK-Therapie anfertigen lassen müssen – Xareltopause war richtig – die Therapie der Acetabulumfraktur ist offenbar gut gelungen; aber die nicht berücksichtigte internistische Situation war ignoriert worden: lag ein intrakardialer Thrombus b. ap und VHF vor oder vulnerable plaques in den HVA?

Man muss davon ausgehen: Zerebraler Re-Insult (totale Aphasie) im Media- stromgebiet nach NOAK-Pause bei flott. Intrakardialen Thrombus oder vaskulären plaques. Lysetherapie korrekt. An der schicksalhaften Gesamtsituation hätte mein Einwand leider auch nichts geändert – ein ärztliches Versagen ist somit auszuschließen.

Anmerkung: Ein Bridging nach NOAK-Pause (hier korrekt) wird nicht empfohlen – die Clexanebehandlung gewichts- adaptiert war wohl so richtig. Wir sehen auch nach NOAK-Pause immer wieder solche Entwicklungen.

Dr. med. Torsten Maurer, Dresden

Sehr geehrter Herr Dr. med. Kluge,

mit Bestürzung habe ich den Fall des 1944 geborenen Patienten gelesen. Gestatten Sie mir folgende Beurteilung: Ich bin ganz frech und kritisiere direkt Ihre Anamnese. Denn es fehlen Informationen, welche ZWINGEND erfragt werden müssen um den Fall zu beurteilen:

- 1: WANN war die letzte Einnahme des NOAKs? (postuliere: am Morgen des Unfalls)
- 2: Wie ist die Nierenfunktion des Patienten (postuliere: mittelgradige Einschränkung)
- 3: Geschlecht? (Annahme: männlich) Vorliegen Herzinsuffizienz? (Annahme: nein), Arterielle Hypertonie? (Annahme: nein) D.m.II (Annahme: nein), Vaskuläre Erkrankungen (Annahme: nein) = CHA2DS2-VASc 4

Therapie: 25. August 2019

Xarelto Pause → Umstellung auf Clexane. DAS ist ein Bridging! Und im geschilderten Fall absolut kontraindiziert, denn der Patient mit einer mutmaßlichen Einnahme am Morgen und Sturz im Tagesverlauf befindet sich im Spitzenspiegel des Antikoagulans. Jetzt zieht er sich eine Fraktur zu, welche hoch-

gradig Blutungsgefährdet ist. Und innerhalb der Zeitspanne, in der das Xarelto wirkt (mindestens 24 Stunden – je nach Nierenfunktion und weiterer Medikation) wird ein zweites Antikoagulans zuzüglich gegeben. Dies erhöht die Blutungsrisiken des Patienten!

Richtig wäre: Xarelto Pause, Bildgebung Becken zum Ausschluss aktive Blutung oder Hämatom, Überwachung (IMC), Hb Kontrolle Folgetag,

Wiederbeginn Xarelto in Abhängigkeit: 1: Nierenfunktion und weiterer Medikation (kann Pausierung > 24h rechtfertigen) 2: Vital-/Laborwerte und immer nach Blutungsausschluss 3: nach Beurteilung des Thrombembolierisikos des Patienten (CHA2DS2-VASc muss erhoben werden, auch vom Unfallchirurg!!)

Kein Medikamentenwechsel auf Clexane

Therapie ab 26. August 2019

Clexane 0,4 weiter: Keine Reevaluierung der Medikation, sondern Übernahme des fehlerhaften Medikaments in einer fehlerhaften Dosierung. Völlig unabhängig davon, ob die Information der vorbestehenden Einnahme eines NOAKs an den Maximalversorger übermittelt wurde, muss bei Vorliegen eines VHF und einer positiven Anamnese (Schlaganfall) die antikoagulative Therapie an das thrombembolische Risiko des Pati-

Anzeige

Notfallbogen

Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

Betreuungsverfügung

Sächsische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

download unter www.slaek.de

enten angepasst werden. Vor allem, da in diesem Fall sowohl die Becken- und Acetabulumfraktur als auch die angeordnete Immobilisation das Risiko erheblich erhöhen.

Indikation Immobilisation:

Es bestand keine Indikation zur vierwöchigen Immobilisation eines 78-Jährigen vorher sehr gut mobilen Patienten. Hier wird eine Gewichtsentlastung mit einer Gelenkentlastung gleichgesetzt. Dem ist in praxi nicht so. Allein pflegerische Maßnahmen wie Betten oder „Schiebern“ führen zu einer erheblichen Belastung des Acetabulums durch den Femurkopf. Die erhoffte Vermeidung einer sekundären Dislokation durch Entlastung kann also auch durch Bettruhe nicht gewährleistet werden.

Richtig wäre:

Instabile Fraktur: Evaluierung der patientenseitigen OP Risiken, wenn OP Risiken vertretbar: Festlegung des idealen OP Zeitpunkts interdisziplinär durch Internisten (Geriatern), Unfallchirurgen, Anästhesiologen, ggf. präoperative Konditionierung durch interdisziplinäres alterstraumatologisches Team (die operative Versorgung einer Acetabulumfraktur ist KEIN Notfall. Ziel sollte sein, die beste Version des Patienten in die OP zu schicken, welche man innerhalb einer Konditionierungszeit von bis zu einer Woche erreichen kann).

Stabile Fraktur, nicht vertretbare OP Risiken: Mobilisation mit 20 kg TB unter laufender OAK Therapie. TB nicht umsetzbar: Bett-Rollstuhltransfer oder Vollbelastung (je nach Frakturtyp)

Eine vierwöchige Immobilisation eines 78-Jährigen ist schlicht eine KATASTROPHE. Der alte Mensch verfügt nicht über die anabolen Reserven eines jungen Patienten. Die Immobilisation mit dem resultierenden Muskelabbau gefährdet den alten Menschen nicht nur in seiner Eigenständigkeit, sondern im Überle-

ben. Die Sarkopenie ist eine der Hauptursachen für das Frailty-Syndrom.

2. Oktober 2019

Offenbar ist hier die Gefährdung des Patienten etwas besser erkannt worden. Leider erfolgt das Medikamenten-Switting nicht konsequent auf das OAK. Die Geriater dieser Klinik sollten als Intensivmediziner des alten Menschen begriffen werden, welche in die Be-

handlung von der Notaufnahmetür bis zur Entlassung involviert werden, dann sind solche tragischen Verläufe vermeidbar.

Ich danke Ihnen, dass Sie diesen Fall gewählt haben, denn auch in unserer Klinik müssen wir täglich am Thema Antikoagulation arbeiten.

Dr. med. Stephanie Schibur, Leipzig