



Young General Internist Programme am SGIM 2012

# Von Mementool™ und Nierenschutz

**Bei der 80. Jahresversammlung der Schweizer Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin wurde ein neues Format speziell für junge Internisten zusammengestellt. Der Themenbogen reichte vom Vorgehen bei erhöhten Transaminasen über sinnvolles Demenzscreening und Abklärung bei TIA bis zu Schlafstörungen bei alten Menschen und einem Zehnpunkteprogramm zu Nephroprotektion. Häufiges zielführend abklären und richtig therapieren, so das Motto.**

Je älter ein Patient ist, umso „normaler“ sind kognitive/mentale Störungen. Nur eine genaue Untersuchung der Hirnleistung kann wirklich Klarheit schaffen, ist aber aufwändig. Für das Demenzscreening durch den Internisten sind nach Prof. Dr. Reto W. Kressig aus Basel gute Fragen (z.B. aus dem Mementool™, [www.mci-info.ch](http://www.mci-info.ch)) und der Uhrentest sinnvoll und praktisch. Wird ein MCI (mild cognitive impairment) entdeckt, so kann, muss dies aber nicht die Vorstufe einer Demenz sein. Eine frühe Diagnose ist für den Therapieerfolg entscheidend, so der Geriater. Und für die Therapie gilt die Empfehlung, dass eine Kombinationstherapie (Mementanin, Cholinesterase-Inhibitor) nachgewiesenermassen helfen kann, einen Patienten länger zu Hause zu versorgen [1]. Aber nur dann, wenn sie länger als ein Jahr eingesetzt wird, was wiederum für einen frühen Therapiebeginn spricht.

Dr. Martin Liesch widmete seine Ausführungen dem Hirnschlag und seinem Vorläufer, der transitorisch ischämischen Attacke TIA. 72% der Schweizer Bevölkerung kennen den Ausdruck „Streifung“, TIA ist hingegen nur 4,8% ein Begriff, die Symptome sind nahezu unbekannt. 97% wissen nicht, dass eine TIA ein gefährliches Warnsignal ist und notfallmässig zu einer internistischen bzw. neurologischen Untersuchung führen sollte. Werden die nötigen Untersuchungen (Blutdruck, Gefässstatus, EKG, Echokardiographie, Labor, CT) und alle bekannten Massnahmen der Sekundärprävention (Rauchen einstellen, Blutdrucksenkung, Statine etc.) eingeleitet, so kann das Hirnschlagrisiko um bis zu 80% gesenkt werden [2]. Nach einem Hirnschlag, ist bei stabilen Patienten eine möglichst frühe Mobilisation auch innerhalb von 24 Stunden für die Verhinderung von Komplikationen und möglicherweise auch für die funktionelle Erholung von Vorteil.

Das häufige Problem Schlafstörungen bei älteren Menschen rollte der Psychiater und Schlafmediziner Dr. Wolfgang Schmitt aus Bern auf. 35% der Betagten klagen über „schlechten“ Schlaf. Was sie genau damit meinen, könne ein Schlaftagebuch klären, empfahl er. Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, frühes Erwachen und schlechte Schlafqualität sind zu unterscheiden. Es sei häufig, dass alte Menschen zu viel Zeit im Bett verbringen, dann gelte es, ihre Schlafhygiene zu verbessern (Vermeidung stimulierender Faktoren, Förderung entspannender Faktoren, fester Schlaf-Wach-Rhythmus, adäquate Zeit im Bett, Licht). Für Phytotherapeutika mit Hopfen- und Baldrian-Inhaltsstoffen gebe es Evidenz für deren Wirksamkeit, wenn sie mindestens drei Wochen eingenommen werden. Da die meisten Medikamente (Benzodiazepine, Non-Benzodiazepine,

sedierende Antidepressiva, Antihistaminika, Neuroleptika und melatonerge Substanzen) nur auf eine Symptomlinderung hinzielen, sei die Psychoedukation ganz wichtig. Bei älteren Patienten liege die Number needed to treat für Hypnotika vom Typ der Benzodiazepinrezeptoragonisten bei 13, die Number needed to harm bei 6, daher sollte ihr Einsatz nur begrenzt erfolgen, wenn überhaupt [3]. Bei Alzheimer-Patienten kann die nächtliche Wachzeit durch körperliche Aktivität am Tag, Licht (hohe Luxzahl) und Psychoedukation vermindert werden [4]. Was bei einer Proteinurie zu tun sei, könne bislang nicht einfach in einer Guideline nachgelesen werden, dazu sei das Thema zu komplex, erklärte PD Dr. Bruno Vogt aus Lausanne. Eine Proteinurie von mehr als 3 g pro 24 Stunden weise auf ein glomeruläres Problem hin, mehr aber auch nicht. Oft sei die Diagnose erst durch die Nierenbiopsie endgültig zu stellen. Eine Mikroalbuminurie sei als wichtiger kardiovaskulärer Risikofaktor anerkannt und müsse zu entsprechenden Konsequenzen bei den zahlreichen Faktoren führen, die zur Progression einer chronischen Nierenerkrankung beitragen [5, 6]. PD Vogt beschrieb schliesslich:

## Zehnpunkteprogramm zur Nephroprotektion:

- 1 Korrekte Diagnose der Nierenerkrankung, spezifische Therapie falls vorhanden
- 2 Kontrolle der renalen Anämie Hb 11–12 g/dl (Eisen ESA)
- 3 Kontrolle von Phosphat, Kalzium und Parathormon
- 4 Kontrolle des Blutdrucks: Ziel-BD <140/90 mmHg, (<130/80 mmHg bei Proteinurie)
- 5 Kontrolle der Proteinurie <0,3 g/24 h (RAAS-Inhibitoren)
- 6 Kontrolle der Azidose bic >22–24 mM/l
- 7 Kontrolle der Dyslipidämie
- 8 Kontrolle des Diabetes falls vorhanden
- 9 Rauchstopp
- 10 Verminderung der Salzaufnahme (<6 g/d), ev. Gewichtsreduktion.

▼ SMS

Quelle: 80. Jahresversammlung der SGIM, 23.–25. Mai 2012, Basel

## Literatur:

1. Atri A et al.: Validity, significance, strengths, limitations, and evidentiary value of real-world clinical data for combination therapy in Alzheimer's disease: comparison of efficacy and effectiveness studies. *Neurodegener Dis.* 2012;10(1-4):170-4. Progress-Studie.
2. Arima H et al.: Effects of Blood Pressure Lowering on Intracranial and Extracranial Bleeding in Patients on Antithrombotic Therapy: The PROGRESS Trial. *Stroke.* 2012 Jun;43(6):1675-1677.
3. Glass J, et al.: Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ.* 2005 Nov 19;331(7526):1169
4. McCurry SM, et al.: Increasing walking and bright light exposure to improve sleep in community-dwelling persons with Alzheimer's disease: results of a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Aug;59(8):1393-402.
5. [www.prevent.org](http://www.prevent.org)
6. Gansevoort RT, Jong PE de. The case for using albuminuria in staging chronic kidney disease. *J Am Soc Nephrol* 2009; 20:465-8. Review.