

Traumatologie im Alter

Geriatrische Patienten brauchen mehr als Frakturversorgung

Über Patientenfaktoren mit Einfluss auf den Verlauf nach Traumata im Alter, Rehabilitationsprogramme im Allgemeinen und bei der proximalen Femurfraktur sowie Charakteristika des Langzeitverlaufs nach Frakturen im Alter und die häufige und wichtige Angst vor Stürzen sprachen verschiedene Referenten am 4. Alterstraumatologiekongress in Regensburg.

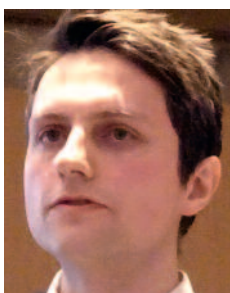
Fotos: H.B.



Dr. med. Juliane Barthel

Erfassung von Mangelernährung

Traumatologiezentren registrieren einen steigenden Anteil geriatrischer Patienten, und bei diesen liegt in 20 bis 50 Prozent eine Mangelernährung vor, berichtete Dr. med. Juliane Barthel, Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Marburg. Ein mangelhafter Ernährungszustand ist ein wichtiger Kofaktor für Komplikationen und Sterblichkeitsraten, aber bis heute gibt es keine übereinstimmenden Diagnosekriterien. Zwar existieren die ESPEN-Leitlinien für die Ernährung von chirurgischen und polymorbiden medizinischen Patienten (1, 2), eine Guideline für die Ernährung geriatrischer Traumatpatienten fehlt jedoch. Zwei Umfragen an jeweils 571 deutschen Kliniken für Unfallchirurgie/Orthopädie belegen immerhin, dass die Problematik 2016 im Vergleich zu 2012 deutlich mehr Aufmerksamkeit erfährt. So wird der Ernährungszustand bei Aufnahme häufiger erfasst, und Ernährungsvisiten auf Intensivstationen erfolgen öfter.



Dr. med. Andreas Wiedl

Frühe Mobilisation verhindert so manche Komplikation

Die postoperative Immobilisation ist eine allgemein anerkannte Ursache für Komplikationen nach alterstraumatologischen Frakturen, stellte Dr. med. Andreas Wiedl, Klinikum Augsburg, fest. Als wichtigste Komplikationen erwähnte er Pneumonien, Harnwegsinfekte, Delir, tiefe Beinvenenthrombose sowie Lungenembolie. In einer Erhebung wurden die Daten von gut 500 Patienten der alterstraumatologischen Einheit mit der Fragestellung untersucht, wie sich die Komplikationsraten nach streng immobilisierenden Frakturen der unteren Extremität beziehungsweise nicht immobilisierenden Frakturen der oberen Extremität verhielten. Nach versorgten Frakturen der oberen Extremität erfolgte eine frühe funktionelle Krankengymnastik, nach solchen der unteren Extremität eine frühe postoperative Mobilisation. Die Pneumonie- und die



Prof. Clemens Becker

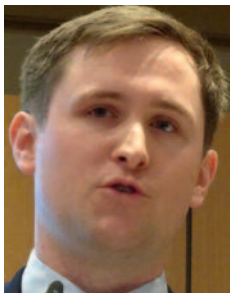
Harnwegsinfektrate erwiesen sich als von der Immobilisation unabhängig. Postoperative Delire und gastrointestinale Infekte traten hingegen nach immobilisierenden Frakturen häufiger auf. «Ein Konzept der frühen Mobilisation mit Vollbelastung scheint die Rate der Pneumonien und Harnwegsinfekte auf ein mit der Rate nicht immobilisierender Frakturen vergleichbares Niveau zu bringen», kommentierte Wiedl.

«Während die Häufigkeit der proximalen Femurfraktur stagniert oder sogar rückläufig ist, nimmt diejenige von Frakturen an anderen Lokalisationen (Wirbelsäule, Becken, Kopf) zu.»

Das häufigere Auftreten von Deliren nach Frakturen der unteren Extremität erklärt sich durch die postoperative Immobilisation und den höheren Volumenverlust.

Weniger proximale Femurfrakturen, mehr Brüche an anderen Lokalisationen

Für den Stellenwert der frühen, möglichst intensiven und ausreichend langen Rehabilitation ist die Evidenz mit Ausnahme der proximalen Femurfraktur (3) unzureichend, sagte Prof. Clemens Becker, Zentrum für Alterstraumatologie, Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart. Wie Erhebungen an fast 60 000 alten Hüftfrakturpatienten in Deutschland zeigten, verringerte sich die Mortalitätsrate nach 30 Tagen bei Versorgung an Kliniken mit unfallchirurgisch-geriatrischer Kooperation im Vergleich zu Kliniken ohne ein formalisiertes geriatrisches Komanagement um mehr als ein Viertel. «Die Frührehabilitation in der Alterstraumatologie wirkt», kommentierte Becker die vorliegenden Studien, «und sie verbessert die Funktionalität und senkt die Mortalität» (4). Während die Häufigkeit der proximalen Femurfraktur stagniert oder sogar rückläufig ist, nimmt diejenige von Frakturen an anderen Lokalisationen (Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule,

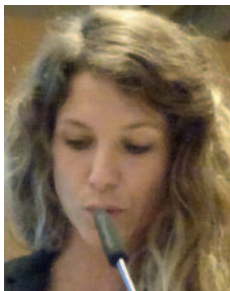


Dr. med. Tom Knauf

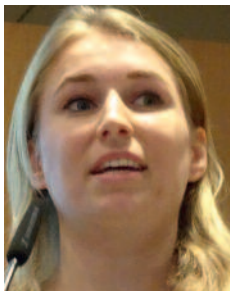
Becken, Kopf) zu. Bei diesen Knochenbrüchen ist jedoch der Stellenwert der Rehabilitation noch unzureichend untersucht.

Überleben nach proximaler Femurfraktur

Über die Ergebnisse einer prospektiven Studie über fünf Jahre an 402 Patienten mit proximaler Femurfraktur berichtete Dr. med. Tom Knauf, Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Marburg. Diese Fraktur gilt als der «typische» geriatrische Knochenbruch und wird mit einem ungünstigen Verlauf assoziiert. Bei Studienende lagen die Daten von 98 Prozent der initial rekrutierten Patienten vor. Das Ausgangsalter hatte 81 ± 8 Jahre betragen, 72 Prozent waren Frauen, 84 Prozent hatten selbstständig gewohnt, die übrigen in Pflegeheimen. Nach fünf Jahren lebten noch 38 Prozent der Patienten. Im ersten Jahr nach Frakturversorgung betrug die Sterblichkeit 28 Prozent, in den Folgejahren jeweils 7 bis 9 Prozent. «Die Erhebung bestätigt also die erhöhte Mortalität, insbesondere im ersten Jahr», erklärte Knauf. Die Mortalität ist aber nach Hüftfraktur auch langfristig erhöht, beträgt doch die allgemeine Sterblichkeit bei 80- bis 84-jährigen Frauen 5,9 Prozent und bei Männern 8,5 Prozent pro Jahr. Die Langzeitmortalität wird durch verschiedene Patientenfaktoren (Alter, Geschlecht, Komorbiditäten) beeinflusst. «Über ein Drittel überlebende Patienten nach fünf



Sabrina Morell



cand. med. Puck van der Vet

Jahren rechtfertigen die aufwendige Behandlung», ist Knauf überzeugt.

Langzeitverlauf nach Trauma im Alter

Die Auswirkung des zunehmenden Alters auf den Langzeitverlauf nach Traumata hat eine Studie am Kantonsspital Aarau untersucht, die Sabrina Morell, Study Nurse, Kantonsspital Aarau, zusammenfasste. Darin ergab sich, dass die Schwere des Traumas tiefere Korrelationen mit dem Langzeitüberleben aufweist als allgemein angenommen. Ein deutlicher Einfluss des Alters liess sich bei über 80-Jährigen nur

nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu testen, um therapeutische Angebote machen zu können.

Von der Angst, wieder zu stürzen

Für ältere Patienten nach Fragilitätsfrakturen ist die Angst vor Stürzen ein häufiges Problem, das mit hoher Morbidität und Mortalität sowie hohen Kosten einhergeht, sagte cand. med. Puck van der Vet, Kantonsspital Luzern. Dabei entwickelt sich ein Teufelskreis: Ein Sturz führt zur Angst vor Stürzen, was die Inaktivität fördert, die ihrerseits Muskeln und Knochen schwächt und das Risiko für Stürze erhöht. In eine Studie, welche die Auswirkung der Angst vor Stürzen herausarbeiten sollte, fanden 411 Patienten aus der Innerschweiz Eingang. Von ihnen erlitten innert eines Jahres 15,5 Prozent einen oder mehrere Stürze, und 39,7 Prozent berichteten von einer Angst vor Stürzen, erfasst anhand der Falls Efficacy Scale (FES). Der FES-Score war bei Patienten, die einen Sturz erlebten, höher als bei Patienten ohne Stürze. Die Lebensqualität wurde durch die Angst vor Stürzen beeinträchtigt, besonders deutlich bei Patienten, die einen Sturz erlitten hatten. Ein hohes Niveau bei der Angst vor Stürzen korrelierte mit einer grösseren Inaktivität. Trotz der gewichtigen Auswirkungen der Angst vor Stürzen nahmen nur wenige Patienten an einem Sturzpräventionsprogramm teil. Solche Programme zur Vorbeugung von Stürzen und Frakturen sollten bessere Verbreitung finden, schloss van der Vet. ▲

Halid Bas

Quellen: 4. Alterstraumatologiekongress in Regensburg, 22. März 2018.

Referenzen:

1. Weimann A et al.: ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. Clin Nutr 2017; 36(3): 623–650.
2. Gomes F et al.: ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. Clin Nutr 2018; 37(1): 336–353.
3. Diong J et al.: Structured exercise improves mobility after hip fracture: a meta-analysis with meta-regression. Br J Sports Med 2016; 50(6): 346–355.
4. Bachmann S et al.: Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2010;340:c1718.

«Über ein Drittel überlebende Hüftfrakturpatienten nach fünf Jahren rechtfertigen die aufwendige Behandlung.»

für körperliche Aspekte nachweisen, für mentale Langzeitverläufe jedoch überhaupt nicht. «Im körperlichen Sinn «be-tag» sind ältere Menschen somit erst über 80 Jahre», hielt Morell fest. Eine Indikation für Rehabilitationsbemühungen besteht in körperlicher Hinsicht mindestens bis zum Alter von 80 Jahren, in geistiger Hinsicht sogar unbegrenzt. Die Beobachtungen sollten Anreiz sein, Patienten schon früh