

Sehr geehrte, liebe Frau Kollegin, sehr geehrter, Lieber Herr Kollege,

neue Formate entstehen, um aus der Informationsflut das praktisch Relevante herauszufiltern: Vor einiger Zeit hatte ich zur Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin berichtet, die „konkrete Hilfe“ sein, aber auch sensibilisieren will, „nicht alles medizinisch Machbare zu tun“ (klug-entscheiden.com).

Heute stelle ich Ihnen ein Format der Europäischen Gastroenterologischen Gesellschaft „Mistakes in ...“ vor: Hier werden zur Therapie jeweils einer Krankheit häufige „Fehler“ aufgearbeitet – ich hoffe, Ihnen macht das Lesen so viel Spaß wie mir ...

Herzliche Grüße aus der medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT  
Ihr Bodo Klump

## „MISTAKES IN ...“ : FEHLER IN DER THERAPIE DER DEKOMPENSIERTEN LEBERZIRRHOSE

ueg education, Vol. 19 2019, www.ueg.eu/education, T. Tergast, C. Beier und B. Maasoumy

### ➔ Fehler 1: Unkritischer Einsatz von Protonenpumpeninhibitoren PPI's

PPI's werden mit der spontan bakteriellen Peritonitis sowie der hepatischen Enzephalopathie in Verbindung gebracht, daher: PPI's nur bei harter Indikation in der niedrigst möglichen Dosis für den kürzest möglichen Zeitraum!

### ➔ Fehler 2: Unpassende Anwendung von nicht-selektiven Betablockern

Propranolol und Carvedilol sind wichtige Medikamente in der Blutungsprophylaxe bei portalem Hochdruck, aber: Vorsicht bei Hypotonie, gestörter Nierenfunktion und spontan bakterieller Peritonitis / Sepsis – im Zweifel Betablocker pausieren!

### ➔ Fehler 3: Ungenügendes Management von (nosokomialen) Infektionen

Infektionen sind häufig, häufiger durch multiresistente Keime verursacht und klinisch schwerer als beim Lebergesunden zu erkennen, d.h.: dran denken!

### ➔ Fehler 4: Verzögerte diagnostische Aszites-Punktion bei spontan bakterieller Peritonitis

Die frühe Diagnose ist entscheidend; die Punktion wird jedoch häufig wg. einer eingeschränkten Gerinnung verzögert, aber: Komplikationen sind auch bei Thrombozytenzahlen unter 50.000/ul und einem Quick-Wert unter 50% sehr selten!

### ➔ Fehler 5: Unterschätzen der Rolle von Ko-Morbiditäten

An Ko-Morbiditäten denken, v.a. Herzinsuffizienz und Diabetes mellitus.

### ➔ Fehler 6: Vernachlässigen der Rolle der Hyponatriämie

Die Hyponatriämie bei Zirrhose ist in aller Regel eine hypervoläme „Verdünnungshyponatriämie“, d.h. die Therapie ist Flüssigkeits- (< 1.000 ml/Tag) und Natrium-Restriktion!

### ➔ Fehler 7: Ungenügende Aufmerksamkeit im Hinblick auf Fehl-/Unterernährung

Proteolyse und Hypoglykämie sind Folgen der Zirrhose, d.h.: keine Eiweiß-Restriktion, sechs Mahlzeiten verteilt über den Tag mit einer Spät-Abendmahlzeit und einem frühen Frühstück!

### ➔ Fehler 8: Verzögerte Antikoagulation bei Pfortader-Thrombose

Es wird häufig übersehen, dass die Zirrhose nicht nur eine Verminderung anti-, sondern auch pro-koagulatorischer Faktoren bedingt – dies und die Sorge vor Varizenblutungen hat zur Folge, dass eine antikoagulatorische Therapie verzögert eingesetzt wird – mit negativen Folgen für den Verlauf gerade der Pfortader-Thrombose!



**Prof. Dr. med. Bodo Klump**

Chefarzt der Klinik für Innere Medizin,  
Gastroenterologie und Tumormedizin

TELEFON 0711 / 4488-12400

FAX 0711 / 4488-11409

E-MAIL b.klump@medius-kliniken.de

medius KLINIK OSTFILDERN-RUIT

AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS  
DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN

Hedelfinger Straße 166

73760 Ostfildern

