

Hyponatriämie: ein Befund, dem große Aufmerksamkeit gebührt



Etwa zwei Prozent betrage in der Gesamtbevölkerung die Prävalenz der Hyponatriämie (Serum-Natrium <135 mmol/l), Tendenz mit dem Alter steigend; bei vielen Erkrankungen habe sie sich als unabhängiger Risikofaktor für eine erhöhte Mortalität erwiesen, etwas bei kardiovaskulären und pulmonalen Erkrankungen; bei der Leberzirrhose gelte sie sogar als extrem ungünstiger Prognose-Marker. Auch die leichte Hyponatriämie (130–135 mmol/l) ohne bekannte Grunderkrankung sei prognostisch ungünstig, schreiben Dr. Christian Weingart (Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg) und seine Mitautoren in der [„Deutschen Medizinischen Wochenschrift“](#).

Leitlinie zur hypotonen Hyponatriämie veröffentlicht

In Kliniken seien sogar bis zu 30 Prozent der Patienten von einer Hyponatriämie betroffen; sie sei die häufigste im klinischen Alltag anzutreffende Elektrolyt-Störung und mit einer erhöhten Mortalität, Morbidität und längeren Klinikaufenthalten assoziiert, betonen auch die Autoren einer aktuellen Leitlinie ([„European Journal of Endocrinology“](#)). Im Mittelpunkt der in englischer Sprache verfassten Leitlinie stehen die akute (≤ 48 Stunden) und die chronische hypotone Hyponatriämie bei Erwachsenen - unabhängig von der Ursache, etwa Diuretika, Nebenniereninsuffizienz und Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion. Die umfangreiche, mit vielen Tabellen sowie diagnostischen und therapeutischen Algorithmen versehenen Empfehlungen sind für Ärzte in Klinik und Praxis gedacht.

Hier nur eine kleine Auswahl relevanter „Botschaften“: Die Symptome können leicht und unspezifisch sein, aber auch schwer und lebensbedrohlich. Moderat schwere Symptome sind Übelkeit ohne Erbrechen, Kopfschmerzen und Verwirrtheit, schwere Symptome Erbrechen, Krampfanfälle, kardiorespiratorische Probleme, Somnolenz und Koma. In der Regel ist die Symptomatik umso ausgeprägter, je schwerer die Hyponatriämie ist. Davon kann es jedoch Ausnahmen geben. Außerdem: Selbst bei Patienten mit chronischer Hyponatriämie, die auf den ersten Blick symptomlos erscheinen, können bei genauerem Hinsehen Symptome auffallen, etwa Gangstörungen, Sturzneigung und kognitive Defizite. Außerdem haben Patienten mit chronischer Hyponatriämie häufig eine Osteoporose und vermehrt Frakturen. Trotz unvollständiger Datenlage sollte eine Hyponatriämie, auch in milder Form, bei älteren Menschen immer ernst genommen und behandelt werden, betonen auch Weingart und seine Mitautoren.

Vor jeder Therapie steht bekanntlich die Diagnose: Zu klären ist laut der Leitlinie daher zunächst, ob es sich um eine tatsächliche Hyponatriämie oder um eine Pseudohyponatriämie handelt, einem Laborartefakt, das bei abnorm hohen Serum-Konzentrationen von Lipiden oder Proteinen vorkommen kann. Handelt es sich um eine wirkliche Hyponatriämie, ist die hypotone von der nicht-hypotonen abzugrenzen.

Das therapeutische Vorgehen hängt selbstverständlich von der Schwere der hypotonen Hyponatriämie und der Symptome ab. Laborchemisch wird unterschieden zwischen

- leichter Hyponatriämie mit Serum-Natrium-Werten zwischen 130 und 135 mmol/l,
- moderater Hyponatriämie (125 bis 129 mmol/l) und
- schwerer Hyponatriämie (unter 125 mmol/l).

Die klinische Unterscheidung zwischen moderat symptomatischer und stark symptomatischer Hyponatriämie erfolgt allein aufgrund der klinischen Symptome, also unabhängig von Laborbefunden.

Hier nur als Beispiel das empfohlene Vorgehen bei akuter oder chronischer (hypotoner) Hyponatriämie mit schweren Symptomen: Sofort Infusion von 150 Milliliter einer dreiprozentigen hypertonen Lösung innerhalb von 20 Minuten. Danach Kontrolle der Natrium-Konzentration und erneute Infusion von 150 ml der hypertonen Lösung innerhalb von 20 Minuten. Dann zweifache Wiederholung von Punkt 1 und 2 oder bis das Ziel erreicht ist - ein Anstieg der Serum-Natrium-Konzentration um fünf mmol/l innerhalb von einer Stunde. Der maximale Natrium-Anstieg innerhalb der ersten 24 Stunden sollte 10 mmol/l betragen, danach zusätzlich acht mmol/l alle 24 Stunden; Zielwert: 130 mmol/l.

Kommt es trotz einer Zunahme des Natrium-Wertes um fünf mmol/l innerhalb der ersten Stunde nicht zu einer klinischen Besserung, sollte die Therapie mit einer dreiprozentigen Lösung fortgesetzt werden, und zwar mit dem Ziel eines Natrium-Anstieges um ein mmol/l pro Stunde. Stopp der Infusion: Wenn die Symptome zurückgehen oder die Natrium-Konzentration insgesamt um 10 mmol/l zugenommen hat oder ein Wert von 130 mmol/l erreicht ist.

Seltenes Therapie-Risiko: das Demyelinisierungs-Syndrom

Ein Risiko der Therapie ist das osmotische Demyelinisierungs-Syndrom. Hauptursache: eine zu rasche Korrektur des Serum-Natriums. Das Syndrom ist allerdings selten. Die Autoren der Leitlinie haben 54 dokumentierte Fälle gefunden und analysiert. Danach hängt das Risiko für das Syndrom vermutlich nicht allein von der Geschwindigkeit der Natrium-Korrektur ab; Risikofaktoren seien außer Alkohol-Abusus auch Lebererkrankungen und die Therapie mit Thiaziden sowie Antidepressiva; womöglich steigt das Risiko auch mit der Dauer der Hyponatriämie - noch ein Grund also, dieser Elektrolyt-Störung große Aufmerksamkeit zu schenken.

Quellen

Cookies (kleine Gedächtnisdateien) stellen den reibungslosen Ablauf unseres Services sicher. Wenn Sie Univadis® nutzen, akzeptieren Sie den Einsatz von Cookies. [OK](#)
[Erfahren Sie mehr.](#)

Link: <http://www.eje-online.org/content/170/3/G1.full.pdf+html?sid=a21d4cfb-6ce4-48d5-8335-7a78194dfaa8>

2. C. Weingart, T. Bertsch, C. Sieber und C. Bollheimer: Hyponatriämie im Alter: Neues zur Epidemiologie, Pathophysiologie und klinischen Konsequenzen

In: „Dtsch Med Wochenschr“ 2014

Link: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1369880>

Haftungsausschluss

Dieser Beitrag ist ein Service von univadis® und MSD. Idee, Konzept und Inhalt werden vom tkMedienBüro© bereitgestellt und repräsentieren nicht zwingend die Meinung von univadis® und MSD. ©tkMedienBüro