Optimale Therapie kardiologischer Erkrankungen

Alter ist kein Ausschlusskriterium

Grundsätzlich unterscheiden sich die Therapiestrategien bei älteren Patienten mit Herzinsuffizienz, KHK und Herzrhythmusstörungen nicht von denen bei jüngeren. Bei betagten Patienten müssen aber Begleiterkrankungen, Lebensumstände und Lebensqualität stärker in die Therapieentscheidung einfließen.

© Klaus Rose

Mit dem Alter wird die diastolische Dysfunktion als Ursache der Herzinsuffizienz häufiger.

— Bei älteren kardiologischen Patienten gehe es nicht um eine restitutio ad integrum, sondern vielmehr um eine restitutio ad optimum, so Prof. Bernd Lüderitz, Bonn. Dabei spiele die Lebensqualität für viele Patienten eine größere Rolle als die Lebenserwartung.

Die Prävalenz der Herzinsuffizienz liegt bei über 75-Jährigen heute bei ca. 10% mit einer jährlichen Zunahme von ca. 4%. „Die Prognose der Erkrankung ist in fortgeschrittenen Fällen durchaus mit der einer malignen Erkrankung vergleichbar“, sagte Prof. Vinzenz Hombach, Ulm. Im Vergleich zu jüngeren Patienten ist die diastolische Dysfunktion bei älteren Patienten viel häufiger. „Bei mehr als jedem zweiten älteren Herzinsuffizienzpatienten besteht eine diastolische Dysfunktion“, so Hombach. Die häufigste Vorerkrankung sei die arterielle Hypertonie.

Oft blande Symptomatik

Typisch für die Herzinsuffizienz sind Dyspnoe und rasche Ermüdbarkeit. Doch bei älteren Patienten kann es vorkommen, dass die Herzinsuffizienz sehr blande verläuft bzw. die typische Symptomatik als altersbedingt fehlinterpretiert wird. Für die Diagnosesicherung empfehlen sich neben der klinischen Untersuchung immer die Echokardiografie und die Bestimmung von Serummarkern wie dem BNP.

Die wichtigste und häufigste Begleiterkrankung herzinsuffizienter Patienten ist die Niereninsuffizienz. Schon eine leichte Niereninsuffizienz bringt eine wesentliche Verschlechterung der Prognose. Die Beachtung der Nierenfunktion ist auch für die medikamentöse Therapie von großer Bedeutung.

Start low, go slow

Gerade bei älteren Patienten empfiehlt sich vorrangig die Gabe von lang erprobten Medikamenten. Auch sollten die Behandlungsschemata so einfach wie möglich sein und die Therapie sollte engmaschig überwacht werden. „Für die medikamentöse Therapie älterer herzinsuffizienter Patienten sollte immer gelten: start low, go slow“, so Hombach. Dabei sollte stets mit der niedrigsten, gerade noch wirksamen Dosierung begonnen werden. Auch sei es sinnvoll, nach Möglichkeit Kombinationspräparate einzusetzen, um bei multimorbiden Patienten die Tablettenzahl zu minimieren.

Höheres Risiko bei PCI

„Grundsätzlich unterscheidet sich die KHK-Therapie älterer Patienten nicht von der bei jüngeren“, sagte Prof. Mel-

chior Seyfarth, München. Es sei keinesfalls gerechtfertigt, Patienten wegen ihres Alters eine interventionelle oder operative Therapie vorzuenthalten. So könne durch eine erfolgreiche PCI die Lebensqualität gerade älterer Patienten in besonderem Maße verbessert werden, die Frage nach dem prognostischen Nutzen sei für diese Patienten oft von untergeordneter Bedeutung.

Das Durchschnittsalter der mittels PCI oder Bypassoperation behandelten Patienten erhöht sich von Jahr zu Jahr. Im Hinblick auf die Therapieerfolge findet sich kein wesentlicher Unterschied zwischen jüngeren und älteren Patienten. „Aber das Mortalitätsrisiko ist bei älteren Patienten dreifach erhöht, und zwar bei der PCI und bei der Bypassoperation“, so Seyfarth. Es steige von 0,6% bei unter 80-Jährigen auf 1,5% bei über 80-Jährigen an. Ein entscheidender Risikofaktor für den Koronareingriff sei die Niereninsuffizienz.

Katheterablation bleibt Option

„Jeder zweite wegen einer Rhythmusstörung hospitalisierte ältere Patient leidet an Vorhofflimmern“, so Prof. Ellen Weber, München. Seltener seien das Sick-Sinus-Syndrom (13%), höhergradige AV-Blockierungen (7%) und supraventrikuläre Tachykardien (4%). Gerade für betagte Patienten mit paroxysmalen, ansonsten therapierefraktären supraventrikulären Tachykardien sei die Katheterablation durchaus ein segensreicher Eingriff.

Das vorrangige Therapiekonzept bei älteren Patienten mit Vorhofflimmern ist die Thromboembolieprophylaxe durch eine dauerhafte orale Antikoagulation. Die Indikation dazu sollte individuell risikoadaptiert nach dem CHADS2-Score gestellt werden.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

■ Quelle: Fortbildungsveranstaltung der Medical Parklinik Bad Wiessee, 24. Oktober 2009