

M. Gogol¹ · H.J. Heppner^{2,3}

¹ Klinik für Geriatrie, Krankenhaus Lindenbrunn, Coppenbrügge

² Klinik für Notfall- und internistische Intensivmedizin, Klinikum Nürnberg

³ Institut für Biomedizin des Alterns, Lehrstuhl Innere Medizin – Geriatrie, Universität Erlangen-Nürnberg

Pulmonale Erkrankungen im Alter

Die Lunge als zentrales Organ – nicht nur für den Gasaustausch – für den Vorgang des Alterns und der (Mit-)Beeinflussung anderer Organsysteme [1] im Rahmen von Krankheitsprozessen steht im Mittelpunkt dieses Hefts.

Eine Übersicht über die ambulant erworbene Pneumonie (AEP) gibt T. Welte, Hannover. Er zeigt, dass die AEP bezogen auf Häufigkeit und Outcome (Mortalität) eine Erkrankung ist, die eine starke Altersassoziation aufweist. Neben den aktuellen Impfpfehlungen referiert er auch differenziert die für Deutschland empfohlenen antiinfektiösen Behandlungsschemata.

Die Bedeutung von Aspirationspneumonien im Alter beschreiben H.J. Heppner et al., Nürnberg/Herne, in ihrer Arbeit. Die Aspirationspneumonie ist eine Erkrankung des geriatrischen Patienten mit hoher Morbidität und Mortalität, deren Häufigkeit mit zunehmenden Alter und progredienten Verlust von funktionalen Fähigkeiten steigt. Die Autorengruppe untersuchte die Patienten erstmals anhand von Scoresystemen, wie sie bei der AEP Verwendung finden, ohne dass diese im untersuchten Kollektiv eine prognostische Abschätzung erlaubten.

Die Routinedaten des Instituts für Qualität und Patientensicherheit (BQS) für das Modul AEP analysieren Gogol et al., Coppenbrügge/Hannover. Für ihre geriatrische Fachabteilung kommen sie dabei zu dem Ergebnis, dass die behandelten Patienten älter und schwerer erkrankt sind und eine höhere Rate präorbider kognitiver Einschränkungen aufweisen, aber eine höhere Mortalität auch angesichts prolongierter Zeitintervalle für ei-

ne Initiierung einer ersten antimikrobiellen Therapie im untersuchten Kollektiv nicht auftrat.

Ohne Zweifel sind bronchopulmonale Infektionen ein häufiger Anlass für eine stationäre Behandlung wie auch zugleich eine Komplikation derselben [2, 3, 4]. Im Rahmen der demographischen Veränderung werden wir zukünftig eine Zunahme solcher Infektionen sehen [5] und uns mit der Frage beschäftigen müssen, in welchem Ausmaß bestehende Komorbiditäten wie z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen [6] mit in eine Behandlungsstrategie integriert werden können, um das Outcome zu verbessern.

Nicht nur die Pneumonie wirft für die Zukunft weiterhin viele praktische und wissenschaftliche Fragestellungen auf, sondern auch die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD [1, 7, 8]). Die hohe Mortalität insbesondere älterer Patienten bei der COPD ist bekannt [9, 10, 11] und wird in der geriatrischen Fachliteratur im Rahmen der Handlungsempfehlungen reflektiert [12, 13, 14, 15]. Problematisch ist allein schon die korrekte Diagnose- und Schweregradeinteilung, die bei der COPD im Alter dadurch limitiert ist, dass die Referenzwerte der Lungenfunktion nur bis zum 75. Lebensjahr validiert sind [16, 17, 18] und dadurch systematische Fehler in der Schweregradeinschätzung entstehen können. Verschiedene Vorschläge zur Berücksichtigung auch der altersphysiologischen Abnahme der Lungenfunktion bestehen [19, 20, 21, 22, 23, 24]. Ungelöst ist die Problematik der Berücksichtigung von mechanischen Alterationen des Thorax [25, 26].

Die Arbeitsgruppe von H. Frohnhofen, Essen/Witten, untersucht die COPD beim alten Menschen in zwei Arbeiten. Thema der ersten Arbeit sind kognitive Einschränkungen bei COPD und deren potenzielle Konsequenzen, die sich aufgrund der mangelnden Fähigkeit zur Durchführung einer Lungenfunktion in einer verminderten Wahrnehmung der COPD und damit eines chronischen Sauerstoffmangels äußern können. Der zweite Beitrag beschäftigt sich mit der abnehmenden Muskelkraft und suffizienten Nutzung eines Inhalers und stellt hier eine hochinteressante pathophysiologische Verbindung zwischen Sarkopenie, mit oder ohne Frailty-Syndrom, sowie Behandlungsoptionen und ihrer Einschränkungen her.

Korrespondenzadresse

Dr. M. Gogol



Klinik für Geriatrie,
 Krankenhaus Lindenbrunn
 Lindenbrunn 1,
 31863 Coppenbrügge
 gogol@krankenhaus-
 lindenbrunn.de

Literatur

1. Jörres RA, Welte T, Bals R et al. (2010) Einfluss systemischer Manifestationen und Komorbiditäten auf den klinischen Zustand und den Verlauf bei COPD. Eine Übersicht über die Kohortenstudie COSYCONET. Dtsch Med Wochenschr 135:446–449
2. Werner H, Kuntsche J (2000) [Infection in the elderly – what is different?] Z Gerontol Geriatr 33:350–356

3. Hegener K, Krause T, Renteln-Kruse W von (2007) [Patient characteristics and factors associated with unfavourable in-hospital rehabilitation therapy outcome in very old geriatric patients with first-ever ischemic stroke – a retrospective case-control study] *Z Gerontol Geriatr* 40:457–462
4. Blommers E, Klimek M, Hartholt KA et al. (2011) Perioperative care of the older patient. *Z Gerontol Geriatr* 44:187–191
5. Mathes CD, Loncar D (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2020. *PLoS Med* 3:e442
6. Corrales-Medina VF, Suh KN, Rose G et al. (2011) Cardiac complications in patients with community-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS Med* 8:e1001048
7. Barnes PJ (2007) Chronic obstructive pulmonary disease: a growing but neglected global epidemic. *PLoS Med* 5:e112
8. Barnes PJ (2010) Chronic obstructive pulmonary disease: effect beyond the lungs. *PLoS Med* 7:e1000220
9. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ (2005) Predictors of 1-year mortality in patients discharged from hospital following acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Age Ageing* 34:491–496
10. Diejk PTM van, Mehr DR, Ooms ME et al (2005) Comorbidity and 1-year mortality risks in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 53:660–665
11. Ranieri P, Bianchetti A, Margiotta A et al (2008) Predictors of 6-month mortality in elderly patients with mild chronic obstructive pulmonary disease discharged from a medical ward after acute nonacidotic exacerbation. *J Am Geriatr Soc* 56:909–913
12. Gooneratne NS, Patel NP, Corcoran A (2010) Chronic obstructive pulmonary disease diagnosis and management in older adults. *J Am Geriatr Soc* 58:1153–1162
13. Albertson TE, Louie S, Chan AL (2010) The diagnosis and treatment of elderly patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease and chronic bronchitis. *J Am Geriatr Soc* 58:570–579
14. Aull L (2006) Pharmacologic management of chronic obstructive pulmonary disease in the elderly. *Ann Long Term Care* 14:27–35
15. Pearson M (2001) The management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Age Ageing* 30 (Suppl 1):10–12
16. Bellia V, Pistelli F, Giannini D et al (2003) Questionnaires, spirometry and PEF monitoring in epidemiological studies on elderly respiratory patients. *Eur Respir J* 21 (Suppl 40):215–275
17. Hardie JA, Buist AS, Vollmer WM et al (2002) Risk of over-diagnosis of COPD in asymptomatic elderly never-smokers. *Eur Respir J* 20:1117–1122
18. García-Río F, Pino JM, Dorgham A et al (2004) Spirometric reference equations for European females and males aged 65–85 yrs. *Eur Respir J* 24:397–405
19. Vaz Fragoso CA, Concato J, McAvay G et al (2009) Defining chronic obstructive pulmonary disease in older persons. *Respir Med* 103:1468–1476
20. Vaz Fragoso CA (2010) Defining chronic obstructive pulmonary disease in an aging population. *J Am Geriatr Soc* 58:2224–2226
21. Vollmer WM, Gislason T, Burney P et al (2009) Comparison of spirometry criteria for the diagnosis of COPD: results from the BOLD study. *Eur Respir J* 34:588–597
22. Medbo A, Melbye H (2007) Lung function testing in the elderly – can we still use FEV1/FVC <70% as a criterion of COPD? *Respir Med* 101:1097–1105
23. Jacobsen PK, Sigsgaard T, Christensen K, Miller MR (2008) Lung function as a predictor of survival in very elderly people: the Danish 1905 cohort study. *J Am Geriatr Soc* 56:2150–2152
24. Vaz Fragoso, Gahbauer EA, Ness PH van et al (2008) Peak expiratory flow as a predictor of subsequent disability and death in community-living older persons. *J Am Geriatr Soc* 56:1014–1020
25. Kjensli A, Falch JA, Ryg M et al (2009) High prevalence of vertebral deformities in COPD patients: relationship to disease severity. *Eur Respir J* 33:1018–1024
26. Di Bari M, Chiarlone M, Matteuzzi D et al (2004) Thoracic kyphosis and ventilatory dysfunction in unselected older persons: an epidemiological study in Dicomano, Italy. *J Am Geriatr Soc* 52:909–915

Neues Therapieverfahren bei feuchter AMD

Die Universitätsmedizin Mainz bietet eine neue Therapie zur Behandlung der feuchten Altersabhängiger Makuladegeneration (AMD) an. Bei der epimakulären Brachytherapie wird die Makula von innen gezielt bestrahlt und so die Wucherung krankhafter Blutgefäße dauerhaft verhindert. Augenärzte und Strahlentherapeuten führen den Eingriff gemeinsam durch. Dabei wird zunächst der Glaskörper des Auges entfernt und eine dünne Kanüle in das betäubte Auge eingeführt. Durch diese Kanüle wird die Strahlenquelle über eine Fernbedienung in den Glaskörperraum des Auges direkt vor die Makula geschoben. Der Operateur kann nun unter Mikroskopie die Strahlenquelle unmittelbar über die AMD-Läsion bringen und diese nach einem festen Strahlenplan etwa 4 Minuten lang einmalig und gezielt bestrahlen. Die Form der Kanüle ermöglicht es, einen definierten Abstand zum Zielgebiet einzuhalten und so das umliegende Gewebe bestmöglich zu schonen. Die Häufigkeit der Injektionen mit VEGF-Hemmern könnte durch die neue Therapie reduziert werden. Daher ist die epimakuläre Brachytherapie gerade für Patienten, die nicht auf die Standardtherapie reagieren, eine aussichtsreiche Alternative.

*Quelle: Universitätsmedizin Mainz,
www.unimedizin-mainz.de*