

Pragmatische Therapie bei Hochbetagten

Wie wird eine Herzinsuffizienz altersgerecht behandelt?

Das Durchschnittsalter von Patienten mit Herzinsuffizienz liegt bei 75 Jahren, damit ist die chronische Herzinsuffizienz eine typische Alterserkrankung. Bei über 70-Jährigen beträgt die Prävalenz der Herzinsuffizienz etwa 10%.

Es existieren verschiedene Einteilungen der Herzinsuffizienz. Klinisch relevant ist vor allem die Unterscheidung zwischen akuter und chronischer, sowie Herzinsuffizienz mit reduzierter versus erhaltener linksventrikulärer Pumpfunktion. Dabei gehen bei alten Patienten die Formen oft ineinander über. In der Geriatrie verstehen wir unter einer akuten Herzinsuffizienz oft die akute Dekompensation einer chronischen Herzinsuffizienz.

Die Hauptziele der Herzinsuffizienztherapie in der Geriatrie sind Erhalten oder Verbessern der Lebensqualität durch Verhinderung oder Verbesserung von Symptomen.

Allgemeine Empfehlungen und Massnahmen

- Patienten und Angehörige über Symptome und Therapie der Herzinsuffizienz aufklären;
- körperliche Aktivität fördern;
- bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz die Flüssigkeitszufuhr bei ca. 1,5 l/Tag konstant halten;
- Salzzufuhr reduzieren auf 4 g NaCl/Tag;
- täglich unter standardisierten Bedingungen Gewicht kontrollieren;
- bei Gewichtszunahme von mehr als 2 kg innert 2 Tagen Hausarzt konsultieren.

Medikamentöse Therapie

Die Unterscheidung in Herzinsuffizienz mit reduzierter Pumpfunktion (LVEF <50%) versus Herzinsuffizienz mit erhaltener Pumpfunktion ist aus therapeutischen Gründen essentiell. Ferner unterscheiden wir Patienten mit symptomatischer und asymptomatischer Erkrankung.

Reduzierte LVEF

• Asymptomatisch

Die asymptomatischen Patienten sollen zusätzlich zur Behandlung der Grunderkrankung mit einem ACE-Hemmer oder falls nicht toleriert mit einem AT1-Rezeptor-Blocker behandelt werden. Patienten nach Myokardinfarkt sollten zusätzlich einen Betablocker erhalten.

• Symptomatisch

Symptomatische Patienten mit eingeschränkter LVEF sollen mit einem ACE-Hemmer behandelt werden, sofern keine absolute Kontraindikation besteht. Eine ACE-Hemmer-Therapie muss tief dosiert begonnen und langsam gesteigert werden. Die Nierenfunktion und das Serumkalium sind vor Beginn, 1–2 Wochen nach Beginn und 1–2 Wochen nach jeder Dosissteigerung sowie nach Erreichen der Erhaltungsdosis in Abständen von 3–6 Mona-

ten zu kontrollieren. Ein Anstieg des Serumkreatinins bis 30% ist zu Beginn der ACE-Hemmer-Therapie nicht ungewöhnlich und kein Grund das Medikament zu reduzieren oder abzusetzen.

AT1-Rezeptor-Blocker (ARB) sind eine Alternative, wenn ACE-Hemmer kontraindiziert sind. Bei ungenügendem Ansprechen auf die Basistherapie (ACE-Hemmer, Betablocker), ist in erster Linie die Kombination mit Spironolacton, in zweiter Linie mit ARB zu empfehlen. Nach aktuellen ESC-Leitlinien setzt man Aldosteron-Antagonisten wegen ihrer Senkung der Mortalität mittlerweile früh ein, schon im NYHA II Stadium und bei einer LVEF \leq 35% (1). Hier wird der Beginn mit niedriger Dosierung von 12,5mg, gefolgt von Steigerung auf maximal 25 mg pro Tag empfohlen. Bei einem Kalium über 5 mmol/l muss die Dosis reduziert oder Spironolacton ganz abgesetzt werden. Die Kombination von ACE-Hemmer, ARB und Spironolacton sollte nur bei Patienten mit therapieresistenter Herzinsuffizienz und unter engmaschiger Kontrolle von Kalium und Kreatinin erfolgen. Bei gravierenden Nebenwirkungen des Spironolactons (Gynäkomastie) wird Eplerenon empfohlen. Gemäss aktueller Studienlage werden 25–50 mg Eplerenon empfohlen. Betablocker sollten auch alten Patienten mit Herzinsuffizienz und reduzierter LVEF gegeben werden. Die Wirksamkeit beruht auf der Down-Regulierung der Katecholamine, die während der Herzinsuffizienz stark erhöht sind. Betablocker ökonomisieren die Herzarbeit. Folgende Betablocker haben sich als wirksam erwiesen: Bisoprolol, Metoprololsuccinat, Carvedilol und Nebivolol. Das Alter allein ist kein Grund, Patienten nicht mit einem Betablocker zu behandeln (5). Die Behandlung sollte mit einer sehr tiefen Dosis begonnen werden nach dem Prinzip "start low, go slow, aim high". Eine Dosisanpassung sollte etwa alle 1–2 Wochen erfolgen. Der Benefit der Betablocker kann nach etwa drei Mona-



Dr. med. Bozana Popovic Sesartic
St. Gallen



PD Dr. med. Thomas Münzer
St. Gallen

ten erwartet werden. Bei Zunahme der Herzinsuffizienz ist es ratsam, die Dosis der Betablocker zu reduzieren. Kombinationen mit Kalziumantagonisten oder Amiodaron können zu unerwünschten Bradykardien führen.

Diuretika sind in der Behandlung der Herzinsuffizienz unerlässlich zur Symptomverbesserung. Abgesehen von Palliativsituationen sollten sie nicht als Monotherapie gebraucht werden. Schleifendiuretika (Torasemid, Furosemid) sind bei schwerer Herzinsuffizienz und bei eingeschränkter Nierenfunktion (GFR < 30 ml/min) die Therapie der Wahl. Kaliumsparende Diuretika, ausser Spironolacton, sollten nur bei persistierender Hypokaliämie trotz Gebrauch von ACE-Hemmern und/oder ARB eingesetzt werden. In therapierefraktären Situationen kann der synergistische Effekt durch die Kombination von Schleifendiuretika mit Thiaziden oder Metalozon genutzt werden. Die überschüssige Therapie mit Diuretika führt zu Hypovolämie und konsekutiver Niereninsuffizienz, metabolischer Alkalose und verstärkter Aktivierung des Renin-Angiotensin-Systems. Ältere Personen reagieren besonders auf Flüssigkeitsmangel und neigen zur Orthostase, daher sind minimale effektive Dosen von Diuretika zu empfehlen und man muss zwischen Behandlung der Herzinsuffizienz und dem damit verbundenen Sturzrisiko abwägen. Die Optimierung der Dosis anhand des Körpergewichts bei kardialer Rekompensation ist sehr wichtig. Schleifendiuretika sollen im Verlauf zu Gunsten der prognostisch wichtigeren Medikamente (ACE-Hemmer, Betablocker, Aldosteron-Antagonisten) reduziert werden. Eine engmaschige Elektrolytkontrolle ist angezeigt, um fatale Arrhythmien durch Elektrolytentgleisung zu vermeiden.

Eine salzarme Diät ist häufig besser als eine hohe Diuretika-Dosis. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass alte Menschen oft unter einer Malnutrition und einer Abnahme des Geschmacksinnes leiden und starkes Salzen eine der wenigen Möglichkeiten ist, eine ausreichende Nahrungszufuhr zu gewährleisten.

Nitrate kommen vor allem bei der akuten Herzinsuffizienz zum Einsatz und sollen im Verlauf durch ACE-Hemmer bzw. ARB ersetzt werden.

Die Indikation für kardiale Resynchronisations-Therapie (CRT) und implantierbare Kardioverter/Defibrillatoren (ICD) zur Therapie beim geriatrischen Patienten sollten unbedingt unter "geriatrischem Blick" gestellt werden. Neben der kardialen Symptomatik sollten Kognition, Funktion und Selbständigkeit mitberücksichtigt werden (2).

Erhaltene LVEF

Patienten mit erhaltener Pumpfunktion sind älter und vorwiegend Frauen mit einer Hypertonie-Anamnese. Bis zu 50% der älteren Patienten mit Herzinsuffizienz haben eine normale linksventrikuläre Pumpfunktion (LVEF \geq 50%) (3). Der Mechanismus der Herzinsuffizienz mit normaler Pumpfunktion ist wahrscheinlich primär eine diastolische linksventrikuläre Dysfunktion. In den meisten Fällen hilft die Echokardiographie bei der Einteilung (4).

Bei älteren symptomatischen Patienten nach Myokardinfarkt wirken sich die ACE-Hemmer positiv auf Symptome und Belastbarkeit aus. Die Behandlung mit Betablockern ist vor allem angezeigt, um die Herzfrequenz zu senken und damit die diastolische

Füllungsdauer zu verlängern. Bei einer Hypervolämie mit Lungenstauung und peripheren Ödemen sind Diuretika indiziert. Sie sollten aber vorsichtig initiiert werden, um die Vorlast nicht allzu stark zu senken, was sich negativ auf das Herzschlagvolumen auswirkt. Bei Lungenstauung ist eine Therapie mit langwirkenden Nitraten zusätzlich zu den Diuretika zu empfehlen. Zu betonen ist allerdings, dass es keine etablierte Therapie der Herzinsuffizienz mit erhaltener Pumpfunktion gibt, welche die Prognose verbessert. Die Herzinsuffizienzbehandlung ist in diesem Fall eine auf den Patienten individuell angepasste Therapie (1). Die Dyspnoe als häufiges klinisches Zeichen verbessert sich durch Diuretika-Gabe und Frequenzkontrolle. Häufige Ursache einer Dekompensation der Herzinsuffizienz mit normaler Pumpfunktion ist eine entgleiste arterielle Hypertonie (hypertensive Krise). Daher ist die optimale Hypertoniebehandlung von grosser Bedeutung. Allerdings besteht bei zu drastischer Blutdrucksenkung die Gefahr der orthostatischen Dysregulation mit deutlich erhöhtem Sturzrisiko. Die Prognose einer Herzinsuffizienz mit erhaltener Pumpfunktion ist nicht wesentlich besser als bei Herzinsuffizienz mit reduzierter linksventrikulärer Pumpfunktion.

Dr. med. Bozana Popovic Sesartic

PD Dr. med. Thomas Münzer

Geriatrische Klinik

Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter

Rorschacherstrasse 94, 9000 St. Gallen

Bozana.PopovicSesartic@geriatrie-sg.ch

Interessenkonflikt: Die Autoren haben keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur:

1. McMurray JJ et al, 2012, ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012, European Heart Journal 33; 1787- 1847
2. Francesc Formiga et al, 2013, Heart failure in elderly patients: it is time to add geriatric assessment, European Journal of Heart Failure Juli 24,2013
3. Micha T. Maeder et al, 2009, Heart Failure With Normal Left Ventricular Ejection Fraction, Journal of the American College of Cardiology, Vol.53, No. 11,; 905-918
4. Barry A. Borlaug, Walter J. Paulus, 2010, Heart failure with preserved ejection fraction: pathophysiology, diagnosis, and treatment, European Heart Journal Dezember 7, 2010,;1-13
5. Pfisterer M. Buser P. Rickli H. et al., 2009, BNP-Guided vs Symptom-Guides Heart Failure Therapy (TIME-CHF) Randomised Trial, JAMA,Vol. 301, No.4,; 383-392

Take-Home Message

- ◆ Bei der Herzinsuffizienz sollten nicht-steroidale Antirheumatika, Kalziumantagonisten, Antiarrhythmika Klasse I, trizyklische Antidepressiva, Lithium und Corticosteroide vermieden werden
- ◆ Richtungsweisend für die Entscheidungsfindung ist auch das Ergebnis des multidimensionalen geriatrischen Assessments
- ◆ Die Prinzipien der medikamentösen Therapie bei Hochbetagten gelten auch für die Herzinsuffizienz: Therapiebeginn mit niedriger Dosierung, cave Niereninsuffizienz und verminderte Leberfunktion und Interaktionen bei Polypharmakotherapie. Deshalb: "Start low, go slow"