

Hypertonie und Diabetes im Alter

Sind Idealwerte ideal oder unreal?

Gelten Therapierichtlinien auch für ältere Patienten? Die Referenten eines Satellitensymposiums der Firma Servier am 8. Wiener Internationalen Geriatriekongress votierten unisono für eine individualisierte Therapie – und gegen die strikte Anwendung von Richtlinien und EBM.

KATHARINA GRIMM

«Eine 73-jährige Patientin, 168 cm, 65 kg, kommt mit einem Blutdruck von 175/80 mmHg in die Praxis. Beobachten oder behandeln Sie?» Ausgehend von diesem Beispiel zeigte Professor Karl Silberbauer, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Eisenstadt, Aspekte des Problems auf. Die arterielle Hypertonie ist heute im Alter der häufigste kardiale Risikofaktor. Ihr Grad und das Vorhandensein weiterer Risikofaktoren bestimmen die Prognose des Patienten. 60 Prozent der über 60-Jährigen haben dabei eine isolierte systolische Hypertonie von > 140 mmHg, da der systolische Blutdruck mit dem Alter ansteigt. Sie tragen ein höheres Risiko für Apoplexie, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz und Demenz. Die Mortalität einer KHK wiederum steigt mit dem systolischen Blutdruck, und zwar im Alter besonders stark. Ähnliches gilt für den Hirnschlag. «Damit aber ist das absolute Risiko in dieser Altersklasse viel grösser, das heisst wir müssen weniger Patienten behandeln, um einen Benefit zu erzielen.»

Hypertonie auch im Alter konsequent behandeln

In einer Auswertung von 29 randomisierten, plazebokontrollierten Studien (Turnbull F, 2003) führte eine stärkere Blutdrucksenkung auch zu einer deutlicheren Risikominderung für kardiovaskuläre Ereignisse. In der PROGRESS-Studie (2003) wurden 6105 Patienten nach Hirnschlag im Sinne einer Sekundärprävention mit einem ACE-Hemmer und/oder Diuretikum behandelt, die Hälfte der Patienten hatte eine arterielle Hypertonie. Im Verlauf kam es unter dieser Behandlung nicht nur bei den hypertonen, sondern auch den normotonen Patienten seltener zu einem erneuten Hirnschlag. «Ich persönlich leite daraus keine generelle Empfehlung zur Behandlung normotoner Patienten nach Apoplex ab, jedoch zeigt dieses Ergebnis die Wichtigkeit der Blutdrucksenkung.»

8. Wiener Internationaler Geriatriekongress, 20.–23. April 2005, Wien

Um Morbidität und Mortalität der Hypertonie bei über 60-Jährigen zu senken, sollte der Blutdruck auf Werte < 140/90 eingestellt werden. Um die Gesamtmortalität und das Schlaganfallrisiko zu senken, liegt der Zielblutdruck ebenfalls unter 140 mmHg systolisch, bei gleichzeitigem Diabetes oder anderen Risikofaktoren sogar unter 130 mmHg. Nur: Ist dies im Alter überhaupt erreichbar?

Bei der eingangs erwähnten Patientin lag ein erhöhtes LDL-Cholesterin, aber kein Diabetes, keine KHK und kein Nikotinabusus vor. Aufgrund des guten Allgemeinzustands wurde konsequent mit Betablocker, Diuretikum und ACE-Hemmer behandelt und so ein systolischer Blutdruck um 110 bis 125 mmHg erreicht: «Vor allem aber, und das ist für unsere Patienten entscheidend, verbesserte sich auch die Lebensqualität erheblich!» Bei 15 bis 20 Prozent der älteren Patienten kommt es zu einer mehr oder weniger ausgeprägten Orthostasereaktion, besonders bei gleichzeitigem Diabetes oder M. Parkinson. Silberbauer empfiehlt deshalb für Diagnose und Therapiekontrolle die wiederholte Messung im Stehen.

«Bei älteren Diabetikern wirkt nur eine individuelle und multifaktoriell orientierte Therapie mortalitätssenkend.»

Prinzipiell sind alle Antihypertensiva auch für Ältere geeignet. Bei ACE-Hemmer-Gabe muss der Kreatininwert wegen der abnehmenden Muskelmasse im Alter nicht unbedingt die Clearance repräsentieren. «Erhöhte Kreatininwerte bis um das Doppelte sind für mich keine Kontraindikation für eine Therapie, solange sie durch engmaschige Kontrollen von Kreatinin und Elektrolyten überwacht wird. Unbedingt vermeiden sollten Sie aber eine Dehydrierung des Patienten.»

Da Schlaganfälle gehäuft frühmorgens auftreten, empfahl der Referent, Antihypertensiva spät abends zu geben, um nachts möglichst niedrige Werte zu erzielen.

Diabetes mellitus – je länger, je gefährlicher

Diabetes mellitus hat im Alter über 60 Jahren, eine Inzidenz von 20 Prozent. Dabei ist pathogenetisch die verminderte Insulinsekretion durch die Betazellen des Pankreas entscheidend, häufig kombiniert mit peripherer Insulinresistenz und Adipositas. Beim älteren Diabetiker kommen laut Professor Guntram Schernthaner, Krankenhaus Rudolfstiftung, Wien, zwei sehr gewichtige Risikofaktoren zusammen: Alter und Diabetes. In der EPIC-Studie (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) betrug das relative Risiko für eine kardiovaskuläre Erkrankung pro Lebensjahrzehnt 2,7, in der DIGAMI-2-Studie (Malmberg et al., 1995) war das Alter noch vor Diabetes und Hypertonie der entscheidende Faktor bezüglich der Mortalität. Diabetes per se erhöht die Mortalität einer KHK um das Doppelte, die einer Herzinsuffizienz sogar um das Vierfache. Erschwerend haben 90 Prozent der Diabetiker zudem ein metabolisches Syndrom.

Demgegenüber hatten Tan et al. (2004) unter 3594 Personen, bei denen im Alter über 65 Jahre ein Diabetes neu aufgetreten war, nur bei Frauen eine höhere Sterblichkeit gefunden. Schernthaner kritisierte die Schlussfolgerung der Autoren, dass Männer mit einem spät diagnostizierten Diabetes keine erhöhte

« Grundsätzlich entscheidet bei der Indikationsstellung zur Therapie der Allgemeinzustand und nicht das biologische Alter des Patienten. »

Mortalität aufwiesen. Die untersuchte Gruppe sei inhomogen, der Follow-up mit 4,6 Jahren kurz, und es fehlten Angaben zur Inzidenz eines metabolischen Syndroms in der Kontrollgruppe. «Richtig ist vielmehr, dass die Dauer des Diabetes im Alter entscheidend ist.» Je kürzer die Anamnese, desto besser die Prognose.

«Bei älteren Diabetikern wirkt nur eine individuelle und multifaktoriell orientierte Therapie mortalitätssenkend», meinte Schernthaner. «In der Therapie haben für mich deshalb neben Antihypertensiva auch Lipidsenker ihren Platz.» In der Nagano-Studie (Katakura M et al., 2003) konnte bei 390 intensiv behandelten älteren Diabetikern (Durchschnittsalter 73 Jahre, Zielwert HbA_{1c} < 7% und RR < 145/80 mmHg) mit 2,9 Prozent eine Mortalität wie in der Vergleichspopulation erzielt werden. Leese et al. (2003) stellten bei Typ-I- und Typ-II-Diabetikern unter Insulin fest, dass Alter und Dauer des Diabetes Risikofaktoren für besonders schwere Hypoglykämien sind. Gleichzeitig bieten sich zur Diabetesbehandlung im Alter aufgrund der Pathogenese die Sulfonylharnstoffe an. Deshalb ist das erhöhte Hypoglykämierisiko zu beachten, das bei den einzelnen Substanzen unterschiedlich ist: Asplund et al. fanden 1983 selbst für niedrig dosiertes Glibenclamid ein vergleichbares Hypoglykämierisiko wie für Sulfonylharnstoffe der ersten Generation. Sie identifizierten frühere Schlaganfälle, kardiale Erkrankungen, höheres Alter, eingeschränkte Nierenfunktion, kardiovaskuläre Erkrankungen, Mangelernährung, Alkohol und Medikamente als Risikofaktoren für einen schweren Verlauf. In der GUIDE-Studie (Schernthaner G et al., 2004) wurden unter Gli-

clazid etwa 50 Prozent weniger Hypoglykämien als unter Glimperid beobachtet.

Fazit: individuelle Therapie vor Richtlinien

Dr. Peter Fasching, Geriatriezentrum Baumgarten, Wien, bemängelte die häufig ungenügende Abgrenzung des Altersbegriffes in Studien: Patienten müssten jeweils getrennt in den Altersgruppen über 65, 75 und 85 Jahre betrachtet werden. Darüber hinaus wird die Gruppe der über 80-Jährigen in vielen Studien gar nicht erfasst. Die derzeit laufende HYVET-Studie (Hypertension in the very elderly) untersucht erstmals in einem randomisierten, plazebokontrollierten Design über 80-Jährige mit einem Blutdruck von systolisch 160 bis 199 mmHg im Sitzen. Primärer Endpunkt ist das Auftreten zerebrovaskulärer Ereignisse. «Grundsätzlich entscheidet bei der Indikationsstellung zur Therapie der Allgemeinzustand und nicht das biologische Alter des Patienten.» Richtlinien ergeben für Fasching deshalb nur einen Sinn, wenn sie dies berücksichtigen. So setzt etwa die European Union Geriatric Medicine Society für die Behandlung der arteriellen Hypertonie einen Grenzwert von 140/80 fest, wenn sie die einzige Erkrankung des Patienten ist (Single System Involvement = SSI). Für gebrechliche, teilweise abhängige Patienten mit relevanter Komorbidität (Frailty) liegt dieser Wert dagegen bei 150/90. In gleicher Weise unterscheiden sich die Zielwerte der Diabetestherapie: Bei SSI sollte ein HbA_{1c} von 6,5 bis 7,5 Prozent angestrebt werden, bei Frailty von 7,5 bis 8,5 Prozent.

Abschliessend wies Fasching auf ein

Dilemma hin: Bei Diabetikern liegen oft Syndrome vor, die multidisziplinäre, integrierte Betreuungsmodelle erfordern. «Eine solche individuelle Therapie aber spricht gegen Guidelines und strikte Anwendung der EBM.»

Literatur:

Asplund K et al. (1983): Glibenclamide-associated hypoglycaemia: a report on 57 cases. *Diabetologica*. 1983 Jun; 24: 412-417.

Katakura M et al. (2003): Prospective Analysis of Mortality, Morbidity, and Risk Factors in Elderly Diabetic Subject – Nagano Study. *Diabetes Care* 26: 638-644.

Leese et al. (2003): Frequency of Severe Hypoglycaemia Requiring Emergency Treatment in Type 1 and Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*: 26, 1176-1180.

Malmberg K et al. (1995): Randomized trial of insulin-glucose infusion followed by subcutaneous insulin treatment in diabetic patients with acute myocardial infarction (DIGAMI-Study): Effect on mortality at 1 year. *J Am Coll Cardiol* 26: 56-65.

Schernthaner G et al.: GUIDE-Study: double-blind comparison of once-daily gliclazide MR and glimepiride in type 2 diabetic patients. *Eur J Clin Invest*. 2004 Aug; 34(8): 535-42.

Chalmers J, MacMahon S: Perindopril PROtection aGainst Recurrent Stroke Study. *J Hypertens Suppl*. 2003 Jun; Suppl. 5: 9-14.

Tan et al. (2004): Diagnosis of Type 2 Diabetes at an Older Age. *Diab Care* 27: 2797-99.

Tinetti ME et al. (2004): Editorial. *NEJM* 351: 27, 2870-2874.

Turnbull F (2003): Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of ... *Lancet* 2003. Nov 8; 362 (9395): 1527-1535. ■

Katharina Grimm, Eich

Interessenkonflikte: keine