

Rheumatische Krankheiten im Alter

Medikamentöse und nicht medikamentöse Therapie

Die grundlegenden Zielsetzungen bei der Behandlung degenerativer und entzündlicher Gelenkerkrankungen sind Reduktion des muskuloskelettalen Schmerzes, Verlangsamung der Progression, Erhaltung und Verbesserung der Funktion und Lebensqualität sowie die Verhütung von Medikamentennebenwirkungen. Dies lässt sich durch nicht pharmakologische und durch medikamentöse Therapien erreichen.

GERIATRICS

Alle Vorhersagen gehen davon aus, dass der Anteil der älteren Menschen und damit auch derjenigen, die von entzündlichen und anderen Gelenkproblemen betroffen sind, immer weiter zunehmen wird. Die Behandlung solcher älterer Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen ist gleich durch mehrere Faktoren sehr erschwert, schreiben Howard Blumstein und Peter Gorevic in einem Fortbildungsmodul in der Zeitschrift «Geriatrics». Subtilere oder atypische Krankheitserscheinungen sind häufiger und erschweren die Diagnose. Eine effektive Therapie wird erschwert durch Komorbiditäten und Begleitmedikationen sowie die Risiken von Interaktionen bei Polypharmazie.

Physiologische Veränderungen

Das Altern geht einher mit einer Abnahme der Nierenfunktion, mit einem Absinken der Dichte von Medikamentenrezeptoren auf den Zellen, mit einem höheren Interaktionspotenzial zwischen verschiedenen Rezeptoren und mit Veränderungen im Signalübersetzungsprozess, der nach der Medikamentenbindung in Gang kommt. Eine Verringerung des Serum-Albumins kann zu geringerer Wirkstoffbindung und damit zu höheren Spiegeln an ungebundenem Wirkstoff

Merksätze

- Schmerz mit Analgetika, Wärme, Eis, Topika kontrollieren.
- Jeweils auch kontralaterales Gelenk sowie die Gelenke oberhalb und unterhalb mit einbeziehen.
- Müdigkeit mit Ruhepausen und Konditionierung angehen.
- Ein Stock in der kontralateralen Hand kann bis zu 40 Prozent des Gewichts vom schmerzenden Kniegelenk weg verschieben.
- Viskoelastische Einlagen können das Ausmass der Aufsetz-amplitude des Absatzes um zirka 40 Prozent verringern.
- Stretching und Beweglichkeitsübungen sind für die Verbesserung der Mobilität bei älteren Erwachsenen zentral.
- Physiotherapie und Übungen können Hüft- und Kniekontrakturen lindern.
- Gelenkinkongruenzen und -instabilitäten können mit Tapes und Schienen sowie Muskelstärkung angegangen werden.
- Patient beim Aufstehen und Gehen beobachten.
- Nach Sturzrisiken fahnden (Visus, Gangunsicherheit).
- Eine aerobe Bewegungstherapie in warmem Wasser kann helfen, geriatrische Patienten zu mobilisieren.
- Quadrizepsübungen haben einen günstigen Einfluss auf die Knieinstabilität.
- Übungsprogramme bei längerer Inaktivität (z.B. Hospitalisationen) entsprechend anpassen.
- Injektionsbehandlungen sind systemischen Pharmakotherapien oft vorzuziehen.
- Bei kardialen Bedenken vor einem Übungsprogramm einen Belastungstest durchführen.
- Häufige Unterlassungssünden sind fehlende Förderung der Stuhlentleerung bei mit Opioiden behandelten Patienten und Verzicht auf eine Gastroprotektion bei Patienten, die NSAR einnehmen.

führen. Bei Überlegungen zur Dosisfindung bei älteren Patienten sollte auch in der Grundversorgung die Kreatininclearance als genauere Parameter zur Abschätzung der Nierenfunktion Verwendung finden.

Funktion und die Lebensqualität zu erhalten und zu verbessern sowie Medikamentennebenwirkungen so gering wie möglich zu halten. Hierzu sind nicht medikamentöse und pharmakologische Ansätze notwendig.

Behandlungsstrategien

Die Therapie degenerativer und entzündlicher Gelenkerkrankungen hat grundsätzlich zum Ziel, die muskuloskelettalen Schmerzen zu verringern, die Progression zu verlangsamen, die

Nicht medikamentöse Ansätze

Die nicht pharmakologischen Strategien sind bei allen alten Patienten vorrangig. Dazu gehören Patientenschulung und -beratung hinsichtlich ihrer Erkrankung sowie die Anleitung zu

Tabelle: **Empfehlungen zum Einsatz einzelner Antirheumatika bei älteren Patienten**

Wirkstoff(e)	Indikation/Gebrauch	Bemerkungen/Anpassungen bei älteren Patienten
Sulfasalazin (Salazopyrin®)	Krankheitsmodifizierender Wirkstoff (DMARD) bei rheumatoider Arthritis, seronegativen Spondylarthropathien, anderen entzündlichen Synovitiden	Erhöhtes Risiko für gastrointestinale Toxizität
Leflunomid (Arava®)	DMARD	Keine Dosisanpassung mit Alter. Allenfalls Dosis reduzieren, wenn Alopezie, Gewichtsverlust, erhöhte Leberwerte auftreten.
Azathioprin (Imurek®)	DMARD bei entzündlicher Synovitis, Vaskulitis, entzündlicher interstitieller Lungenerkrankung	Keine altersbezügliche Differenz in Wirksamkeit und Verträglichkeit zwischen älteren und jüngeren Erwachsenen.
Allopurinol (Zyloric® u. Generika)	Reduktion der Harnsäureproduktion in der chronischen Therapie der Gicht	Ein aktiver Metabolit (Oxipurinol) wird renal ausgeschieden. Zur Verminderung des Hypersensitivitätsrisikos Dosis bei Nierenerkrankung reduzieren. Bei Langzeittherapie Gefahr von Katarakt! (Allopurinol kann unter UV-Einfluss in der Linse Eiweissveränderungen hervorrufen.)
Nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) z.B. Ibuprofen/Optifen® u.a., Diclofenac/Voltaren® u.a., Acemetacin/Tilur®	Entzündungshemmer mit weitem Anwendungsgebiet inklusive Schmerz, Schwellung, Fieber etc.	Mit Ausnahme von Acetylsalicylsäure und Acemetacin sind NSAR zu 99% an Albumin gebunden. Ältere Menschen mit marginalem Ernährungszustand können einen höheren Anteil an ungebundenem Wirkstoff mit stärkerer therapeutischer Wirkung, aber auch mit höherem Nebenwirkungs- und Endorganschaden-Risiko haben.
Celecoxib (Celebrex®)	COX-2-spezifischer NSAR mit geringerer Inzidenz von gastrointestinaler Toxizität	Kein oder geringer Effekt auf die Plättchenaggregation oder Blutungszeit (max 10% Anstieg bei Prothrombinzeit). Allenfalls Dosisreduktion bei Körpergewicht < 50 kg.
Kortikosteroide	Entzündungshemmer; Einsatz bei einem weiten Spektrum entzündlicher Erkrankungen, unter anderem: rheumatoide Arthritis, systemischer Lupus erythematodes, inflammatorische Myositis, Polymyalgia rheumatica, Arteriitis temporalis	Hypoalbuminämie führt zu erhöhten ungebundenen Steroidspiegeln mit gesteigerten Nebenwirkungen. Bei sorgfältiger Überwachung die tiefste noch effektive Dosis für die kürzeste Zeit einsetzen. Viele Nebenwirkungen sind bei älteren Patienten besonders problematisch (Katarakt, Glaukom, Osteoporose, dünne Haut, Gedächtnisprobleme, geschwächte Immunabwehr). Eine Hypertonie entwickelt sich häufiger bei familiärer Hochdruckbelastung und tiefem Serum-Kalzium.

Selbsthilfestrategien, die die Betroffenen unabhängig zur Schmerzlinderung einsetzen können.

Sehr hilfreich sollen von ausgebildeten Therapeuten durchgeführte kognitive Therapien sein, die auf Bewältigungsstrategien fokussiert sind und mit anderen Behandlungsmodalitäten kombiniert werden können.

Ein weiterer überaus wirkungsvoller Behandlungsansatz ist es, die Patienten zu vermehrter körperlicher Aktivität und zu Bewegungsübungen anzuhalten. Übungen verbessern die durch Muskelschwund verminderte Muskelkraft selbst beim ältesten Alten. Der Erfolg intensiver Übungsprogramme konnte selbst bei über Neunzigjährigen nach nur acht Wochen eindrücklich dokumentiert werden. Eine Förderung der körperlichen Kraft schlägt sich nach verschiedenen Studien auch in einer geringeren Häufigkeit von Stürzen und ihren Folgen nieder, und Krafttraining verbessert Knochendichte, Schmerzniveau und Depression.

Schätzungen gehen dahin, dass es doppelt so viel Zeit braucht, um Muskelkraft wieder zu erlangen, als es gedauert hat, sie beispielsweise während einer Hospitalisation zu verlieren. Die nützlichen Effekte eines Trainingsprogramms bleiben leider nicht erhalten, wenn es aus irgendeinem Grund ausgesetzt wird. Entsprechend soll der Trainingsaufbau nach einer Pause schrittweise erfolgen.

Sowohl in Querschnitts- wie in Langzeitstudien ist die Beziehung zwischen Übergewicht und Kniegelenkarthrose gut dokumentiert. Bei anderen gewichtstragenden Gelenken ist diese Assoziation hingegen weniger klar. Eine Reduktion des Übergewichts kann die Symptome der Kniegelenkarthrose nachhaltig lindern – auch dies ist dokumentiert, selbst für eine relativ geringfügige Gewichtsabnahme um 8 Prozent.

Neben einer Vielzahl weiterer nicht pharmakologischer Interventionen wie Wärme, Kälte, Massage, Relaxations- oder Distractionstechniken sind Hilfsgeräte von grosser Wichtigkeit. Stöcke und andere Gehhilfen, auch Rollstühle, können den entscheidenden Unterschied bewirken, ob jemand noch auf sich selbst gestellt funktionieren kann oder in einer betreuten Wohnsituation oder in einem Pflegeheim landet.

Eine weitere Komponente der nicht pharmakologischen Betreuung älterer Rheumapatienten sind Diagnose und Management von Begleiterkrankungen, die den Erfolg von Massnahmen zur Schmerzlinderung beeinflussen können. Zu denken ist hier an Bandinstabilitäten oder Muskelschwäche, eingeschränkte Propriozeption, Behinderungen durch Störungen in benachbarten Gelenken, Flexionskontrakturen, aber auch an die diabetische Neuropathie, die die Fussgelenke beeinträchtigen kann.

Schliesslich leiden viele Patienten mit chronischen Schmerzen an Depression und Schlafstörungen, die mitbehandelt werden müssen.

Pharmakologische Therapien

Ältere Menschen neigen ganz besonders zu Medikamenten-nebenwirkungen. So fand eine Studie, dass 3 Prozent aller Spitalaufnahmen bei älteren Patienten auf Nebenwirkungen

von nicht steroidal Antirheumatika (NSAR) zurückgingen, sei es als direkte Medikamentenwirkung (z.B. gastrointestinale Blutung), sei es als indirekter Effekt durch Verschlimmerung einer vorbestehenden Herz- oder Niereninsuffizienz. Ältere Patienten haben ein grösseres Risiko für *Helicobacter-pylori*-Infektion sowie für gastroösophagealen Reflux, medikamenten-induzierte Ösophagitis, peptische Ulzera und andere NSAR-Komplikationen, die sich zudem im Alter verschleiert oder atypisch äussern können. Angesichts der möglichen Gefahren ist immer wieder an das Motto «start low, go slow» zu erinnern. Paracetamol (Dafalgan® u.v.a.) ist wahrscheinlich die sicherste und adäquateste Anfangsmedikation für ältere Menschen mit muskuloskelettalen Schmerzen. Bei bekannten Leberproblemen ist die Dosis zu reduzieren, bei fortgeschrittenem Leberschaden ist ganz auf Paracetamol zu verzichten.

Eine weitere Möglichkeit ist Tramadol (Tramal® und Generika). Um Nebenwirkungen wie Schwindel, Benommenheit und Verwirrung zu verhindern, die bei geriatrischen Patienten besonders problematisch sind, ist auf eine sehr niedrige Anfangsdosis (z.B. 2 x 50 mg/Tag) zu achten. Bei bekannter Anfallsanamnese ist Tramadol kontraindiziert, da es die Krampfschwelle senken kann. Auch die Kombination mit einem selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) ist problematisch.

Für Patienten mit mittelschweren bis schweren Schmerzen als Folge einer Gelenkerkrankung können NSAR zur Schmerzkontrolle wirksamer sein als Paracetamol.

Die nicht selektiven («klassischen») NSAR tragen ein erhöhtes Risiko für Magenprobleme und gastrointestinale Blutungen, und die Inzidenz nimmt mit dem Alter zu. Die COX-2-selektiven NSAR (Coxibe) haben in dieser Hinsicht grosse Hoffnungen geweckt, die sie bisher aber nicht einlösen konnten, da schwerwiegende kardiovaskuläre Behandlungskomplikationen erst nach Marktzulassung bekannt wurden. Celecoxib (Celebrex®) ist zurzeit noch auf dem Markt, weitere Vertreter dieser Klasse warten in der Pipeline.

Bei der Verschreibung eines NSAR ist es in jedem Fall wichtig, eine Ulkusanamnese zu erheben und allenfalls auch nach *H. pylori* zu fahnden und bei positivem Test eine Eradikationstherapie durchzuführen. Ausserdem sind Nieren- und Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus sowie fortgeschrittene Störungen der Leberfunktion zu erfassen.

Wichtig ist auch, nach der Anwendung von Steroiden oder nach einer Antikoagulation zu fragen. Unter Antikoagulation könnte ein COX-2-Hemmer in Frage kommen, da die Blutungsparameter kaum beeinflusst werden.

Das American College of Rheumatology empfiehlt eine gastroprotektive Therapie bei allen Patienten, die einem signifikanten NSAR-assoziierten gastrointestinalen Risiko ausgesetzt sind. Der Magenschutz kann in Misoprostol (Cytotec®, 800 µg/Tag) oder in einem Protonenpumpenhemmer (z.B. Omeprazol [Antramups® u. Gen.] 20 mg/Tag oder Pantoprazol [Pantozol®, Zurcal®] 40 mg/Tag) bestehen.

Wenn muskuloskelettale Schmerzen mit adäquat dosiertem NSAR oder Paracetamol nicht ausreichend kontrolliert sind, müssen andere Strategien ins Auge gefasst werden. Die Kombi-

nation zweier NSAR ist dabei keine gute Idee, da sich beide Wirkstoffe am selben Rezeptor konkurrenzieren und das Nebenwirkungsrisiko steigt.

Eine Option ist die Kombination von Paracetamol mit Tramadol (Zaldiar®), für die gezeigt wurde, dass sie einen schnelleren Wirkungseintritt und eine längere Wirkungsdauer hat als die beiden Einzelwirkstoffe.

Gewisse Patienten benötigen eine stärkere Analgesie oder können die erwähnten Medikamente wegen Komorbiditäten nicht einnehmen. Dann können Opioidanalgetika eine signifikante Schmerzreduktion bewirken. Die Initialdosierung sollte vorzugsweise niedriger sein als bei jüngeren Patienten, und die Dosierungsschritte sollten weniger hoch sein und in längerem Abstand erfolgen. Gerade bei älteren Patienten darf mit dem Beginn einer Opioidtherapie die Obstipationsprophylaxe keinesfalls vergessen werden.

Topische Therapien werden zu oft vernachlässigt. Sie können am Applikationsort eine signifikante lokale Schmerzlinderung bringen.

Monoartikulärer Schmerz und Schwellung kann mit intraartikulären Steroidinjektionen behandelt werden. Dies wird zwar den Krankheitsverlauf nicht modifizieren, aber für eine gewisse Zeit Linderung bringen – und dies mit weniger Nebenwirkungen als einige der systemischen Therapien, wie Blumstein et al. betonen. Allerdings gilt es allgemein als ratsam, jährlich nicht mehr als vier intraartikuläre Injektionen zu verabreichen, da sonst Bedenken wegen einer Beschleunigung der Arthroseprozesse oder eines steroidinduzierten Knorpelschwunds bestehen.

Gewisse rheumatische Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, Polymyalgia rheumatica) können bei geriatrischen Patienten mit niedrig dosierten Steroiden (z.B. 5–15 mg/Tag Prednison oder Äquivalent) sicher behandelt werden. Dann ist jedoch besonders auf Begleiterkrankungen wie latente granulomatöse Erkrankung, vorbestehendes Ulkusleiden, Osteoporose, Diabetes oder Katarakt zu achten. Als Alternativen zu Steroiden und NSAR gibt es inzwischen immer weitere krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARD, Biologicals). Einige scheinen auch im Alter gut verträglich zu sein (Tabelle), ihr Platz im Management bei geriatrischen Patienten ist aber noch nicht eindeutig bestimmt, so Blumstein et al.

Wenn die medizinische Therapie versagt, ist auch bei alten Patienten die Frage einer Operation zu klären. Eine Studie fand beispielsweise, dass in einer Gruppe von 80-jährigen Männern und Frauen fünf Jahre nach einem Kniegelenkersatz 83 Prozent schmerzlos gehen konnten. Allerdings ist angesichts besonderer Hospitalisationsrisiken wie Delirium und kognitive Verschlechterung die besonders sorgfältige Auswahl in Frage kommender Patientinnen und Patienten ausschlaggebend. ■

Howard Blumstein (Division of Rheumatology, Mt. Sinai Medical School Center, New York/USA) et al.: Rheumatologic illnesses: Treatment strategies for older adults. *Geriatrics* 2005; 60 (June): 28-35.

Halid Bas

Interessenlage: Die Autoren deklarieren, keine finanziellen Interessenkonflikte zu haben.