

«Asthma im Alter erfordert mehrdimensionales Management»

Professor Peter Gibson berichtet auf dem ERS-Jahreskongress über die Situation älterer Asthmatiker

Jahreskongress der European Respiratory Society, ERS

Barcelona, 18.-22. September 2010

Asthma ist auch in höherem Lebensalter häufig, wird aber oft nicht diagnostiziert. Die Behandlung erschwert sich durch oft bestehende Begleiterkrankungen. Auf dem diesjährigen ERS-Jahreskongress machte Professor Peter G. Gibson von der Universität in Newcastle (Australien) deutlich, dass nur ein mehrdimensionales Management den älteren Asthmatikern gerecht werden kann.

UWE BEISE

Asthma bronchiale bleibt oft bis ins hohe Alter bestehen. Das zeigen Bevölkerungsstudien in Australien, entsprechende Erfahrungen gibt es auch in vielen Ländern. Etwas mehr als zehn Prozent der 65- bis 75-Jährigen sind in Australien an Asthma erkrankt, berichtete Gibson. Jenseits des 75. Lebensjahres sinkt die Zahl zwar, aber auch bei Hochbetagten ist Asthma «immer noch häufig». Was der Pneumologe darüber hinaus beklagt, ist die im Alter weiterhin «unakzeptabel hohe Asthma-Mortalität». Dagegen nimmt die Sterblichkeit bei jüngeren Asthmatikern immer noch weiter ab.

Studien zeigen laut Gibson, dass bei den unter 65-Jährigen Asthma oft überdiagnostiziert wird. Bis zu 30 Prozent beträgt der Anteil derer, die in Wirklichkeit kein Asthma haben. Auch ist Übertherapie mit Kortikosteroiden

weit verbreitet. Die meisten Studien zeigen laut Gibson, dass bei bis zu 50 Prozent der Patienten eine Senkung der Steroiddosis um 30 bis 50 Prozent möglich ist. Ganz anders stellt sich die Situation bei den betagten Asthmatikern dar, wo die Diagnose viel zu selten gestellt wird. Unterdiagnose beziffert Gibson mit 50 Prozent.

Spirometrie – auch bei alten Menschen möglich!

Alte Asthmatiker werden aber oft stiefmütterlich versorgt. Einer US-amerikanischen Studie zufolge kommen beispielsweise Kombinationstherapien viel zu selten zum Einsatz. Aber selbst auf eine Spirometrie, sonst ein Diagnosestandard, wird in höherem Lebensalter offenbar gern verzichtet. In einer Studie, die Gibson zitierte, wurden gar nur 13 Prozent der Patienten spirometrisch abgeklärt. Die offenbar zugrunde liegende Annahme, alte Menschen seien nicht in der Lage, die Untersuchung verlässlich auszuführen, hält Gibson für verfehlt. Bei gutem Training und angemessener Qualitätskontrolle seien bei über 90 Prozent der Betagten «gute reproduzierbare Ergebnisse möglich». Bei schwerer kognitiver Beeinträchtigung könne die Spirometrie zwar zum unüberwindbaren Problem werden. Studien hätten jedoch gezeigt, dass die Untersuchung bei der überwältigenden Mehrheit der Patienten mit einem MMSE-Testwert über 24 möglich sei.

Alterserscheinungen spielen mit hinein

Unzweifelhaft ist, dass die Therapie alter Asthmapatienten dadurch erschwert wird, dass eben das Alter seinen Tribut fordert. So nimmt die Elastizität des Brustkorbs ab, auch Air-Trapping mit Erhöhung des endexpiratorischen Lungenvolumens (EELV) ist ein typisches

Alterungsphänomen. Zudem müssen Betagte eine erhöhte Atemarbeit verrichten, und dies bei nachlassender Muskelkraft. Von Bedeutung ist auch die Alterung des Immunsystems (Immuno-seneszenz), was oft einen veränderten Entzündungstyp nach sich zieht. In den Atemwegen beherrschen zunehmend Neutrophile das inflammatorische Bild.

Asthma und COPD überlappen oft

Mit dem Alter verschlechtert sich zudem die Lungenfunktion. Auffällig ist, dass Asthma, vor allem bei Rauchern, immer häufiger mit einer COPD konvergiert – bei bis zu 50 Prozent der älteren Asthmatiker gibt es dieses Overlap-Syndrom. «Es ist heute wahrscheinlicher, dass alte Menschen ein Overlap-Syndrom haben als ein reines Asthma oder eine reine COPD», meinte Gibson. Bei ihnen summieren sich dann die Komplikationen, gehäuft treten eine chronische Bronchitis und eine bakterielle Kolonisation auf. Nach Ergebnissen einer noch nicht publizierten Studie fand sich bei 70 Prozent der 100 alten Patienten laut Sputumbefund «eine Evidenz für eine Entzündung» – auch dort, wo COPD und Asthma kombiniert auftraten.

Immer häufiger stellt man im Alter eine systemische Entzündung fest. Fast 60 Prozent haben erhöhte CRP-Werte. Und die entzündlichen Parameter verschieben sich. Während bei jüngeren Patienten meist eine Eosinophilie vorherrscht, sind im Alter die Neutrophilen führend – der entzündliche Phänotyp verändert sich also.

Management ist wichtiger als die genaue Diagnose

Von grosser Bedeutung sind bei alten Asthmatikern die zunehmend vorhandenen Begleiterkrankungen – ein Umstand, der auch dazu führt, dass

Tabelle:

Komponenten der Atemwegserkrankung und zielgerichtete Behandlung (nach Gibson, 2010)

Pharmakotherapie

Atemwegsobstruktion Langwirksame Bronchodilatoren
 Atemwegsentzündung Kortikosteroide, Makrolide (nach Sputumbefund)
 Systemische Entzündung evtl. Statine

Selbstmanagement

Inhalationstechnik Auswahl des Inhalationsgeräts, Instruktion, Kontrolle
 Compliance Ausführliche Aufklärung, gute Arzt-Patient-Beziehung
 Exazerbation Schriftlicher Handlungsplan

Risikofaktoren

Rauchen Beratung zur Raucherentwöhnung, Pharmakotherapie
 Adipositas Ernährungsumstellung, Interventionen zur Gewichts-
 abnahme
 Inaktivität Pulmonale Rehabilitation

(Häufige) Komorbiditäten

Adipositas Massnahmen zur Gewichtsreduktion
 Gastroösophagealer Reflux Protonenpumpenhemmer
 obstruktive Schlafapnoe u.a. CPAP-Therapie
 Katarakt Risikoreduktion durch geringstmögliche Steroiddosis;
 Operation
 Osteoporose geringstmögliche Steroiddosis; körperliche Aktivität,
 Kalzium und Vitamin D, eventuell Bisphosphonate

diese Patienten in randomisierten klinischen Studien unterrepräsentiert sind. Dasselbe gilt für das Overlap-Syndrom: «Wenn man eine Asthmastudie macht, fallen alle Asthmatiker mit Overlap heraus; wenn man eine COPD-Studie macht, sind sie auch nicht dabei.» Entsprechend dürftig sind in dieser Altersgruppe auch die vorhandenen Guidelines.

Für viele ältere komorbide Patienten ist es ohnehin ein Problem, Richtlinien einzuhalten, da sich zuweilen die jeweiligen Therapieempfehlungen gegenseitig ausschliessen. Gibson nannte als Beispiel die Betablockertherapie, die bei Herzinsuffizienz gefordert wird, bei Asthma aber nicht indiziert ist. In der Behandlung des alten Asthmapatienten geht es heute nach Meinung

von Gibson weniger darum, die Diagnosen Asthma und COPD fein auseinanderzuhalten. «Das Management muss den Patienten, nicht die Diagnose ins Zentrum rücken.» Dabei gilt es, die verschiedenen gesundheitlichen Probleme zu erkennen, sie individuell zu bewerten und anschliessend einen evidenzbasierten Behandlungsplan zu erstellen. In der Praxis bewährt sich laut Gibson ein mehrdimensionaler Assessment- und Interventionsansatz, wie er bereits geriatrisch gut abgesichert sei, etwa bei Demenz, Krebs und nun langsam auch bei COPD und Asthma.

Bei der Bewertung und Behandlung älterer Asthmapatienten sollten laut Gibson 4 Bereiche bedacht werden: die Situation der Atemwege, Komorbiditäten, das Selbstmanagement und Risikofaktoren (*Tabelle*).

Mit Hilfe eines mehrdimensionalen Therapieansatzes sei es möglich, die Lebensqualität der Patienten signifikant zu verbessern. Besonders hob Gibson die Entzündung als wichtigen Angriffspunkt hervor: eine eosinophile Entzündung spricht im Allgemeinen sehr gut auf Steroide an; neutrophile Entzündungen können sich unter Makroliden verbessern, wengleich die vorliegenden Ergebnisse noch keine eindeutige Aussage zulassen. Bei systemischer Entzündung können Statine ein Absinken erhöhter CRP-Spiegel bewirken. Dies haben mehrere auf dem ERS-Kongress präsentierte Studien bestätigt. ❖

Uwe Beise

Weiterführende Literatur:
 Peter G. Gibson, et al.: Asthma in older adults. Lancet 2010; 376: 803–813.