

Phytotherapie in der Geriatrie

Phytotherapeutische Möglichkeiten bei älteren Patienten

Beim vorliegenden Beitrag handelt es sich um Auszüge aus einem Referat von Prof. Dr. med. Dieter Loew, das er an der 26. Schweizerischen Tagung für Phytotherapie am 17.11.2011 in Baden gehalten hatte'. Es geht um altersphysiologische Veränderungen sowie um Anforderungen und Möglichkeiten pflanzlicher Arzneimittel bei älteren Patienten.

Dieter Loew

Physiologische Veränderungen, typische Krankheiten im Alter

Altern ist ein individueller, von erbten beziehungsweise erworbenen Faktoren abhängiger Prozess, beginnt mit der Geburt, setzt sich im Lebensablauf fort und endet mit dem Tod. Ab dem 30. Lebensjahr – Wendepunkt, an dem Höhepunkt von Wachstum, Reife, Entwicklung erreicht sind – erfolgt der physiologische Alterungsprozess mit kontinuierlichem Ab- und Umbau physiologischer Funktionen, Degeneration mit Funktionseinschränkung von Organen

¹ Vgl. AM thema Phytotherapie 2012 (1); 12:15
Kürzungen: Dr. C. Bachmann

und Geweben, verminderter Regenerationsfähigkeit, herabgesetzter Leistung und Adaptation sowie Beeinträchtigung spezifischer und unspezifischer Abwehr.

Altersphysiologische Veränderungen

Dazu gehören zum Beispiel Fehl-, Mangelernährung, Resorptionsstörung im Magen-Darm-Trakt, atrophische Gastritis, verminderte Magen-Darm-Motilität, Reduktion der Resorptionsfläche durch Rückbildung von Darmzotten, Beeinträchtigung von Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von Arzneimitteln.

Altersbegleitende Erkrankungen

Darunter versteht man zum Beispiel Arteriosklerose mit Folgekomplikationen, Arthrosen, Osteoporose, Sturzfrakturen, Stoffwechselstörung, hormonell verminderte Produktion oder veränderte Empfindlichkeit am Erfolgsorgan, reduzierte Immunantwort (Immunoseneszenz).

Typische Alterskrankheiten

Zu den typischen Alterskrankheiten zählen unter anderem Abnahme der Zellteilungsrate mit Altersatrophie, Funktionseinschränkung der Verdauungsorgane mit exokriner (verminderte Absorption fettlöslicher Vitamine), endokriner Pankreasinsuffizienz (Diabetes mellitus), Linsentrübung, Makuladegeneration, Schwerhörigkeit, Herzinfarkt, Schlaganfall, peripher-arterielle Verschlusskrankheit, Demenz, benignes Prostata-Syndrom, psychosomatische Erkrankungen, Depression, Suizidalität, Krebserkrankung, Inkontinenz.

Multimorbidität

Darunter versteht man Summation mehrerer Einzelerkrankungen, eingeschränkte Organreserven, Vorschäden mit Funktions-

einschränkungen von Leber, Nieren, Magen-Darm, Atemwegen, Knochen durch langjährige Einnahme von Arzneimitteln, zum Beispiel NSA, Cortison, Fremdstoffen, Interaktion von Arzneimitteln.

Anforderungen an Arzneimittel bei älteren Patienten

Bis zum Jahre 2050 werden Krankheiten wie Makuladegeneration, Glaukom, Herzinfarkt, Schlaganfall, Osteoporose, Oberschenkelhalsfraktur, Kolonkarzinom, Prostatakarzinom zunehmen. Aufgrund physiologischer, pharmakologischer, pharmakokinetischer Besonderheiten im Alter sollte die Anwendung von Arzneimitteln (Tabelle 1) kritisch überprüft werden (1,2). Zur Prophylaxe und Therapie kommen chemisch definierte und pflanzliche Arzneimittel als Monopräparate beziehungsweise als begründet fixe oder Ad-hoc-Kombinationen infrage, wobei pflanzliche Extrakte gleich synthetischen sowie nach nationalen und europäischen Richtlinien auf Qualität, Wirksamkeit, Unbedenklichkeit geprüft sind.

Pflanzliche Arzneimittel

Im Gegensatz zu Synthetika sind Phytopharmaka komplexe Mehrstoffgemische mit wirksamkeitsrelevanten, agonistischen, synergistischen, komplementären sowie nach Entfernung antagonistischer und toxisch relevanter Inhaltsstoffe noch unbekannt Strukturen. Sie besitzen multiple pharmakophore Gruppen, wirken eher unselektiv an mehreren Targets (Pleiotropie) und haben durch mehrere Einzeleffekte ein breites Wirkprofil mit weniger wirkungsmechanistisch bedingten Nebenwirkungen. Als Naturstoffe unterscheiden sie sich pharmakokinetisch von den Synthetika und sind im Alter – sieht man von wenig klinisch relevanten Interaktionen, zum Beispiel Johanniskraut, ab – weitgehend

Tabelle 1: **Kriterien für die Pharmakotherapie im Alter**

- ◆ Besteht eine begründete Verordnungsfähigkeit?
- ◆ Wird das richtige Arzneimittel bei Multimorbidität verordnet?
- ◆ Sind Pharmakokinetik, Pharmakodynamik verändert?
- ◆ Bestehen Arzneimittelinteraktionen?
- ◆ Sind Dosisänderungen erforderlich?
- ◆ Bedarf es der Dauertherapie, reicht symptomorientierte Intervalltherapie aus?
- ◆ Kann ein Arzneimittel abgesetzt werden?
- ◆ Bedarf es der Polypharmakotherapie?
- ◆ Ist mit höheren Raten an Nebenwirkungen zu rechnen?
- ◆ Ist die Compliance gewährleistet?
- ◆ Bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede bei Arzneimitteln?
- ◆ Sind gleich wirksame Phytopharmaka eine Alternative zu Synthetika?

unproblematisch mit weniger schweren Nebenwirkungen. Zu Indikationen zählen weniger akute, schwere Erkrankungen als mittelschwere bis leichte, besonders chronische Beschwerden. Wirksamkeit und Unbedenklichkeit sind unter anderem von physikalischen Stoffeigenschaften, pharmazeutischer, biopharmazeutischer Qualität, Resorption und Pharmakokinetik abhängig.

Phytopharmaka als Alternative zu problematischen Synthetika im Alter

In der 2010 im Deutschen Ärzteblatt publizierten vorläufigen PRISCUS-Liste sind po-

tenziell inadäquate Medikation (PIM) für ältere Menschen aufgeführt (3). Sie wurde nach einer zwei Runden umfassenden, strukturierten Expertenbefragung nach der Delphi-Methode erstellt. Für ältere Menschen wurden 83 Arzneistoffe aus 18 Stoffklassen als potenziell inadäquat, 46 als fraglich und 26 als unbedenklich eingestuft und mögliche Alternativen aufgezeigt. Bedauerlicherweise wurden Phytopharmaka nicht berücksichtigt, obwohl sie für gleiche Indikationen mit weniger wirkungsmechanistischen Nebenwirkungen zugelassen sind. *Tabelle 2* enthält pflanzliche Extrakte als Alternative zu Syn-

thetika, wobei letztlich die Arzneimittelauswahl der ärztlichen Therapiefreiheit und Erfahrung obliegt.

Pharmakologische, pharmakokinetische Empfehlungen für die tägliche Praxis

Die Zunahme älterer Menschen sowie multimorbider Patienten stellt die Gesundheitspolitik vor sozioökonomische und die klinische Forschung vor bisher vernachlässigte Probleme. Es stellen sich unter anderem Fragen zur begründeten Verordnungsfähigkeit, der richtigen Arzneimittelauswahl bei Multimorbidität, Veränderungen von Pharmakodynamik, Pharmakokinetik im Alter, Interaktionen bei Polypharmakotherapie, altersangepasster Dosis, Arzneimittelsicherheit und Compliance. Auf einige dieser Fragen wird aus klinisch pharmakologischer und pharmakodynamischer Sicht eine Antwort gegeben. Pflanzliche Arzneimittel erfüllen wie chemisch definierte Substanzen nationale und internationale Anforderungen an Qualität, Wirksamkeit, Unbedenklichkeit. Als komplexe Mehrstoffgemische mit wirksamkeitsrelevanten, agonistischen, synergistischen, komplementären, zum Teil unbekanntem und nach Entfernung toxisch relevanter Fraktionen besitzen sie multiple pharma-

Tabelle 2: **Phytopharmaka als Alternative zu Synthetika bei älteren Patienten**

Indikation	Chemisch-definierte Substanz	Pflanzliches Arzneimittel
Chron. Herzinsuffizienz NYHA II	Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer AT ₁ -Antagonisten	Crataegus-Blätter mit Blüten Dosis: 3 x 300 beziehungsweise 2 x 450 mg
Chron. Herzinsuffizienz NYHA II-III	Diuretika, Betablocker, ACE-Hemmer, AT ₁ -Antagonisten, Digitalis	Standard, statt Digitalis Crataegus-Blätter mit Blüten
Unruhe, Schlafstörung	Hypnotika, Benzodiazepine	Baldrian, Baldriankombination
Leichte und mittlere Depression	Tri-,Tetrazyklika, SSRI, SNRI, SSNRI, MAO-Hemmer	Hypericum-Extrakt Dosis: 3 x 300 mg, 2 x 450 mg
Hirnleistungsstörung	Acetylcholinesterase-Hemmer, Memantin	Ginkgo-biloba-Extrakt Dosis 240 mg/Tag
Periphere arterielle Verschlusskrankheit	Buflomedil, Naftidrofuryl, Pentoxifyllin	Ginkgo-biloba-Extrakt Dosis 240 mg/Tag
Reizmagen-Reizdarm Syndrom	Metoclopramid, Domperidon, Alizaprid	Iberogast®, Pfefferminzöl, Pfefferminzöl und Kümmelöl
Benignes Prostata-Syndrom	α-Rezeptorenblocker, α-Reduktasehemmer	Sägepalme, Brenneselwurzel, Roggenpollen, Kürbissamen
Klimakterische Beschwerden	Östrogene, Gestagene	Cimicifuga-Wurzelstock, Sibirischer Rhabarber
Spannungskopfschmerz	ASS, Paracetamol	lokal 10%iges Pfefferminzöl
Arthrosen, Wirbelkörper-Syndrom. Myalgie	Nichtsteroidale Antiphlogistika, Analgetika, Myotonolytika	Teufelskralle, Weidenrinde, Capsicum

kophore Gruppen, wirken eher unselektiv an mehreren Targets (Pleiotropie) und entfalten durch Addition mehrerer Einzeleffekte ein breites Wirkprofil mit weniger wirkungsmechanistisch bedingten Nebenwirkungen. Als Naturstoffe unterscheiden sie sich pharmakokinetisch im Hinblick auf Resorption, Biotransformation, Proteinbindung und Elimination von den Synthetika und sind im Alter – sieht man von wenig

klinisch relevanten Interaktionen zum Beispiel Johanniskraut ab – weitgehend unproblematisch mit weniger Nebenwirkungen und damit eine Alternative zu potenziell inadäquaten Synthetika. ◆

Anschrift des Referenten
Prof. Dr. med. dent. Dr. med. Dieter Loew
Am Allersberg 7
D-65191 Wiesbaden
Fax: 0049 611 9545099

Literatur:

1. Loew D.: Phytopharmaka in der Geriatrie (1). Was ist im Alter anders? Der Allgemeinarzt 2010 (2): 16–19, ARS Medici. Nr 3/, 14–15, 2010.
2. Rietbrock, N. Belz G.G.: in Klinische Pharmakologie, 4. Auflage, Rietbrock N., Staib H., Loew D. (Hrsg), Steinkopff 2004.
3. Holt St., Schmiedl S., Thürmann P.: 2010: Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. Dtsch Arztebl. Int; 107(31–32) 543–551.