

## Medikamente und Risiken

# Was ist im Alter zu beachten?

Prof. Dr. med. Klaus Herrlinger

Bei der Behandlung älterer CED-Patienten müssen einige Punkte beachtet werden: Die Patienten leiden zunehmend auch an anderen Erkrankungen, wie z.B. Spätfolgen von Bluthochdruck und/oder Diabetes mellitus. Sie erhalten häufig wegen ihrer Nebenerkrankungen zusätzliche Medikamente, bei denen die Verträglichkeit mit den CED-Medikamenten im Auge behalten werden muss. Es muss besonders abgewogen werden, in welchem Verhältnis Nutzen und eventueller Schaden durch die Therapie stehen. Prinzipiell unterscheiden sich die Therapieziele beim älteren Patienten nicht von denen beim jüngeren Patienten. Wichtig ist, sich klar zu machen, dass die CED im Alter eher einen mildereren Verlauf nehmen. *red*

### Zusätzliche Erkrankungen

Mit zunehmendem Alter leiden Patienten zunehmend auch an anderen Erkrankungen, so genannten Komorbiditäten, wie z.B. Gefäßverkalkungen als Spätfolgen von Bluthochdruck und/oder Diabetes mellitus. Damit ist auf der einen Seite das Spektrum von Differentialdiagnosen, also anderen Krankheitsbildern, die für die Symptome in Frage kommen, anders und breiter als beim jungen Patienten. Hier kommen Krankheitsbilder wie z.B. infektiöse Darmentzündungen, ischämische, d.h. auf dem Boden von Durchblutungsstörungen entstandene Entzündungen, die Divertikulitis und die durch bestimmte Schmerzmittel hervorgerufenen Colitiden in Betracht. Andererseits erhalten ältere Patienten häufig wegen ihrer Nebenerkrankungen zusätzliche Medikamente, bei denen die Verträglichkeit mit den CED-Medikamenten im Auge behalten werden muss. Drittens muss gerade beim älteren Patienten besonders abgewogen werden, in welchem Verhältnis Nutzen und eventueller Schaden durch die Therapie stehen.

Wenn wir von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im Alter sprechen, dann meinen wir Patienten im Alter über 60 Jahre. Ein spätes Auftreten (Manifestation) der Erkrankungen kommt bei zirka 10 bis 15 Prozent unserer Patienten vor. Bei der Behandlung älterer CED-Patienten gibt es in Hinsicht auf die Therapie einige Aspekte, die Beachtung finden müssen.

## Differentialdiagnostik

In der Praxis bedeutet das zunächst, dass vor Eskalation einer Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankung noch intensiver als beim jungen Patienten eine andere Ursache der Erkrankung ausgeschlossen werden und eine entsprechende Diagnostik mit Endoskopie und bildgebenden Verfahren durchgeführt werden muss, insbesondere auch, um nicht ein bösartiges Geschehen zu übersehen. Auf diese Problematik wird im entsprechenden Kapitel dieses Heftes (siehe den Artikel von Dr. Maul) ausführlich eingegangen.

## Wirkstoffinteraktionen

Die Nebenerkrankungen eines Patienten spielen in der Anamnese, also der Erhebung der Krankheitsgeschichte eine viel wichtigere Rolle als beim jungen Patienten. Hier muss das wechselseitige Aufeinandereinfließen der Medikamente in Betracht gezogen werden, so verträgt sich z.B. das Azathioprin nicht mit dem Gichtmittel Allopurinol. Bestimmte Schmerzmittel (NSAR) können die CED verschlechtern und eventuell schon die alleinige Ursache der Symptome sein und sollten eher abgesetzt oder ausgetauscht werden. Manche Patienten leiden an Autoimmunerkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis und stehen schon unter einer immunsuppressiven Therapie, hier kann eine Kombination mit CED-Medikamenten gefährlich werden. Bei der schweren Herzinsuffizienz verbietet sich der Einsatz der Anti-TNK-Antikörper, beim Leberschaden das Methotrexat, bei der schweren Niereninsuffizienz eventuell der Einsatz von 5-ASA. Bei der systemischen Ste-

roidtherapie steht insbesondere beim älteren Patienten die Osteoporose im Blickpunkt (siehe den Artikel von von Tirpitz).

## Stufenweise Therapiesteigerung

Nach Ausschluss anderer Erkrankungen und Ausschluss von Medikamentenunverträglichkeiten müssen die Therapieziele beim alten CED-Patienten definiert werden. Prinzipiell unterscheiden sich die Therapieprinzipien beim älteren Patienten nicht vom jüngeren Patienten. Allerdings ist es wichtig, sich klar zu machen, dass die CED im Alter einen eher milderen Verlauf nehmen. So ist z.B. beim Morbus Crohn der „unkomplizierte“ inflammatorische Entzündungstyp eher die Regel, während der zu Komplikationen neigende stenosierende oder fistelbildende Typ seltener vertreten ist. Bei der Colitis ulcerosa ist im Alter der distale Befall (des Rektums und des Sigmas) noch häufiger als der ausgedehnte Befall. Man wird also beim älteren Patienten noch mehr als beim jungen Patienten die Strategie eines Step-up verfolgen, d.h. die stufenweise Steigerung der Therapie.

## Mesalazin und topische Kortikosteroide

In der Schubtherapie wird man beim älteren Patienten möglichst eine langdauernde Steroidtherapie vermeiden wollen. Bei der Colitis ulcerosa mit mildem bis moderatem Schub wird zunächst das Mesalazin (5-ASA, Handelsnamen z.B: Asacol, Claversal, Mezavant, Pentasa, Salofalk, diverse Generika) systemisch (oral) „am Ort“ wirksam, z.B. als auch topisch (als Einlauf) zum Einsatz kommen. Dabei kann

natürlich eine bestehende Inkontinenz ein Problem darstellen, die Einläufe zu halten. Auch wenn der Einsatz von 5-ASA beim Morbus Crohn immer noch umstritten ist, wäre insbesondere beim älteren Patienten mit mild bis moderatem Ileozökalbefall Mesalazin eine vertretbare Option gefolgt vom topisch wirksamen Budesonid. Bei rektalem Befall können auch steroidhaltige Einläufe zum Einsatz kommen, um die systemische Steroidtherapie zu vermeiden.

### Kortikosteroide

Eine Steroidtherapie birgt diverse Risiken, die beim älteren Patienten besonders ins Gewicht fallen. Zu erwähnen ist hier das erhöhte Risiko für Infektionen. Ein gleichzeitiger bestehender Diabetes mellitus wie auch ein arterieller Hypertonus können unter der Therapie mit Steroiden außer Kontrolle geraten. Ein großes Problem insbesondere bei den älteren Patienten stellt die durch Steroide verursachte Osteoporose, insbesondere bei längerem Steroidgebrauch dar.

### Azathioprin

Die Wirksamkeit von Azathioprin (z.B.: Azafalk, Colinsan, Imurek, Zytrim, diverse Generika) scheint auch bei älteren Patienten gegeben zu sein. Insgesamt scheint die Verträglichkeit von Azathioprin bei älteren Patienten gut zu sein. Es sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass die gleichzeitige Gabe von Allopurinol mit Azathioprin die Wirkspiegel des Azathioprin erhöht und zu schweren Knochenmarksschädigungen führen kann.

Das Risiko für eine Lymphomentstehung ist unter Azathioprin leicht erhöht. Dieses Risiko wird beim jungen Patienten weit überwogen durch die Vorteile der Therapie. Alter stellt ein unabhängiges Risiko für die Lymphomentstehung bei CED-Patienten dar. Da beim älteren Patienten das Risiko für ein Lymphom höher liegt als beim jungen Patienten, sollte eine immunsuppressive Therapie, insbesondere in Kombination mit Biologika, beim älteren Patienten gut abgewogen werden.

### Anti-TNF-Antikörper

Die Effektivität der Anti-TNF-Antikörper scheint bei älteren Patienten eher etwas geringer zu sein als bei den jüngeren Patienten. Mehrere Studien zeigen zudem ein deutlich erhöhtes Risiko für infektiöse Komplikationen unter der Anti-TNF-Therapie insbesondere bei den älteren Patienten. Dies zeigen sowohl Daten aus der Rheumatologie wie auch bei Patienten mit CED. Insbesondere die Kombination von verschiedenen immunsuppressiven Medikamenten (Steroide, Azathioprin, Tacrolimus, Cyclosporin, anti-TNF-Antikörper) sollte möglichst vermieden bzw. sehr gut gegen andere Optionen abgewogen werden. Ist die immunsuppressive Therapie klar indiziert, muss den infektiösen Komplikationen unter der Therapie besonderes Augenmerk gewidmet werden. Die Prävalenz, d.h. die Häufigkeit einer „schlummernden“ Tuberkulose ist bei älteren Patienten, insbesondere aus den südlichen und osteuropäischen Regionen höher als bei den jungen Patienten und die Tuberkulose muss vor Beginn der Therapie ausgeschlossen werden. Bei der Kombination verschiedener Immunsuppressiva muss gegebenen-

falls eine vorbeugende Antibiotikatherapie gegeben werden. Insbesondere die älteren Patienten sollten gegen Pneumokokken und regelmäßig gegen Influenza geimpft werden. Bei Patienten mit Herzinsuffizienz sind Anti-TNF-Antikörper kontraindiziert.

Zusammenfassend gelten bei älteren Patienten prinzipiell die gleichen Therapieprinzipien wie bei jüngeren Patienten. Allerdings wird man während des generell mildereren Verlaufs der CED im Alter und der zusätzlichen Risiken inklusive der eventuell bestehenden Co-Medikationen und Co-Morbiditäten eher eine defensivere Therapiestrategie wählen. ©

**Prof. Dr. Klaus Herrlinger**  
ist Chefarzt der Abteilung  
Innere Medizin I (Allgemeine  
Innere Medizin mit Schwer-  
punkten Gastroenterologie,  
Onkologie, Infektiologie und  
Diabetologie) der Asklepios  
Klinik Nord – Heidberg in  
Hamburg. Er ist Facharzt für  
Innere Medizin und Schwer-  
punkt Gastroenterologie ,  
Infektiologie (DGI), Diploma  
of Tropical Medicine & Hygiene  
(LSTM), Diabetologie (DDG).  
E-Mail:  
[k.herrlinger@asklepios.com](mailto:k.herrlinger@asklepios.com)