

Hypertonietherapie

Mit dem Druck sinkt das kognitive Potenzial von Senioren

Ältere Patienten, deren systolischer Blutdruck medikamentös unter 130 mmHg gesenkt wird, laufen Gefahr, kognitive Einbußen zu erleiden. Laut Ergebnissen einer Studie ist der Effekt ausgeprägter, wenn weitere Gesundheitsprobleme dazukommen.



© CasarsaGuru / Getty Images / iStock (Symbolbild mit Fotomodellen)

Ein zu streng eingestellter Blutdruck kann gebrechlichen alten Menschen schaden.

Auf welche Werte der Blutdruck älterer Menschen einzustellen sei, wird von jeher kontrovers diskutiert. In Studien, die Vorteile für eine strikte Druckeinstellung bei Senioren ergeben haben, waren Patienten mit komplexen Gesundheitsproblemen oft nicht beteiligt; SPRINT etwa schloss Diabetiker explizit aus. Die 2018 publizierte populationsbasierte „Leiden 85-plus“-Studie kam zu dem Schluss, dass ein Zusammenhang zwischen geistigem Abbau, höherer Mortalität und niedrigerem Blutdruck bei antihypertensiv behandelten Patienten besteht.

Daten der ISCOPE-Studie

An der ebenfalls populationsbasierten ISCOPE (Integrated Systematic Care for Older Persons)-Studie nahmen 1.266 mindestens 75-Jährige teil. Zu Beginn der Studie rangierten die Probanden im Mini-Mental State Exam (MMSE) bei rund 27 von günstigstenfalls 30 Punkten. Ein Jahr

später hatten antihypertensiv behandelte Teilnehmer mit einem systolischen Blutdruck < 130 mmHg 0,90 Punkte im MMSE verloren. Bei Patienten mit Drücken > 150 mmHg waren es 0,14 Punkte. Nach einem Abgleich der Berechnungen gegen Einflussgrößen wie Alter, Geschlecht, MMSE-Ausgangswert und Parameter der Aktivität und der Lebensqualität zeigte sich die Differenz noch etwas deutlicher; besonders ausgeprägt – mit einer MMSE-Differenz von 1,39 Punkten – war sie in der Gruppe der 674 Probanden mit komplexen Problemen (funktional, somatisch, mental oder sozial).

Die Unterschiede waren sowohl statistisch signifikant wie klinisch relevant. Insgesamt bestand eine Art Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen niedrigerem Druck und stärkerem kognitivem Abbau; das spricht für eine kausale Beziehung.

Die Autoren sehen einen Bedarf an randomisierten Studien, die untersuchen, wie sich das Absetzen von Antihypertensiva zur Hebung des systolischen Blutdrucks bei gebrechlichen älteren Patienten langfristig auswirkt und wie sicher eine solche Maßnahme ist. Bis dahin müssten Ärzte jeden Tag neu über die geeignete Hochdrucktherapie von Senioren entscheiden, und das auf einer begrenzten Faktenbasis. *rb*

Streit S et al. Ann Fam Med 2019;17:100–107

Multifaktorielle Genese

Unklare Atemnot kommt selten nur vom Herz

Von einer Dyspnoe unklarer Genese sind im Alter viele Menschen betroffen. Den Ursprung vor allem in einer eingeschränkten Herzfunktion zu suchen, scheint nicht zielführend zu sein.

Auch wenn man von Patienten absieht, die eine Herzinsuffizienz, COPD oder andere manifeste Erkrankung mit dem Symptom Dyspnoe haben, ist Atemnot bei über 65-Jährigen immer noch weit verbreitet. Nach Daten der bevölkerungsbasierten ARIC-Studie leidet selbst in dieser Gruppe mindestens einer von acht an mittelschwerer bis schwerer Atemnot. Bei einem „signifikanten“ Anteil dieser Fälle vermutete ein internationales Ärzteteam

einen Zusammenhang mit einer subklinischen kardialen Funktionsstörung. Eine Analyse der Daten der ARIC-Studie bestätigte ihre Hypothese jedoch nicht.

Häufig liegt es am (Über-)Gewicht

In die Analyse wurden 4.342 Kohortenmitglieder im Alter von durchschnittlich 75 Jahren ohne Luftnot verursachenden Erkrankungen einbezogen. Trotzdem berichteten 27,0% über Atemnot, bei

13,8% wurde sie als leicht, bei 13,2% als mittelschwer bis schwer eingestuft.

Bei umfassender Adjustierung erwiesen sich folgende Befunde als unabhängige Prädiktoren für Dyspnoe: linksventrikuläre Hypertrophie (LVH), pulmonale Hypertonie, obstruktive/restriktive Ventilationsstörungen, Anämie, Schwäche in den Beinen, depressive Symptome und Adipositas. Vor allem aufgrund der hohen Prävalenz trug Fettleibigkeit am meisten zum Auftreten von Dyspnoe bei. Laut Berechnung der Studienautoren sind fast 23% des bevölkerungsweiten Risikos darauf zurückzuführen. Der Beitrag der LVH wird mit nicht ganz 6% wesentlich kleiner geschätzt. *bs*

Ramallo SHR et al. JAMA Network Open 2019;2(6):e195321