

VENENKRANKHEITEN

Risikofaktor: Hohes Alter

Katharina Weyer, Stefanie Reich-Schupke

Entsprechend der demographischen Entwicklung konsultieren mehr betagte Patienten die Hausarztpraxis. Das Alter gilt unter anderem als Risikofaktor für akute wie chronische Venenleiden. Dadurch erwächst eine Patientenklientel mit spezifischen Problemen und Herausforderungen.

Häufig findet man bei älteren Patienten fortgeschrittene Stadien einer chronisch venösen Insuffizienz (CVI) trotz vorausgegangener Therapien (Abb. 1). Erkrankungsspezifische Symptome führen zu teils erheblichen Einschränkungen von Mobilität und Lebensqualität, die durch vorhandene Begleiterkrankungen aggraviert werden können. Komorbiditäten sowie Komedikation erhöhen das Komplikationsrisiko bei operativen Therapien und beeinflussen eine möglicherweise notwendige Antikoagulations- oder Kompressionstherapie. Gleichzeitig beeinflussen aber auch reduzierte Mobilität und Bewegungseinschränkungen ein vorhandenes Venenleiden.

Fallbeispiel

Die 75-jährige Frau M. beklagt zunehmende Mobilitätseinschränkung sowie abendliches Schweregefühl und Schwellungen der Beine. Bei der Untersuchung fallen Hyperpigmentierungen und Krampfadern an beiden Unterschenkeln auf. Die Patientin berichtet, sie habe schon lange Krampfadern, lehne eine Operation aber ab, da sie Angst vor der Narkose habe. Verordnete Kompressionsstrümpfe werden nicht genutzt, da sie diese nicht selbstständig anziehen könne.

Venöse Thromboembolien

Die Inzidenz venöser Thromboembolien (VTE) nimmt mit steigendem Lebensalter zu. Zudem erhöhen sich der Anteil klinisch manifester Lungenembolien in Relation zu tiefen Beinvenenthrombosen, die Mortalität der VTE und das Risiko eines Rezidivs. Risikofaktoren sind neben kardiopulmonalen, neurologischen und onkologischen Komorbiditäten auch Frailty, Übergewicht und Muskelschwäche [7].

VTE verlaufen bei betagten Patienten häufig asymptomatisch oder bieten nur einzelne Symptome, die im Kontext vorhandener Komorbiditäten nicht wegweisend sind. Bei begründetem Verdacht auf VTE sollte daher eine gezielte Diagnostik mittels Kompressionsduplexsonographie des tiefen Beinvenensystems und ggf. Schnittbildgebung erfolgen [2, 7]. Die Bestimmung der D-Dimere bei betagten Patienten ist kritisch zu werten, da falsch positive Ergebnisse per se durch das hohe Lebensal-

→

ter oder durch Komorbiditäten hervorgerufen werden können [7].

Medikamentöse Prophylaxe und Therapie der VTE

Alle älteren Patienten mit internistischen, neurologischen oder chirurgischen Komorbiditäten sollten i.R. eines stationären Aufenthaltes eine medikamentöse VTE-Prophylaxe erhalten [3]. Demgegenüber wird eine Langzeitprophylaxe für immobile Langzeitpatienten (z. B. in Pflegeheimen) ohne zusätzliche Risikofaktoren nicht empfohlen [7].

Bei stattgehabter VTE ist eine längerfristige therapeutische Antikoagulation indiziert. Etabliert ist dazu der Einsatz von Vitamin-K-Antagonisten. Ihre Wirkung wird jedoch durch verschiedene Faktoren wie das bei geriatrischen Patienten per se erhöhte Blutungsrisiko, eine eingeschränkte Nierenfunktion sowie eine Blutungsneigung fördernde Komedikation (Thrombozytenaggregationshemmer, nicht-steroidale Antirheumatika) beeinflusst und macht die Durchführung regelmäßiger Kontrollen der Blutgerinnung notwendig. Direkte orale Antikoagulantien (DOAK) bieten demgegenüber den Vorteil einer weitgehenden Unabhängigkeit von Störeinflüssen und damit auch von regelmäßigen Gerinnungskontrollen sowie ein gegenüber Vitamin-K-Antagonisten reduziertes Risiko für schwere Blutungen sowie für VTE-Rezidive [2, 7].

Nachteile sind die Notwendigkeit einer Dosisadaptation bei Niereninsuffizienz sowie das Fehlen von laborchemischen Parametern zum Therapiemonitoring [2]. Das Fehlen eines Antidots (mit Ausnahme von Dabigatran) für DOAKs wird kontrovers diskutiert, da die Halbwertszeit der DOAKs deutlich unter der von Vitamin-K-Antagonisten liegt [2].

Geriatrische Patienten haben häufig mehrere Risikofaktoren, die das Risiko einer Blutung unter Antikoagulation deutlich erhöhen. Dies ist insbesondere bei der Entscheidung über eine längerfristige (über 3 – 6 Monate) Antikoagulation zu beachten. Im Gegensatz zur Therapie bei Vorhofflimmern existieren für Patienten mit VTE keine validierten Scores zur Entscheidungsfindung [2]. In Einzelfällen kann daher nach individueller Risiko-Nutzen-Abwägung der oralen Antikoagulation eine weniger strikte Einstellung der Gerinnungswerte erwogen werden [7].



Abb. 1: Zeichen einer schweren CVI

Chronische venöse Insuffizienz

Die Prävalenz der CVI nimmt ebenfalls mit dem Alter zu. In einer von uns durchgeführten Studie zeigen die meisten geriatrischen Patienten eine CVI im fortgeschrittenen Stadium CEAP C3 – C6 [13]. Die krankheitsspezifischen Symptome können individuell zu einer deutlichen Einschränkung von Lebensqualität, Mobilität und Selbstständigkeit in Alltagsaktivitäten führen.

Die CVI kann einerseits zu einer schmerzbedingten Schonhaltung der Füße führen, andererseits auch zu einer progredienten Entzündungsreaktion mit Entwicklung einer Fibrosklerose und schließlich Fixierung des Sprunggelenks in Spitzfußstellung [10]. Andererseits konnten Immobilität bzw. eine eingeschränkte Beweglichkeit des Sprunggelenks als Risikofaktoren für eine CVI identifiziert werden [6].

Einen besonderen Stellenwert nimmt die Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m²) ein: Sie kann isoliert oder kombiniert mit einer limitierten Mobilität zu Symptomen einer CVI führen oder diese verstärken. Eine begleitende chronisch obstruktive Lungenerkrankung führt ebenfalls zu einer insbesondere im fortgeschrittenen Stadium eingeschränkten Mobilität und durch den erhöhten intrathorakalen Druck zu Verminderung des venösen Rückflusses und aggraviert bestehende Symptome einer CVI [5].

Operative und interventionelle Therapieverfahren

Ziel aller Verfahren zur Varizentherapie ist die kurative Sanierung der insuffizienten Venen. Zur Anwendung kommen operative wie endoluminale thermische (Radiofrequenz, Laser) und nicht thermische Verfahren (Sklerosierung, Kleber) [1, 8, 13]. Durch vermehrten Einsatz minimalinvasiver und endoskopischer Techniken

Die Bestimmung der D-Dimere bei betagten Patienten ist kritisch zu werten, da falsch positive Ergebnisse durch das hohe Alter oder Komorbiditäten hervorgerufen werden können.

Artikel zur Kompressionstherapie beim Ulcus cruris

www.allgemeinarzt-online.de/a/1817648



Abb. 2: Hautirritationen unter Kompressions-
therapie bei fehlender Hautpflege

sowie die Möglichkeit, diese in Lokalanästhesie durchzuführen, können auch Patienten einer invasiven Therapie zugeführt werden, die ein erhöhtes perioperatives Risiko haben oder eine Vollnarkose ablehnen [4]. Insbesondere die Sklerosierungstherapie bietet Vorteile bei betagten Patienten. Sie ist für Venen jeglicher Größe geeignet, nebenwirkungsarm und erfordert keine Anästhesie. Die Patienten sind unmittelbar nach der Injektion wieder mobil [1, 13].

Kompressionstherapie

Die Kompressionstherapie ist Basistherapie phlebologischer Erkrankungen. Sie bessert die Symptome, indem sie den venösen Rückfluss beschleunigt und Ödeme reduziert. Zudem verbessert sie die Mikrozirkulation. Die Kompressionstherapie kann allein oder additiv zu anderen Therapien angewandt werden. Zur Verfügung stehen Kompressionsverbände (Entstauungsphase) und medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS) (Erhaltungsphase). Diese sind in vier Kompressionsklassen (KKL) erhältlich (I – IV). Als therapeutische Kompression wird am häufigsten eine KKL II verordnet, jedoch kann eine effektive Kompression bereits mittels Kompressionsklasse I erzeugt werden [11].

Eine pAVK ist nicht per se Kontraindikation für eine Kompressionstherapie! Bei ABI > 0,5 bzw. einem systolischen Druck > 6 mmHg ist eine Kompression mit reduziertem Anpressdruck (z. B. durch Lite-Verbände oder MKS KKL I) möglich [5].

MKS sind eine insgesamt nebenwirkungsarme Therapie, jedoch kommt es häufiger zu Hauttrockenheit, -rötung, verstärktem Schwitzen sowie



ONLINE

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter

www.allgemeinarzt-online.de

Auch bei geriatrischen Patienten mit symptomatischer Varikose sollte eine invasive Therapie erwogen werden, da sich dadurch Mobilität und Lebensqualität verbessern können.



Dr. med.
Katharina Weyer

Marien Hospital
Herne
Medizinische Klinik I,
Klinik für Allgemeine
Innere, Nephrologie
und Hypertensiologie,
Gastroenterologie,
Pneumologie
44625 Herne

INTERESSENKONFLIKTE:

Weyer: Keine
Reich-Schupke: Honorare für Vorträge von den Firmen Medi, Bayer, Bauerfeind, Juzo, Ofa, MDI, Sigvaris, Lohmann & Rauscher

Rutschen der Strümpfe. Um einen optimalen Sitz zu gewährleisten, sollten die Beine durch erfahrenes Personal ausgemessen werden und eine Versorgung ggf. mit maßangefertigten Strümpfen erfolgen [11, 12]. Alle Patienten mit einer Kompressionstherapie sollten eine tägliche rückfettende Hautpflege erhalten.

Spezifische Adhärenzprobleme älterer Patienten

Insbesondere ältere Menschen leiden häufig unter Juckreiz multifaktorieller Genese. Das Tragen medizinischer Kompressionsstrümpfe kann Juckreiz an den Beinen auslösen oder einen bereits vorhandenen verstärken. Hier schafft intensive Hautpflege mit rückfettenden Externa Abhilfe [9] (Abb. 2). Vollbäder und die Anwendung alkoholhaltiger Externa sollten vermieden werden, um ein weiteres Austrocknen der Haut zu vermeiden. Möglicherweise den Juckreiz aggravierende Begleiterkrankungen sollten adäquat behandelt werden.

Therapielimitierend ist zudem häufig das Unvermögen, die Kompressionsstrümpfe selbstständig anzuziehen [12, 13]. Abhilfe schafft der Einsatz verschiedener Anziehhilfen. Genoppte Gummihandschuhe sollten jedem Patienten an die Hand gegeben werden. Daneben existieren Gleithilfen unterschiedlicher Länge sowie verschiedene Gestelle zum „Einsteigen“ in den MKS. Die entsprechenden Anziehhilfen sind in Deutschland auf einem separaten Rezept verordnungsfähig [12]. Gleichzeitig sollte immer auch überprüft werden, ob der gewünschte klinische Effekt nicht auch mit einer niedrigeren Kompressionsklasse erreicht werden kann (z. B. Klasse I statt Klasse II), die die Handhabung der MKS erleichtern kann. Primär sollte immer das eigenständige Anziehen der Kompressionsstrümpfe durch den Patienten angestrebt werden, um eine größtmögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu erhalten. Ultima ratio ist die Hilfe durch Dritte, z. B. Angehörige oder Pflegepersonal. Die entsprechende Verordnung für Behandlungspflege kann bisher jedoch nur in Kombination mit einer Kompressionsklasse \geq II oder mit spezieller Begründung erfolgen [11, 12].

Eine Aufklärung der Patienten über mögliche Nebenwirkungen sowie deren Vermeidung durch entsprechende Hautpflege und Informationen über Hilfsmittel wie Anziehhilfen erhöhen die Therapieadhärenz. ■