

Die zuhause erworbene (nicht spitalerworbene) Pneumonie beim alten Menschen

Version 1, Juli 2011

Dr. med. Bernard Kistler

Einleitung

Die Pneumonie ist ein häufiges Krankheitsbild. In der Schweiz erkranken 1 – 3 Personen auf 1000 Erwachsene pro Jahr.

2000 – 5000 Patienten müssen hospitalisiert werden. Circa 5 – 20 % der Patienten, die wegen einer Pneumonie hospitalisiert werden, sterben.

In der vorliegenden Guideline beschränken wir uns bewusst auf die ambulant, das heisst die ausserhalb eines Spitals oder Alters- und Pflegeheims erworbene Pneumonie, also auf die Community-acquired pneumonia (CAP).

Besonderheiten im Alter

Die Pneumonie im Alter ist durch eine erhöhte Morbidität und Mortalität gekennzeichnet. Über 65-jährige erkranken 4x häufiger als jüngere, die Mortalität ist bis zu 3 x höher als bei unter 65-jährigen. Bei den über 85 jährigen ist die Pneumonie in 15 – 20 % unmittelbare Todesursache.

Bereits Sir William Osler (1849 –1919) ein kanadischer Mediziner und einer der Väter der modernen Medizin hat die Pneumonie zuerst als „a special enemy of old age“ und später als „the friend of the aged“ bezeichnet.

Ob beim alten Menschen eine Pneumonie behandelt werden soll oder nicht, sollte immer unter Berücksichtigung der individuellen Patientensituation erfolgen.

- Vorerkrankungen
- Prognose
- Lebenssituation
- Lebensqualität

müssen zwingend beim Behandlungsentscheid einfließen. Gerade bei alten, polymorbiden Patienten ist eine Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten nötig bevor ein Behandlungsentscheid getroffen wird.

Ambulant erworbene Pneumonie [Community- acquired pneumonia (CAP)]

Definition:

Ambulant erworbene Pneumonie (Community-acquired pneumonia)

- Aktute Erkrankung mit Husten plus 1 der Symptome

- Fieber über 4 Tage
- Dyspnoe, Tachypnoe
- Neu aufgetretener umschriebener Auskultationsbefund
- Keine andere offensichtliche Ursache
- Die Diagnose Pneumonie wird gestützt bei neu aufgetretenem Infiltrat im Thoraxröntgenbild

Einteilung nach Lokalisation

- Lobärpneumonie
- Bronchopneumonie
- Interstitielle Pneumonie

Risikofaktoren für erhöhte Infektanfälligkeit

Das Alter selbst (über 70 Jahre) ist bereits ein Risikofaktor für eine Pneumonie

Spezielle Risikofaktoren für ältere Menschen, an einer ambulant erworbenen Pneumonie zu erkranken sind

- Mangelernährung
- Dehydration
- Schluckstörungen (Aspirationspneumonie)
- Mangelnder Hustenreflex
- Demenz
- Immobilität
- Polymorbidität
- Alterung des Immunsystems, Immunsuppression
- Pulmonale und kardiale Erkrankungen
- Alkohol- und Nikotinabusus

Diagnose

Anamnese

Typische Symptome wobei das klinische Bild einer Pneumonie von mild bis fulminant reicht. Speziell auch bei älteren Menschen sollte man auf atypische Symptome achten.

Atypische Symptome älterer Patienten

- Delirium
- Abdominale Symptome
- Sturzneigung, Stürze
- Verschlimmerung der Symptome einer Grundkrankheit
- Schwäche, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme
- **20%-50% haben kein Fieber** („the older, the colder“)

Typische Lungen-Befunde bei der körperlichen Untersuchung

Tachypnoe, Klopfeschalldämpfung, positiver Stimmfremitus, Bronchophonie, Rasselgeräusche, Pleurareiben

Die allein auf die körperliche Untersuchung basierende Diagnostik einer Pneumonie hat eine Sensitivität von 47 bis 69 Prozent und eine Spezifität von 58 bis 75 Prozent

Gemäss Richtlinien der Swiss Society for Infectious Diseases wird bei akutem Husten und eines der folgenden Symptome

- Neue Thoraxschmerzen, thorakales Druckgefühl
- Dyspnoe
- Tachypnoe
- Fieber über 4 Tage (gerade dieses Symptom kann bei älteren Menschen fehlen)

ein **Thoraxröntgen** empfohlen

- Ein unauffälliges Thoraxröntgenbild schliesst eine Pneumonie nicht sicher aus.

Untersuchungen

- Rotes, weisses Blutbild
- CRP
- Elektrolyte
- Leber-, Nierenfunktionsparameter
- Sauerstoffsättigung

In Abhängigkeit der Klinik zusätzliche Diagnostik im Spital

- Blutkulturen (anaerob/aerob)
- Blutgasanalyse
- Sputum Gramfärbung und Kultur wenn hohe Qualität (< 10 Plattenepithelzellen und > 25 Granulozyten bei 100x Feld) des Sputums erhalten werden kann, wobei aussagekräftiges Sputum zu erhalten häufig schwierig ist und bei uns nicht routinemässig durchgeführt wird.
- Urin-Antigen-Test für Legionella pneumophila Serogruppe 1
Bei Patienten mit schwerer CAP oder wenn diese Infektion klinisch oder epidemiologisch vermutet wird

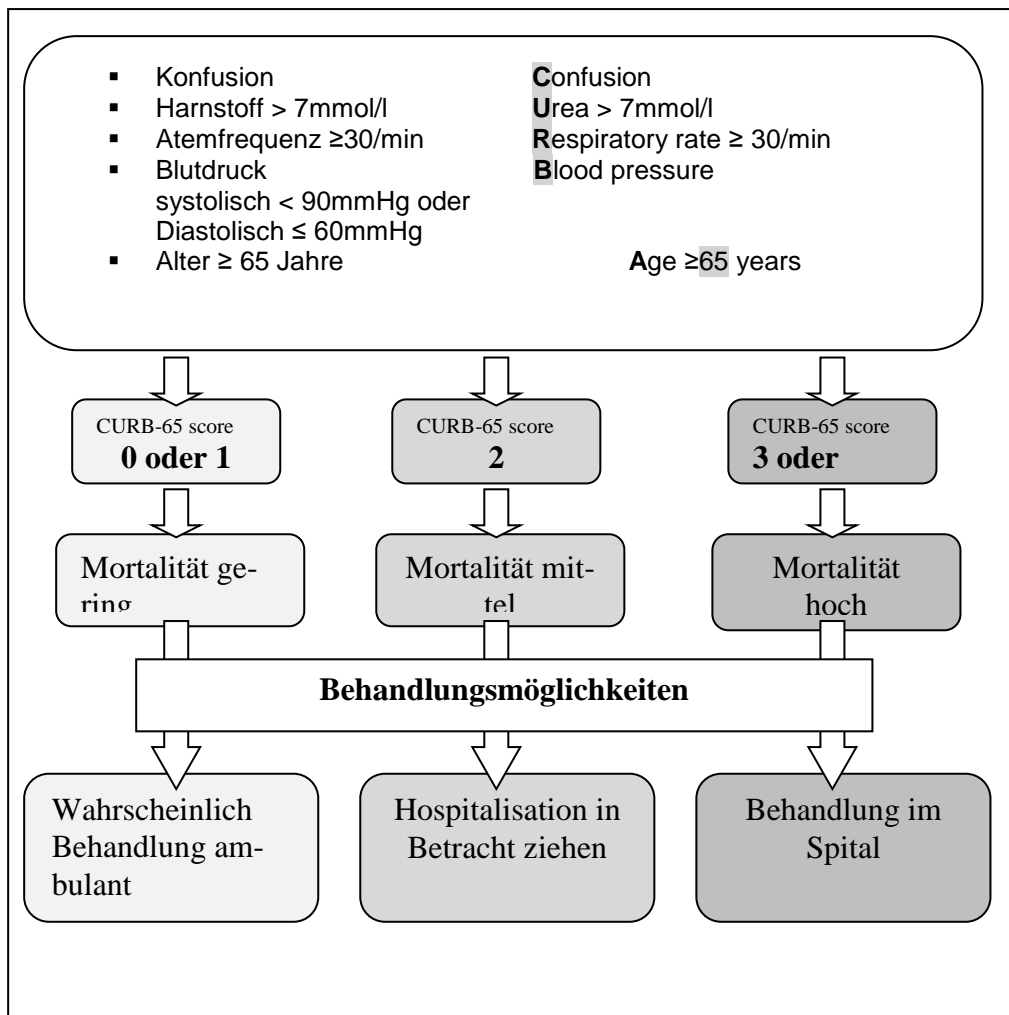
Ambulante Behandlung versus stationäre Behandlung

Um den Schweregrad einer Pneumonie abzuschätzen, wurden verschiedene Punktesysteme entwickelt mit dem Ziel, die Entscheidung ob ambulante oder stationäre Behandlung zu erleichtern.

Gerade beim alten Patienten sind solche Punktesystem differenziert zu interpretieren. So hat z.B. beim CURB65-Score ein über 65-jähriger Patient mit einer reduzierten Nierenfunktion, was im Alter häufig auftritt, bereits 2 Punkte, kommt noch ein etwas hypotoner diastolischer Blutdruck hinzu, ergeben sich bereits 3 Punkte und die Empfehlung wäre eine Behandlung im Spital unabhängig von der Klinik.

Ob eine ambulante oder stationäre Behandlung angezeigt ist, ist letztlich immer ein klinischer Entscheid. Zudem müssen auch individuelle psychosoziale Faktoren wie Wohnsituation, mögliche Betreuung etc. berücksichtigt werden.

Als Beispiel für ein solches Punktesystem CURB65-score der British Thoracic Society, basierend auf 3 klinischen und einem Laborparameter



Bei älteren Patienten wird der Schweregrad einer Pneumonie häufig mit einem Punktesystem nicht korrekt erfasst. Im Alter stehen oft atypische Symptome wie ein Delirium, vermehrte Sturzneigung, Schwäche, Gewichtsabnahme und weiter im Vordergrund. Bei Patienten mit atypischen Symptomen sollte die Indikation zu einer stationären Behandlung grosszügig gestellt werden, auch wenn z.B. der CURB65-Score eine ambulante Behandlung vorschlägt.

Therapie

Ambulant erworbene Pneumonie [Community acquired Pneumonie (CAP)]

(Angepasst auf geriatrische Patienten von www.guidelines.ch)

- **Leichte bis mittelschwere Pneumonie oder Komorbiditäten**
- Th: Amoxi/Clav 3 x 625 mg p.o., (2 x 1 g p.o.), oder Cefuroxim 2 x 500 mg p.o.

- **Schwere Pneumonie**
- Th: Amoxi/Clav 1.2g 8h iv., (2.2 g 8 h i.v.) plus Clarithromycin 2 x 500 mg p.o.
Bemerkung: wenn Leg. Ag im Urin neg. Clarithromycin stopp,
wenn Leg Ag positiv Clarithromycin 3 x 500 mg

Prävention

BAG-Empfehlung: > 65 Jahren Pneumokokkenimpfung empfohlen sowie bei Personen mit Immunschwäche, chronischer Herz-, Lungen- oder Nierenerkrankung, Leberzirrhose, Innenohrimplantat sowie Diabetiker.
Gem. ERS/ESCMID Leitlinien zusätzlich auch bei Institutionalisierung, anatomischer oder funktioneller Asplenie, Demenz, Krampfanfällen, chronischer Liquorverlust.

Die Empfehlungen alle über 65 Jahre mit 23-valentem Pneumokokken-Polysaccharidimpfstoff, der auch in der Schweiz verwendet wird, (z.B. Pneumovax®) zu impfen sind umstritten, da der Nutzen der Pneumokokkenimpfung bei älteren Personen ungenügend nachgewiesen sei. Epidemiologische Daten aus England und Wales bestätigen, dass der 23-valente Impfstoff bei Personen über 65 Jahren nur wenig wirksam ist und die Wirkung kaum über 5 Jahre anhält.

Auf Grund der aktuellen Datenlage, denken wir, dass bei Menschen über 65 Jahre eine routinemässige Impfung zwar vom BGA aktuell noch empfohlen ist, eine individuelle auf den Patienten bezogene Handhabung aber durchaus vertretbar ist.

Literatur

www.guidelines.ch

Swiss Society for Infectious Diseases; Management of community Acquired Pneumonia (CAP) in Adults (ERS/ESCMID guidelines adapted for Switzerland)

Geriatrics At your Fingertips

Benedict Martina, Edouard Battegay, Peter Tschudi. Ambulante Medizin Evidenz auf einen Blick 92-93

Harrisons Innere Medizin 16. Auflage 1638-1650

EBM-Guidelines für Allgemeinmedizin 251-255

BAG Pneumokokken-Erkrankungen

pharma-kritik, Jahrgang 32, Nr.9/2010

Pharma-kritik, Jahrgang 32, 12/2010

Dank

Die Empfehlungen wurden freundlicherweise durch Frau Dr. Boggian, Leitende Ärztin, Infektiologie, Kantonsspital St. Gallen kritisch gelesen und ergänzt.