

Rheuma im Alter

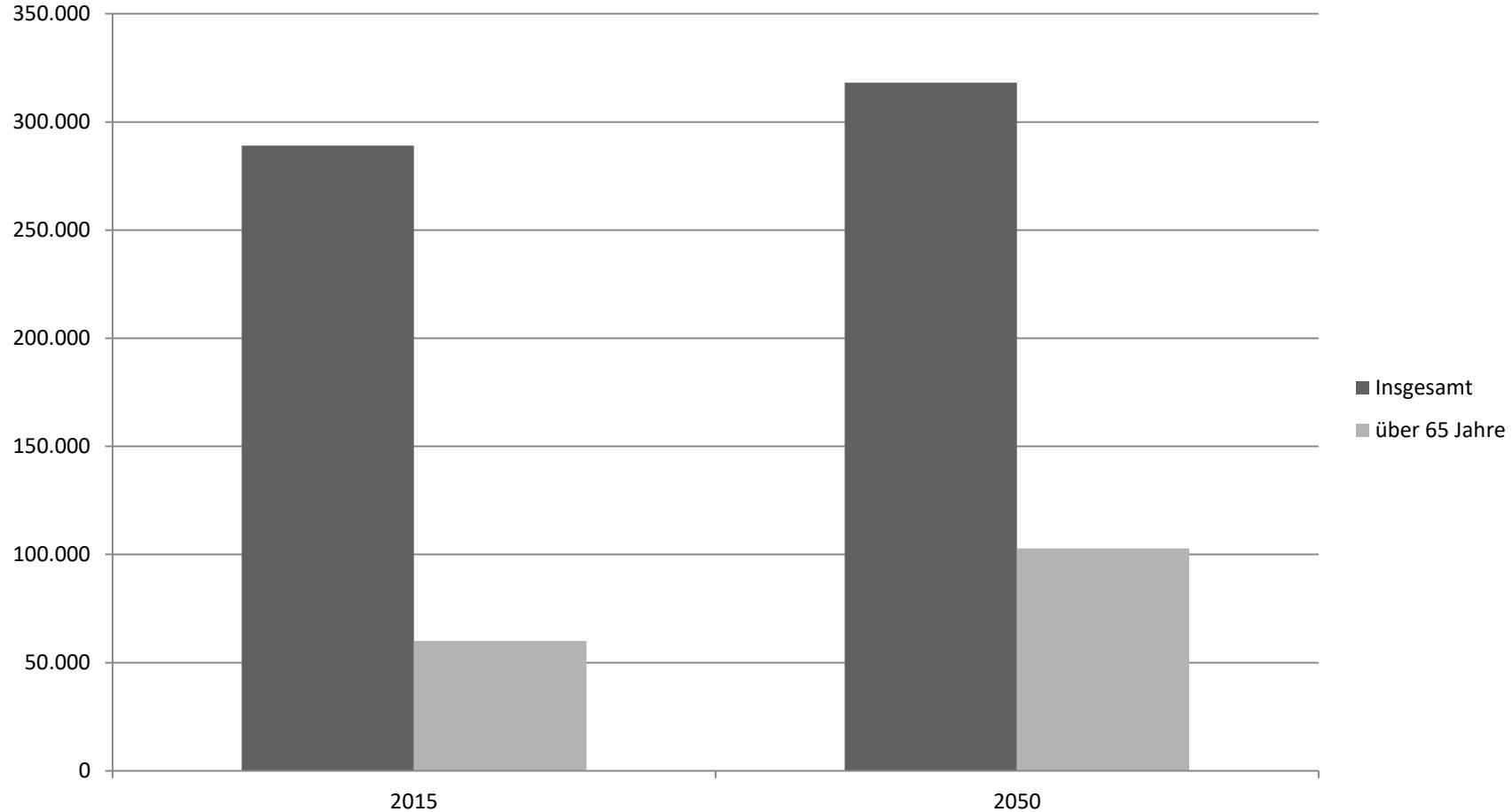
41. Burgenländischer Ärztetag

Rene Fallent, Litzelsdorf und Fürstenfeld

Rheuma im Alter

- ▶ Demographische Entwicklung und rheumatologische Versorgung im Bgld.
- ▶ Häufigsten Erkrankungen im Alter
- ▶ Medikamente

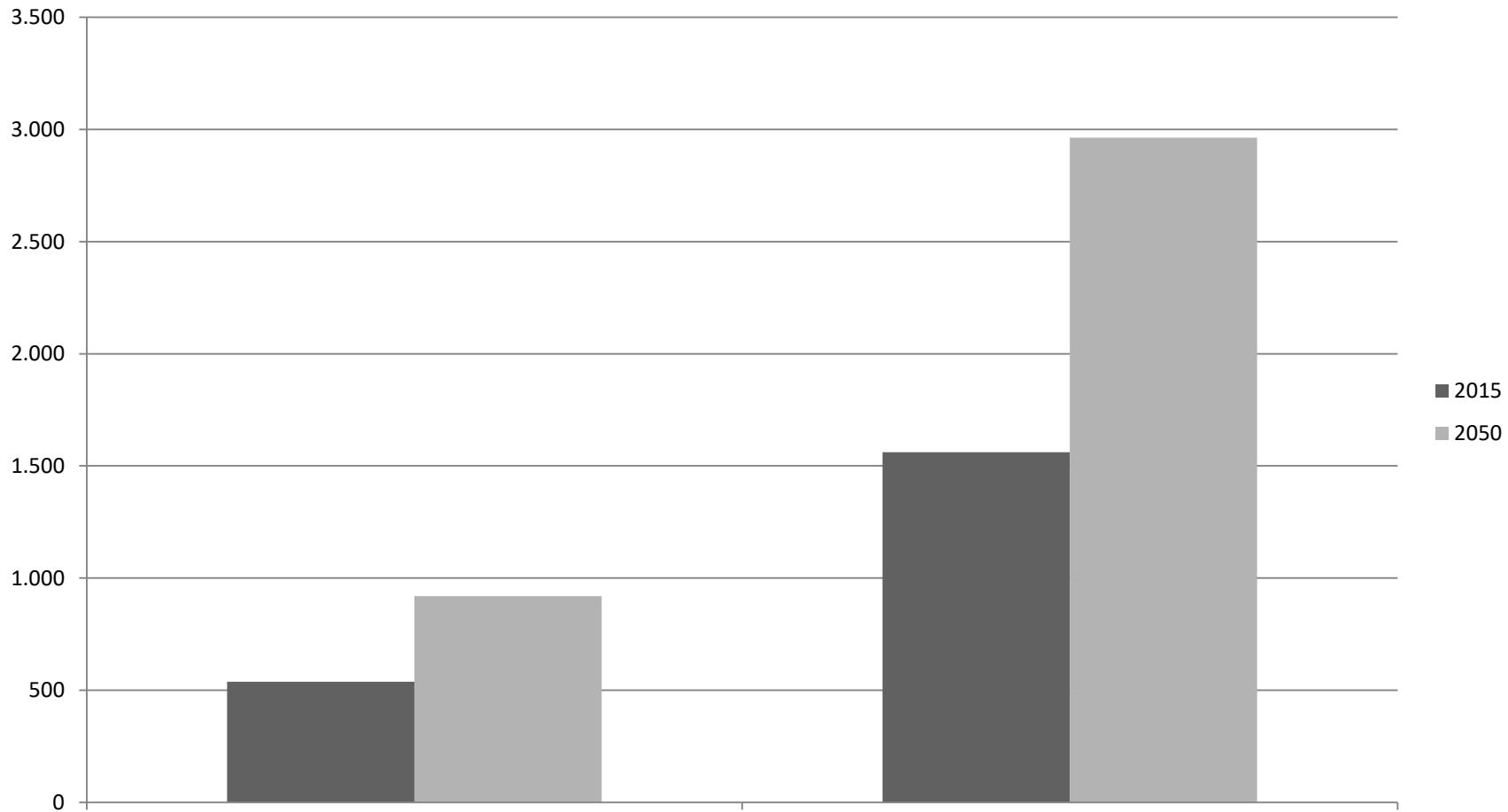
Demographische Entwicklung Burgenland



RA

Ü65

PMR



Bedarf an Rheumatologen

- ▶ Dejaco und Mitarbeiter 2016, 2/100.000
- ▶ Mindestens 20 h/wo
- ▶ Burgenland : 4 Wahlärzte-2 Ambulanzen

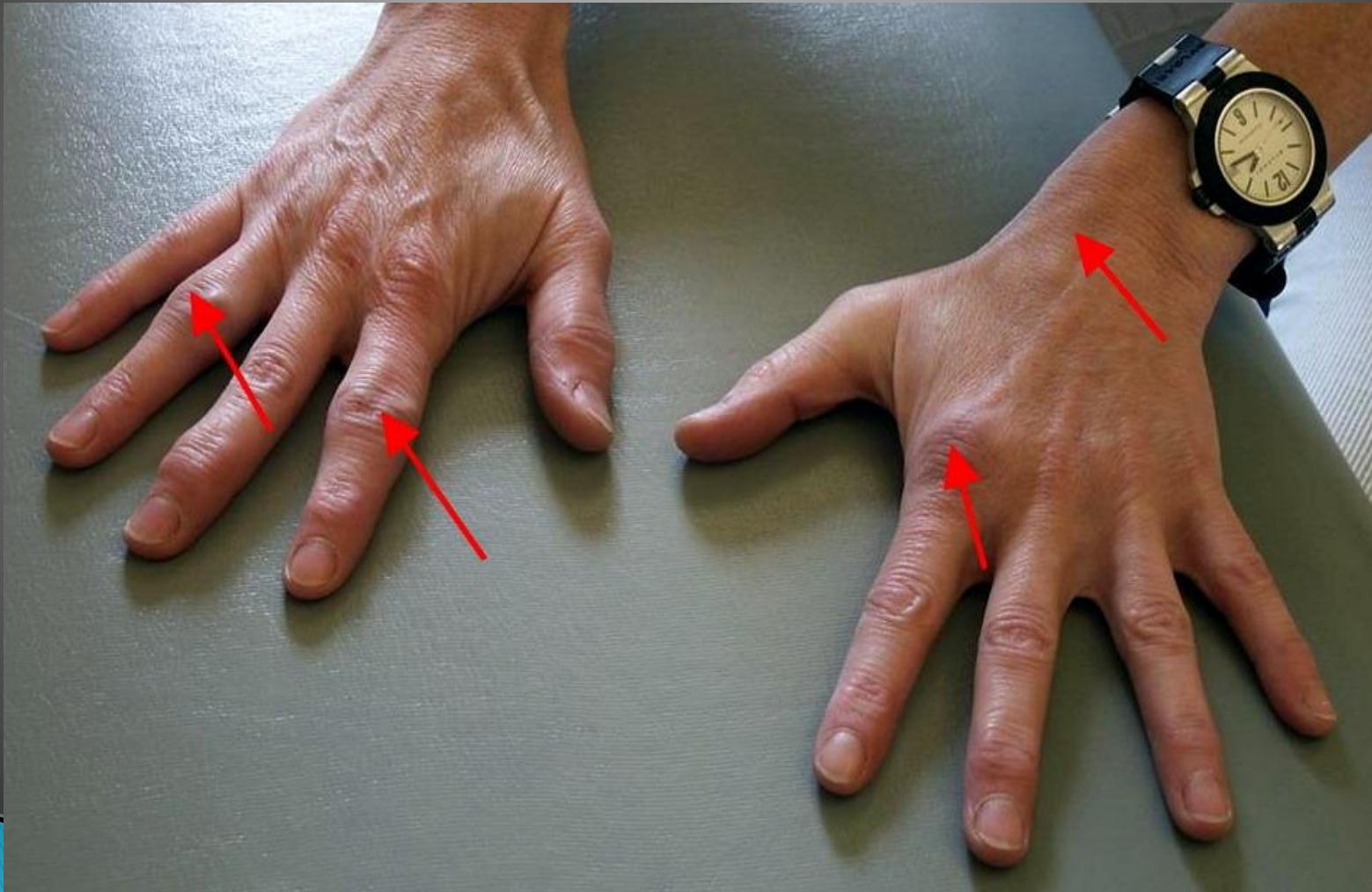
Rheumatoide Arthritis

Gelenkbeteiligung	Punkte
Mittlere bzw. große Gelenke	
1 Gelenk	0
>1 Gelenk nicht symmetrisch	1
>1 Gelenk symmetrisch	1
1-3 kleine Gelenke	2
4-10 kleine Gelenke	3
> 10 Gelenke	5
Serologie	
ACPA und RF negativ	0
Mindestens 1 niedrig-positiv	2
Mindestens 1 Test hoch positiv	3
Dauer der Synovitis	
<6 Wochen	0
>6 Wochen	1
Akutphaseproteine	
CRP und BSG normal	0
CRP oder BSG erhöht	1

**ACR/EULAR
Klassifikation
2010**

>5: RA

Rheumatoide Arthritis



Rheumatoide Arthritis



Rheumatoide Arthritis im Alter

- ▶ Mehr akute Erstmanifestationen–normal schleichender Beginn
- ▶ Zeit bis Therapiebeginn länger
- ▶ Mehr PMR–ähnliche Symptome
- ▶ Öfters größere Gelenke
- ▶ Schlechteres Outcome

Rheumatoide Arthritis im Alter – Problematik

- ▶ Comorbiditäten
- ▶ Polypharmazie
- ▶ Depression im Alter
- ▶ Kognitiven Veränderungen
- ▶ Infektionsanfälligkeit

PMR

- ▶ Morgensteifigkeit über 45 min
- ▶ RF und/oder ACCP negativ
- ▶ Becken und/oder Schultergürtelschmerz
- ▶ BSG/CRP erhöht
- ▶ Entzündliche Veränderungen (Schulter, Hüfte)

PMR

- ▶ Rasches Ansprechen auf Glukokortikoide (15–25 mg)
- ▶ Kalzium Vit D3
- ▶ MTX
- ▶ Interleukin 6 Rezeptorblocker

Arthritis

- ▶ Schwellung
fluktuierend, weich
- ▶ Schmerz
spontan,in Ruhe,nachts
und morgens
- ▶ Überwärmung
ja

Arthrose

- derb
- belastungsabhängig,
abends
- nein



Arthritis



Arthrose

NSAR

- ▶ Meistens first line
- ▶ Analgetisch und antiinflammatorisch
- ▶ Nebenwirkungen und Komplikationen
- ▶ Gedacht als Kurzzeittherapie

NSAR

- ▶ Gastrointestinale Komplikationen
Naproxen am schlechtesten
- ▶ Kardiovaskuläre Komplikationen
Naproxen am besten
- ▶ Nephrotoxizität
- ▶ Lebertoxizität
Ibuprofen am besten

Glukokortikoide

- ▶ Starke antiinflamatorische Wirkung
- ▶ Erstlinientherapie PMR
Schub bzw. Brückentherapie bei RA
- ▶ Langzeittherapie kritisch

Glukokortikoide

- ▶ Hyperglykämie, Hypernatriämie, Hypokaliämie
- ▶ Schlafstörung, Unruhe, Psychose
- ▶ Erhöhter Blutdruck, Hyperlipidämie
- ▶ Erhöhte Infektanfälligkeit, Akne
- ▶ Ulzera
- ▶ Osteoporose

Glukokortikoide-Eular

- ▶ Kalzium-Vit D3 Therapie-Osteoporose bei längeren sehr hohen Dosen gleich Bisphosphonate
- ▶ Begleiterkrankungen berücksichtigen- DM, kardiovaskuläre Erkrankungen, Infektionen, Glaukom
- ▶ Dosisanpassung durch engmaschige KO

Methotrexat

- ▶ Folsäure obligatorisch
- ▶ Dosisanpassung bei GFR 30–50 auf 50%, unter GFR 30 absetzen
- ▶ Leukopenie, Anämie
- ▶ Dosisreduktion bei 3facher Erhöhung der Lebertransaminasen

Biologika

- ▶ Tuberkulosescrreening – nicht notwendig bei Interleukin17- Inhibitoren (Ixekizumab, Secukinomab)
- ▶ Infektionsrisiko
- ▶ Interleukin 6 Rezeptorblocker- Divertikulitis
- ▶ Allergien selten

Januskinaseinhibitoren

- ▶ Tuberkulosescrreening
- ▶ Cave nur bei Vorliegen eines stattgehabten kardiovaskulärem Ereignis und Alter > 65
- ▶ Nikotinabusus

Fazit

- ▶ Rheumatologische Therapie im Alter ist komplexer bedingt durch Komorbiditäten und Polypharmazie
- ▶ NSAR und Glukokortikoide zeitlich limitieren
- ▶ Monitoring ist wichtig
- ▶ Basistherapie auch im Alter im Mittelpunkt
- ▶ Therapieansprechen gut – Nebenwirkungen und Therapieabbrüche im Alter häufiger