

Rheuma im Alter

41. Burgenländischer Ärztetag

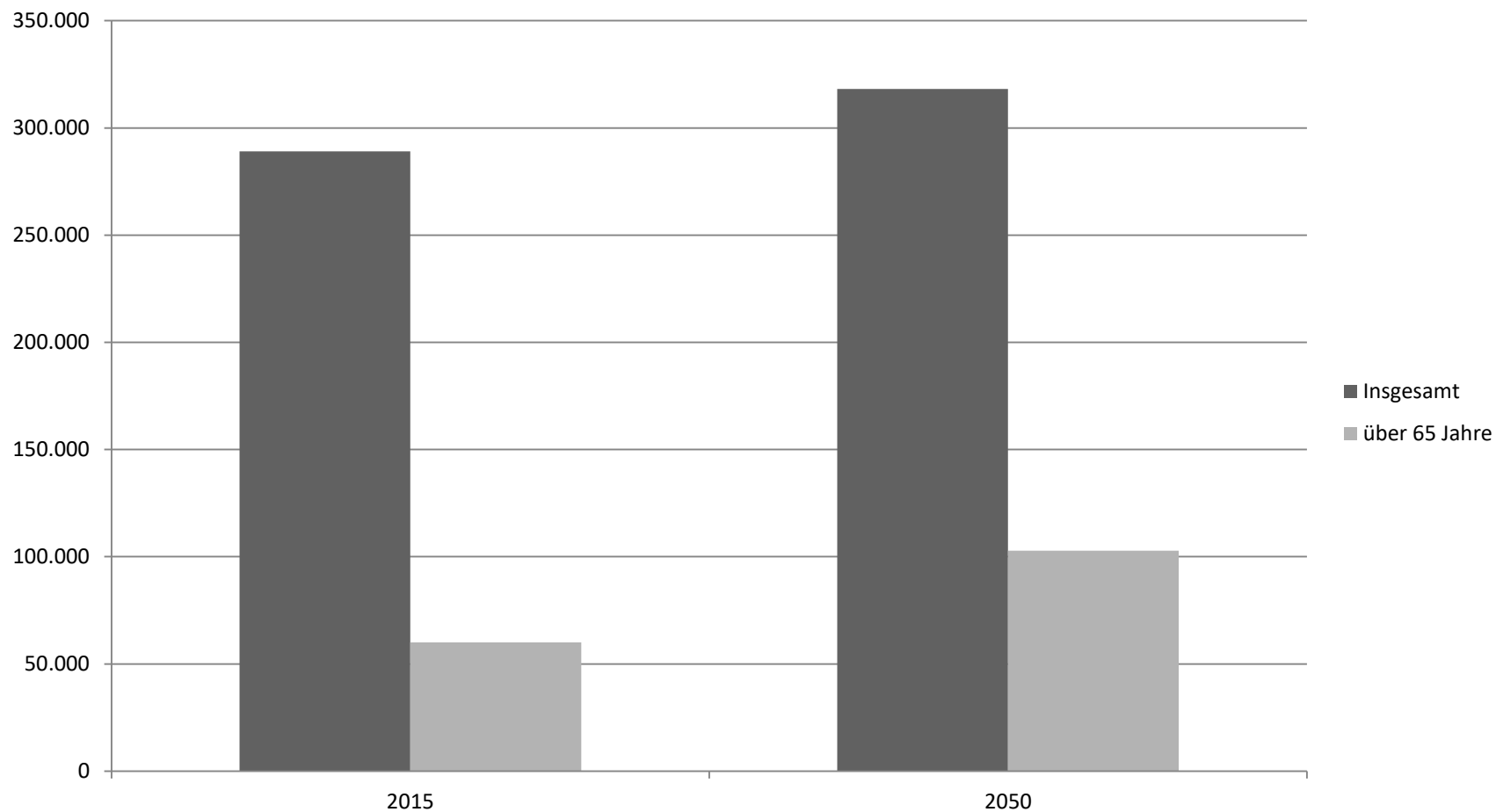
Rene Fallent, Litzelsdorf und Fürstenfeld



Rheuma im Alter

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

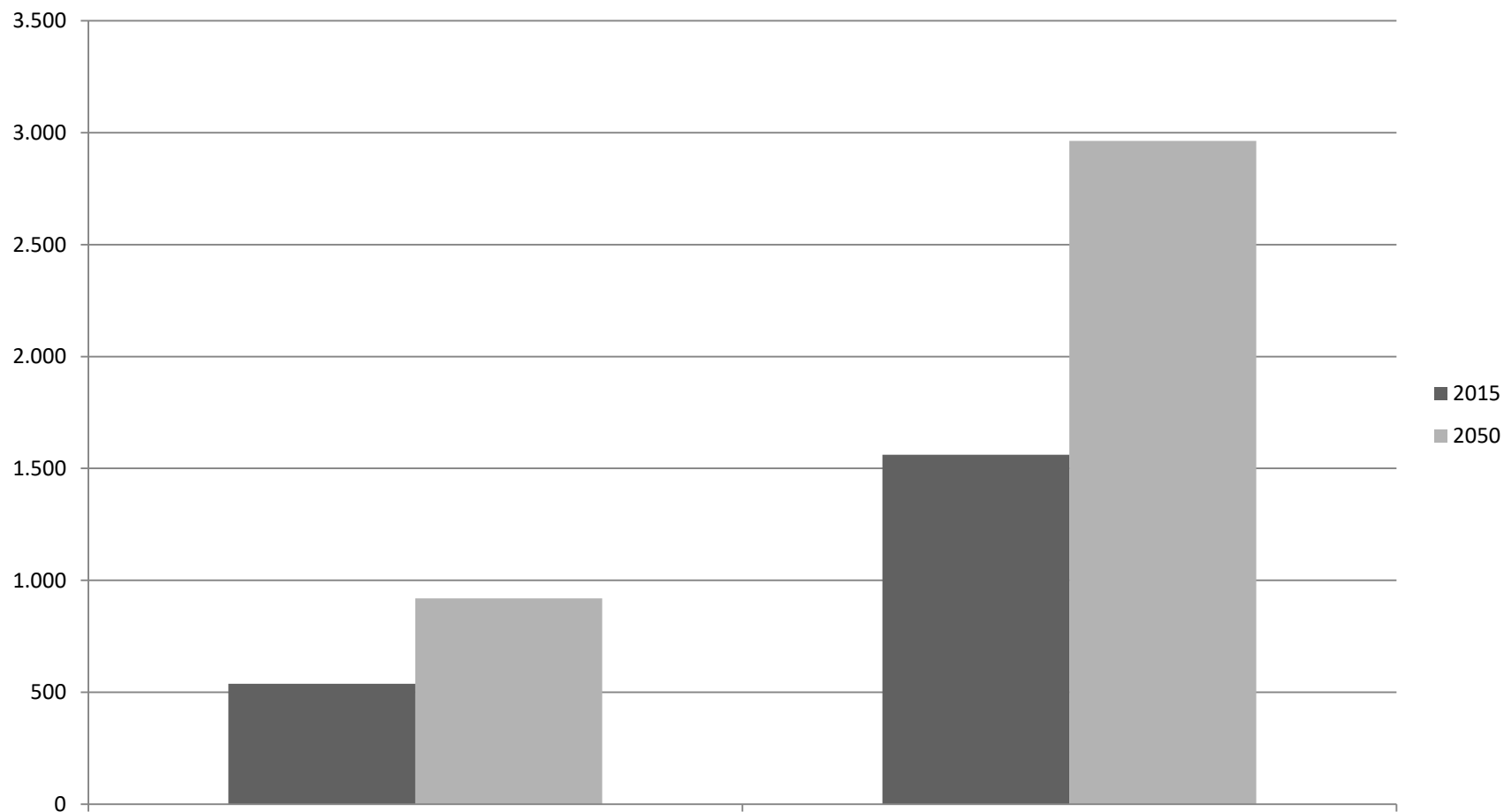
Demographische Entwicklung Burgenland



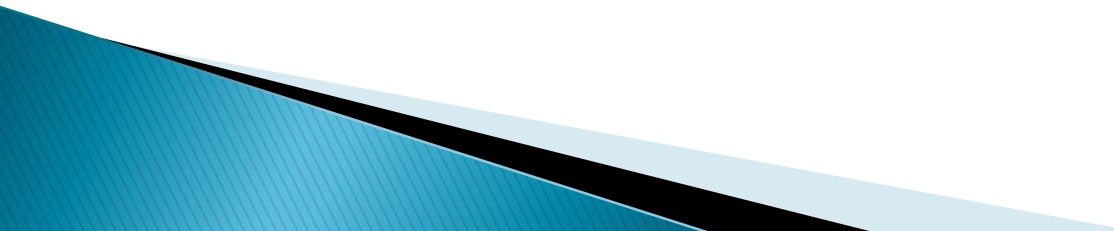
RA

Ü65

PMR



Bedarf an Rheumatologen

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

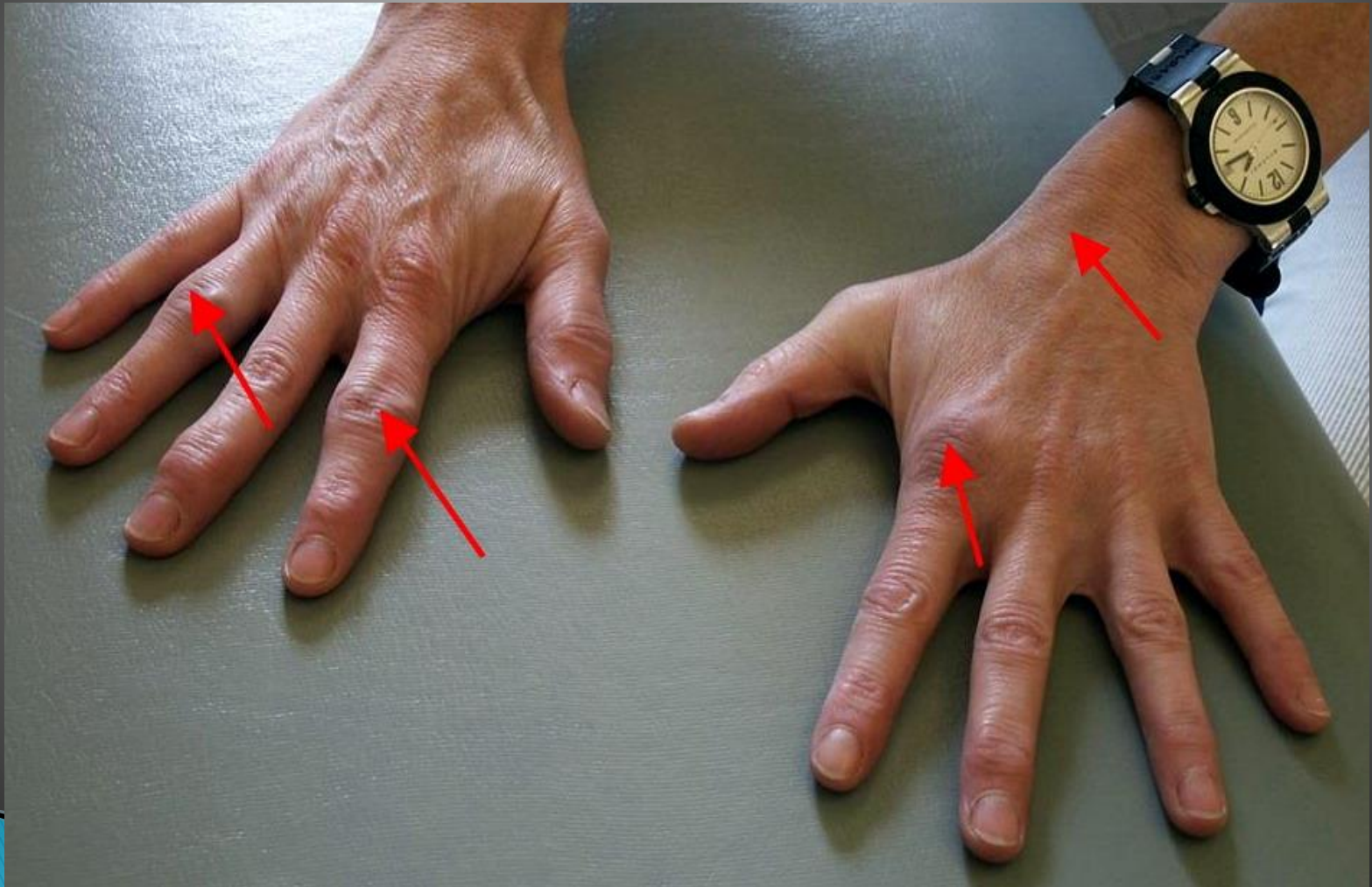
Rheumatoide Arthritis

Gelenkbeteiligung		ACR/EULAR Klassifikation 2010
Mittlere bzw. große Gelenke	Punkte	
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	

>5: RA

>5: RA

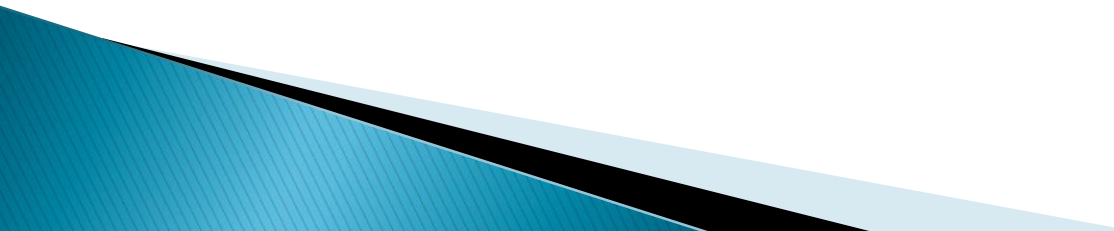
Rheumatoide Arthritis



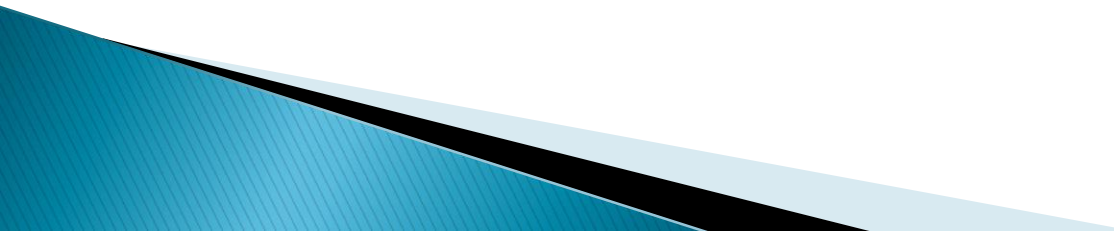
Rheumatoide Arthritis



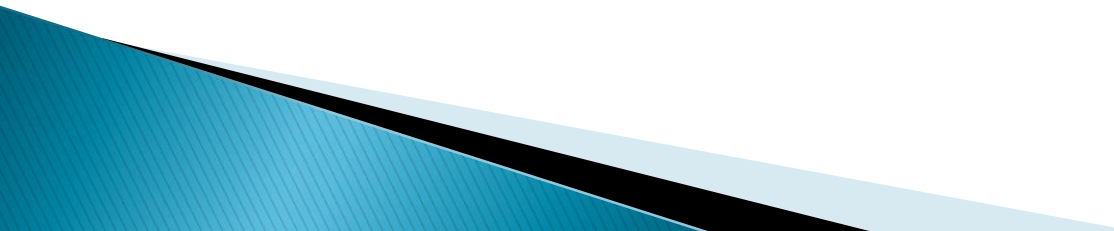
Rheumatoide Arthritis im Alter

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

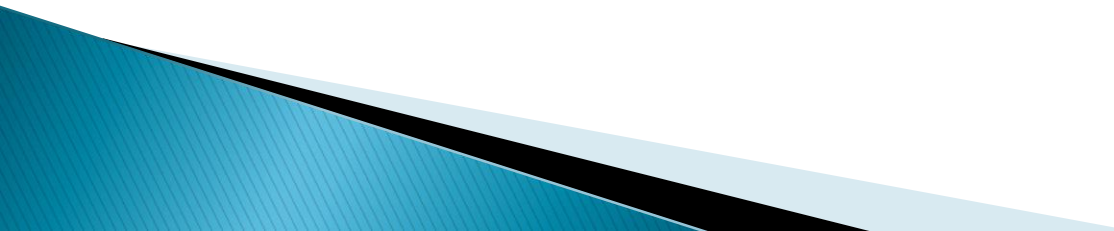
Rheumatoide Arthritis im Alter– Problematik

- ▶ 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

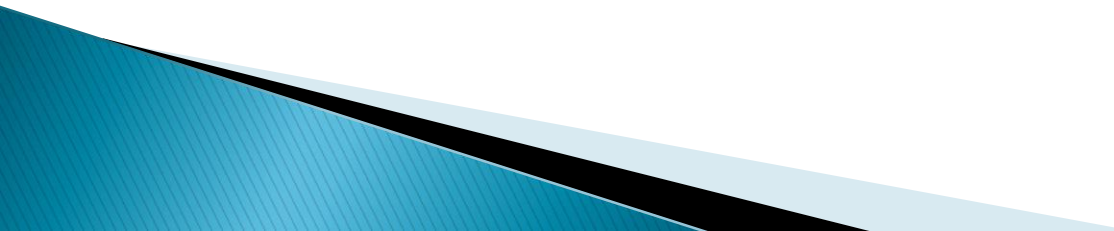


Arthritis




Arthrose

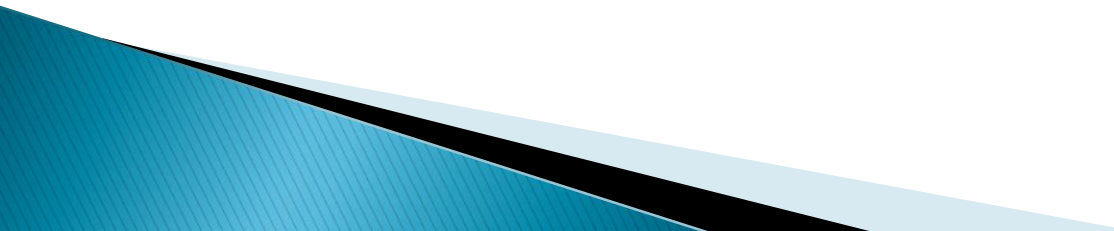
NSAR

- ▶ 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
- 

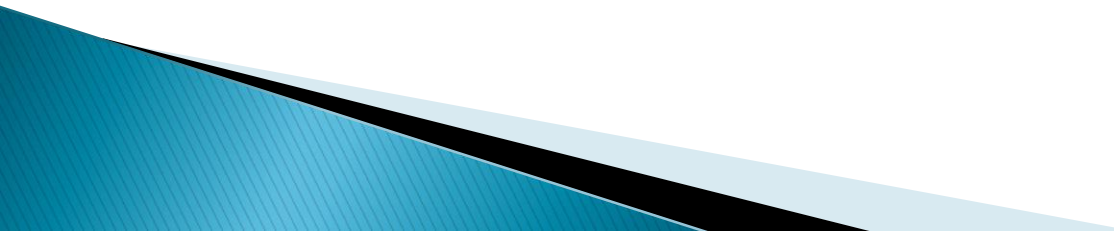
Glukokortikoide

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

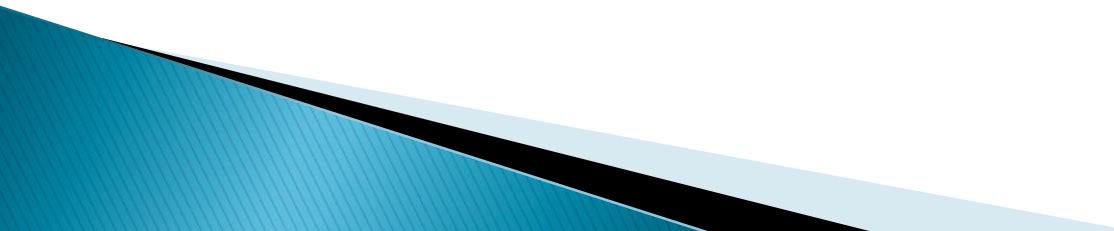
Glukokortikoide

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

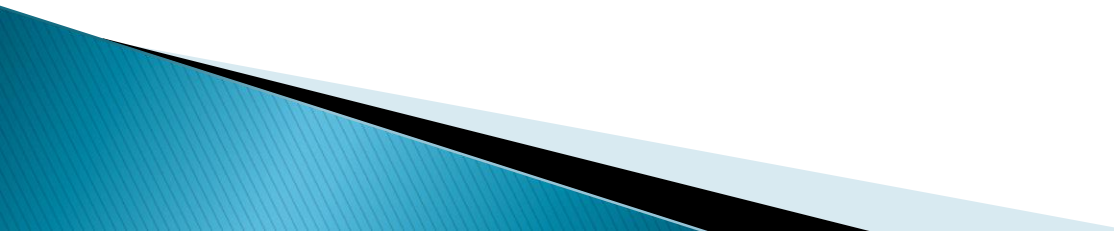
Glukokortikoide–Eular

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

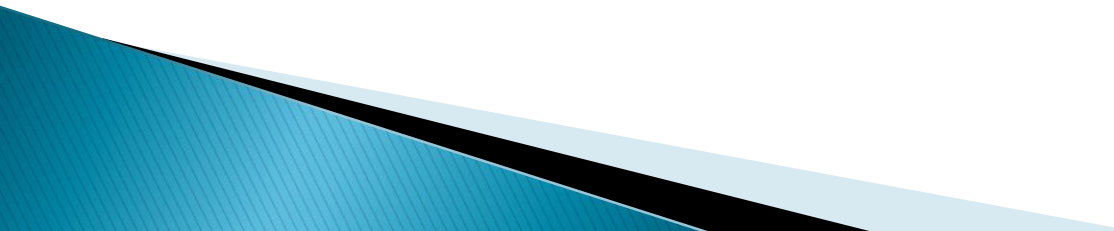
Methotrexat

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

Biologika

- ▶ Tuberkulosescreening – nicht notwendig bei Interleukin 17– Inhibitoren (Ixekizumab, Secukinumab)
 - ▶ Infektionsrisiko
 - ▶ Interleukin 6 Rezeptorblocker– Divertikulitis
 - ▶ Allergien selten
- 

Januskinaseinhibitoren

- ▶ Tuberkulosescreening
 - ▶ 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
- 