

Antonio Bonfiglio

Ich bin steif, habe Schmerzen und kann mich kaum mehr bewegen

Bericht vom gleichnamigen Workshop an der SwissFamilyDocs Conference 2011 in Basel

Dieser Workshop gab uns Hausärztinnen und -ärzten die Möglichkeit, anhand von zwei Patientenbeispielen die besonderen Aspekte des entzündlichen Rheumatismus im Vergleich zu degenerativen rheumatischen Krankheiten durchzugehen.

Polymyalgia rheumatica und rheumatoide Arthritis sind die beiden häufigsten entzündlich rheumatischen Krankheiten. Diese Patienten sehen wir regelmässig und häufig in unserer Sprechstunde. Hat der Patient eher mehr Schmerzen am Morgen als am Abend? Wird er von den Schmerzen gar geweckt? Ist das Steifigkeitsgefühl stark vorhanden? Sind Gelenke geschwollen, insbesondere an den Fingern? Kommt massiver Kraftverlust hinzu oder eine Verschlechterung des Allgemeinzustands?

Was ist zu tun? – die Diskussion in Kürze

Bei der Polymyalgia rheumatica ist der Patient selten unter 60 Jahre alt. Patienten mit rheumatoider Arthritis sind meist deutlich jünger. Hilfreich ist das Labor. Die Blutsenkungsreaktion ist bei der Polymyalgia rheumatica in der Regel hoch und ein wichtiger Parameter. Eine Biopsie der Arteria temporalis brauche ich nicht machen zu lassen, wenn der Patient keine Kopfschmerzen angibt. Die Behandlung mit Kortison wirkt bei diesem Krankheitsbild Wunder und ist immer noch Standard. Da aber auch andere Krankheitsbilder bei Kortisongabe eine Besserung zeigen, sollte mit maximal 20 mg Prednison begonnen werden. Auch ein Malignom kann eine Verschlechterung des Allgemeinzustands und Schmerzen verursachen; die Gefahr einer Verwechslung mit einer Polymyalgia rheumatica ist durchaus da. Ein Beginn mit höheren Dosen von Prednison würde auch bei einem Malignom eine Besserung hervorrufen und die Diagnose verschleiern bzw. erschweren. Zumindest sollten ein Thoraxbild und ein Ultraschall des Abdomens gemacht werden, um andere Ursachen auszuschliessen.

Wann brauche ich Unterstützung durch den Rheumatologen?

Eigentlich bleibt die Polymyalgia rheumatica aber eine Ausschlussdiagnose, eine klinisch gestellte Diagnose, die gesichert wird durch das ausgezeichnete und anhaltende Ansprechen auf Prednison – auch nach Reduktion der Dosis. Sie ist somit eine Krankheit, die sehr gut vom Hausarzt ohne grosse technische Untersuchungen gemanagt werden kann. Darin waren alle anwesenden Hausärzte und auch der Rheumatologe einig. Nicht vergessen darf man die Osteoporoseprophylaxe bei Langzeittherapie mit Steroiden. Hier sollte besser nicht zugewartet werden, bis die DEXA-Werte auf Osteoporoseniveau gesunken sind. Leider hat man dann aber oft Probleme mit der Kostenübernahme durch die Kostenträger.

Bei der rheumatoiden Arthritis gibt es mit dem Anti-CCP einen Laborparameter, der für die Krankheit beweisend ist. Das erleichtert die Sache, macht sie aber umso schwieriger, wenn er fehlt. Dann ist auch hier klinische Erfahrung gefragt. Vermutlich braucht man als Hausarzt hier eher den Rat des Rheumatologen.

Die alten Rheumafaktoren haben zwar prognostisch eine gewisse Bedeutung, aber sind für die Diagnose zu unspezifisch. Da eine rheumatoide Arthritis zu Gelenkdestruktionen führen kann, sollte mit der Therapie nicht zugewartet werden. Methotrexat hat sich als Basistherapeutikum durchgesetzt und gilt als First-line-Therapie. Erst wenn dieses ausdosiert ist, sollte auf eines der sehr teuren und nicht ganz harmlosen Biologika gewechselt werden. Methotrexat wird mehrheitlich von den Patienten selbst s.c. gespritzt. Das dazu handelsübliche Präparat ist recht teuer. Hier kann gemäss unserem Experten gespart werden, indem Methotrexat-Ampullen von Whyeth à 25 mg verschrieben werden. Falls der Patient nur 10 mg braucht, kann die Ampulle eine Woche später ein zweites Mal angestochen werden. Die Therapie mit Methotrexat, aber auch alle anderen Basistherapien, insbesondere mit Biologika, müssen regelmässig klinisch und mit Laborkontrollen überwacht werden.

Der Workshop: interaktive Art der Fortbildung

Ein Workshop, in dem man sich mit Berufskollegen über ein Krankheitsbild austauschen kann, das wir in der Praxis oft, aber doch nicht alle Tage sehen, bringt eine grosse Bereicherung. Der Experte, in diesem Fall ein Rheumatologe, ist da zur Unterstützung und kann jederzeit beigezogen werden. Genauso machen wir es ja auch im Praxisalltag und in unseren Qualitätszirkeln. Es entsteht schnell eine Diskussion, in die jeder seine Praxiserfahrung einbringen kann. Ganz gezielt kommen hier sofort jene Aspekte zur Sprache, die für den Praxisalltag relevant sind. Diese interaktive Art der Fortbildung wird unter der Ägide der Rheumaliga seit etlichen Jahren angeboten (siehe www.rheumaliga.ch und dort unter Partner «Rheuma 2000» wählen). Vielleicht findet auch in Ihrer Nähe eine derartige Veranstaltung statt?

Fragen zur Medikation?

Auf www.rheuma-schweiz.ch kann man unter «Praxiswerkzeuge» zu jedem Medikament das entsprechende Überwachungsschema finden.

Korrespondenz:
Dr. med. Antonio Bonfiglio
Heuackerstrasse 3
8035 Langnau am Albis
Schweiz
Bonfiglio[at]bluewin.ch