



**AKADEMIE FÜR
HAUSÄRZTLICHE
FORTBILDUNG
BREMEN**



Schnittstelle Rheuma – ein Workshop

Günther Egidi Bad Orb Oktober 2011

- dran denken!
- diagnostische Instrumente kennen
- Funktions-Indizes kennen lernen
- wissen, wo LL-Empfehlungen zur Medikamenten-Überwachung und Patienten-Informationen zu finden sind
- Schubbehandlung durchführen können
- eine Idee von der NNT für Basistherapeutika und der NNH von NSAR und Cortison bekommen
- Klarheit gewinnen: wen muss ich abgeben, wen kann ich behandeln?

15-Monats-Prävalenz rheumatischer Erkrankungen in
unserer Praxis– im Quartal ca. 1500 Patienten versorgt-

Psoriasisarthritis 5 Pat

Morbus Bechterew 8 Pat

Rheumatoide Arthritis 14 Pat

Polymyalgie 5 Pat

LL frühe rheumatoide Arthritis: allein rheum. Arthr.

Prävalenz 0,5-1%



HAUSÄRZTE-
VERBAND
BREMEN

Frau K, unsere 1. Patientin



ARA-Kriterien bei Frau K:

Morgensteifigkeit Gelenke mind. 1 Stunde Dauer,
Arthritis 3 und mehr Gelenkbereiche mit
Weichteilschwellung,
Schwellung MCP und PIP, symmetrische Arthritis
=> Ü Rheumatologie

24.7.2009 Rheumatologie: eindeutige RA, Rö li Hüfte:
Protrusionscoxarthrose, MTX begonnen.

15.3.2010 klinisch Schub li Hand. Nach tel. Rücksprache
mit Rheumatol. Schubbehandlung 20 mg Prednisolon

Inhaltliche und Schnittstellen-Fragen

- Labor- und apparative Untersuchungen?
- ACR-EULAR-Kriterien?
- Aktivitätsindex?
- Brauchen wir für die Diagnose überhaupt einen Rheumatologen?
- Indikation MTX und Prednisolon bereits durch den Hausarzt?
- Dosierung MTX und Prednisolon?
- Selbständige Schubbehandlung durch Hausarzt?



HAUSÄRZTE-
VERBAND
BREMEN

Herr A, unser 2. Patient

Klinisches Problem: Fokussuche bei rezidivierenden Iritiden

Fokussuche (Rö Thorax, CT NNH, Zahnarzt, Tuberkulin-Test). BSG 10, GPT 77 (normal <23), OT 21, gGT 49, Hep-Serologie neg, ANA, ANCA, Anti-DNS-AK neg, Hb 12,8 (n>14), Ferritin, B12 normal, CRP, Elpho, RF normal, Toxoplasmose-nur IgM-AK, Borrelien-IgM, Clamydien-IgM, Yersinien-IgM, TPHA, ACE, NNH-Verschattung li,



So ging es weiter

- Juni 2003 Überweisung Rheumatologie. Dort schon mal 1998. Seinerzeit HLAB-27 pos, Bechterew nicht zu sichern. Sz li Gesäß, untere und mittlere BWS. Jetzt periphere Gelenke normal, Schober 10/14, Vorlaufphänomen li ISG pos, Rö BWS und LWS oB, ISGe unschärfer. Diagnose gestellt. => Naproxen, Sulfasalazin.
- 2009 Wechsel auf MTX wg Hepatotoxizität,
- seit 2010 in Kombination mit Adalimumab
- Seit Anfang 2011 Psychotherapie. Er kommt als junger Mann mit seiner Dauer-Erwerbsunfähigkeit nicht klar.



Klinischer V.a. Spondylarthritis – DEGAM-LL Kreuzschmerzen

	Sensi- tivität	Spezi- fität	Positiv prädiktiver Wert	Negativ prädikti- ver Wert
Ankylosierende Spondyli- tis ^{23, 144}				
Alter ≤ 35 Jahre	0,90	0,30		≈ 1,00
Morgensteifigkeit	0,64- 0,95	0,29- 0,59	0,01-0,03	1,00-0,98
Keine Besserung der Be- schwerden im Liegen	0,80	0,49	0,02	≈ 1,00
Besserung von Schmerzen und Steife bei Bewegung	0,69- 0,75	0,45- 0,90	0,01-0,03	≈ 1,00
Schleichender Beginn	0,53- 0,88	0,51- 0,76	0,01-0,06	≈ 1,00
Dauer der Beschwerden > 3 Monate	0,71- 0,86	0,09- 0,54	0,003-0,03	≈ 1,00
Vier der obigen fünf Zeichen positiv	0,95	0,85	0,14	≈ 1,00



HAUSÄRZTE-
VERBAND
BREMEN

Frau S, unsere 3. Patientin

- Unklarer Husten
- Schwieriges Bild durch interkurrente Malaria
- Unklares Fieber
- Zunächst unklarer Pleuraerguss
- schließlich schmerzhafte Gelenkschwellungen



So ging es weiter

- 3.11.2008 Gehen schlechter, zunehmende Gelenkschwellungen, Einweisung RKK
- im RKK CCP pos, polyartikuläre Arthritis, MTX und Prednisolon begonnen, DAS 28, schmerzhaftes Schwellung re OSG, Sz beide Hände, Morgensteifigkeit 1 Stunde, Faustschlusschwäche, Knieschmerzen beim Anlaufen, Schulter-Sz re, keine Überkopf-Arbeit, Beckengürtel-Sz. Synovialitische Schwellungen MCP II und III bds, PIP II und III bds,
- aktuell unter MTX stationärer Verlauf



**HAUSÄRZTE-
VERBAND
BREMEN**

Frau J, unsere 4. Patientin

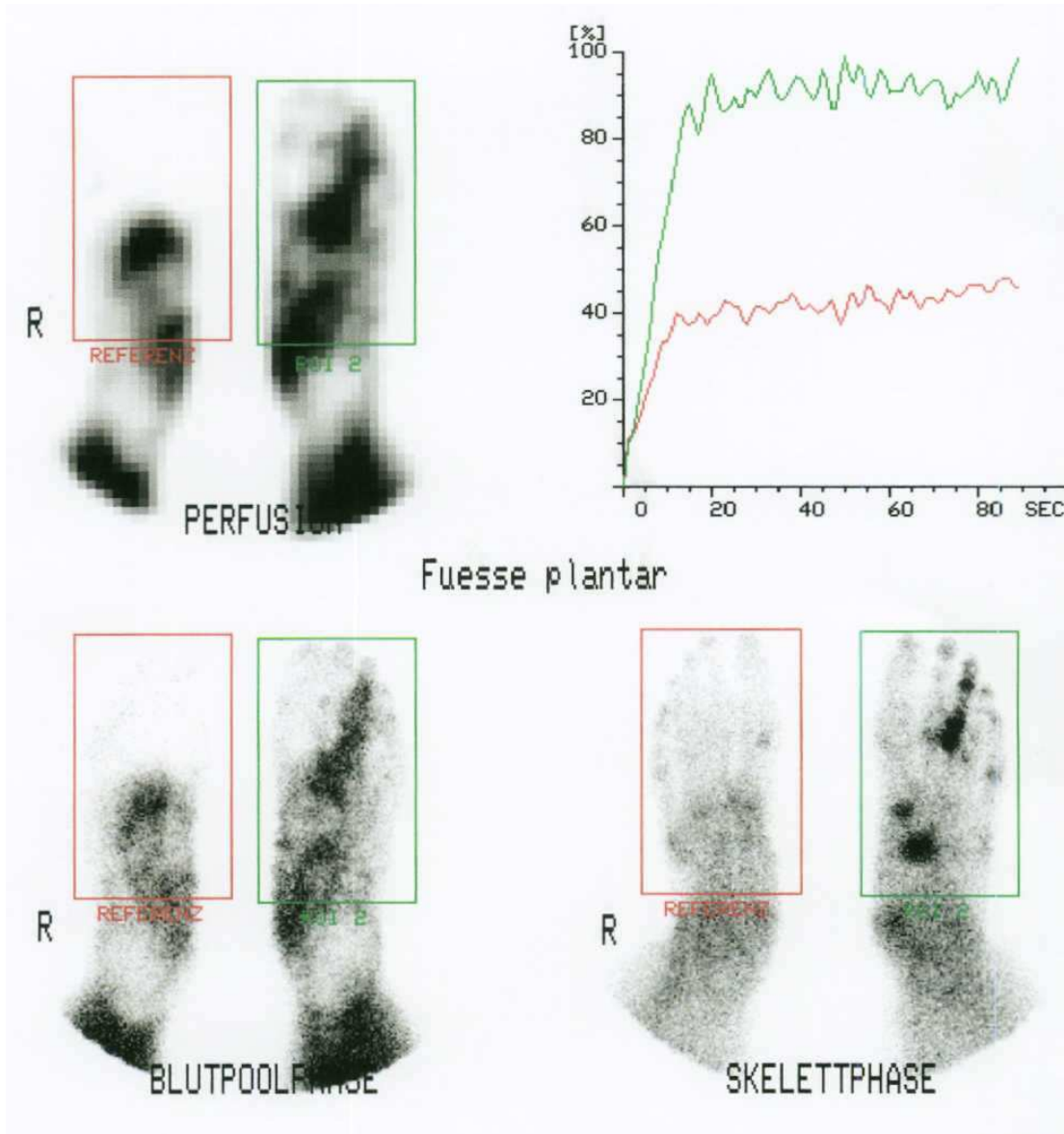


- 29.2.2008 Dermatologe: Kopfhaut-Psoriasis, dringende V.a. Psoriasis-Arthritis
- 3.3.2008 ambulante Vorstellung RKK: Psoriasis-Arthritis, BM 2/07 mit Daktylitis, HLA-B 27, erosiver Verlauf, Sulfasalazin vorgeschlagen. MRT und CT schließen Marschfraktur aus. CRP 8,4, BSG 6, CK 318 (n bis 145)
- 2/2008 erneut Szinti: Befund spricht für Marschfraktur MFK V und 5. Zehe. Aktivität nicht im Gelenk, sondern in der Zehe selbst. Keine Radiosynoviorthese möglich. MRT veranlasst.
- 2/2009 re Hand winzige Aufhellung Daumengrundgelenk, Zehengrundgelenk 5 große Usuren, MTX beannonen.



**HAUSÄRZTE-
VERBAND
BREMEN**

Herr J, der Opa von Frau J





HAUSÄRZTE-
VERBAND
BREMEN

Frau G, unsere 5. Patientin

Juvenile chronische Arthritis bekannt, meist in den Knien, manchmal auch in den Fingern.

Remission seit 2009

Freitag 10.12.2010 erhebliche Schwellung beide Knie, Rheumatologen-Termin erst nach 6-8 Wochen zu bekommen



- Beginn mit 30 mg Prednisolon durch den Hausarzt
- Vorstellung beim Rheumatologen: DAS 2.6 - Prednisolon schrittweise reduziert
- 2/2011 nach Ende Prednisolon Rezidiv, Beginn Hydroxychloroquin



**HAUSÄRZTE-
VERBAND
BREMEN**

Frau K, unsere 6. Patientin





- Überw. Röntgen Hände und Füße in Mammographie-Technik. Befund: keine Usuren, geringe Demineralisation Köpfchen MFK V bds
- 28.11.2005 will lieber richtiges Rheuma haben als immer Schmerzen. Ibu half. Sie weiß nicht, was sie will. Überweisung anderer Rheumatologe.
- Befund von dort: chronische Polyarthrit, RF und CCP neg, ANA und anti-DNS-AK pos., wie Kollagenose ohne Organbeteiligung. So lange sie stillt, möglichst wenig Med, dann Cortison und Hydroxychloroquin.
- 10.6.2008 abgestellt. Polyarthrit hoch aktiv. MTX zur Basistherapie dazu



HAUSÄRZTE-
VERBAND
BREMEN

Ein Fall aus dem IhF- Minimodul Gelenkschwellung

53-jährige Patientin mit rheumatoider Arthritis unter
20 mg MTX und 5 mg Prednisolon /d.

Aktuell seit 10 Tagen schmerzhafte Schwellung li. Knie,
re. Sprunggelenk und 2. Fingergrundgelenk re. mit
morgendlicher Steife in den Händen von 1 bis 2 Stunden.

BSG 45 mm



HAUSÄRZTE-
VERBAND
BREMEN

Ein weiterer Fall aus dem IhF-Minimodul Gelenkschwellung

49-jähriger Patient mit rheumatoider Arthritis

seit 5 Monaten 15 mg Methotrexat s.c. 1x pro Woche
und 2 x 75 mg Diclofenac / Tag seit 9 Wochen.

Die Krankheitsaktivität deutlich rückläufig.

Bei Routine-Laborkontrolle Erhöhung der SGOT auf 98
U/l und SGPT auf 142 U/l.

Bei Kontrolle nach einer Woche SGOT 110 U/l, SGPT
163 U/l und γ -GT 47 U/l.





Eine Kasuistik aus einer rheumatologischen Praxis

Kasuistik Herr R. S., 62J.

- 25.2.11: Anruf HÄ: Fieber um 38° seit 1 Mon., Schmerzen Muskulatur, BSG > 100, CRP um 100 mg/l, Thorax o. B., Urin o.B. Er war beim fachärztlichen Internisten. Sie glaubt dessen Diagnose Polymyositis nicht und meint, vielleicht doch Polymyalgie, ob sie mit Cortison anfangen soll?
- Fachärztl. Internist: umfangreiches Labor (Ck 235 U/l; BSG und CRP unverändert, Ferritin 1025 ug/ml, Infektserologie und Rheumaserologie sonst unauff.), Echo o.B., Endoskopien und Sonographie geplant, aber vom Patienten abgesagt („zu schwach dafür“).
- Wg. Ck 235 U/l → D: Polymyositis; Th: Predni 100 mg, Lisinopril/HCT wg. RR 170/100.
- Vereinbarung rheumatologischer Termin 1.3.11. (Rückfrage: keine Klinik für Arteriitis temporalis, deshalb kein Beginn mit Cortison.)

Verdachtsdiagnosen/Procedere

- Als erstes Anamnese vervollständigen:
- Plötzlicher Beginn, Schmerzen der rumpfnahen Muskulatur vorwiegend morgens im Bett, Nachtschweiß, erhöhte Temperaturen, AZ stark verschlechtert, leichte Gewichtsabnahme (sprechen für Polymyalgia rheumatica).
- **Fehlende Morgensteifigkeit** (spricht dagegen).

Klinische Befunde

- Allgemeininternistisch: Adipös, RR an beiden Armen 120/80 (seit gestern Lisinopril/HCT). Aa. temp. bds. unauff. Keine Stenosegeräusche.
- Bewegungsapparat: Gelenke unauff., Muskelkraft gut (aus der Hocke aufstehen, Armabduktion gegen Widerstand).

Technische Befunde

- Gelenksonographie: Schultern und Hüften unauffällig.
- Oberbauchsonographie: reichlich Luft, unauff. bis auf mäßige Steatosis hepatis.

Wie weiter?

- Weiteres Labor?
- Weitere technische Untersuchungen?
- Cortisonversuch?

Ergebnis

- PET-CT 7.3.11: LK-Vergrößerungen li. supra- und infraklavikulär, an der Aortenbifurkation und im kleinen Becken. Mehrbelegungen in den proximalen Humeri, in beiden Femura, in zahlreichen WK (mglw. extramedulläre Blutbildung).
- DD: malignes Lymphom/DD sarkomatöser Prozess kleines Becken
- → Lk-Biopsie, Einweisung Hämatologie/Onkologie




So überwachen wir...

BARMER GEK 03601

F

W


hier bezahlt

Beh.: Günther Egidi

▶ RA 32023

Penicillin-Allergie HZV

Zuletzt: 08.03.2011

Chroniker: ja

P 5/548 37819

! => MTX-Info siehe F3

13.06.08-17:04

Labor-Kontrollen:

Methotrexat: 1x im Monat gr.
BB, PT, AP, Krea, Gewicht,
U-Status, nach Luftnot und
Mundbrennen fragen.

im Wechsel mit Rheumatologe
Müller (Fax 3499402),
Ergebnisse dahin faxen

Laborkennziffer 32023.

13.06.08-12:42

regelm. Überweisung an:

Rheumatologie -
Polyarthritis/Mtx-Therapie

15.08.08-11:36



Recalls:
Labor-Kontrolle



Was können wir lernen? - Diagnostik

Klinische Diagnose Rheuma:

- ▶ >2 geschwollene Gelenkregionen seit ≥ 6 Wochen
- ▶ symmetrisches Verteilungsmuster
- ▶ Dauer der Morgensteife ≥ 60 Minuten

Normale BSG und CRP machen RA unwahrscheinlich

Was können wir lernen? - Diagnostik

Systematisches Review zu anti-CCP2

Kohortenstudien: Sensitivität 57% (95% KI 51%-63%), Spezifität 96% (KI 93%-97%).

Anti-CCP2 hat eine höhere Spezifität als der Rheumafaktor (96% vs. 86%) bei ähnlich schlechter Sensitivität. Ann Int Med 2010;152:456

Anti-CCP kann rA nachweisen, nicht ausschließen

Stellenwert Rheumafaktor???



Was können wir lernen? - Diagnostik

Testeigenschaften ANA bei versch. rheumat. Krankheiten

Krankheit	Sensitivität in %	Spezifität in %
Polymyositis	61	63
Rheumat.,. Arthritis	41	56
Sklerodermie	85	54
Sek. Raynaud	64	41
Sjögren	48	52
Lupus	93	57

Was können wir lernen? - Überwachung

Remissionskriterien der rheumatoiden Arthritis

(mehr als 5 Kriterien über mehr als
2 Monate erfüllt):

1. Morgendliche Gelenksteife < 15 Min.
 2. Kein Auftreten von Ermüdung
 3. Keine Gelenkschmerzen
 4. Keine druckschmerzhaften Gelenke, kein Gelenkschmerz bei Bewegung
 5. Keine Gelenkschwellungen
 6. BSG < 30mm/h bei Frauen, < 20mm/h bei Männern
- Darüber hinaus keine Zeichen aktiver systemischer Manifestationen.



Was können wir lernen? - Therapie

Je 1/3 der Patienten mit rA

- profitiert von **DMARDs** hinsichtlich klinisch relevanter Funktions-Einschränkung
- reagiert nicht auf DMARDs
- hätte auch ohne DMARD keinen Progress

Frakturrate unter **Cortison** verdoppelt. $\frac{1}{4}$ Jahr 7,5 mg Prednisolon-Äquivalent => Osteodensitometrie.

Bei T-Score -1,5 => Alendronat zusätzlich zu Ca/Vit D3.

13 von 1000 Patienten mit RA mit **NSAR** über ein Jahr
=> Schwerwiegende gastrointestinale UAW.

=> Jährliches Mortalitätsrisiko um den Faktor 4 erhöht.

Bei älteren Patienten Naproxen NSAR der Wahl.

Rheumatologischer Vorschlag zur Polymyalgie

- Polymyalgia rheumatica in der Regel klinisch und durch Anamnese zu diagnostizieren
- Differentialdiagnose: v. a. andere rheumatische Erkrankungen, Polymyositis und maligne Erkrankungen.
- Atypische Symptomatik (hier: fehlende Morgensteifigkeit) sollte Anlass zu weiterer Abklärung geben.
- „Cortisonversuche“ sind oftmals nicht hilfreich.

Rheumatologischer Vorschlag zur Polymyalgie

- Zumindest bei atypischer Symptomatik: Überweisung zum Rheumatologen
- Bei Hinweisen auf eine Riesenzellarteriitis (Schwellung, Dolenz A. temp., Claudicatio temporalis, RR-Differenz, Sehstörungen, Stenosegeräusche aortaler Abgänge) sofortige hoch dosiertes Prednisolon und Anruf beim Rheumatologen wg. eines schnellen Termins (Zeitfenster zur Sicherung der Diagnose unter Corticoiden)



Auch so was gibt's

121 Patienten mit Rh.Arthr. mit mind. 6 geschwollenen Gelenken

Randomisierter Vergleich Tripterygium Wilfordii vs. Sulfasalazin 2x1g

Primärer Endpunkt: Besserung ARA-Kriterien um mind. 20%
65% Besserung unter der Heilpflanze, 32,8% unter Sulfasalazin

Allerdings hohe Rate Studienabbrüche (38% Heilpflanze, 59% Sulfasalazin)

Außerdem: Review 2006 aus 2 Studien mit 105 Pat: zwar Funktionsbesserung, aber schwere UAW mit schlechter Nutzen-Schadens-Bilanz

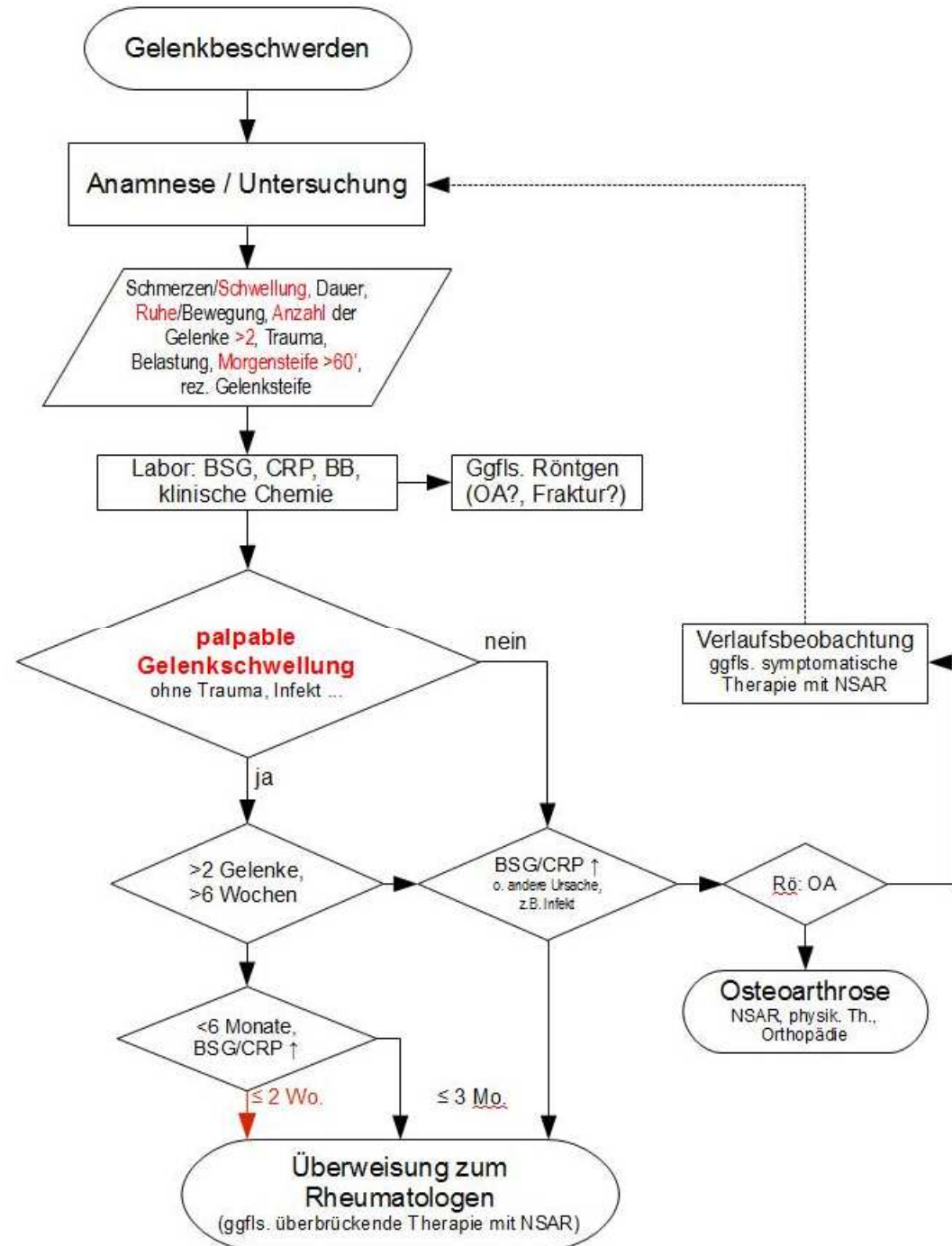


Die Schnittstelle

- Wer sollte unbedingt zum/r Rheumatologen/in?
- Wer sollte weiter hausärztlich versorgt werden?
- Kommunikationswege?
- Was wünschen sich HausärztInnen von RheumatologInnen?
- Was wünschen sich RheumatologInnen von HausärztInnen?



Versorgungs- Pfad Rheuma





Offene Fragen

- Bei welchen Leberwerten Basistherapeutika beenden/
unterbrechen?
- Rheumadiagnostik unter den Bestimmungen des Gendiagnostik-
Gesetzes?
- Qualitätsindikatoren?