

Rheumatologische Krankheiten im Alter

Diagnostische und therapeutische Herausforderungen – ein Bericht vom 8. Wiener Internationalen Geriatrie-Kongress

KATHARINA GRIMM

Rheumatologische Erkrankungen im Alter sind häufig, ihre Diagnose und Therapie zumeist schwierig. Experten am 8. Wiener Internationalen Geriatrie-Kongress erläuterten, wie man die Unabhängigkeit und Lebensqualität der Patienten trotzdem erhalten kann.

Unter den rheumatologischen Erkrankungen im Alter spielen Arthrosen anteilmässig die grösste Rolle. Obwohl es für sie keine typischen Laborparameter gibt, ist die Diagnostik von entscheidender Bedeutung: für den Ausschluss anderer Gelenkerkrankungen und zur Risikoeinschätzung der Therapie (z.B. NSAR und Nierenfunktion).

Mit Blick auf die Differenzialdiagnose Gicht ist zu bedenken, dass das Lebensalter per se ohne Einfluss auf den Harnsäurewert ist, meinte Dr. Wolfgang Halder, Zirl, weshalb die bekannten Normwerte auch im Alter gültig sind. Bei Gicht korreliert der Harnsäurespiegel mit der Häufigkeit von Anfällen; allerdings muss deshalb bei mässig erhöhten Werten gerade im Alter nicht automatisch behandelt werden.

Auch warnte der Referent vor Über- oder Fehldiagnosen: «Untersuchen Sie nur jene Rheumaparameter, von denen Sie wissen, warum Sie sie suchen. Bei älteren Menschen den Antistreptolysin-Titer zu bestimmen, ist völlig sinnlos – es wird aber immer wieder getan!»

Besonderheiten der Arthritis im Alter

Der Hausarzt sieht ältere Rheumapatienten entweder nach jahrelangem Krankheitsverlauf oder aber im Rahmen einer späten Erstmanifestation. Während der ersten Wochen bis zu einem Jahr nach Auftreten der ersten Symptome (Früharthritis) ist die Diagnose einer Arthritis oft eine Herausforderung. Bei Druckschmerz, Schwellung und Erguss eines Gelenkes muss sie von einer aktivierten Arthrose unterschieden werden. Gerade bei geriatrischen Patienten kann die Anamnese und Deutung des Schmerzes schwierig sein, ebenso die Beurteilung der funktionellen Einschränkung, die oft durch eine Muskelatrophie verstärkt wird.

8. Wiener Internationaler Geriatrie-Kongress, 20.–23. April 2005, Wien

Während die Polyarthrose typischerweise die DIP-Gelenke der Hand befällt, tritt die rheumatoide Arthritis (Häufigkeit ca. 0,5%) an den PIP- und MP-Gelenken auf. Besonders schwierig kann die Differenzialdiagnose bei akutem Beginn mit Fieber und primärem Befall der grossen Gelenke sein. Diese Form wird häufiger bei älteren Männern beobachtet. Alternativ müssen eine Kristallarthritis, die Polymyalgia rheumatica und nicht zuletzt auch die R53 PE (Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema, besonders bei Männern > 65 J.) als eigenständige Krankheitsbilder erwogen werden. Die Abgrenzung einer «elderly onset arthritis» als eigene Entität bei Erstmanifestation über 60 Jahre hält Professor Winfried Graninger, Graz, für überflüssig. Generell sind spätere Manifestationen der rheumatoiden Arthritis jedoch mit deut-

Tabelle 1: **Rheumatologische Laborparameter?**

- **BSR:** Anstieg nach 24 h, HWZ 4–6 Tage, Wert steigt mit Alter > 80 Jahre. Grenze bei 40 mm/h. Bei V. a. Polymyalgia rheumatica, rheumatoide Arthritis (RA).
- **CRP:** Anstieg nach 6 h, HWZ 24–48 h, s.o. Entscheidender Parameter für Therapieerfolg.
- **Rheumafaktor:** Vorkommen bei RA in 70–90 Prozent, bei Neoplasie in 5–25 Prozent, bei Parasiten in 20–90 Prozent, bei viralen Infekten in 15–65 Prozent, bei Hepatopathien in 15–70 Prozent, aber auch in 10–25 Prozent bei Gesunden > 50 J. (< 50 J. < 5%). Niedrige Spiegel ohne Klinik irrelevant!
- **ANA:** Wert steigt mit Alter, bei Gesunden häufig im niedrigtitrigen Bereich messbar (irrelevant)

Rheumatologische Krankheiten im Alter

lich stärkeren funktionellen Einschränkungen und schlechterer Prognose belastet. Zudem haben diese Patienten ein erhöhtes Arteriosklerose- und damit kardiovaskuläres Risiko.

Bei der Behandlung müssen die Effekte einer Komorbidität ebenso wie eine Multimedikation berücksichtigt werden. Vorsicht ist bei Kortison angebracht, das mit kardiovaskulären Komplikationen bei Patienten mit rheumatoider Arthritis in Verbindung gebracht wird (del Rincon et al., 2005). Andererseits sind auch NSAR und Methotrexat wegen der häufig bestehenden Nierenfunktionseinschränkungen problematisch. Salazosulphyridin ist wegen der notwendigen Einnahme von zwei bis drei relativ grossen Tabletten mit schlechter Compliance belastet. Um älteren Patienten trotzdem eine wirksame Therapie anzubieten, empfiehlt Professor Graninger den TNF-Antagonisten Etanercept, der im Alter über 65 Jahre nachgewiesenermassen gleiche Wirksamkeit zeigt wie bei Jüngeren (Cole und Rabasseda, 2004).

Rückenschmerz im Alter: «Was häufig ist, ist häufig.»

Aus dem rheumatologischen Formenkreis drängt sich bei Rückenschmerzen differenzialdiagnostisch zunächst die Polymyalgia rheumatica auf. Der akut beginnende Schmerz in Nacken, Schultern und Rumpf, rasch progredient, oft frühmorgens auftretend und kombiniert mit Synovitis bei normaler Muskelkraft, ist hier typisch. Die Blutsenkung kann dabei normal oder auch bis auf Werte über 100 erhöht sein. Die immer wieder zitierte dramatische BSG-Erhöhung in der ersten Stunde findet sich laut Dr. Halder, Zirl, gar nicht so häufig. Das CRP ist der sensiblere Parameter. Therapeutisch ist die Kortison-Gabe zwingend, bei ungenügendem Ansprechen auch mit Dosiserhöhung und eventuell zweimaliger Gabe pro Tag, da die Beschwerden oft morgens auftreten. Gleichzeitig sollte eine Osteoporoseprophylaxe erfolgen. Über die erforderliche Dauer der Behandlung besteht nach wie vor Uneinigkeit. Eine begleitende Riesenzellarteriitis findet sich in 15 Prozent, bei

Befall der A. temporalis mit Kauschmerzen, Sehstörungen und Kopfschmerz. Hier sind initial Dosen von 60 bis 80 mg/Tag Prednisolon-Äquivalent erforderlich. Die Polymyalgia rheumatica ist eine Ausschlussdiagnose, gelegentlich treten jedoch bei Malignomen polymyalgieähnliche Formen auf. Auch eine rheumatoide Arthritis kann sich im HWS-Bereich bemerkbar machen, ein M. Bechterew tritt dagegen praktisch nie nach dem 50. Lebensjahr auf. Eine Polymyositis beginnt eher schleichend, wobei die Schwäche den Schmerz überwiegt, BSG und CK sind erhöht, das CRP normal. Eine weitere Differenzialdiagnose ist die Myopathie bei Virusinfekt, die eher mild verläuft und zumeist auch die proximalen Extremitäten betrifft. Das Labor ist hier unauffällig. Letztlich muss noch eine Statintherapie in Betracht gezogen werden, bei der dosisabhängig in 2 bis 11 Prozent muskuläre Schmerzen auftreten können.

Fazit: Das differenzialdiagnostische Spektrum beim Rückenschmerz alter Menschen ist gross; deshalb sollte eine gezielte und wenn immer möglich kausale Therapie angestrebt werden. Allerdings liegt dem Schmerz immer noch am weitesten häufigsten eine degenerative Ursache und/oder eine muskuläre Dysbalance zugrunde.

Arthrose im Alter: Endoprothetik erste Wahl

Für den Orthopäden Dr. Reinhard Zettl, Wien, kommt im höheren Alter bei Arthrose nur die Endoprothetik in Frage, da gelenkerhaltende Massnahmen mit zu vielen Komplikationen belastet sind. An der Hüfte handelt es sich dabei in der Regel um Totalendoprothesen. Zementierte Modelle haben den Vorteil der sofortigen Belastbarkeit und der niedrigen Kosten, aber auch den Nachteil der thermischen Belastung des Knochens und der längeren OP-Dauer. Bei unzementierten Modellen scheinen die kürzere OP-Dauer und die «biologische» Verankerung günstig. Bei Osteoporose ist die Fixierung häufig schwierig, da Implantate wandern oder Frakturen verursachen, sodass im-

Tabelle 2: Abklärung bei muskulärem Rückenschmerz im Alter

- Anamnese und Status
- Labor: Entzündungsparameter, Muskelenzyme
- Begleitsymptome (Haut, innere Organe)
- Malignomausschluss
- Sonografie, MRT
- Muskelbiopsie

mer öfter Revisionen mit immer komplizierteren Konstruktionen notwendig werden. Zettl empfiehlt im Alter für die Erstoperation eine unzementierte Kurzschaftprothese und die Paarung von Keramik und Polyäthylen. Metall sollte erst bei einer Revision zum Einsatz kommen.

Beim Knie ist der Oberflächenersatz das Standardimplantat, bei defekten Bändern werden stabilisierte Spezialprothesen notwendig, bei Knochendefekten modulare achsengeführte Totalendoprothesen. Im Bereich der Schulter zieht der Orthopäde wo immer möglich die Teilendoprothese vor, da die Operation schneller ist und Patienten sich schneller erholen. Bei der im Alter von über 60 Jahren in etwa 30 Prozent vorhandenen Rotatorenmanschettenruptur kommen inverse Prothesen zur Anwendung, da mit diesen der M. deltoideus wieder funktionell wirksam und damit ein Heben des Armes über 90 Grad möglich wird. ●

Katharina Grimm, Eich
E-Mail: katharina.grimm@gmx.ch

Interessenkonflikte: keine deklariert