

Fallbeispiel Älterer Patient

JS ist 68 Jahre alt, weiblich und leidet unter generalisierten Gelenkschmerzen, einem geschwollenen linken Knie und Morgensteifigkeit für ca. 1h. Die Symptome sind mit steigender Intensität vor einigen Wochen aufgetreten.

Bislang wurde Frau S mit Diclofenac 50mg 3x1 behandelt. In der Apotheke hat sie zusätzlich noch Diclofenac Gel 5% gekauft, das sie mehrmals täglich aufträgt.

Medizinische Vorgeschichte:

- Hysterektomie 1996
- Bluthochdruck seit 15 Jahren
- Chronischer Herzinsuffizienz NYHA II seit 2 Jahren
- Osteoporose seit 3 Jahren

Medikation

- HCT 25mg 1-0-0
- Amlodipin 10mg 1-0-0
- ASS 100 0-1-0
- Enalapril 5mg 1-0-0
- Diclofenac 50mg 1-1-1
- Diclofenac Gel 5% wenn notwendig

Allergien:

- Penicillin

Laborwerte/Symptome:

- BP 138/80, P 81 regelmäßig
- T 37,1°C
- Größe: 1,65m, Gewicht: 65,3kg, BMI: 23,56
- Schmerzen im Knie: 7/10
- Hände: leichte rheumatische Veränderungen, Schwellungen des 3.,4.,5. PIP bilateral Ulnardeviation bilateral, verminderte Kraft in den Händen, eingeschränkt Beweglichkeit der Handgelenke
- Ellenbogen: gute Beweglichkeit, Knoten am Druckpunkt
- Schulter: eingeschränkte Beweglichkeit
- Knie: Schmerzen bilateral, eingeschränkte Beweglichkeit links, Schwellung, Rötung links
- Füße: keine Schwellung, Schmerzen
- T-Score: -2
- Synovialflüssigkeit (Knie): $23 \times 10^3/\text{mm}^3$ (Leukos)
- WBC: $13 \times 10^3/\text{mm}^3$ ($4-10 \times 10^3/\text{mm}^3$)
- BKS: 47 mm/h (3-20 mm/h)
- Anti-CCP: +
- RF: 67 kU/L (0-20 kU/L)
- HgB: 10,0 g/dL (12,0 – 15,0 g/dL)

Welche Probleme bestehen bei dieser Patientin?

- Akute Verschlechterung des Gesundheitszustands
- Keine angemessene Therapie der RA
→ NSAR nicht ausreichend
- NSAR ohne Magenschutz
- Diclofenac bei Herzinsuffizienz
- Keine Therapie der Osteoporose
- Leichte Anämie

Welche Informationen deuten auf Rheumatoide Arthritis und die Schwere der Erkrankung hin?

- Progredienz trotz NSAR
- Morgensteifigkeit >30 min
- Muster des Gelenkbefalls (Schulter, Hände, Knie)
- Laborwerte
 - Rheumafaktor
 - Anti – CCP positiv
 - Erhöhte BKS
 - Erhöhte Leukozyten, auch in Synovialflüssigkeit
 - Anämie
 - CRP leider nicht bekannt, gutes Monitoring-Instrument

Um welche Art der Erkrankung handelt es sich hier?

- „Alters cP“
- Rheumatische Erkrankung, die erst nach dem 60. Lebensjahr auftritt
- Frühzeitige Entwicklung von Muskelatropie und Gelenkdestruktion
- Nicht immer mit typischem Gelenkbefall

Was sind hier die Ziele der Arzneimitteltherapie?

- Schmerzlinderung 3/10 oder weniger
- Entzündung und Schwellung reduzieren
- Muskelkraft erhalten oder aufbauen
- Fortschreiten der Knochenerosion und Gelenkdeformation vermeiden
- Osteoporose behandeln
- Lebensqualität erhalten

Welche Nicht-pharmakologischen Maßnahmen sind sinnvoll?

- Physiotherapie
 - Min. 1x tgl selbständig Gymnastikprogramm durchführen
 - Auch an den Tagen, an denen man nicht in Form ist
 - Nur üben, wenn der Körper warm ist
 - Brüske Bewegungen über die Schmerzgrenze hinaus vermeiden
 - Massage ist kein Ersatz für KG
- Ergotherapie → Identifikation von Hilfsmitteln
 - Technische Hilfsmittel wie Greifzange, Toilettensitzerhöhung, Essbesteck, Kamm mit langem Griff, Strumpfanzieher, Schlauch zum Fixieren von Tasten z.B. Fön
- Kryotherapie
- Bewegungsbad
- Orthesen
- Ernährungsberatung

Wie sollte die Behandlung dieser Patientin weitergeführt werden?

a. Welche Medikation in

i. Welcher Dosierung?

ii. Welcher Applikationsform

iii. Für welche Dauer?

- Prednisolon 10mg, morgens zw. 6:00 – 8:00 1 Tbl
- Nach ca. 1 Monat in 1mg Schritten tappern
- Zieldosierung 2,5mg (reicht häufig bei Alters-cP)

- Dexainjekt[®], Lederlon[®], Volon[®] A 20mg als Injektion für das Knie

- MTX 7,5 mg s.c 1x wöchentlich
- Steigerung möglich bis max. 10-20mg
- Hinweise bei trockenen Husten, Hüsteln über längere Zeit Arzt aufsuchen

- Folsäure 5mg 24-48h nach MTX-Gabe

- Alendronsäure 70mg oder Risedronat 35mg
- 1x/Woche, 1/2h vor dem Frühstück, viel Flüssigkeit, nicht hinlegen nach der Einnahme
- Calcium + Vitamin D3, 2 x 500mg + 440IE
- Bis zur Erholung der T-Werte

- Zur Therapie einer Herzinsuffizienz gehört ein Betablocker
→ Bisoprolol 2,5mg 1x1 steigern bis max. 10mg

- Notwendigkeit von Amlodipin überprüfen, wenn Bisoprolol angesetzt wird (Achtung auch IA CCB – BB)
- Überprüfen, ob Statintherapie notwendig ist
- Enalapril sollte bei einer Herzinsuffizienz bis auf 20mg (Zieldosis) gesteigert werden
Enalapril 10mg 1 – 0 – 1
- ASS als Primärprophylaxe bes. bei Frauen > 60 nicht sinnvoll
- Diclofenac nicht optimal
- Umstellung auf Naproxen oder Ibuprofen,
- nur so lange wie absolut notwendig
- an MTX Tagen + 24h später meiden
- ev. Umstellung auf ein nicht-saures Analgetikum
- Bleibt Diclofenac, Ibuprofen oder Naproxen
→ Protonenpumpenhemmer in entsprechender Dosis
- Diclofenac Gel oder Voltaren Pflaster beibehalten
- Pflaster haben den Vorteil einer längeren Wirkung und gleichzeitigem Kühleffekt

Abkürzungen:

BP = Blutdruck

P= Puls

T= Temperatur

PIP= Proximales Interphalangealgelenk = Fingermittelgelenk

WBC= Anzahl Leukozyten

BKS= Blutkörperkungsgeschwindigkeit

Anti-CCP: Antikörper gegen cyclisches citrulliniertes Peptid

RF= Rheumafaktor

HgB: Hämoglobin