

**Polymyalgisches Syndrom**

Ist nicht gleichbedeutend mit Polymyalgia rheumatica, sondern ein klinisches Beschwerdebild mit einer Vielzahl von Differentialdiagnosen unterschiedlicher Dignität.

- Ruheschmerz (seit > 2 Wochen) im Schulter- und Beckengürtel, Nacken
- Morgensteifigkeit > 30 Min.
- bei Patient > 50 Jahre
- meist symmetrische Symptomatik
- cave: zusätzliche B-Symptomatik (Malignome, Leukämie/Lymphom, Infekte/Endocarditis)

Bei ungenügendem / fehlendem Ansprechen auf Cortison: System. Vaskulitis, Endokarditis, Arthritis?

**Therapie Gicht und Chondrokalzinose**

Auch ohne Behandlung dauert der Gichtanfall meist nur wenige Tage. Im Verlauf werden die Intervalle zwischen den Attacken aber kürzer und die Anzahl befallener Gelenke nimmt zu.

1st line: NSAR: 2-4 x 400 mg Ibuprofen

3 x 50 mg Diclofenac ... und viel trinken zur Steigerung der Harnsäureausscheidung.

2nd line: intraartikuläre Steroidinjektion (schnellste Wirkung!)

ev. vorher Erguss entleeren!

Gelenk-angepasste Triamcinolondosis (Kenacort®) 10-40mg, Bethametason (Diprofos®)

systemische Steroide bei KI für NSAR (Bsp. Niereninsuffizienz), polyartikulärem Befall

Bsp. Prednison d1: 50mg, d1-4: 20 mg

3rd line: Colchicin (Colchicum Dispert®) 0.5mg 8-h-lich (ev. auch 4/d) für 4-5 d, oder hochdosiert:

Start mit 1 mg, gefolgt von 0.5mg alle 2 h bis schmerzfrei (max. 6mg), dann 0.5mg 1-0-1

Cave: Interaktion mit Makroliden, Cyclosporin, Statinen!

**Prophylaxe, Langzeitbehandlung der Gicht:**

Xanthinoxidasehemmer: Allopurinol (Zyloric®)

Indikation: ≥ 3 Gichtanfälle/Jahr

tophöse Gicht

rezidivierende Uratnephrolithiasis

Ziel Harnsäure <360µmol/l (Tagesdosis bis 600 mg (900mg) möglich)

Anpassung gemäss Nierenfunktion: Cl >100ml/Min. 300mg/d od. mehr

40-60 ml/Min. 150 mg/d

<30ml/Min. 100 mg/d

Alternative ist die Prophylaxe mit Colchicin Tbl. 0.5mg 1-0-(1)

Auch die Chondrokalzinose kann mit NSAR und/oder systemischen Steroiden behandelt werden.

Bei mono- bis oligoartikulärem Anfall sind intraartikuläre Steroidinjektionen die wirksamste und verträglichste Therapiemassnahme.

**HWI bei Trägern von Dauerkathetern**

Selten Dysurie oder Pollakisurie, sondern unspezifische Symptomatik, wie AZ-Verschlechterung, Delir.

- DK-Träger entwickeln obligat eine asymptomatische Bakteriurie (- 8%/d Liegedauer)
- Antibiotische Eradikation ist erfolglos (Entwicklung resistenter Keime!)
- Pyurie, trüber Urin sind bei DK-Trägern keine sicheren HWI-Zeichen!
- Cystofix oder urethraler Cath haben ein vergleichbares HWI-Risiko

Die Diagnose HWI soll nur gestellt werden, wenn nach sorgfältiger Abklärung, keine andere Erklärung für die Symptomatik gefunden wird. Falls ein DK weiterhin nötig ist, soll der DK gewechselt werden.

Wegen zunehmender Resistenzproblematik, soll eine Urinkulturprobe *nach* Einlage des neuen DK, vor Beginn der Antibiotikatherapie, erfolgen.

Quinolone sind nicht mehr Therapie der 1. Wahl!

Bei einer unkomplizierten Zystitis (Dysurie/Pollakisurie und normaler Urogenitaltrakt) werden primär folgende Antibiotika empfohlen:

- Nitrofurantoin 100 mg 1-0-1
- Cotrimoxazol forte 1-0-1
- Fosfomycin 3 g Einzeldosis

### **Alter und Schlaf**

Einschlafstörung: Latenz >30 Min

Durchschlafstörung: > 30 Min am Stück wach nachts, Früherwachen, Gesamtschlafzeit <6h.

Abnahme der Gesamtschlafdauer, des REM-Schlafes und des Tiefschlafes, wie auch Wachphasen sind im Alter physiologisch. Oft kommt es zur Schlafphasenvorverschiebung, die fälschlicherweise als Schlafstörung interpretiert wird.

Als kurzfristiger Einsatz können Benzodiazepine bei Erschöpfungs- und Angstzuständen, als Krisenmanagement und beim Alkoholentzug, wie auch u.a. beim hyperaktiven Delir, oder beim tonisch klonischen Krampfanfall sehr hilfreich sein.

Im Alter sollten aber nur Substanzen mit kurzer Halbwertszeit und fehlenden aktiven Metaboliten zum Einsatz kommen; es sind dies:

- Oxazepam (Seresta®)
- Lorazepam (Temesta®)
- Temazepam (Normison®)
- Lormetazepam (Noctamid®, Loramet®)

Die ultrakurzwirksamen Mittel, Triazolam (Halcion®), Midazolam (Dormicum®), haben eine ausgeprägt amnestische Wirkung und sind möglicherweise mit unangemessenem Verhalten verbunden.

Für längerdauernde Therapien sind schlafanstossende Antidepressiva, wie Mirtazapin (Remeron®), Trazodon (Trittico®), oder Mianserin (Tolvon®) zu favorisieren.

### **Herzinsuffizienz und Eisenmangel(anämie)**

Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz haben eine hohe Anämie-Prävalenz (38%) und bei 2 von 3 Patienten besteht ein Eisenmangel.

Dieser zeichnet, unabhängig vom Vorliegen einer Anämie, für ein bis zu vierfach erhöhtes Todesrisiko, verglichen mit Patienten mit normalen Eisenwerten!

Bei Herzinsuffizienz immer Ferritin kontrollieren, zusammen mit dem CRP, da bei erhöhtem CRP falsch hohe Ferritinwerte vorliegen können. Eisensubstitution als Herzengelagehenheit bei Herzinsuffizienz!

### **Literatur:**

Jordan KM et al. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Standards, Guidelines and Adult Working Group SGAWG): British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of gout. *Rheumatology (Oxford)* 2007;46:1372-4.

Hooton TM et al. Diagnosis, Prevention and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: International Clinical Practice Guidelines from Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2010 ;50 :625-63

Glass J et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia : Meta-analysis of Risks and Benefits *BMJ* 2005

Krähenbühl S: Abusus von Benzodiazepinen und ähnlichen Substanzen. *Therapeutische Umschau* Band 60, 2003, Heft 6

Anker SD et al. Ferric carboxymaltose in patients with heart failure and iron deficiency. *N Engl J Med* 2009;361:2436-48

Klip J, et al.: Iron deficiency in chronic heart failure: an international pooled analysis. *Am Heart J* 2013;165:575-582