

Kortikosteroide richtig dosieren

Äquivalenztabelle oraler Kortikosteroide

	Äquivalenzdosis (mg)				rel. antiphlogistische Aktivität	Wirkdauer (h)
Hydrokortison (z.B. Hydrocortone®)	20	80	200	400	1	8-12
Prednison (z.B. Decortin®)	5	20	50	100	4	12-36
Prednisolon (z.B. Aprednison®)	5	20	50	100	4	12-36
Methylprednisolon (z.B. Urbason®)	4	16	40	80	5	12-36
Triamcinolon (z.B. Triam®)	4	16	40	80	5	12-36
Dexamethason (z.B. Fortecortin®)	0,75	3	7,5	15	25	36-54
Betamethason (z.B. Betagalen®)	0,75	3	7,5	15	15	36-54

nach Goodmann&Gillmann (Hinweis: Diese Äquivalenztabelle ist nicht Teil des Zuweisungs-Leitfadens)

Beim vorliegenden Zuweisungs-Leitfaden handelt es sich um eine Empfehlung, deren Einhaltung und Umsetzung freiwillig ist. Die Entscheidung über Zuweisung, Diagnostik und Therapie obliegt dem behandelnden Arzt.

Referenzen:

1. Hunder GG, Cleve Clin J Med 2002; 69(Suppl2):11791182
2. Nordborg C et al., Rheumatology (Oxford) 2003; 42:549552
3. Baldursson O et al., Arthritis Rheum 1994; 37:1007 1012
4. Sonnenblick M et al., Br J Rheumatol 1994; 33:938941
5. Salvarani C et al., Nat rev Rheumatol 2012; 8:509521
6. Dejaco C et al., Rheumatology (Oxford) 2017; 56:506515
7. Chen JJ et al., Ophthalmology 2016; 123(9):19992003

Download des Zuweisungsleitfadens für die Riesenzellarteriitis unter: www.rheumatologie.at

Weitere gedruckte Exemplare können Sie kostenfrei unter austria.rheuma@roche.com anfordern.

AT/RA/0818/0005
Version 2018

Mit freundlicher Unterstützung von Roche



Rheumatologischer Notfall Riesenzellarteriitis. Handeln Sie sofort!

Alles was wichtig ist auf einen Blick!

Der neue Zuweisungs-Leitfaden bei Verdacht auf Riesenzellarteriitis

C. Dejaco, C. Duftner, G. Haas, M. Knoflach, A. Kronbichler, A. Maurer, M. Mustak-Blagusz, H. Pieringer, M. Schirmer, M. H. Stradner, A. Studnicka-Benke, E. Wipfler-Freißmuth, J. Zwerina für den Arbeitskreis Vaskulitis und Rare Diseases der ÖGR



Riesenzellarteriitis: Der rheumatologische Notfall

Riesenzellarteriitis (RZA) zählt zu den Vaskulitiden und ist somit den rheumatischen Erkrankungen zuzuordnen. RZA ist durch eine destruiende granulomatöse Entzündung der Wände von mittelgroßen und großen Arterien charakterisiert.

Weltweit schwankt die jährliche Inzidenz zwischen 6 und 32 Fällen pro 100.000 Personen¹⁻⁴. Im Allgemeinen entwickelt sich die Erkrankung bei Erwachsenen im Alter von mehr als 50 Jahren – Frauen sind dreimal so häufig betroffen wie Männer!⁵

Klinischen Manifestationen der Riesenzellarteriitis

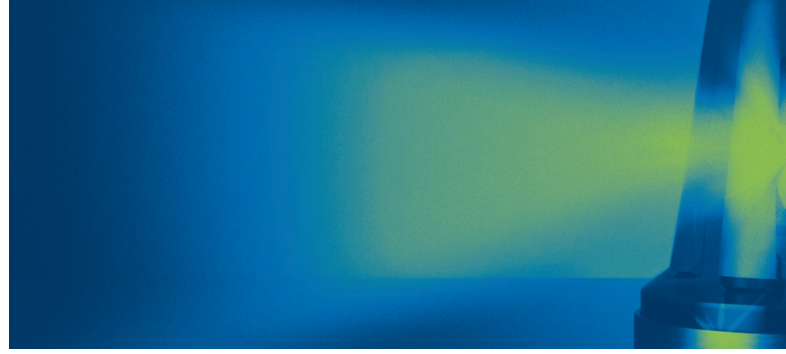
- Kopfschmerzen
- Claudicatio des Kiefers sowie der Extremitäten
- Sehstörungen
- Polymyalgia rheumatica
- konstitutionelle Symptome

Schwerwiegende Komplikationen drohen!

Zu den gefürchtetsten Komplikationen gehört die Erblindung, welche 8-20% der Patienten betreffen kann, Aortenaneurysmen, Myokardinfarkt und Insult.⁵⁻⁷

Riesenzellarteriitis erfordert sofortiges Handeln!

Eine schnellstmögliche Diagnose und ein sofortiger Therapiebeginn sind wichtig, um schwere gesundheitliche Folgen für den Patienten zu verhindern.



Riesenzellarteriitis – interdisziplinäre Diagnose für eine interdisziplinäre Erkrankung

Diagnosestellung bei interdisziplinären Erkrankungen

Patienten mit Riesenzellarteriitis werden bei unterschiedlichen Fachdisziplinen vorstellig. Auf Grund der Seltenheit der Erkrankung und den oft banal erscheinenden Initialsymptomen kann die Diagnosestellung verzögert sein. Aus diesem Grund hat die Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR) einen Zuweisungs-Leitfaden für einen möglichst raschen Therapiebeginn erstellt.

Die Kriterien einer Riesenzellarteriitis auf einen Blick

Der Verdacht für eine RZA besteht, wenn die Punkte 1-4 erfüllt sind

1. Alter >50 Jahre (meist >65)

2. CRP/BSG erhöht

3. ≥1 RZA-Symptom

- neue Kopfschmerzen
- akute Visusverschlechterung (z.B. Gesichtsfeldeinschränkung, Amaurosis fugax)
- Kiefer-/Zungen Claudicatio
- abnorme Temporalarterie
- Claudicatio Extremitäten

oft in Verbindung mit:

- Polymyalgia rheumatica
- konstitutionelle Symptome: z.B. Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust

4. akuter/subakuter Beginn

In sehr seltenen Fällen findet sich eine aktive RZA bei unauffälliger BSG/CRP. Bei dringenden Verdacht ist bei diesen Fällen ebenso zu verfahren, wie oben angeführt. Akute Augensymptome und/oder akute neurologische Symptome können einen Notfall darstellen. Die angeführten Symptome können auch durch andere Erkrankungen hervorgerufen werden, die ebenfalls eine akute fachärztliche Vorstellung notwendig machen. Eine sofortige Überweisung an eine Spezialambulanz oder erfahrenen, sowie verfügbaren, niedergelassenen Facharzt, ist zu empfehlen.

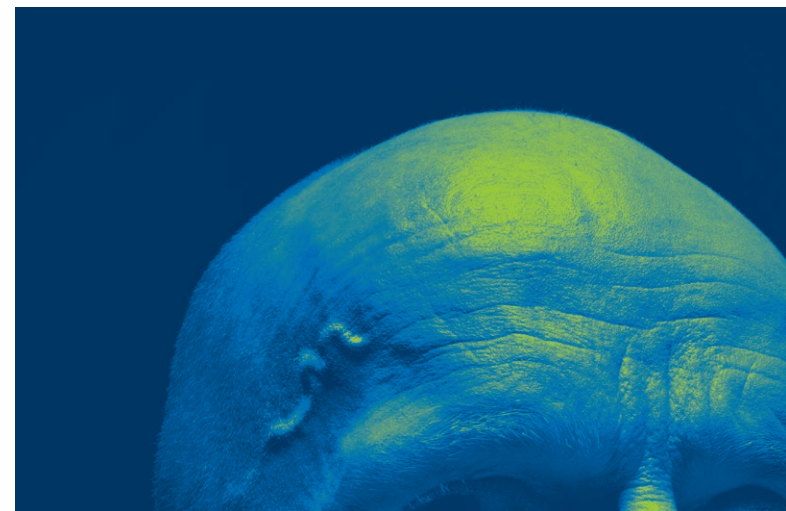


WICHTIG! Riesenzellarteriitis erfordert sofortiges Handeln! Sofortiger Therapiebeginn bei Verdacht auf Riesenzellarteriitis

Erfüllt ein Patient die angeführten Kriterien 1-4, dann beginnen Sie bitte sofort mit den Maßnahmen!

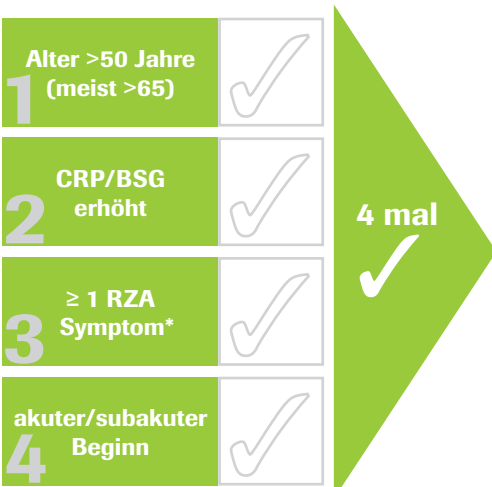
Handlungsanleitung bei Riesenzellarteriitis

- Prednisolon-Therapie (äquivalent) 50mg p.o./i.v.
- Dringende Überweisung des Patienten zum Rheumatologen – der Termin sollte in den nächsten 1-2 Werktagen liegen
- Weiterführung der Prednisolon-Therapie (äquivalent) 50mg p.o. tgl. **unbedingt** bis zur Visite beim Rheumatologen – nur so kann ein weiteres Fortschreiten der Erkrankung verhindert werden
- Beim Vorliegen von Augensymptomen ist zusätzlich eine sofortige augenärztliche Vorstellung notwendig – an Wochenenden in der Notaufnahme!
- Bei TIA-/Schlaganfallsymptomen ist eine sofortige neurologische Abklärung erforderlich – an Wochenenden in der Notaufnahme!



Riesenzellarteriitis schnell erkennen und rasch handeln

Ein Diagnose- & Zuweiser-Leitfaden



Prednisolon (äquivalent) 50mg p.o./i.v. sofort

Dringende Zuweisung zum Rheumatologen (Termin innerhalb von 1-2 Arbeitstagen)

- bei Augensymptomen zusätzlich sofortige augenärztliche Vorstellung**
- bei TIA-/Schlaganfallsymptomen sofortige neurologische Vorstellung**

Fortsetzung der Therapie (Prednisolon [äquivalent] 50mg p.o. tägl.) bis zur Visite beim Rheumatologen

*RZA Symptome:

- Neue Kopfschmerzen
- Akute Visusverschlechterung (z.B. Gesichtsfeldeinschränkungen, Amaurosis fugax)
- Kiefer-/Zungen Claudicatio
- Abnorme Temporalarterie
- Claudicatio Extremitäten

Oft in Verbindung mit:

- Polymyalgia rheumatica
- Konstitutionelle Symptome (z.B. Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust)

** Am Wochenende Vorstellung in der Notaufnahme

In sehr seltenen Fällen findet sich eine aktive RZA bei unauffälliger BSG/CRP. Bei dringenden Verdacht ist bei diesen Fällen ebenso zu verfahren, wie oben angeführt. Akute Augensymptome und/oder akute neurologische Symptome können einen Notfall darstellen. Die angeführten Symptome können auch durch andere Erkrankungen hervorgerufen werden, die ebenfalls eine akute fachärztliche Vorstellung notwendig machen. Eine sofortige Überweisung an eine Spezialambulanz oder erfahrenen, sowie verfügbaren, niedergelassenen Facharzt, ist zu empfehlen.