

Patientin 1 Frau K

44 Jahre alt, sehr lang und schlaksig – Marfan-Syndrom, raucht, COPD, hat schon 5-7x Pneumothoraces gehabt, mehrfach daran operiert, depressiv.

14.5.2007 Hüftschmerzen links

16.10.2008 Schulterschmerz rechts – sie arbeitet in der stationären Pflege, ist durch ihre Marfan-Statur eigentlich dafür nicht geeignet.

18.8.2008 Hüftschmerzen diesmal rechts, deutlicher Stauch-Sz Hüftgelenk, IR-St, Bursa frei=> Diclo

16.9.2008 Schmerzen rechte Schulter. Deutl. DS Supraspinatus. Traktion, Selbstübungen, KG

2.2.2009 Monarthrit re Mittelfinger-Mittelgelenk. Auslöser völlig unklar, kein Infekt. Es geht schon seit 3 Monaten.

Wenn Sie den Befund sehen, wie gehen Sie vor?

- Labor- und apparative Untersuchungen?
- ARA-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?

Patient 2 Herr A

40 Jahre alt, aus Marokko gebürtig. März 2003 4. Rezidiv Iritis.

⇒ Was würden Sie diagnostisch unternehmen?

Chronisch rezid. Kreuzschmerzen v.a. morgens

⇒ Wann denken Sie an einen entzündlichen Kreuzschmerz?

⇒ Therapie?

Patientin 3 Frau S

48 Jährige aus Jamaica gebürtig.

1/2007 seit 3 Wo Husten, 2/07 schon 5 Wochen. Spiro: FeV1 1,55 l = 58% ohne Postdil-Reaktion. Rö Thorax oB.

2/2008 Malaria trotz Prophylaxe bei Ghana-Reise. BSG 15 bei Routineuntersuchung

7/2008 stationär Temp 38°C, Aufstoßen, CRP 120, Sono, Echo, Gastro oB, V.a. Thalassämia minor. Kleiner Pleuraerguss. Nur langsame Besserung unter Amoxi.

7.8.2008 CRP 20

15.9.2008 Belastungs-Luftnot, Schwitzen. Rö-Thorax-Kontrolle: Verschattung re Lunge Mittel- und Untergeschoss. Einweisung Lungenklinik. Bronchoskopie oB, CT, Pleurapunktion, Thorakostomie, Histo „entzündlich“

27.10/2008 Schmerzhaftes Schwellen aller Fingergelenke re(>)li, Kraft Manometer re 10=>80, li 10=50 mm Hg. BSG 30,CRP 25, EIPho, Leukos oB

29.10.2008 zunehmende Schmerzen Beine, humpelt, braucht Gehstützen

3.11.2008 Gehen schlechter, zunehmende Gelenkschwellungen

- ⇒ Hätten Sie an irgendeiner Stelle andere diagnostische/therapeutische Schritte unternommen?
- ⇒ Diagnostisches/therapeutisches Vorgehen ab 3.11.2008?
- ⇒ Aktivitätsindex?
- ⇒ Schnittstelle? Wer soll behandeln? Hätte der Hausarzt mit Prednisolon und MTX beginnen können? Wenn ja, Dosierung?

Patientin 4 Frau J

25 Jahre alte Polizistin

18.1.2005 Abduktionshemmung rechte Schulter

30.5.2005 Kriegt nach Klimmzügen die Arme nicht gerade. Der li Arm schwillt an.

7.7.2005. MRT re Schulter: mäßiggradiges Impingement-Syndrom

15.7.2005 Drängt auf Überweisung zum Orthopäden, weil sie den Rücken nicht ganz gerade durchstrecken kann. Keilwirbel. Sorge, nicht zur Polizei-Ausbildung zugelassen zu werden.

8.12.2005 immer noch Schulterbeschwerden. Sie ist verzweifelt.

16.2.2007 seit 3 Wochen Fußbeschwerden. V.a. morgens tut's weh. Deutlicher DS lat. Fußrand links. Polizeiärztin wollte schon Cortison einsetzen wg. CRP 8,6 verschrieb dann Ofloxazin. Harnsäure 5,1 mg%. Ü Szinti. Befund: hoch florider entzündlicher Befund 5. MFK bis zur gesamten Kleinzehe.

13.3.2007 Überw CT (entzündlicher Befund wie bei Arthritis) und Rheumatologie (Sono: keine Synovitis, unklare Genese, zunächst keine Therapie, Verlaufskontrolle)

2.7.2007 will zum Orthopäden: Monarthrititis Grundgelenk 5. Zehe, Ermüdungsbruch 5. Zehe, Periostreizung MFK V. Innenschuh verordnet. Mehrfach injiziert.

27.11.2007 mal wieder die Zehe. Jetzt tut's am ganzen Kleinzeheballen weg. Deutl. DS Grundgelenk. Schwellung Kleinzehe => Ü Szinti

- ⇒ Hätten Sie an irgendeiner Stelle andere diagnostische/therapeutische Schritte unternommen?
- ⇒ Aktivitätsindex?
- ⇒ Schnittstelle?

Patientin 5 Frau G

19 Jahre alt. Juvenile chronische Arthritis bekannt, meist in den Knien, manchmal auch in den Fingern. Remission seit 2009

An einem Freitag Nachmittag im Dezember 2010 erhebliche Schwellung beide Knie, Rheumatologen-Termin erst nach 6-8 Wochen zu bekommen

- ⇒ Wie verhalten Sie sich in einer solchen Situation?

Patientin 6 Frau K

18.5.2004 bei Rheumatologin – unerträgliche Schmerzen, klinisch keine Synovialitis. Szinti => geringfügige Entzündung Hände, Ellbögen, Knie und Schultern. Ursächlicher Parvovirus-Infekt möglich. NSAR

19.7.2004 seit 3 J. rheumat. Beschwerden, seit ½ J. bei Rheumatologin, mit ihr unzufrieden. Schwellungen beide Handgelenke, Fingergrund- und Mittelgelenke, OSGe, Fußwurzel – alles symmetrisch. Zunahme bei Wärme.

30.7.2004 Ehemann gibt an, sie habe Morgensteifigkeit. Will schwanger werden.

5.8.2004 Beschwerden in Händen schlimmer seit Nasen-OP vor 3 Jahren. Möchte Cortison.

6.9.2004 ½ Stunde Gespräch – Cortison brachte nur vorübergehend etwas. Unterlagen von Rheumatologin vom Mai immer noch nicht da.

Dann schwanger.

22.11.2005 nach Entbindung Schmerzen voll wieder da. Stillt. Deutliche Schwellung Dig III und IV re und re>li Handgelenk.

- ⇒ Was untersuchen Sie?
- ⇒ Überweisen Sie?
- ⇒ Weitere Behandlung?

Patientin 7 aus dem IhF-Minimodul Gelenkschwellungen

53-jährige Patientin mit rheumatoider Arthritis, seit 6 Jahren mit 20 mg Methotrexat / Woche p.o. und 5 mg Prednisolon / Tag behandelt. Bedarfsweise bei Schmerzen 600 mg Ibuprofen bis 3 x 1 täglich mit Omeprazol 20 mg /Tag. Hierunter bei der letzten Kontrolle noch 3 chronisch geschwollene Gelenke, die nicht druckschmerzhaft waren, morgendliche Gelenksteife von < 15 Minuten und BSG von 10 mm/h.

Sie stellt sich nun erneut vor und berichtet, dass seit 10 Tagen das li. Knie, das re. Sprunggelenk und das 2. Fingergrundgelenk re. schmerzhaft geschwollen sind mit einer morgendlichen Steife in den Händen von 1 bis 2 Stunden. Sie finden die angegebenen Gelenke geschwollen und deutlich druckschmerzhaft. Die BSG ist 45 mm / h.

Was tun Sie?

- ⇒ Rücksprache mit dem Rheumatologen?
- ⇒ Sie verordnen die regelmäßige Einnahme von 3 x täglich 600 mg Ibuprofen?
- ⇒ Erhöhung der Prednisolondosis auf 60 mg / Tag für 3 Tage mit langsamer Dosisreduktion?
- ⇒ Erhöhung der Prednisolondosis auf 20 mg / Tag für 3 Tage mit Dosisabbau über 10 bis 14 Tage?
- ⇒ Injektion von Glukokortikoiden in die betroffenen Gelenke?
- ⇒ Wechsel der Basistherapie?

Patient 8 aus dem IhF-Minimodul Gelenkschwellungen

Ein 49-jähriger Patient mit rheumatoider Arthritis seit 5 Monaten wird mit 15 mg Methotrexat s.c. 1x pro Woche und 2 x 75 mg Diclofenac / Tag seit 9 Wochen behandelt. Die Krankheitsaktivität ist deutlich rückläufig. Sie stellen bei der Routine-Laborkontrolle eine Erhöhung der SGOT auf 98 U/l und SGPT auf 142 U/l fest. Bei Kontrolle nach einer Woche liegt die SGOT 110 U/l, die SGPT bei 163 U/l und γ -GT bei 47 U/l.

Was tun Sie?

- ⇒ Rücksprache mit dem Rheumatologen?
- ⇒ Wechsel des NSAR?
- ⇒ Absetzen von MTX?
- ⇒ Pause von MTX bis zur Normalisierung der Leberenzymhöhung?
- ⇒ Zusätzliche Gabe von Folsäure?
- ⇒ Wechsel der Basistherapie?