Älterwerden mit rheumatischen Erkrankungen

Verschiedene entzündlich-rheumatische und auch degenerative muskuloskelettale Erkrankungen zeichnen sich durch charakteristische Erstmanifestationen in bestimmten Lebensdekaden aus. Erkrankungen wie die primäre Arthrose (Osteoarthritis) treten fast ausschließlich nach dem 50. Lebensjahr auf, das Kriterium der Erstmanifestation nach dem 50. Lebensjahr hat Eingang in die Klassifikationskriterien der Arteriitis temporalis und der Polymyalgia rheumatica gefunden.

» Das klinische Bild rheumatischer Erkrankungen ändert sich mit zunehmendem Lebensalter

Als wichtiger Faktor bei der Entstehung altersassoziierter inflammatorischer Erkrankungen wird die Immunoseneszenz, also die Alterung des Immunsystems, gesehen. Mit zunehmendem Lebensalter steigt die Sekretion proinflammatorischer Zytokine, gleichzeitig lässt die Aktivität der adaptiven protektiven Immunabwehr nach. Vergleichsweise wenig Literatur existiert zur Frage, inwieweit sich das Bild einer chronischen rheumatischen Erkrankung mit Erstmanifestation im frühen oder mittleren Lebensalter mit zunehmendem Alter verändert, welche physiologischen Altersveränderungen die rheumatischen Manifestationen überlagern und welche Besonderheiten bei der antirheumatischen Therapie des älteren Patienten bedacht werden müssen. In diesem Heft der *Zeitschrift für*

Rheumatologie widmen wir uns also der Frage des Älterwerdens mit (bestehenden) rheumatischen Erkrankungen.

Im ersten Beitrag gehen J. Bauhammer und C. Fiehn der Frage nach, inwieweit es im langjährigen Verlauf einer rheumatoiden Arthritis zu einem „Ausbrennen“ der Krankheitsaktivität kommen kann. Sie kommen dabei zu dem Schluss, dass dieser historische Begriff des „Ausbrennens“ nicht mehr verwendet werden sollte. Das Sistieren der Entzündung nach langjährigem aggressiven Verlauf ist unabhängig vom Lebensalter eine Rarität, vielmehr würde der Verzicht auf eine DMARD-Therapie („disease modifying antirheumatic drugs“) in dieser Situation die Gefahr einer unterschwellig fortschreitenden Gelenkzerstörung, des Auftretens extraartikulärer Manifestationen und einer Erhöhung des kardiovaskulären Risikos in sich bergen.

U. Kiltz *et al.* stellen dar, dass gerade bei Patienten mit axialer Spondylarthritis, welche sich ja typischerweise in jungen Lebensjahren manifestiert, nach jahrzehntelangen Verläufen krankheitsspezifische Funktionsstörungen, Wirbelsäulenfehlstatik, Ankylosen und Osteopenien mit physiologischen Altersveränderungen wie Verlust von Muskelmasse und degenerativen Gelenk- und Wirbelsäulenveränderungen aufeinandertreffen. Besonders gefürchtet sind Wirbelsäulenfrakturen in der ankylosierten Hals- (HWS) oder Brustwirbelsäule (BWS), die ihrerseits durch die häufige Osteoporose, Muskelatrophie bzw. Sarkopenie und gestörter Haltungskontrolle mit Balanceproblemen gefördert werden. Frühzeitiges Erkennen der

Funktionsstörungen und gezielte frühzeitige Interventionen durch Training und Physiotherapie sind essenziell.

H.-J. Lakomek und C. Schulz widmen sich im dritten Artikel des Themenschwerpunkts den Besonderheiten der Pharmakotherapie beim älteren Rheumapatienten. Bei der Behandlung sind prinzipiell alle zur Verfügung stehenden Therapeutika einsetzbar. Altersbedingte Veränderungen der Organfunktionen (namentlich eine Nierenfunktionsstörung) und des Stoffwechsels, die Abnahme des Verteilungsvolumens für wasserlösliche Arzneimittel, der relative Anstieg des Körperfettes und Komorbiditäten müssen bei der antirheumatischen Therapie und bei der Anpassung der Dosierungen berücksichtigt werden.

U. Lange gibt einen Überblick über Sarkopenie und „Frailty“ beim älteren Rheumapatienten. Durch Funktionsstörungen der Gelenke, Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, Sarkopenie, Sehbeeinträchtigung und Pharmakotherapie verschlechtern sich häufig körperliche Kondition, Gang- und Standsicherheit. In der Gerontorheumatologie stellt v.a. die Sarkopenie einen möglichen Grund für eine vermehrte Gangunsicherheit mit erhöhter Sturzgefahr dar. Eine begleitende Malnutrition begünstigt die Entwicklung einer „rheumatoide Kachexie“, die sich bei über der Hälfte der älteren Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis manifestiert. Der Autor analysiert aktuelle Ansätze der medikamentösen, der Ernährungs- und Trainingstherapie.

Schließlich erläutern H.-J. Lakomek und W. Fiori in ihrem versorgungsrele-

vanten Beitrag, welchen Stellenwert die unterschiedlichen Angebote von stationären Komplexbehandlungen für den geriatrischen Patienten mit rheumatischen Erkrankungen haben. Je nach krankheitsbedingten Besonderheiten, Multimorbidität und Mobilität kann nach strukturierten Entscheidungsprozessen sowohl die multimodale rheumatologische Komplexbehandlung als auch die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung einen Vorteil für die individuelle Versorgung und Frührehabilitation für den älteren Rheumapatienten bedeuten.

Wir sind überzeugt, dass wir als Rheumatologen die umfassende Betreuung des älteren Rheumapatienten mit Wissen und Erfahrung gerne annehmen. Möge Ihnen dieses Schwerpunktheft bei der Betreuung unserer Patienten eine Unterstützung und Anregung sein!

Ihre

Elisabeth Märker-Hermann und

Heinz-Jürgen Lakomek

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. E. Märker-Hermann

Klinik Innere Medizin IV
(Rheumatologie, Klinische Immunologie und Nephrologie), Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden
Ludwig Erhard Str. 100,
65199 Wiesbaden,
Deutschland
Elisabeth.Maerker-Hermann@helios-gesundheit.de

Prof. Dr. H.-J. Lakomek

Klinik für Rheumatologie und Universitätsklinik für Geriatrie, Johannes Wesling Klinikum Minden
Hans-Nolte-Str. 1,
32429 Minden, Deutschland
rheumatologie-minden@muehlenkreiskliniken.de

Interessenkonflikt. H.-J. Lakomek ist als Berater für die Firma AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG und als Referent für die Firma AMGEN GmbH tätig. E. Märker-Hermann gibt an, keine Interessenkonflikte zu haben.

In eigener Sache

Redakteurin des Springer Medizin Verlags mit der Werner-Körte-Medaille in Silber 2018 ausgezeichnet

Die traditionsreiche Werner-Körte-Medaille in Silber wurde am 17.04.2018 in Berlin von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) vergeben. Der Namensgeber Professor Dr. Werner Körte (1853 – 1937) war praktizierender Chirurg in Berlin, erster Schriftführer der DGCH sowie deren Präsident und Ehrenvorsitzender.

Im Rahmen der feierlichen Eröffnungsveranstaltung des 135. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wurde die Auszeichnung an Christiane Jurek, Managing Editor, Redaktion Fachzeitschriften Medizin/Psychologie der Springer Medizin Verlag GmbH, verliehen. Mit diesem Preis würdigte das Präsidium der DGCH ihre langjährigen Verdienste um die Förderung der wissenschaftlichen Chirurgie, für die sie sich persönlich mit ihrem Unternehmen in besonderer Weise engagiert hat.

Herr Professor Dr. Jörg Fuchs, Präsident der DGCH und Herr Professor Dr. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der DGCH, vergaben den Preis an diesem Abend.

„Es ist mir eine große Ehre, über meine Tätigkeit bei der Zeitschrift *Der Chirurg* mit den Vertretern der DGCH vertrauensvoll zusammen arbeiten zu dürfen. Die Gesellschaft ist eine der ältesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die sich seit jeher bemüht, die politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen in der Chirurgie zu verbessern. Der Springer Medizin Verlag versteht sich als starker Partner der DGCH und ist stolz auf die gemeinsame Zusammenarbeit“, so Frau Jurek.

Springer Medizin, Heidelberg