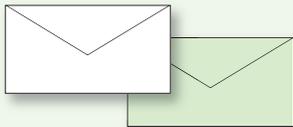


Leserbriefe



Zum Artikel „Kopfschmerzen im Alter. An die gefährliche Riesenzellarteriitis denken“ im Rheinischen Ärzteblatt, Januar 2016, Seiten 21-23

Zum Beitrag erreichten die Redaktion vier Leserzuschriften von zwei Verfassern. In den Stellungnahmen wurde der aus dem dargestellten Sachverhalt von den Autoren abgeleiteten generellen Empfehlung, bei der Verdachtsdiagnose einer Riesenzellarteriitis schon vor dem Auftreten von Sehstörungen umgehend eine Steroid-Behandlung mit einer initialen Megadosis von bis zu 1 g täglich einzuleiten, widersprochen.

In der ersten Zuschrift wurde auf die bekannten kurzfristigen Nebenwirkungen hoher Kortisondosen wie hypertensiver oder diabetischer Entgleisung sowie akuter Psychosen hingewiesen und daran erinnert, dass die Verhinderung einer Erblindung durch „Megadosen“ anhand der Datenlage nicht gesichert ist. Beide Zuschriften verweisen auf die einschlägigen wissenschaftlich begründeten Leitlinien der rheumatologischen und neurologischen Fachgesellschaften [Mukhtyar C et al EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. *Ann Rheum Dis* 2009; 68:318-323. Dasgupta B et al BSR and BHRP guidelines for the management of giant cell arteritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2010 Aug;49(8):1594-7. S1 Leitlinie Zerebrale Vasculitis der DGN (Stand 11.09.2015)] Sie sehen bei typischer Symptomatik und Labordiagnostik, jedoch ohne Vorhandensein von Sehstörungen, den Beginn einer oralen Steroidtherapie mit 1 mg/kg Körpergewicht Prednisolon-Äquivalent/Tag vor.

In einer zweiten Zuschrift wurde insbesondere auf die Leitlinien europäischer Fachgesellschaften hingewiesen und die initiale Hochdosis-Steroidtherapie kritisiert.

Die Verfasser der Zuschriften befürworten aber nach Befall eines Auges wegen der Erblindungsgefahr die Hochdosis-Steroidtherapie. Die Zuschriften verweisen auf die Wichtig-

keit einer gleichzeitigen Thrombozyten-Aggregationshemmung mit ASS entsprechend der Leitlinien.

Die Autoren blieben bei ihrem Vorschlag und stellten fest, dass auch die Kritiker offenbar nach Befall eines Auges die Megadosis-Therapie für sinnvoll halten. Sie stellten die Frage, warum eine Megadosis-Therapie erst nach einer Amaurosis fugax oder Erblindung des ersten Auges für sinnvoll erachtet wird. Es sei nicht verständlich, dass die Megadosis-Steroidtherapie für das zweite betroffene Auge anders wirken solle als für das erste Auge. Warum solle auf die erste Sehstörung, die schon der Beginn einer irreversiblen Erblindung sein könne, gewartet werden, wenn sie durch eine initiale Hochdosis-Cortison-Therapie möglicherweise abgewendet werden könne. Für alte Menschen sei auch der Verlust eines Auges (nicht alle alten Menschen habe zwei gesunde Augen) ein gravierendes Ereignis und zudem drohe die doppel-seitige Erblindung.

Die Autoren verwiesen auch auf die kontrollierte Studie zur (intravenösen) Einleitung der Steroid-Therapie mit einer Hochdosis-Glucocorticoid-Gabe von *Mazlumzadeh M et al. „Treatment of giant cell arteriitis using induction therapy with high dose glucocorticoids“ [Arthritis & Rheumatism 2006 Oct; 54(10), 3310-3318].* Darin konnte nachgewiesen werden, dass eine für drei Tage applizierte Hoch-Dosis-Cortison-Therapie einleitend zu einer dann üblichen weiteren Therapie mit 40 mg/Tag Methylprednisolon hinsichtlich des Wirkungseintritts und der Langzeitwirkung günstigere Ergebnisse zeigt, als die alleinige Gabe von täglich 40 mg Prednisolon. Sie sahen in dieser Studie eine Bestätigung ihrer Meinung, dass eine initiale Megadosis-Therapie mit Steroiden bei einer floriden Riesenzellarteriitis grundsätzlich sinnvoll und vertretbar sei. Sie komme daher auch im ersten Zeitfenster bei der genannten Befundkonstellation als eine erst zu nehmende Option infrage. [Kommentar der Verfasser der ersten Zuschrift: In keinem Arm der Studie trat eine Erblindung auf, die Frage der Verhinderung einer Erblindung kann die Studie daher nicht beantworten.]

Die Autoren wiesen darauf hin, dass in 3 von 5 Fällen, welche die Gutach-

terkommission zu bearbeiten hatte, eine doppel-seitige Erblindung aufgetreten war, wobei leider festgestellt werden muss, dass es jeweils nicht gelang, innerhalb des nur kurzen zweiten Zeitfensters nach Erblindung des ersten Auges eine Megadosis-Therapie durchzuführen.

Die Hochdosis-Einleitung der Steroid-Therapie sollte wegen der mit ihr verbundenen Gefahren und Risiken in mit dieser Therapie erfahrenen Kliniken oder Abteilungen durchgeführt werden.

Letztlich gehe es um ein typisches ärztliches Dilemma: Einerseits bestehe die Möglichkeit, eine Erblindung zu verhindern, andererseits sei die Megadosis-Steroidtherapie (nur um diese für 3 bis 5 Tage als Einleitung der ohnehin erforderlichen Langzeit-Steroid-Therapie geht es) mit möglichen ersten Nebenwirkungen (Blutdruck-Entgleisungen und Blutzucker-Erhöhungen können aber therapiert werden) behaftet. Zur Psychose sei noch angemerkt, dass eine plötzliche Erblindung ebenfalls zu ersten psychischen Störungen führen kann. Zwischen diesen Problemen müsse abgewogen werden. Die Autoren bewerten die Erblindungsgefahr höher, die Kritiker die Nebenwirkungen.

Letztlich sei es Aufgabe einer ohnehin gebotenen therapeutischen Aufklärung, dem Patienten diese Alternativen klar und verständlich aufzuzeigen, seine dann erfolgte Entscheidung müsse natürlich beachtet werden.

Die Autoren weisen auf Folgendes hin: Sie standen bei der Abfassung ihres Beitrages unter dem erdrückenden Eindruck von Erblindungen bei insgesamt 5 Fällen, mit denen die Gutachterkommission betraut ist. In drei dieser Fälle trat eine doppel-seitige Erblindung auf, in dem kurzen zweiten Zeitfenster gelang es nicht, rechtzeitig eine Hochdosis-Therapie durchzuführen. Eine Megadosis-Therapie in Zeitfenster 1 stand in den begutachteten Fällen nie zur Debatte, weil die richtige Diagnose immer erst nach Erblindung eines Auges gestellt wurde. Der Artikel stellt im Übrigen nicht eine „amtliche“ Verlautbarung der Gutachterkommission dar, sondern die Meinung der Autoren.

ÄkNo

KBV startet Video-Serie

„Fit für die Praxis“ heißt die neue Video-Serie, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Internet kürzlich gestartet hat. Die erste Folge stellt die Änderungen der Reha-Verordnung vor, die seit April 2016 gelten. Das etwa dreiminütige Video findet sich im Internet unter www.kv-on.de/html/23018.php. br

Clearingstelle für Zuwanderer aus Südeuropa eröffnet

In Köln hat die erste von landesweit fünf geplanten Clearingstellen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Zuwanderern aus Südosteuropa ihre Arbeit aufgenommen. Das teilte kürzlich das NRW-Gesundheitsministerium mit. Durch die Clearingstellen soll der Versicherungsstatus der Patienten aus Südosteuropa zügiger geklärt und damit deren Gesundheitsversorgung verbessert werden. „Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist nicht nur ein Menschenrecht, sondern auch eine wesentliche Voraussetzung für eine gelingende Integration“, betonte in diesem Zusammenhang Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens. Ziel sei es, möglichst vielen unversorgten Menschen durch Absicherung über eine Krankenversicherung oder Klärung einer sonstigen Kostenträgerschaft den Zugang zur Regelversorgung zu ermöglichen. Das Land unterstützt die geplanten fünf Clearingstellen modellhaft über drei Jahre mit insgesamt rund 2,5 Millionen Euro. Die Kölner Clearingstelle ist beim Gesundheitsamt der Domstadt angesiedelt und arbeitet als Gemeinschaftsprojekt zwischen der Stadt, dem Diakonischen Werk und dem Caritasverband. Die Leiterin des Gesundheitsamtes, Dr. Anne Bunte, sagte, das neue Angebot könne Migranten dabei unterstützen, eine „angemessene Gesundheitsversorgung“ wahrzunehmen. br