

Rheumatologische Patienten in der Notaufnahme – Notfälle und Management*

Claus-Jürgen Bauer, Valentin S. Schäfer



Muskuloskelettale Beschwerden sind einer der häufigsten Gründe für Patientenvorstellungen in der Notaufnahme und können neben weiteren Differenzialdiagnosen auch in einer Vielzahl an rheumatologisch-entzündlichen Gelenkerkrankungen (Arthritiden) begründet liegen. Über diese quantitativ dominierende Patientengruppe hinaus bieten gerade rheumatologisch-entzündliche Gefäß- bzw. Systemerkrankungen dringliche bis notfallmäßige Vorstellungsanlässe, in denen eine rasche Erkennung und Behandlung der Erkrankung entscheidend ist, um organ- bis lebensbedrohliche Folgen zu verhindern.

Einleitung

Schätzungsweise bis zu 8% der Patientenvorstellungen in der Notaufnahme gehen auf rheumatologische Beschwerden zurück [1].

Einer der häufigsten Gründe, aus denen sich Patienten in der Notaufnahme vorstellen, sind dabei nicht-traumatische muskuloskelettale Beschwerden. Während hier zunächst auch nicht-rheumatologische (z. B. orthopädische oder anderweitig internistische) Ursachen abgegrenzt werden müssen, stellen insbesondere Arthritiden ein typisches Indiz für das tatsächliche Vorliegen einer rheumatologischen Grunderkrankung dar. Weiterhin ist es entscheidend, innerhalb der hohen Patientenvorstellungszahlen in der Notaufnahme diejenigen Patienten zu identifizieren, bei denen tatsächlich ein dringlich behandlungsbedürftiges (ca. 29,7%) oder gar lebensbedrohliches rheumatologisches Krankheitsbild (ca. 0,3%) vorliegt [2]. Neben den, in diesem Artikel näher betrachteten, rheumatologischen Erkrankungen mit potenziell lebensbedrohlicher Organbeteiligung können auch krankheits- oder therapiebedingte (infektiöse) Komplikationen, unerwünschte Effekte der immunmodulierenden oder immunsuppressiven Therapie oder metabolische Komplikationen (bspw. osteoporotische Frakturen) in Assoziation mit der rheumatologischen Erkrankung einen Anlass zur notfallmäßigen Patientenvorstellung in der Notaufnahme bieten.

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und des Textumfangs wird in diesem Artikel auf die gleichzeitige Verwendung verschiedener Maskulinum verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten jedoch geschlechtsneutral gleichermaßen für alle Geschlechter.

ABKÜRZUNGEN

ACR	American College of Rheumatology
AION	anteriore ischämische Optikusneuropathie
ANA	antinukleäre Antikörper
ANCA	antineutrophile zytoplasmatische Antikörper
ARDS	akutes Atemnotsyndrom
BSG	Blutsenkungsgeschwindigkeit
BVAS	Birmingham Vasculitis Activity Score
CMV	Zytomegalievirus
CRP	C-reaktives Protein
CT	Computertomografie
DALI	Dosisanpassung bei Leberinsuffizienz
DANI	Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz
DGRh	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie
DIC	disseminierte intravasale Gerinnung
dsDNA	Doppelstrang-DNA
EBV	Epstein-Barr-Virus
EGPA	eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis
EULAR	European Alliance of Associations for Rheumatology
GPA	Granulomatose mit Polyangiitis
HLH	hämophagozytische Lymphohistiozytose
IVIG	intravenöse Immunglobuline
MPA	mikroskopische Polyangiitis
NSAR	nicht-steroidale Antirheumatika
PET-CT	Positronen-Emissions-Tomografie-Computertomografie
POCUS	Point-of-Care-Ultraschalluntersuchung
RZA	Riesenzellerteriitis
SLE	systemischer Lupus erythematodes
TTP	thrombotisch-thrombozytopenische Purpura
ZNS	Zentralnervensystem