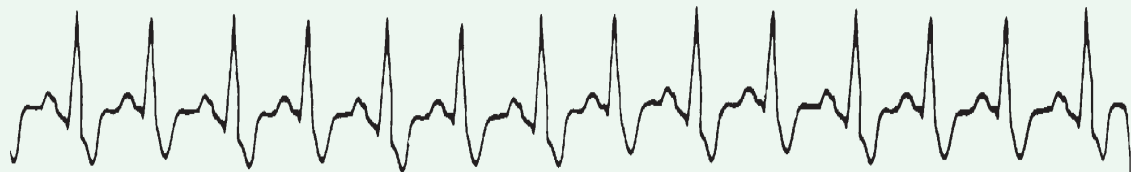


INTERN

Das Journal des Berufsverbandes Österreichischer Internisten

Entzündliche Gefäßkrankungen

von
Dr. Marianne Brodmann



Impressum

Zeitung des Berufsverbandes Österreichischer Internisten, 1200 Wien,
Hannovergasse 21, Tel /Fax. 01/270 24 57, e-mail: sekr@boei.or.at, www.boei.or.at

Redaktion, Anzeigenleitung, Layout, Verleger und Herausgeber: Dr. Martina Wölfl-Misak,
2103 Langenzersdorf, Barwichgasse 17 , **Sekretariat:** Bernadette Teuschl, Susanne Bachtrog
Druck: AV Druck, Faradaygasse 6, 1030 Wien

VORSTANDSMITGLIEDER

Präsident: Dr. Maximilian Rosivatz ♦ **Präsident elect:** Dr. Heidemarie Müller-Ringl ♦ **Präsident past:**
Dr. Martina Wölfl-Misak ♦ **1.Vizepräsident:** Dr. Hans Walek ♦ **2.Vizepräsident:** Dr. Alfred Ferlitsch
♦ **Kassier:** Dr. Doris Kerö ♦ **Schriftführer:** Dr. Johannes Fleischer ♦

Spitalsärzterevertreter: Dr. Istepan Kürkciyan

Kooptiertes Mitglied der ÖGIM: Chefarzt Dr. Reinhard Mörz

Fortbildungsreferat: Dr. Arthur Udo Ehmsen, Prim. Univ.-Prof. Dr. Gebhard Mathis

Wahlreferat: Dr. Johannes Fleischer

LANDESGRUPPEN

Burgenland: Dr. Karl Kos ♦ **Kärnten:** Dr. Alfred Ferlitsch ♦ **Niederösterreich:** Dr. Lothar Fiedler,
Dr. Gerhard Habeler **Oberösterreich:** Dr. Maximilian Rosivatz ♦ **Steiermark:** Dr. Wilfried Kaiba ♦
Vorarlberg: Dr. Johann Brändle

Ehrenmitglied: OMR Dr. Hans Peter Kaserer, Dr. Herbert Schindler

Aus dem Inhalt:

Brief des Präsidenten	4
Standespolitik	6
Entzündliche Gefäßerkrankungen	7
Kurskalender	15

Für das Zustandekommen dieser Ausgabe möchten wir uns bei folgenden Firmen bedanken:

General Electrics
Pfizer



Dr. Maximilian Rosivatz

Präsident

des

Berufsverbandes

Österreichischer

Internisten

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Erlauben Sie mir in meinem 3. Brief des Präsidenten über Standespolitik in Oberösterreich zu berichten.

In Oberösterreich sind die niedergelassenen Fachärzte für Innere Medizin in den letzten Jahren auf der Strecke geblieben. Das Ergebnis der Kassenverhandlungen für die Jahre 2002 und 2003 - geführt von einem Verhandlungsteam der Kurie der niedergelassenen Ärzte, bestehend aus 2 Allgemeinmedizinern und einem Facharzt für Gynäkologie (sowie 3 Kammerbeamten) spricht für sich.

Für den Arzt für Allgemeinmedizin gibt es nunmehr eine „kleine Spirographie“ als Verrechnungsposition. Der Facharzt für Innere Medizin in O.Ö. kann hingegen nach wie vor keine Spirographie verrechnen. Die Antwort auf meine ironisch gemeinte Anfrage an Präsident Dr. Pjeta: „Muss der Internist in Hinkunft für eine Operations-Freigabe für eine notwendige Spirographie zum Arzt für Allgemeinmedizin überweisen?“ dürfte auch für Internisten in anderen Bundesländern interessant sein:

Da die internistische präoperative Beurteilung des Operationsrisikos eine wertvolle und unverzichtbare Maßnahme darstellt, gehört gerade die Spirometrie als wesentliches Entscheidungskriterium in die Hand der Internisten. Die kleine Spirometrie ist als Kassenleistung, sowohl für einen Kassenvertragsarzt für Lungenheilkunde als auch Kinderheilkunde als auch für einen Allgemeinmediziner möglich.

Ausgerechnet wir Internisten, in deren Fach die Lunge und deren Funktion in erster Linie hineingehört, sollen von der Durchführung und Beurteilung der Spirometrie ausgeschlossen sein? Dabei kann es sich wohl nur um ein Versehen oder eine Provokation der Fachgruppe Innere Medizin handeln.

Laborgemeinschaften, die nach den Kassenverträgen praktisch bisher nicht erlaubt waren, wurden jetzt in O.Ö. (mit Honorarabzug) legalisiert. Dies hat aber nur für Ärzte für Allgemeinmedizin Gültigkeit – nicht für Fachärzte!. Dies hat zur Folge, dass Allgemeinmediziner zur Bewertung allfälliger pathologischer Parameter und zur Absicherung von durchgeführtem Labor zum Facharzt überweisen. Dieser darf dann den Patienten eingehend befragen, untersuchen und eine Diagnose stellen. Moderne, durch Anschaffungs-Kosten und vor allem Fachpersonal kostenaufwändige Untersuchungsmethoden sind durch Limitierung und teilweise unzureichende Honorierung – kaum mehr kostendeckend. Für diese Untersuchungen (Ultraschall, EKG, Ergometrie) ist die Honorierung seit 10 Jahren nicht mehr adäquat erhöht worden.

Antwort der OÖÄK auf die Anfrage, ob die Möglichkeit der Gründung oder Teilnahme an einer Laborgemeinschaft auch für Fachärzte möglich wäre: Die Regelung für Laborgemeinschaften besteht derzeit ausschließlich für Ärzte für Allgemeinmedizin. Allerdings bestünden diesbezüglich Verhandlungen durch den O.Ö. Fachgruppenobmann für Innere Medizin Dr. Mitter.

Nach Einlangen von Befunden kann in Oberösterreich der Allgemeinmediziner mit der O.Ö.GKK ein Koordinationshonorar verrechnen. „Derzeit ist die Einführung eines Koordinationszuschlages bei den §2-Kassen für Fachärzte nicht geplant, meint die Kammer.“

In Oberösterreich kann der Allgemeinmediziner AK-Kontrollen (TPZ, QUICK – INR) ohne Limit durchführen. Das Honorar für die gleiche AK-Kontrolle ist beim Facharzt für Innere Medizin von einer Quartalshonorarsummenlimitierung betroffen (33 % Abzug bei Überschreiten einer Quartalshonorarsumme von 37.012 •).

In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass die Betreuung von anti-koagulierten Patienten in die Hand von qualifizierten Internisten gehört. Bekanntlich ist diese Therapie eine äußerst aggressive, der meist multimorbide Patient gehört schon durch seine Grundkrankheiten, wie Vorhofflimmern, Herzklappenersatz oder thromboembolisches Ereignis in das Aufgabengebiet der Inneren Medizin.

Eine Umwandlung einer Quartalslimitierung in eine Jahresdurchrechnung wäre zwar von der Ärztekammer vorgeschlagen worden, würde von der

Brief des Präsidenten

Gebietskrankenkasse aber strikt abgelehnt. Hier herrscht dringender Handlungsbedarf!

Ein kassenfreier Raum existiert in O.Ö. praktisch nicht – Moderne technische Leistungen oder Untersuchungsmethoden, die nicht im Kassenverzeichnis aufscheinen, darf der O.Ö. Kassenarzt privat nicht verrechnen. Eine neue Leistung außerhalb des Kassentarifes kann allerdings in einem komplizierten Verfahren und nach einem Kalkulationsschema als „moderne Medizin“ bei der Ärztekammer O.Ö. zur Verrechnung beantragt werden. Zumindest ist es bisher noch zu keiner Honorierung einer derartigen Leistung gekommen, obgleich die Einführung von zusätzlichen Verrechnungsmöglichkeiten für den Allgemeinmediziner damit begründet wurde.

In diesem Zusammenhang muss hinterfragt werden, ob Oberösterreich juristisch überhaupt noch zum „Rest-österreich“ gehört, in dem der Rechtsstreit um den Kassenfreien Raum schon vor Jahren durch den Obersten Gerichtshof klar entschieden wurde.

Mancher Facharzt für Innere Medizin hat sich schon die Frage gestellt, ob diese Kammer noch wirklich seine Interessen objektiv vertritt.

Das Ergebnis der Ärztekammerwahlen 2003 in Oberösterreich bestätigte die Pro Medico Ärztevereinigung unter Ärztekammerpräsident Pjeta. Diese ist nun mit Nachdruck aufgerufen, sich endlich wohlmeinend der Fachärzte für Innere Medizin anzunehmen, die in der Vergangenheit in vielen Belangen zu kurz gekommen sind!

Mit kollegialen Grüßen



Werden auch Sie Mitglied beim BÖI !

Bitte ausschneiden und einsenden an: BÖI, Hannovergasse 21 A-1200 Wien



AUSZUG AUS
DEN VERBANDS-
STATUTEN

§3. ARTEN DER
MITGLIEDSCHAFT

Ordentliches Mitglied
kann jeder Facharzt für
Innere Medizin werden.

**Außerordentliches Mit-
glied** können werden:

§3a) Personen und Körper-
schaften, die an der För-
derung des Verbandes
interessiert und bereit
sind, im Rahmen der
Verbandstätigkeit mitzu-
wirken.

§3b) Ärzte, die die Aner-
kennung als Facharzt für
Innere Medizin anstreben.
Sie, bzw. ihre Organe
können an den Veranstal-
tungen des Verbandes
ohne Stimmrecht teil-
nehmen

Ich ersuche um Aufnahme als

- Ordentliches Mitglied
 Außerordentliches Mitglied (lt. §3a)
 Außerordentliches Mitglied (lt. §3b)

Name, Titel

in den
Berufsverband Österreichischer Internisten

Adresse

Jahresmitgliedsbeiträge:

- Ordentliche Mitglieder EUR 36,36
a.o. Mitglieder/§ 3a EUR 436,04
a.o. Mitglieder/§ 3b EUR 36,36

Tel.

e-mail

- Facharzt für Innere Medizin
 in Ausbildung zum FA für Innere Medizin
 sonst: _____

Unterschrift



Von
Dr. Hans Walek

Verwirrspiel bei der SVA der Gewerblichen Wirtschaft

Nachdem uns die SVA der gewerblichen Wirtschaft vor einem Jahr die erste Visite mit eingehender Untersuchung weggenommen und das Honorar für das EKG drastisch eingeschmolze hat, sollte die Position E11 für Kostenneutralität sorgen. Die Kluft zwischen den einbehaltenen Honoraren und der Position E11 war in der Vergangenheit so groß, dass seit einem Jahr Verhandlungen zwischen der Österr. Ärztekammer und der SVA geführt werden, in welcher Form diese Ungerechtigkeit ausgeglichen werden könnte.

Und gerade in dieser vulnerablen Situation finden sich in der Abrechnung des dritten Quartals 2002 Anmerkungen, dass die Versicherung die Position E11 in den Fällen einbehält, in denen gleichzeitig mit einer kurativen Leistung eine Vorsorgeuntersuchung verrechnet wurde, gerade die Position, die angeblich die schon vorher verursachten schmerzlichen Verluste ausgleichen sollten, die wir Internisten hinnehmen mussten.

Im darauf folgenden Quartal wurde die Bemerkung als Fußnote beigefügt, dass in solchen Fällen E3 gestrichen wurde.

Eine Beschwerde des BÖI an die SVA gerichtet und der ÖÄK Rechtsabteilung zur Kenntnis gebracht, wurde von der SVA folgendermaßen beantwortet

Es handle sich bei den Fußnoten um einen Irrtum. Diese Anmerkungen sollte nicht in der Abrechnung erscheinen, dienten nur innerbetrieblicher Verwaltung, außerdem sei gar nichts abgezogen worden.

Ja, doch, E3 in den Fällen gestrichen worden, wo eine daneben erbrachte kurative Leistung am gleichen Tag für die Versicherung nicht ersichtlich sei. Der Satz, dass auch E11 im dritten Quartal gestrichen würde, fand sich nicht erklärt.

Das bedeutet für zwei konkrete Fälle, die wir als Beispiel anführen möchten folgendes:

Eine Patientin kommt, weil sie sich nicht wohlfühlt, möchte sich checken lassen und erbittet eine Vorsorgeuntersuchung. Wegen der augenscheinlichen Blässe wird zusätzlich ein Blutbild bestimmt, das ist ja bekanntlich nicht in der Vorsorgeuntersuchung inkludiert. Bei der Kontrollbesprechung erklären Sie der Patientin, dass zwar die Vorsorgeparameter unauffällig sind, aber die Blutkörperchen hochgradig verändert - in diesem Falle handelte es sich um eine Hämoblastose. Sie rufen an der Universitätsklinik/ Hämatologie an und organisieren einen dringlichen Termin für Ihre Patientin In Ihre Abrechnung schreiben Sie E3 hinein und die wird Ihnen von der SVA nicht anerkannt. Somit haben Sie eine kurative Ordination unentgeltlich erbracht.

Ein anderer Fall. Sie finden in der Vorsorgeuntersuchung viel zu hohe Blutfettwerte und eine beträchtlich erhöhte Harnsäure.

Bei der Kontrolle erklären Sie dem Patienten seine Stoffwechsellage und schreiben dann ein entsprechendes Rezept, erstellen einen Plan für die Umstellung seines Lebensstiles und führen eine Diätberatung durch - gratis? Denn die Versicherung kann aufgrund einer unzulänglichen EDV nicht erkennen, dass Sie an diesem Tag ein Rezept geschrieben und somit eine kurative Leistung erbracht haben.

Der Berufsverband war immer bestrebt, eine versöhnliche Lösung zu akzeptieren, dort, wo Versöhnung gewünscht wurde. Es wird weiterer Gespräche bedürfen, um eine sinnvolle Lösung dieses Problems zu finden. Eines wird es in Zukunft aber sicher nicht geben, unaufmerksame Internisten, die die Abrechnung der SVA kritik- und achtlos in ihrer Buchhaltung ablegen.

Sollten Sie auf Ihrem Konto Ihr mühsam erworbenes Honorar der SVA vermissen, dann gehören Sie zu den Glücklichen, die guten Gewissens von sich behaupten können, die SVA der Gewerblichen Wirtschaft finanziell zu unterstützen. Sie stunden nämlich nicht nur wie bisher ihr Geld der Versicherung das übliche Monat, nein, es sind jetzt zehn bis 15 Wochen zusätzlich! Dies hat die ÖÄK mit der Versicherung vereinbart, weil der Abrechnungsaufwand für die SVA zu teuer kommt. Klar, die ÖÄK schmerzt das nicht, die SVA erhält ein zinsenloses Darlehen und Sie zahlen die doppelten Gehälter vor dem Urlaub aus Ihrer eigenen Tasche.

Dr. Hans Walek

Entzündliche Gefäßerkrankungen

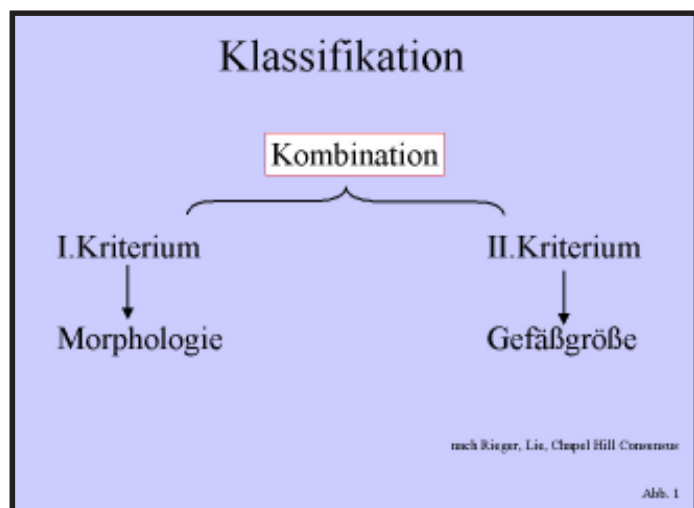
Die Vaskulitiden zählen zu den schwierigsten Gebieten der nichtoperativen Medizin überhaupt. Die Schwierigkeiten liegen gleichermassen in der Systematik, der Ätiologie, der Diagnostik und Therapie, vor allem dadurch, daß sie eine Vielzahl medizinischer Schwerpunkte und Gebiete betreffen. Erschwert wird die Diagnostik durch die mannigfaltigen Möglichkeiten des Erscheinungsbildes und der dadurch entstehenden fächerübergreifenden Notwendigkeit der Zusammenarbeit in Diagnostik und nachfolgender Therapie. Die Vaskulitiden sind aber gerade auch aufgrund des hohen Anspruchs in der Diagnostik, der Zunahme an spezifischen Diagnosemöglichkeiten und der Entwicklung neuer Therapiekonzepte (Immunsuppressiva, Immunadsorption) ein immer bedeutender werdendes und spannendes Gebiet.

Primäre und sekundäre Vaskulitiden (Kollagenosen) sind seltene Erkrankungen, wobei die Riesenzellararteritis als häufigste primäre Vaskulitis mit 90 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner und Jahr auftritt und der systemische Lupus erythematodes mit 143 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner und Jahr die häufigste Kollagenose darstellt.

Vaskulitiden sind per definitionem nichtinfektiöse Entzündungsvorgänge in der Gefäßwand (Arterien und Venen), die zu morphologischen Veränderungen führen und mit einschlägigen Krankheitsbildern einhergehen. Die Ätiologie ist vielfach unklar. Zusammenhänge mit Infektionserkrankungen werden postuliert (Kryoglobulinämie nach Hepatitis C), Kopplungsdefekte zwischen Immunkomplexen und Erythrozyten, pathologische Reaktionen bei der Phagozytose oder Gendefekte angenommen.

Von
Dr. Marianne Brodmann

Korrespondenzadresse:
OA Dr. Marianne Brodmann
Universitätsklinik Graz
Klinische Abteilung für Angiologie
Auenbruggerplatz 15
8036 Graz



Primäre Vaskulitiden der großen Gefäße

- Riesenzellarteriitis [Arteritis temporalis (Mb.Horton)
Polymyalgia rheumatica]
- Arteriitis Takayasu
- Thrombangitis obliterans (Mb.Winiwarter Buerger)

Tab. 1

verwendet. Die Prävalenz der Arteritis temporalis liegt bei 90 pro 10⁶, die der PMR 200-500 pro 10⁶ / Jahr. Das Manifestationsalter liegt über dem 50. Lebensjahr und Frauen sind 3 mal häufiger als Männer betroffen. Nach dem Befallsmuster der Gefäße ergeben sich für die beiden Krankheitsbilder der typische klinische Symptomenkomplexe (Tab.4). Die so oft als weg-

maximale BSG-Erhöhung (Sturzsenkung) kann in 20 % der Patienten fehlen. Die Rolle des histologischen Nachweises der Riesenzellarteritis ist ebenso umstritten, da aufgrund des segmentalen Befalls nur in 30-50% positive histologische Resultate erzielt werden. Neue Untersuchungsmethoden wurden daher in den letzten 5 Jahren entwickelt, um diese Unsicherheitsfaktoren auszuräumen. Die farbcodierte Duplexsonographie mit dem Nachweis des typischen Intimaödems > 1mm (Halo) in den befallenen Gefäßregionen einerseits und die F-18 FDG-PET mit der Visualisierung der Speicherung von F-18 Deoxyglucose in den betroffenen ent-

Als Einteilungskriterium erscheint derzeit aus der klinischen Praxis eine Kombination aus der morphologischen Klassifikation als erstes Kriterium und der Gefäßgröße als zweites Kriterium sinnvoll (nach Rieger, Lie und Chapel Hill Consensus Classification). (Abb1, Tab 1-3)

Primäre Vaskulitiden der großen Gefäße

Riesenzellarteritis (Arteritis temporalis [Morbus Horton], Polymyalgia rheumatica)

Bei der Riesenzellarteritis liegt eine entzündliche, segmentale Veränderung mit Ausbildung von Riesenzellen vorwiegend der A. temporalis vor. Aber auch andere Äste der A. carotis externa können betroffen sein. Bei Befall der A.subclavia, der A.carotis communis, der A.axillaris, des Aortenbogens, der Aorta und der Aae. Iliacae sowie der Aae. femorales wird der Begriff Polymyalgia rheumatica (PMR)

weisend in der Diagnostik der Riesenzellarteritis beschriebene

Primäre Vaskulitiden vorwiegend kleinerer Gefäße

- | | |
|---|--------------------------------|
| •Panarteriitis nodosa (PAN) | •Behcet Syndrom |
| •Wegener-Granulomatose (WG) | •Churg-Strauss-Syndrom(CSS) |
| •Hypersensitivitätsvaskulitis (HSV) | •Serumkrankheit |
| •Purpura Schoenlein-Henoch | •Urtikariavaskulitis |
| •Essentielle Kryoglobulinämie | •Livedo racemosa |
| •Granulomatöse isolierte Vaskulitis des ZNS | •Cogan Syndrom |
| •Kawasaki Syndrom | •Erythema elevatum et diutinum |
| •Pyderma gangränosum | |

Tab. 2

weisend in der Diagnostik der Riesenzellarteritis beschriebene

zündlichenGefäßregionen andererseits sind als Methoden in der Diagnostik der Riesenzellarteritis mittlerweile etabliert (Abb.2).

In der Therapie werden Glucocorticoide mindestens eine Woche in der Dosierung von 1,5 mg/kg KG/d verabreicht und danach langsam in der Abhängigkeit der klinischen Symptomatik und dem Verlauf der Entzündungsparameter reduziert. Ein Auslassversuch kann bei negativer Klinik und fehlenden Entzündungsparametern in 6-12 Monaten gemacht werden.

Sekundäre Vaskulitiden

- Sklerodermie
- CREST Syndrom
- Systemischer Lupus erythematodes(SLE)
- Rheumatoide Arthritis
- Sjögren Syndrom
- Mischkollagenose (Sharpsyndrom, MCTD, Overlapsyndrom)
- paraneoplastisch

Tab. 3

Klinische Symptomatik

<p>→ Arteritis temporalis</p> <ul style="list-style-type: none"> • plötzlich einsetzender Kopfschmerz (60%) • druckschmerzhaft A. temporalis • Schläfendruckschmerz • Fieber (48%) • Sehstörungen (30%) • Kieferlaudicatio • Dysphagie 	<p>→ Polymyalgia rheumatica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muskelschmerzen im Nacken-Schulter- und Beckengürtel • Morgensteifigkeit der betroffenen Muskelabschnitte • akuter Beginn mit subfebrilen Temperaturen, Nachtschweiß und schwerem Krankheitsgefühl • 30-40% Koinzidenz mit A. temporalis
--	--

Tab. 4

Arteritis Takayasu

Die Arteritis Takayasu ist eine chronische Vaskulitis der Aorta inklusive der aortanahen Arterien sowie der A.pulmonalis (Abb. 3). Vom histopathomorphologischen Bild ist die Arteritis Takayasu eine Panarteritis. Die Jahresinzidenz beträgt in Europa und Nordamerika bis 2,6 pro 100000, in Südostasien ist sie 10-mal höher. Vorwiegend sind Frauen betroffen und der Altersgipfel liegt um 30 Jahre. Die Einteilung erfolgt nach der Lokalisation (Tab 5). Die klinische Symptomatik ist gekennzeichnet durch ein allgemeines Krankheitsgefühl, Kopfschmerzen und Fieber (20-50%). Passagere ischämiebezogene Symptome treten je nach Lokalisationstyp der Erkrankung auf: Vertigo, TIA, Sehstörungen und Arm-Claudicatio (Typ I), Claudicatio im Bereich der unteren Extremitäten, Claudicatio intestinalis und arterieller Hypertonus (Typ II), klassische Pulslosigkeit (Typ III), Dyspnoe und Angina pectoris (Typ IV). Die wichtigste differentialdiagnostische Abgrenzung erfolgt zur

Riesenzellararteritis einerseits (unterschiedliches Manifestationsalter) und zur juvenilen Arteriosklerose andererseits. Im Gegensatz zur juvenilen Arteriosklerose fehlen jedoch bei Patienten mit Arteritis Takayasu die typischen arteriosklerotischen Risikofaktoren.

In der farbcodierten Duplexsonographie findet man auch bei der Arteritis Takayasu die typische Intima-verdickung der betroffenen Gefäßregionen, während die Meinung über die Wertigkeit der F-18 FDG PET in der Diagnostik der Arteritis Takayasu

derzeit in der Literatur umstritten ist. Die Literaturangaben über positive Ergebnisse, vor allem in der Frühphase, sowie über negative Resultate halten sich derzeit die Waage.

In der Therapie werden Glucocorticoide mindestens eine Woche in der Dosierung von 1,5 mg/kg KG/d verabreicht und danach langsam in der Abhängigkeit der klinischen Symptomatik und dem Verlauf der Entzündungsparameter reduziert. Ein Auslassversuch kann bei negativer Klinik und fehlenden Entzündungsparametern frühestens nach 12 Monaten gemacht werden. Prinzipiell ist der Therapieverlauf jedoch oft sehr langwierig und verlangt supportiv andere Immunsuppressiva. Rekanalisierende Maßnahmen sind in der Akutphase kontraindiziert und sollten nur in der Sklerosierungsphase erwogen werden, z.B. wenn die Aae. Carotides befallen sind. Die 5-Jahresüberlebensrate beträgt 50%.

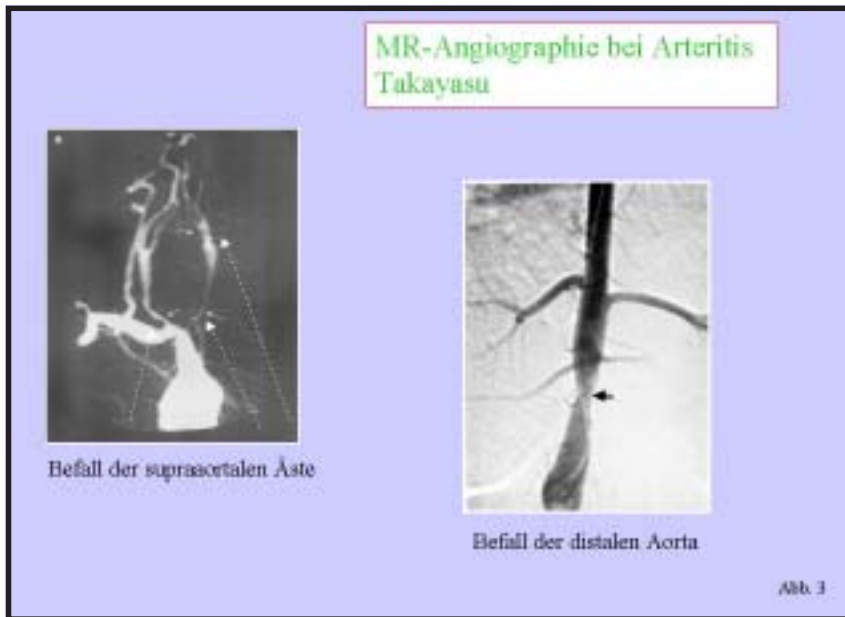
Thrombangitis obliterans (Morbus Buerger)

Die Thrombangitis obliterans ist eine chronische entzündliche Gefäßerkrankung mit multisegmentalem Befall kleinerer und mittlerer Arterien und Venen junger Erwachsener und schubweisem Verlauf. Für Mitteleuropa beträgt die Inzidenz der Neuerkrankungen 12 pro 100000/Jahr, im

FCDS und F-18 FDG PET in der Diagnose der Riesenzellararteritis

F18-FDG PET

Abb. 2



südostasiatischen Raum liegt sie bei 66%. Vorwiegend sind Männer betroffen. Die Ätiologie ist 100 Jahre nach

gressive Tendenzen mit autodes- truktiven Zügen und Ablehnung des eigenen Körpers.

Arteritis Takayasu	
Einteilung nach Lokalisation	
Typ I	Aortenbogen und supraaortale Äste
Typ II	Thorakale und abdominelle Aorta, Aortenbogen ausgenommen
Typ III	Kombination von I und II
Typ IV	Kombination von I-III und Befall der Pulmonalarterien

Tab. 5

Beschreibung der Erkrankung durch Leo Buerger weiter ungeklärt. Der einzig gesicherte Risikofaktor ist Nikotinkonsum.

Die klinische Symptomatik beginnt häufig mit Raynaudsymptomatik, Arthritiden, sowie einer Phlebitis im Vorfeld. Der Großteil der Patienten präsentiert sich jedoch bei Erstvorstellung bereits mit akralen Nekrosen, sowohl im Bereich der unteren als auch der oberen Extremitäten. Auffällig ist ein typisches Psychogramm, das von der „Thrombangitispersönlichkeit“ sprechen lässt, gekennzeichnet durch sprunghaft ag-

Die Diagnosesicherung erfolgt durch Erfüllung von spezifischen Diagnosekriterien (Tab. 6) und typischen morphologischen Gefäßveränderungen, dem Nachweis sogenannter Korkenzieherkollateralen in der farb- codierten Duplexsonographie und Angiographie (Abb 4,5).

In der Therapie sind die Maßnahmen limitiert, da aufgrund des Befalls peripherer Gefäße endovaskulär reka- nalisierende Maßnahmen in der Regel technisch nicht möglich sind und

aufgrund des entzündlichen Charak- ters der Erkrankung auch nicht indi- ziert sind. Die wichtigste therapeuti- sche Maßnahme ist die Nikotinkarenz. Gelingt es Patienten mit Thromb- angitis obliterans den Nikotinkonsum einzustellen, kommt es in über 80 % der Patienten zum Stillstand der Er- krankung, rauchen die Patienten wei- ter, ist bei 60-80% der Patienten eine mehr oder weniger ausgedehnte Am- putation erforderlich. Eine weitere the- rapeutische Option sind Prostaglan- dine, nicht nur ihrer vasodilatierenden Wirkung wegen, sondern auch durch den positiven Effekt den diese Sub- stanzgruppe auf die Verminderung von endothelschädigenden Faktoren hat.

Primäre Vaskulitiden der vorwie- gend kleinerer Arterien

Alle primären Vaskulitiden vorwie- gend kleiner Arterien zu beschreiben würde den Rahmen dieses Über- sichtsartikels sprengen. 2 Krankheits- bilder, die man im internistischen Patientengut immer wieder findet, sollen hier stellvertretend beschrie- ben werden.

Morbus Behcet

Das Behcet-Syndrom ist gekenn- zeichnet durch vaskulitische Läsio- nen der Haut, im zentralen und peri- pheren Nervensystem, sowie im ora- len und genitalen Bereich (Aphten). Das Behcet Syndrom kommt vorwie- gend im vorderen Orient (1,7 pro 100000) und in der Türkei (37%) vor. Es ist in diesen Ländern die häufigste zur Erblindung führende Erkran- kung (Uveitis). Durch die großen Be- völkerungsbewegungen in den letz- ten Jahrzehnten und das nunmehrige Vorhandensein großer Bevölke- rungsgemeinden aus diesen Län- dern im mitteleuropäischen Sied- lungsraum ist der Behcet auch eine bei uns nun mehr häufiger zu diag- nostizierende Erkrankung geworden. Ein typisches Symptom dieser Entität ist das Auftreten von Thrombosen. Daher sollte bei Patienten, die ur- sprünglich aus Ländern mit hoher Prävalenz für das Auftreten eines Behcet stammen und die sich mit einer Thrombose oder Thrombophle- bitis präsentieren, immer auch an die- se Erkrankung gedacht werden.

Thrombangitis obliterans

Diagnosesicherung

- Nikotinabusus
- keine zusätzlichen vaskulären Risikofaktoren
- Lebensalter < 50
- periphere Verschlusslokalisation (unterhalb des Knies, OE)
- Thrombophlebitis saltans

Tab. 6

Panarteritis nodosa

Diese von Kussmaul und Maier bereits 1866 beschriebene Vaskulitis tritt besonders im Rahmen einer Hepatitis-B-Virus-Infektion (1/3 der Patienten) auf und führt typischerweise zu aneurysmatischen Ausweitungen der betroffenen Gefäßabschnitte. Befallen sind vorwiegend viszerale Arterien (klassische PAN-cPAN), Hautarterien (mikroskopische PAN-mPAN) und Extremitätenarterien (kutane

PAN-kPAN). Die klinische Symptomatik ist untypisch und gekennzeichnet durch allgemeines Krankheitsgefühl, diffuse abdominelle Beschwerden, arterielle Hypertonie, Hautulzerationen, Livedo reticularis, Arthralgien und Myalgien. Die Prognose der Erkrankung ist schlecht, vor allem limitiert durch die Folgen nicht einstellbaren arteriellen Hypertonus und Ruptur der Aneurysmata. Ohne Therapie beträgt die 5-Jahresüberlebensrate maximal 20%, mit Therapie 40-80%. Therapeutisch kommen hochdosiert Glucocorticoide zum Einsatz, aber supportiv werden auch Kombinationen mit anderen Immunsuppressiva benötigt, allen voran Cyclophosphamide.

Sekundäre Vaskulitiden

Systemischer Lupus erythematoses

Der systemische Lupus erythematoses ist die häufigste Kollagenose mit 143 Neuerkrankungen pro Jahr. Frauen sind 9-mal häufiger als Männer betroffen. Die Ätiologie ist unbekannt, eine genetische Disposition möglich. Ein akuter Schub kann durch UV-Bestrahlung, akute Streßreaktionen oder für den Organismus belastende Situationen (Infekt) getriggert werden. Die klinische Symptomatik beginnt häufig mit einer Raynaudsymptomatik (60%), wobei diese wie bei allen Kollagenosen dem Erkrankungsbeginn um Jahre vorausgehen kann (im Durchschnitt 10 Jahre). Weiters treten als Initialsymptome Arthralgien oder Hautveränderungen auf, das typische Schmetterlingserythem (Abb. 6). Der Krankheitsverlauf ist kompliziert durch verschiedenste Organmanifestationen, wie Digitalarterienverschlüsse mit akralen Nekrosen, kutanen Ulzera, thromboembolischen Komplikationen, Nierenbeteiligung, Blutbildveränderungen bis hin zur Panzytopenie oder Polyserositis. Die Diagnostik wurde in den letzten Jahren durch den Nachweis hochspezifischer immunologischer Parameter, der ds-DNA Antikörper und ihrer Subsets deutlich verbessert. Therapeutisch steht in der

Frühphase der Erkrankung der Einsatz von Glucocorticoiden an erster Stelle, im weiteren Krankheitsverlauf jedoch alle derzeit vorhandenen Immunsuppressiva. Bei therapieresistenten Fällen kommen nun auch Immunadsorptionsverfahren zum Einsatz.

Sklerodermie

Die Bandbreite dieser Erkrankung erstreckt sich von der lokalisierten Form einer Morphea bis zur progressiv systemischen Sklerose, die mit Beteiligung der Lunge, des Magen-Darm-Traktes,



Akrale Nekrosen eines Patienten mit TAO und korrespondierende Korkenzieherkollateralen (↗) in der Angiographie

Abb. 4



des Herzens und der Nieren einhergeht, und eine 6-Jahres-Überlebensrate von lediglich 30% aufweist. Per definitionem ist es eine sekundäre Vaskulitis mit proliferativen und fibrosierenden Veränderungen im Bindegewebe. Die diffuse progressive Form kommt bei Frauen 4-mal häufiger als bei Männern vor; der Altersgipfel liegt vor dem 5. Lebensjahrzehnt. Die klinische Symptomatik beginnt fast ausnahmslos mit einer Raynaudsymptomatik, die dem Ausbruch der Erkrankung Jahre vorausgeht. Frühzeitig findet man in der Kapillarmikroskopie dieser Patienten pathognomonische Veränderungen, nämlich das typische Bild der Mega-

kapillaren (Abb.7). Schließlich entstehen durch Digitalarterienverschlüsse Rattenbissnekrosen an den Akren. Ausgeprägte Organbeteiligungen prägen den weiteren klinischen Verlauf. Am sichtbarsten ist die Ausbildung eines Hautpanzers, in dem der Patient eingeschlossen wird. Weiters treten Dysphagie, sekundär pulmonaler Hypertonus als Folge der Lungenfibrose auf, sowie nichteinstellbarer arterieller Hypertonus als Folge des Nierenbefalls. Therapeutisch gibt es kein überzeugendes und gesichertes Therapiekonzept. Jegliche Form der immunsuppressiven Therapie kommt zum Einsatz und im Gegensatz zu frü-

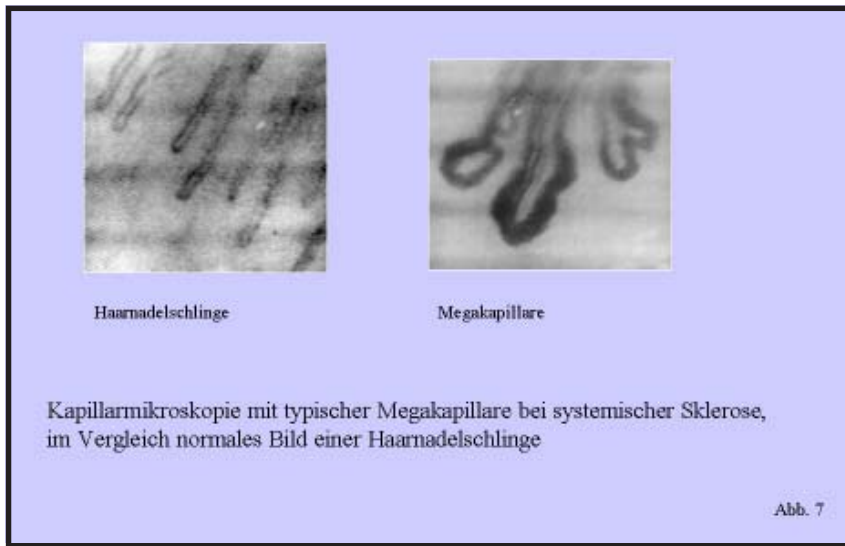
her wird derzeit aufgrund der Aussichtslosigkeit der Erkrankung ein möglichst baldiger Therapiebeginn propagiert, um die Spätfolgen möglichst hintanzuhalten. Supportiv werden vasodilatierende Substanzen, sowie Begleitmaßnahmen wie Gymnastik und Hautpflege eingesetzt.

Zusammenfassung

Vaskulitiden sind sicherlich ein seltenes Krankheitsbild im internistischen Patientenkollektiv, deren Diagnose vor allem dadurch erschwert ist, da bindegewebige und vaskuläre Strukturen ubiquitär im Körper verteilt, befallen sind. Trotzdem ist es möglich, bei Beachtung der wegweisenden Symptomenkomplexe und der nur selten fehlenden Allgemeinsymptomatik den Verdacht zu äußern. Dieser Verdacht muss dann durch eine gezielte körperliche Untersuchung, eine Abklärung der Organfunktionen und manchmal sehr umfangreiche apparative Maßnahmen erhärtet oder entkräftigt werden, und dieser Schritt muß ob der Komplexität der Krankheitsbilder fächerübergreifend und im Zusammenspiel aller in die Behandlung eingebundenen Personen stattfinden.

□





*Das Sekretariat des
Berufsverbandes Österreichischer
Internisten
ist vom
7.7.2003 bis 18.7.2003
wegen Urlaub geschlossen.*



*Wir wünschen allen
Kolleginnen und Kollegen einen
schönen und erholsamen Urlaub.*

Echokardiographiekurse 2003

Leitung: Univ.Prof.Dr. H. Baumgartner

Veranstaltet vom Berufsverband Österreichischer Internisten in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer für Wien.
Die Kurse sind entsprechend den Empfehlungen der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft,
Arbeitsgruppe Echokardiographie, gestaltet.

Aufbaukurs Teil I + Teil II

Leitung: Univ.-Prof.Dr. H. Baumgartner und Univ.-Prof.Dr. T. Binder

Kurstermin: 17. – 18. Oktober 2003 (Teil I) Fr. 14.00-22.00 Uhr, Sa. 8.00-20.00 Uhr
21. – 22. November 2003 (Teil II) Fr. 14.00-22.00 Uhr, Sa. 8.00-20.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 730 Euro für Mitglieder des BÖI
876 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Echokardiographie für Fortgeschrittene - Fallbesprechung

Leitung: Univ.-Prof.Dr. H. Baumgartner

Kurstermin: 20. – 21. Juni 2003 Fr. 14.00-18.00 Uhr, Sa. 8.30-15.30 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 220 Euro für Mitglieder des BÖI
300 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Transösophageale Echokardiographie (TEE)

Leitung: Univ.-Prof.Dr. T. Binder

Kurstermin: 12. September 2003 Fr. 14.00-20.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 220 Euro für Mitglieder des BÖI
300 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Ergometrieseminar inkl. sportmed. Aspekt und Myocardszintigraphie

Leitung: Univ.Prof.Dr. Rochus Pokan, Prim.Univ.Prof.Dr. Peter Schmid

Kurstermin: 7. November 2003 Fr. 14.00-18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 110 Euro für Mitglieder des BÖI
160 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Spiroergometrie

Leitung: Univ.Prof.Dr. Paul Haber

Kurstermin: 8. November 2003 Sa. 9.00-12.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 110 Euro für Mitglieder des BÖI
160 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Abdomensonographie

Leitung: Prim.Univ.-Prof.Dr. G. Mathis (ÖGUM-Kursleiter)

Grundkurs

Kurstermin: 12. - 13. Dezember 2003 Beginn Fr. 9.30 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 320 Euro für Mitglieder des BÖI
385 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Aufbaukurs

Kurstermin: 2. - 3. April 2004 Beginn Fr. 14.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 320 Euro für Mitglieder des BÖI
385 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Einladung zur Jahreshauptversammlung

19. September 2003
12:15 Uhr

Congress Graz
im KR2

im Rahmen der 34. Jahrestagung der ÖGIM

Carotissonographie

Leitung: Univ.-Doz.Dr. R. Katzenschlager, Prim.Univ.-Doz.Dr. M. Hirschl

Grundkurs I

Kurstermin: 19. - 20. September 2003 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: Hanusch Krankenhaus, Angiologie, Wien
Kursbeitrag: 235 Euro für Mitglieder des BÖI
310 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Grundkurs II

Kurstermin: 17. - 18. Oktober 2003 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: Hanusch Krankenhaus, Angiologie, Wien
Kursbeitrag: 235 Euro für Mitglieder des BÖI
310 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Abschlusskurs

Kurstermin: 13. - 14. Juni 2003 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: Hanusch Krankenhaus, Angiologie, Wien
Kursbeitrag: 235 Euro für Mitglieder des BÖI
310 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Kurstermin: 14. - 15. November 2003 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: Hanusch Krankenhaus, Angiologie, Wien
Kursbeitrag: 235 Euro für Mitglieder des BÖI
310 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Lungenfunktion in Theorie und Praxis

Leitung: Univ.Prof.Dr. Paul Haber

Kurstermin: 14. November 2003 Fr. 14.00-18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 110 Euro für Mitglieder des BÖI
160 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Einführung in die Gastroenterologische Endoskopie

Leitung: OA Dr. Eva Brownstone

Veranstaltet vom Berufsverband Österreichischer Internisten in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer für Wien und der Arbeitsgruppe für Endoskopie der Österreichischen Gastroenterologischen Gesellschaft

Kurstermin: 5. - 6. Dezember 2003 Fr. 9.00-18.00 Uhr, Sa. 9.00 - 18.00 Uhr
Kursort: Wien
Kursbeitrag: 310 Euro für Mitglieder des BÖI
370 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Schilddrüsenfunktionsstörungen

Praxisbezogene Darstellung klinisch relevanter Krankheitsbilder unter Berücksichtigung der Schwangerschaft

Leitung: OA Dr. Wolfgang Blank (DEGUM-Seminarleiter)

Kurstermin: 26. September 2003 Fr. 14.00 - 18.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 110 Euro für Mitglieder des BÖI
160 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Kursinhalt

♦ Schilddrüsenfunktionsstörungen - Erste differenzialdiagnostische Überlegungen

♦ **Hyperthyreose - Diagnostik und Therapie**

- Gesteigerte Bildung von Schilddrüsenhormonen
Morbus Basedow,
Autonomien (uni-multifokal, disseminiert),
Medikamententoxisch (Amiodaron Typ I)
- Gesteigerte Freisetzung von Schilddrüsenhormonen
Subakute Thyreoiditis de Quervain,
chronische lymphozytäre Thyreoiditis,
Post-Partum-Thyreoiditis,
Hyperthyreosis factitia,
Medikamententoxisch (Amiodaron Typ II)
- Besonderheiten in der Schwangerschaft und Stillzeit
- Besonderheiten im höheren Lebensalter

♦ **Hypothyreose - Diagnostik und Therapie**

- Primäre Hypothyreose
Immunthyreoiditis,
Thyreoiditis de Quervain (passager),
Z.n. Schilddrüsenoperation,
Z.n. Bestrahlung und Radio-Jodtherapie,
Aplasie / Hypoplasie / Ektopie der Schilddrüse,
Thyreostatikaüberdosierung
- Besonderheiten in der Schwangerschaft und Stillzeit
- Besonderheiten im höheren Lebensalter

Kombiangebot

Schilddrüsensonographie + Schilddrüsenfunktionsstörungen

Kursbeitrag: 190 Euro für Mitglieder des BÖI
290 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Schilddrüsensonographie

Leitung: OA Dr. Wolfgang Blank (DEGUM-Seminarleiter)

Kurstermin: 27. September 2003 Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: Fortbildungszentrum, Hannovergasse 21, 1200 Wien
Kursbeitrag: 110 Euro für Mitglieder des BÖI
160 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Kursinhalt

- ♦ Apparative Ausrüstung,
Untersuchungstechnik,
Normalbefund einschließlich Volumetrie
- ♦ Struma parenchymatosa et nodosa
- ♦ Fokale Schilddrüsenveränderungen
Zyste,
Adenom,
Malignom
- ♦ Schilddrüsenentzündungen und ihre Differenzierung
- ♦ Schilddrüsenfunktionsstörungen
Hypothyreose,
Hyperthyreose
- ♦ Extrathyreoidale Raumforderungen
Nebenschilddrüse,
Lymphknoten u.a.
- ♦ Interventionen
Diagnostische Punktion,
Alkoholinstitution bei fokaler Autonomie und Schilddrüsenzysten

Duplexsonographie der peripheren Gefäße

Leitung: Univ.-Doz.Dr. R. Katzenschlager, Prim.Univ.-Doz.Dr. M. Hirschl

Grundkurs

Kurstermin: 5 - 6. Dezember 2003 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: Hanusch Krankenhaus, Angiologie, Wien
Kursbeitrag: 235 Euro für Mitglieder des BÖI
310 Euro für Nichtmitglieder des BÖI

Aufbaukurs

Kurstermin: 23 - 24. Jänner 2004 Fr. 16.00-19.00 Uhr, Sa. 9.00 - 13.00 Uhr
Kursort: Hanusch Krankenhaus, Angiologie, Wien
Kursbeitrag: 235 Euro für Mitglieder des BÖI
310 Euro für Nichtmitglieder des BÖI