



Morbus Still

(Still-Syndrom des Erwachsenenalters)

2. Auflage

Wer erkrankt?

Das Still-Syndrom des Erwachsenen ist erstmals 1971 beschrieben worden. Die Hauptsymptome sind Fieber, Gelenkschmerzen und rötliche Hautverfärbung. Der Morbus Still gehört zu den sehr seltenen Erkrankungen. Die Häufigkeit wird auf weniger als 1 Betroffenen pro 100.000 Einwohner geschätzt, die Dunkelziffer ist sicher relativ hoch. Das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen. Der Beginn der Erkrankung liegt oft zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Die Ursache der Erkrankung ist völlig unklar.

Wie lässt sich die Krankheit nachweisen?

Bei Laboruntersuchungen fallen sehr hohe Entzündungswerte auf (Blutsenkungsgeschwindigkeit, CRP) und die deutliche Erhöhung der weißen Blutkörperchen, oft auch der Blutplättchen (Thrombozyten). Die roten Blutkörperchen und der Blutfarbstoff (Hb) sind dagegen erniedrigt. Der Rheumafaktor ist in der Regel negativ. Die Leberenzyme (Transaminasen) finden sich häufig erhöht, ebenfalls das Speichereisen (Ferritin).

Welche Symptome treten auf?

Fieberschübe bis 40°C, vor allem in den Abendstunden, können anderen Krankheitszeichen um Monate vorausgehen. Manchmal steht am Anfang der Symptome auch eine Rachenentzündung. Auffallend sind im weiteren Verlauf ein starker Anstieg der weißen Blutkörperchen (Leukozyten) und lachsrote Hautflecken. Gelenkschmerzen treten oft ohne zusätzliche Gelenkschwellungen auf. Befallen sind Hand-, Ellbogen-, Sprung- und Knie-Gelenke, seltener die Fingergelenke. Bei einem kleinen Teil der Erkrankten kommt es dagegen zu deutlichen entzündlichen Gelenkveränderungen und bei einer Untergruppe zu schneller Gelenkzerstörung mit Versteifung. Beim Morbus Still finden sich häufig auch Leber- und Milzvergrößerung, sowie Lymphknotenschwellungen. Seltene Organbeteiligungen betreffen die Lunge, das Gehirn (Meningitis, Lähmungserscheinungen, Krampfanfälle), das Herz (Herzbeutelentzündung), die Lungen (Rippenfellentzündung) und die Augen (Episkleritis). Charakteristisch sind ein schubweiser Verlauf und insgesamt eine gute Prognose.

Wichtig ist es, Krankheiten mit ähnlichem Bild, wie systemischer Lupus Erythematoses, Blutvergiftungen (Sepsis), Leukämien und verwandte Erkrankungen durch weitere Untersuchungen auszuschließen.

Welche Therapien gibt es?

Je nach Erkrankungsverlauf können anfangs allein NSAR eingesetzt werden, bei nicht ausreichender Wirksamkeit auch Kortisonpräparate in mittlerer und dann langsam absteigender Dosierung. Bei chronischen Verläufen mit hoher Aktivität oder längerer Erfordernis des Einsatzes von mittelhohen Kortisondosen wird eine Basistherapie, z. B. MTX, eingeleitet. Bei Organbefall muss mit hohen Kortisondosen in Form einer Stoßtherapie behandelt werden.

Was können Sie selbst tun?

- Regelmäßige Kontrolluntersuchungen
- Funktionstraining
- Ausgewogene, kalziumreiche Ernährung

Autor: Dr. med. Wolfgang Brückle

Die Rheuma-Liga ist die größte Gemeinschaft und Interessenvertretung rheumakranker Menschen in Deutschland. Wir informieren und beraten fachkompetent und frei von kommerziellen Interessen. Weitere Informationen:

Info-Hotline 01804 – 60 00 00

(20 ct. pro Anruf aus dem deutschen Festnetz, max. 42 ct. pro Anruf aus den Mobilfunknetzen)

www.rheuma-liga.de/seltene

Lupus Erythematoses Selbsthilfegemeinschaft e.V.

www.lupus.rheumanet.org • Telefon 0202 – 4 96 87 97

Sklerodermie Selbsthilfe e.V.

www.sklerodermie-sh.de • Telefon 07131 – 3 90 24 25

Herausgeber:

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Maximilianstr. 14 • 53111 Bonn

www.rheuma-liga.de • eMail: bv@rheuma-liga.de

2. Auflage 2011 – 10.000 Exemplare

Drucknummer: MB 3.9/BV/03/2011

Mit freundlicher Unterstützung der KKH-Allianz