

Spondylitis ankylosans

«Die Diagnose wird häufig noch zu spät gestellt!»

Auch bei der Spondylitis ankylosans (M. Bechterew) kommt es darauf an, die Diagnose so früh wie möglich zu stellen. Was es bei der Diagnostik und bei der Behandlung dieser Erkrankung zu beachten gilt, erläutert Dr. Adrian Forster im folgenden Gespräch.

ARS MEDICI: Dr. Forster, gibt es neue Erkenntnisse zur Spondylitis ankylosans?

Dr. Adrian Forster: Die wichtigste Botschaft für die Praxis ist zunächst, dass die Diagnose so früh wie möglich gestellt wird. Wir sprechen bei der Frühform heute von axialer Spondylarthritis, während die Spondylitis ankylosans



Dr. Adrian Forster ist Facharzt FMH für Rheumatologie, Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Direktor der Klinik St. Katharinenthal in Diessenhofen. Er gehört dem Beirat von ARS MEDICI an.

das fortgeschrittene Krankheitsbild im engeren Sinn bezeichnet. Für den Hausarzt oder den Rheumatologen geht es darum, frühzeitig zu erkennen, dass der Patient unter einem entzündlichen Rückenschmerz leidet. Darauf hinweisend sind eine Morgensteifigkeit von über 30 Minuten, Besserung bei Bewegung – also nicht in Ruhe –, nächtliches Erwachen und ein alternierender Gesässschmerz. Gleichzeitig muss nach Enthesitiden und peripheren Arthritiden gesucht werden. Weiter sollte gezielt nach einer positiven Familienanamnese, nach Begleiterkrankungen wie

Uveitis, Psoriasis oder Darmbeteiligung gefragt werden. Die entscheidende Zusatzuntersuchung ist aber das MRI, mit dem man die Entzündung der Sakroiliakgelenke oder von Wirbelsäulenabschnitten in den meisten Fällen erkennen und somit frühzeitig die Diagnose einer axialen Spondylarthritis stellen kann. Mit dem konventionellen Röntgen vergehen manchmal bis zu zehn Jahre, bis man Veränderungen an den Sakroiliakgelenken erkennt.

Wird die Diagnose heute noch oft verpasst?

Forster: Leider ja. Oft wird beispielsweise ein unspezifischer Rückenschmerz diagnostiziert. Die richtige Diagnose wird im Durchschnitt erst nach fünf bis sieben Jahren gestellt, und das ist einfach zu spät.

Sind denn die therapeutischen Aussichten bei einer Frühdiagnose besser?

Forster: Ja, rechtzeitig erkannt und behandelt, kann man eine Versteifung und eine Invalidisierung heute wohl in vielen Fällen verhindern.

Womit beginnen Sie die Therapie?

Forster: Medikamentös wird man zunächst nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) einsetzen, vor allem solche mit langer Halbwertszeit oder Retardpräparate, welche die ganze Nacht durch wirken. Sehr wichtig ist daneben, den Patienten zu instruieren und zu motivieren, dass er regelmässig ein Heimgymnastikprogramm ausübt, um die Wirbelsäule und den Thorax zu mobilisieren. Wenn man irgendwann feststellen muss, dass das nicht genügt, können mit Bildverstärker oder CT intraartikuläre Infiltrationen vorgenommen werden, sofern nur die Sakroiliakgelenke betroffen sind, die Erkrankung also noch nicht weiter aufgestiegen ist.

Anders als etwa bei der rheumatoiden Arthritis sind Basistherapeutika (DMARD) und Steroide bei der axialen Form unwirksam. Woran liegt das?

Forster: Man vermutet, dass der Schmerz bei der axialen Spondylarthritis vor allem durch die Enthesitis und Osteitis, welche im MRI als Knochenmarködem zu erkennen ist, hervorgerufen wird. Die herkömmlichen Basistherapeutika scheinen aber hauptsächlich auf die synoviale Entzündung zu wirken. Am EULAR ist eine interessante Studie vorgestellt worden, in der sich unter anderem zeigte, dass Salazopyrin® bei Patienten mit einer sehr frühen Diagnose und ausschliesslichem Befall der Sakroiliakgelenke doch eine gewisse Wirkung hat.

Bei peripherem Gelenkbefall ist Salazopyrin aber auch später noch wirksam.

Forster: Das ist richtig, aber die Wirkung ist nicht vergleichbar mit Methotrexat oder TNF-alpha-Hemmern.

Die neuen EULAR-Empfehlungen sehen vor, dass man bereits nach vier Wochen konventioneller (NSAR-)Therapie auf einen TNF-alpha-Blocker umstellen kann, statt wie bisher nach drei Monaten. Halten Sie das für richtig?

Forster: Ja, das ist sinnvoll, denn der Effekt eines NSAR lässt sich nach wenigen Tagen abschätzen. Wenn man dann zwei oder drei Präparate ausprobiert hat, sind damit die Möglichkeiten bereits ausgereizt. Es ist aber entscheidend, dass wir die Erkrankung schnell in den Griff bekommen. Für unsere Patienten geht es ja oft um den Erhalt der Arbeitsfähigkeit, um die Gefahr, vielleicht die Arbeitsstelle zu verlieren, und das wollen wir verhindern.

Allerdings ist die Therapie mit TNF-alpha-Blockern ziemlich teuer...

Forster: Natürlich muss man die Kosten immer berücksichtigen. Der andere wichtige Aspekt, den man bedenken muss, ist das Infektrisiko, das unter TNF-alpha-Hemmern etwa verdoppelt ist. Dessen muss man sich bewusst sein und die Patienten entsprechend aufklären. Insgesamt bieten TNF-alpha-Hemmer aber einen riesigen Benefit, wenn man die Patienten dafür sorgfältig auswählt. Nicht jeder braucht TNF-alpha-Hemmer, viele kommen auch ohne gut zurecht.

Umstritten ist die Frage, ob NSAR die Krankheitsprogression aufhalten. Wie denken Sie darüber?

Forster: Es gibt im Grunde nur eine kontrollierte Studie, in der gezeigt wurde, dass Patienten, die kontinuierlich Celebrex® einnahmen, eine etwas geringere radiologische Progression zeigten als Patienten, die das Medikament nur bei Bedarf einnahmen. Klinisch gab es aber keine signifikanten Unterschiede. Angesichts der schwachen Datenlage ist es jedenfalls nicht gerechtfertigt, ein NSAR dauerhaft einzunehmen, nur um die Progression zu verhindern.

Ist diesbezüglich die Datenlage zu den TNF-alpha-Blockern besser?

Forster: Hier haben wir das Problem, dass sich plazebo-kontrollierte Studien zu dieser Fragestellung verbieten. Wir können die Patienten nicht längere Zeit ohne Therapie lassen. Deshalb kann man die Biologicals nur mit historischen Kohorten vergleichen, was natürlich methodisch problematisch ist. Der Effekt der TNF-alpha-Hemmer auf die Krankheitsprogression scheint geringer als zunächst erhofft. Der Grund dürfte aber darin liegen, dass die Medikamente oft spät beziehungsweise zu spät eingesetzt werden. Mein Eindruck ist, dass TNF-alpha-Hemmer längerfristig doch krankheitsmodifizierend sind, dass sie die Ankylosierung bremsen.

Auf dem EULAR hiess es, man sollte spätestens drei bis fünf Jahre nach Diagnosestellung mit TNF-alpha-Blockern beginnen, um günstigere Resultate zu erzielen.

Forster: Ich denke auch, je früher man anfängt, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es später doch noch zu einer Progression beziehungsweise Ankylosierung kommt. Mein Eindruck ist, dass, wie bei der rheumatoiden Arthritis, ein «window of opportunity» vorhanden ist. Wenn man sehr früh beginnt, können mit einem TNF-alpha-

Hemmer bis zu 50 Prozent eine Teilremission erreichen. Das schafft man später nicht mehr.

Wie lange muss ein TNF-alpha-Blocker gegeben werden, bis man eine Aussage über dessen Wirksamkeit machen kann?

Forster: Ich entscheide das zumeist innerhalb von drei Monaten, manche Experten raten aber, bis zu sechs Monate zu warten. Bei unzureichendem Ansprechen kann man nicht selten durch einen Wechsel auf einen anderen TNF-Hemmer doch noch erfolgreich sein.

Immer mehr Daten zeigen, dass kardiovaskuläre Erkrankungen bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen gehäuft vorkommen. Findet das schon genügend Berücksichtigung in der Praxis?

Forster: Nein, dass entzündliche Rheumaerkrankungen bei der Entstehung der Arteriosklerose ebenso wichtig wie die traditionellen vaskulären Risikofaktoren sind, ist noch viel zu wenig bekannt, selbst bei Rheumatologen und Kardiologen. Bei der rheumatoiden Arthritis oder beim Lupus erythematoses habe ich es mir schon angewöhnt, bei den Patienten das vaskuläre Risikoprofil zu erfassen und sie allenfalls sogar für entsprechende Kontrolluntersuchungen zum Kardiologen oder Angiologen zu überweisen. Bei Spondylarthritis sollten wir uns das auch angewöhnen.

In den aktualisierten EULAR-Empfehlungen werden auch die extraartikulären Manifestationen der Erkrankung hervorgehoben. Worauf ist da zu achten?

Forster: Man sollte den Patienten zum Beispiel darauf aufmerksam machen, dass eine Uveitis auftreten kann und dass er sich bei entsprechenden Symptomen umgehend bei seinem Arzt vorstellen soll, damit prompt behandelt und Synechien vermieden werden können. Milde Darm-entzündungen sind häufig bei den Patienten, sie verlaufen aber meist subklinisch und bedürfen keiner Therapie. Bestehen Darmsymptome, ist eine endoskopische Abklärung sinnvoll. Besonders bei HLA-B27-negativen Patienten ist an einen assoziierten M. Crohn oder eine Colitis ulcerosa zu denken.

Bei jeder Diagnose einer axialen Spondylarthritis muss nach einer Urethritis gesucht werden. Man sollte den Urin auf Chlamydien untersuchen und eine bestehende Infektion behandeln.

Für den Hausarzt wichtig zu wissen ist auch, dass bei Patienten mit Spondylarthritis häufig eine Coxitis besteht. Der behandelnde Arzt sollte also daran denken, dass bei Schmerzen im Beckengürtel eine Coxitis konsequent mit Ultraschall oder auch MRI gesucht wird, um die Gefahr einer sich entwickelnden Coxarthrose zu bannen.

Wir danken für das Gespräch.

Das Interview führte Uwe Beise.