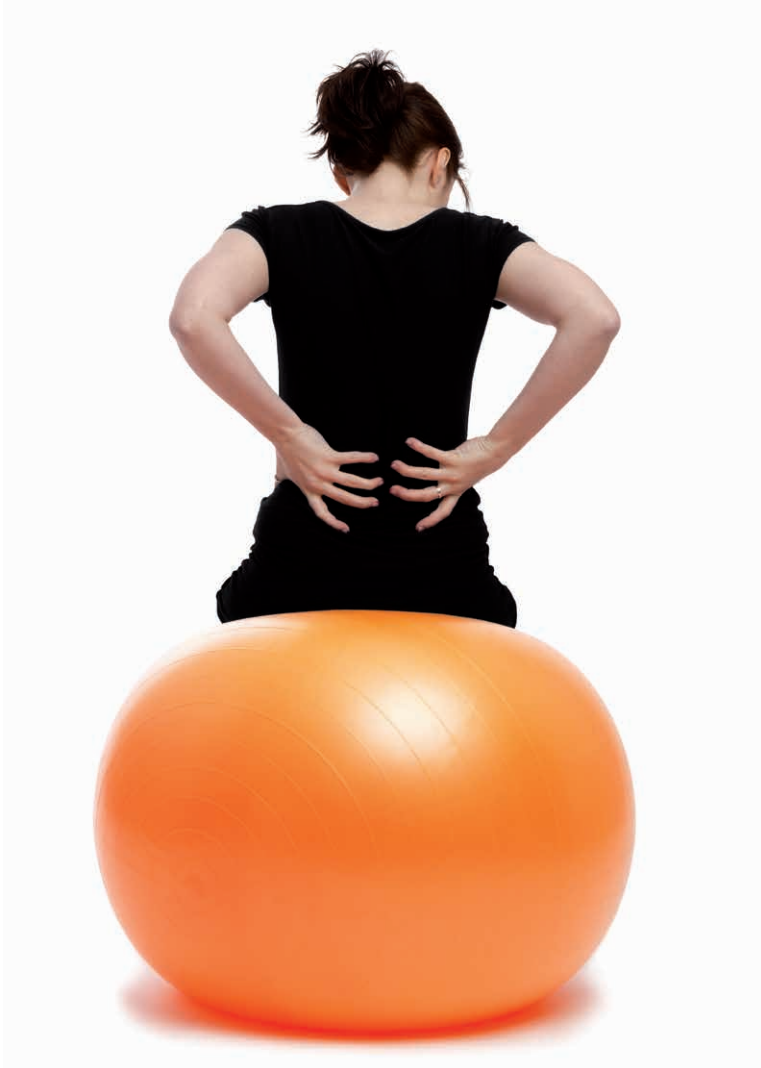


Spondyloarthritiden

Bechterew & verwandte Erkrankungen
der Wirbelsäule.





Sehr geehrte Patientinnen und Patienten Liebe Angehörige

In meinem Praxisalltag betreue ich viele PatientInnen mit Rückenschmerzen: Oft leiden die Betroffenen bereits seit Jahren an starken Schmerzen im Rückenbereich. Es gibt verschiedene Ursachen dieser chronischen Rückenschmerzen; einige Betroffene leiden an einer sogenannten Spondyloarthritis, die sich sehr oft durch einen «entzündlichen Rückenschmerz» auszeichnet.

Die medizinische Abklärung einer Spondyloarthritis (SpA) verlangt viel Fingerspitzengefühl und Erfahrung. Da die Krankheit oft schubförmig verläuft und die Symptome sehr vielfältig sind, ist die Diagnose der Krankheit schwierig. Man unterscheidet die axiale SpA (mit Wirbelsäulenbefall) von der peripheren SpA (ohne Wirbelsäulenbefall). Eine unentdeckte und somit auch untherapierte axiale SpA kann zu einer schweren Beeinträchtigung der Wirbelsäulenfunktion führen.

So weit muss es heute jedoch nicht mehr kommen: Bei einer frühzeitigen Diagnose und der Einleitung einer modernen, wirksamen Therapie können entzündungsbedingte Schmerzen und Schäden am Bewegungsapparat, aber auch an den übrigen betroffenen Organen minimiert und somit die Lebensqualität deutlich gesteigert werden.

In dieser Broschüre haben wir für Sie Informationen rund um die verschiedenen SpA-Erkrankungen zusammengestellt. Mitsamt Tipps & Empfehlungen für Ihren Alltag. Für weitere Auskünfte wenden Sie sich bitte an Ihren Arzt.

Eine interessante Lektüre & gute (Rücken-)Gesundheit wünscht Ihnen

Dr. med. Jürg Bernhard

Chefarzt, Rehabilitations- und Rehasentrum soH
Bürgerspital Solothurn

Inhalt

Spondyloarthritiden S. 2

Verschiedene Formen und Arten S. 3

Diagnose der Spondyloarthritis S. 4

Undifferenzierte Formen S. 5

Krankheitscharakteristika S. 6–7

Manifestationen an den Augen S. 8–9

Manifestationen an der Haut S. 10–11

Manifestationen im Magendarmtrakt S. 12–13

Manifestationen an Sehnenansätzen S. 14–15

Medikamentöse Therapie S. 16

Physiotherapie, Bewegung und Sport S. 17

Links & Kontaktadressen S. 17

Spondyloarthritiden

Was ist eine Spondyloarthritis?

Bei einer Spondyloarthritis, kurz «SpA», kommt es typischerweise zu einer Entzündung der kleinen Gelenke an der Wirbelsäule oder Iliosakralgelenke (auch Kreuzdarmbeingelenk). Aber auch andere Gelenke oder Sehnenansätze können entzündet sein. Die «Morbus Bechterew»-Erkrankung (med. = Spondylitis ankylosans) gilt als typischste Erkrankung dieses Formenkreises. Je nachdem, ob die Wirbelsäule mitbetroffen ist oder nicht, wird zwischen der axialen und peripheren SpA unterschieden.¹

Was bedeutet «entzündlicher Rückenschmerz»?

Der durch die SpA-Erkrankung verursachte Rückenschmerz wird auch «entzündlicher Rückenschmerz» genannt.

Welche Krankheitssymptome treten bei einer SpA auf?

Wichtigstes Symptom sind tief sitzende Rückenschmerzen im Bereich des Kreuzdarmbeingelenkes (med. = Iliosakralgelenk) und entlang der Wirbelsäule.¹

Weitere Krankheitszeichen¹ (Auszug)

- Augenentzündungen, z.B. Regenbogenhautentzündung (med. = Uveitis)
- Entzündungen im Magendarmtrakt (z.B. Morbus Crohn)
- Entzündliche Veränderungen der Ansätze von Sehnen und Bändern
- Vorliegen des HLA-B27-Gens (Erbmerkmal)
- Veränderungen an der Haut, z.B. Schuppenflechte (med. = Psoriasis)

LEIDE ICH AN ENTZÜNDLICHEM RÜCKENSCHMERZ?^{*1}

(positiv, wenn der Schmerz mehr als 3 Monate besteht und ≥ 4 Punkte erfüllt):

- Beginn vor 40. Lebensjahr
- Langsamer Beginn
- Nächtliche Schmerzen (Besserung beim Aufstehen)
- Besserung der Schmerzen bei Bewegung
- Keine Schmerzverbesserung bei Ruhe.

* Bitte beachten Sie: Die Diagnosestellung liegt ausschliesslich in den Händen einer medizinischen Fachperson. Vertrauen Sie Ihrem Arzt.

Verschiedene Formen und Arten

Man unterscheidet bei Spondyloarthritis (SpA) zwischen verschiedenen Krankheitsformen und -arten. Bei den meisten steht der Rückenschmerz im Vordergrund.

Die verschiedenen Krankheitsformen^{1,2}

1. Ankylosierende Spondyloarthritis («Morbus Bechterew»)
2. Reaktive Arthritis (z.B. nach bakterieller Harnwegsinfektion)
3. Psoriasis-Arthritis («Arthritis bei Schuppenflechte»)
4. Enteropathische Arthritis (bei Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
5. Undifferenzierte Spondyloarthritis (nicht klar einer Form zuteilbar)
6. Juvenile Spondyloarthritis (Ausbruch im Kindes- oder Jugendalter)

Je nach betroffener Körperregion wird zwischen der **axialen** (= die Wirbelsäule betreffend) und der **peripheren** (= nur äussere, das heisst periphere Körperzonen betreffend) SpA-Form unterschieden.³

Die **periphere Form** zeigt sich mit unterschiedlichen Krankheitsbildern an verschiedenen Körperzonen, z.B. in Form einer Psoriasis-Arthritis, bei Patienten mit einer Schuppenflechte (med. = Psoriasis vulgaris).

Sowohl die periphere wie auch die axiale Form der SpA können mit unterschiedlicher

Ausprägung der Krankheitsbilder in Erscheinung treten. So ist es möglich, dass ein Patient sowohl Zeichen eines Morbus Crohn als auch einer Schuppenflechte (med. = Psoriasis vulgaris) aufweisen kann. Die typischste Form, der «Morbus Bechterew», ist durch den entzündlichen Rückenschmerz charakterisiert und umfasst entzündliche Veränderungen, die vor allem die Wirbelkörper und die Gelenke der Wirbelsäule sowie die Sehnenansätze am Knochen betreffen.¹

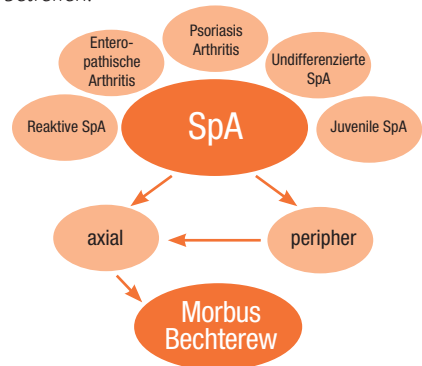


Abb: Beziehung zwischen verschiedenen SpA-Formen und Morbus Bechterew¹

Die möglichst frühe Diagnose einer axialen Spondyloarthritis ist für den Betroffenen sehr wichtig: Ohne Diagnose und angemessene Therapie kann die axiale Form eine zunehmende Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und deutliche Abnahme der Lebensqualität verursachen.

Diagnose der Spondyloarthritis

Bis heute ist noch kein diagnostischer Test für die Diagnose einer Spondyloarthritis (SpA) verfügbar. Die Diagnose muss daher durch einen Rheumatologen anhand einer Kombination von Patienten- sowie der Familienanamnese, klinischen Untersuchungen, Labortests und radiologischen Untersuchungen erfolgen.^{4,5}

Eine möglichst frühzeitige Diagnose einer SpA ist für die Verhinderung von möglichen Gelenksschäden essentiell.¹

Charakteristisch für eine Spondyloarthritis (SpA) sind die Beteiligung der Wirbelsäule und der Sehnenansätze sowie die Verknüpfung mit dem Erbfaktor HLA-B27.

Von einer axialen Spondyloarthritis spricht man, wenn die Rückenschmerzen im Vordergrund stehen.

Ein eindeutiger Röntgen-Nachweis von knöchernen Veränderungen in den Kreuzdarmbeingelenken hilft zusätzlich, die Diagnose zu sichern, und ist prognostisch wichtig.⁶



Undifferenzierte Formen

Die «undifferenzierte Spondyloarthritis (SpA)» ist die am häufigsten vorkommende Form: zirka ein Drittel aller SpA-Formen sind undifferenziert.

Ohne Diagnose und adäquate Therapie kann eine undifferenzierte SpA im späteren Verlauf in eine andere, d.h. schwerere Form übergehen.¹

Was ist eine «undifferenzierte SpA»?

Wenn ein entzündlicher Rückenschmerz vorliegt, das Röntgenbild jedoch keine eindeutigen Veränderungen zeigt, die eine Zuordnung zu einer Form möglich machen.

Merkmale

Eine undifferenzierte SpA ist durch lokalisierte einzelne Krankheitszeichen gekennzeichnet.

Beispiele (Auszug):

- Entzündungen im Bereich der Achillessehne
- Einseitige Entzündungen des Darmbein-gelenks (med. = Iliosakralgelenk)
- Gelenkentzündung bei positivem HLA-B27-Faktor.

Therapie und Krankheitsverlauf

Die Therapie richtet sich nach den individuellen Krankheitszeichen und den Beschwerden des Betroffenen. Bei einer frühzeitigen Diagnosestellung ist die Prognose in der Regel gut: ein Übergang in eine schwerere Krankheitsform kann dank Einsatz von modernen, hochwirksamen Therapien bei den meisten Betroffenen verlangsamt und die Lebensqualität erheblich verbessert werden.

Krankheitscharakteristika

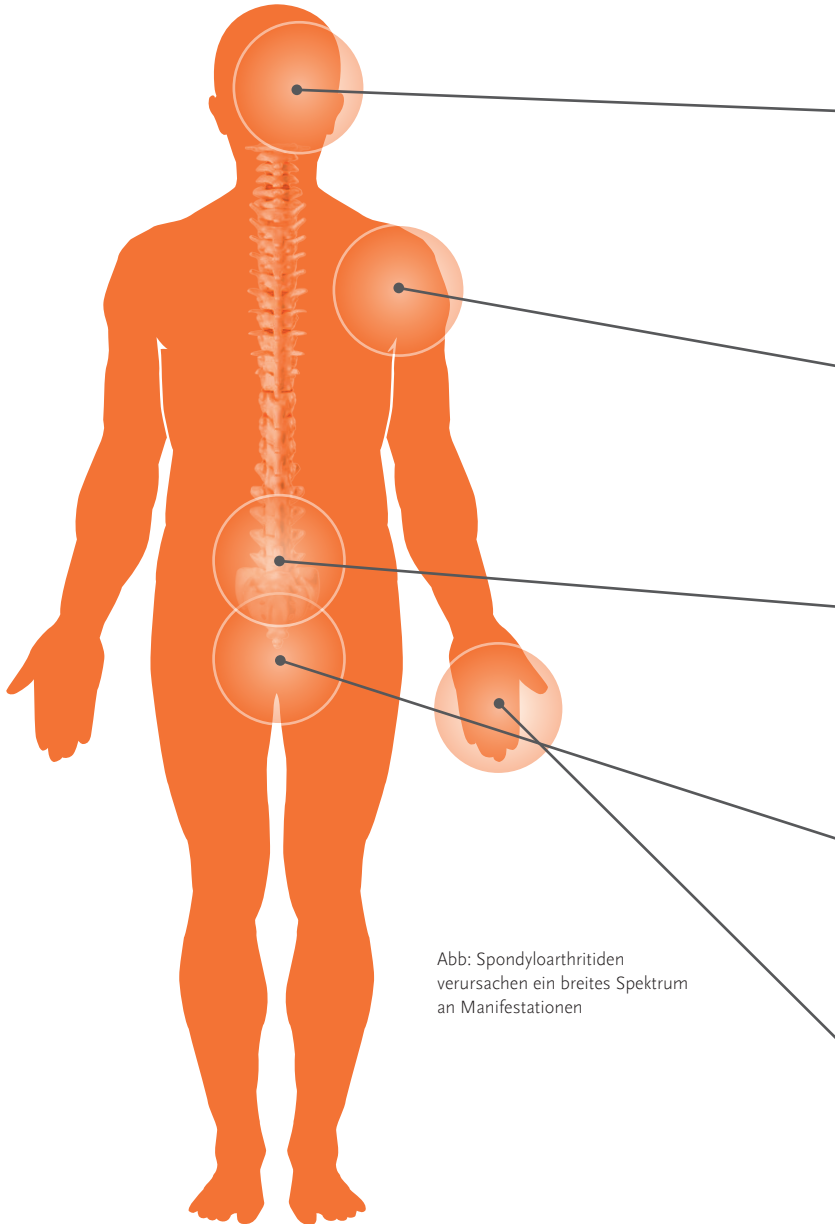


Abb: Spondyloarthritis
verursachen ein breites Spektrum
an Manifestationen

Mögliche Begleiterkrankungen sind z.B.

Manifestationen am Auge

- Entzündung der mittleren Augenhaut (med. = Uveitis)
- Bindehaut-Entzündung (med. = Konjunktivitis)
- Lederhautentzündung (med. = Skleritis)



Manifestationen am Bewegungsapparat

- Entzündungen der Gelenke und der Sehnenansätze
- Entzündung einzelner Finger oder Zehen (med. = Daktylitis)
- Entzündung der Wirbelsäule



Manifestationen des Magendarmtraktes

- Abdominalschmerzen
- Entzündliche Veränderungen der Darmschleimhaut
- Schleimig-eitriger, teils blutiger Durchfall



Manifestationen im Urogenitaltrakt

- Harnröhrentzündung (med. = Urethritis)
- Entzündung der Prostata (med. = Prostatitis)
- Gebärmutterhalsentzündung (med. = Zervizitis)



Manifestationen der Haut, Schleimhäute, Nägel

- Schuppenflechte (med. = Psoriasis vulgaris)
- Veränderungen der Nägel



Manifestationen an den Augen

Augenhautentzündung in Verbindung mit dem Antigen HLA-B27: Die Uveitis

Bei vielen Patienten, die an einer Uveitis (= Augenhautentzündung) leiden, die eine Rötung der Augen, eine Überempfindlichkeit gegenüber Licht oder gelegentlich auch eine Sehstörung zur Folge hat, lässt sich das Antigen HLA-B27 nachweisen.

Nur bei 1% der Patienten, die das Antigen HLA-B27 tragen, entwickelt sich eine Uveitis. Falls ein Familienmitglied dieses Antigen besitzt steigt das Risiko, eine solche zu entwickeln, auf 13%.

Die Erscheinungsformen der Uveitis sind unterschiedlich und in den meisten Fällen mit kortisonhaltigen Augentropfen und Pupillenerweiterung therapierbar. In weniger als 20% der Fälle kann es sich um eine Uveitis posterior (= Entzündung der Netzhaut und Aderhaut) handeln, die eine orale Therapie erfordert.

Eine rheumatische Allgemeinerkrankung ist bei 20% der Patienten zu finden (Morbus Bechterew oder Spondylitis ankylosans usw.), die eine multidisziplinäre Zusammenarbeit mit einem Rheumatologen und Augenarzt rechtfertigt. Eine akute Erkrankung kann in seltenen Fällen zusammen mit einer Bindehautentzündung, einer Arthritis und Urethritis auftreten: Diese Erkrankung wird als sogenanntes «Reiter-Syndrom» bezeichnet.

WAS STELLT DER AUGENARZT FEST?

Dank einer regelmässigen Kontrolle beim Augenarzt, welche

- eine Messung der Sehschärfe
- die Messung des Augeninnendrucks
- die Untersuchung des Augenhintergrundes
- den Ausschluss eines möglichen Makulaödems (= Schwellung der Netzhaut im Augenhintergrund), das einen Verlust an Sehkraft zur Folge haben kann,

umfasst, können Augenkomplikationen vermieden werden.

Für eine erfolgreiche Therapie einer Uveitis sowie zur Vermeidung von schwerwiegenden Folgeerkrankungen empfiehlt sich eine enge Zusammenarbeit zwischen einem Augenarzt und einem Hausarzt oder Rheumatologen.



«Fälle einer akuten Uveitis anterior im Zusammenhang mit HLA-B27 sind häufig und haben eine gute Prognose. Bei wiederholten Schüben oder Augenkomplikationen ist eine systematische Therapie sowie eine Überweisung an einen auf Uveitis spezialisierten Ophthalmologen erforderlich.»

Zitat PD Dr. med. Yan Guex-Crosier,
Ophthalmologe
Hôpital Jules Gonin, Lausanne

Manifestationen der Haut

Die Psoriasis, im Volksmund auch Schuppenflechte genannt, ist eine häufige, chronisch verlaufende, entzündliche Hauterkrankung, die ca. 1,5–2% der Bevölkerung in der Schweiz betrifft.

Neben der Haut können sich bei rund 20% der Betroffenen schmerzhaftes Gelenksentzündungen, die sog. Psoriasis-Arthritis entwickeln. In den meisten Fällen treten dabei die Hauterscheinungen vor der Gelenksentzündung auf.

WAS SIEHT EIN HAUTARZT?

Die häufigste Form der Psoriasis ist die sog. Plaque-Psoriasis, bei der rundliche, scharf begrenzte, gerötete und schuppige Herde meistens an bevorzugten Stellen wie Ellenbogen, Knie, Kopfhaut, Nabel und am Gesäss auftreten. Die Hautveränderung kann zum Teil mit Juckreiz verbunden sein.

Zusätzlich zur Haut können auch Nagelveränderungen (z.B. Tüpfelung, gelbliche Flecken, Ablösung des Nagels, Krümelnagel) entstehen. Nagelveränderungen treten bei Gelenksbefall vermehrt auf und stellen daher ein Warnzeichen für die Psoriasis-Arthritis dar.



„Treten bei Patienten mit Psoriasis-bedingten Haut- und Nagelveränderungen starke Rückenschmerzen und Morgensteifigkeit auf, sollten weitere Abklärungen für eine allenfalls bestehende sPA-Erkrankung veranlasst werden.“

*Zitat Prof. Dr. med. Nikhil Yawalkar,
Facharzt für Dermatologie und Venerologie,
Facharzt für Allergologie und Klinische Immunologie,
Universitätsklinik für Dermatologie,
Inselspital Bern*

Manifestationen im Magendarmtrakt

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Spondyloarthritis und den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen M. Crohn und Co.

Bei bis zu 60% der Patienten mit Spondyloarthritis können diese chronischen Entzündungen im Darm gefunden werden. Nicht immer müssen die Hauptsymptome wie Durchfall oder sogar Blut im Stuhl bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen auftreten. Immer wieder können unspezifische Symptome wie Müdigkeit, Appetitverlust oder Bauchschmerzen das einzige Symptom sein.

Ein einfacher Test zum Nachweis von Entzündung im Darm ist die Bestimmung von Calprotectin im Stuhl. Ist dieser Wert erhöht, lohnt sich der Gang zum Darmspezialisten.

WANN SOLLTE EINE UNTERSUCHUNG BEIM MAGENDARM-SPEZIALISTEN IN BETRACHT GEZOGEN WERDEN?

- Bei Krämpfen und /oder Schmerzen im Unterbauch
- Bei Durchfall über längere Zeit (mit /ohne Blut)
- Bei Fieber
- Bei Müdigkeit und Abgeschlagenheit
- Bei Gewichtsverlust (durch Appetitlosigkeit, Übelkeit und Erbrechen)



„Treten Bauchschmerzen oder Stuhlnregelmässigkeiten bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen auf, sollte eine weitere Abklärung erfolgen. Calprotectin im Stuhl ist ein einfacher Labortest, der uns einen Hinweis gibt, ob bei einem Patienten Entzündung im Darm vorliegt. Eine Abklärung und Therapie einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung ist sinnvoll, um Folgeschäden wie Vernarbungen und Engnisse im Darm zu verhindern.“

Zitat Prof. Dr. med. Frank Seibold,
Chefarzt Gastroenterologie, Spital Tiefenau, Bern

Manifestationen an Sehnenansätzen

Die Spondyloarthritis ist eine häufig vorkommende Erkrankung, die bei einigen Betroffenen schleichend und symptomarm verläuft, aber auch von akuten Schüben begleitet sein kann.

Wegen unspezifischen Symptomen an Gelenken und Weichteilen, teils auch mit anderen Organbeteiligungen und bei häufig negativen Labortests, ist eine Diagnose schwierig zu stellen.

In Hinblick auf die neuen Therapiemöglichkeiten scheint es mir wichtig, dass wir die Diagnose einer Spondyloarthritis möglichst frühzeitig stellen können, um langdauernde Schmerzzustände zu verkürzen.

WAS SIEHT DER HAUSARZT?

- Für den Hausarzt, der oft die erste Anlaufstelle für den Patienten ist, stellen die verschiedenartigsten Symptommatiken und Begleiterkrankungen eine grosse Herausforderung dar. – Nicht selten dauert es deshalb lange, manchmal sogar Jahre, bis von der Erstkonsultation beim Hausarzt eine definitive Diagnose gestellt wird.
- Ein wichtiger Punkt ist dabei die gute Zusammenarbeit des Hausarztes mit den Spezialisten (Rheumatologen).



«Die Früherkennung einer Spondylarthritits ist für den Hausarzt eine Herausforderung und äusserst komplex. Bei Patienten mit Schmerzen an Gelenken, Sehnen und Weichteilen sollte man immer die Diagnose «SpA» im Hinterkopf haben. In Zusammenarbeit mit den Spezialisten kann eine Diagnosestellung für den Patienten auch eine Erlösung von sehr unangenehmer Schmerzsymptomatik sein.»

*Zitat Dr. med. Ruedi Walter
Allgemeine Medizin FMH, Rüttenen*

Medikamentöse Therapie

Für die medikamentöse Behandlung der axialen Spondyloarthritis (axSpA)-Formen sind heute Medikamente aus verschiedenen Wirkstoffklassen verfügbar.²

Medikamente aus der Wirkstoffklasse der nichtsteroidalen Antirheumatika (med. = NSAR) werden am häufigsten eingesetzt. NSARs wirken schmerz- und entzündungshemmend.

Zugelassen für die Behandlung der ankylosierenden Spondyloarthritis (Morbus Bechterew) sind seit einigen Jahren Medikamente der Wirkstoffklasse der sog. «Tumor-Nekrose-Faktor Alpha (TNF α)-Blockern».

TNF α -Blocker werden seit Jahren auch für die Behandlung der Rheumatoiden Arthritis eingesetzt. Dank ihrer schmerz- und entzündungslindernden Wirkung mindern sie die Funktionseinschränkungen im Alltag und steigern die Beweglichkeit des Betroffenen und somit auch seine Lebensqualität.²



Physiotherapie, Bewegung und Sport

Ebenso wichtig wie die medikamentöse Therapie sind Bewegung und Sport. Internationale Richtlinien empfehlen physiotherapeutisch geleitete Bewegungsgruppen. Darüber hinaus sind ein aktiver Lebensstil mit mindestens 150 Minuten körperlicher Aktivität pro Woche sowie Sport, insbesondere Ausdauersportarten, wichtig.

Ziele von Bewegung und Sport

- Wirbelsäulenbeweglichkeit erhalten und verbessern
- Kraftaufbau, insbesondere der Rumpfmuskulatur
- Körperwahrnehmung und Atmung schulen
- Herzkreislauf-Fitness fördern

Empfehlenswert sind beweglichkeitsfördernde und kräftigende Bewegungsformen wie beispielsweise Yoga oder Pilates. Für Ausdauertraining eignen sich besonders Nordic Walking, Wandern, Radfahren, Schwimmen, aber auch Jogging kann möglich sein. PhysiotherapeutInnen beraten über geeignete Sportarten und Trainingsaufbau und -dosierung.

Individuelle Physiotherapie ist indiziert bei funktionellen Einschränkungen.

Informieren Sie sich bei Ihrem Arzt über Kontaktadressen zu einem Physiotherapeuten oder kontaktieren Sie die Schweizerische Vereinigung Morbus Bechterew (SVMB).

Bewegungskalender



Morbis-Bechterew-Gymnastik-Kalender

Ein Heimprogramm mit täglichen Übungen über 4 Wochen.

Zu bestellen bei:

Schweizerische Vereinigung Morbus Bechterew (SVMB)
Leutschenbachstr. 45
8050 Zürich

✉ mail@bechterew.ch

Buchtipp



Sport für Einsteiger und Umsteiger

Rheumaliga Schweiz
(2008)

Links zum Thema

www.bechterew.ch
www.rheumaliga.ch
www.physioswiss.ch
www.ergotherapie.ch

Empfehlenswerte Kontaktadresse

bechterew.ch

Schweizerische Vereinigung
Morbus Bechterew.

Kontaktadresse

Schweizerische Vereinigung Morbus
Bechterew (SVMB)
Leutschenbachstr. 45
8050 Zürich

☎ 044 272 78 66

📠 044 272 78 75

✉ mail@bechterew.ch

Die Schweizerische Vereinigung Morbus Bechterew (SVMB) informiert über die Krankheit und organisiert Bewegungskurse. Ferner bietet sie Betroffenen und Angehörigen Beratung an und unterstützt die Bechterew-Forschung.

Unterstützt durch

abbvie

Impressum

Bilder / Fotos Bilddatenbank Shutterstock

Sprachen Deutsch, Französisch, Italienisch

Medizinischer Vorsitz

Dr. med. J. Bernhard,
Bürgerspital Solothurn

Weitere Mitarbeitende / medizinische Fachexperten

- Prof. Dr. med. N. Yawalkar, Inselspital Bern
- Prof. Dr. med. F. Seibold, Spital Tiefenau, Bern
- PD Dr. med. Y. Guex-Crosier,
Hôpital Jules Gonin, Lausanne
- Dr. med. R. Walter, Rüttenen
- Prof. Dr. K. Niedermann,
Institut für Physiotherapie, ZHAW Winterthur

Referenzen

1 Schirmer M, Gander A. Spondyloarthritis oder Morbus Bechterew: Neue Klassifikation der axialen Spondyloarthritis mit Morbus Bechterew als Endstadium. J Miner Stoffwechs 2011; 18(2): 77–80. **2** Dougados M, Baeten D. Spondyloarthritis. Lancet. 2011;377:2127–2137. **3** Kiltz U, Sieper J, Braun J. ASAS-Empfehlungen zur Anwendung von TNF-Blockern bei Patienten mit axialer Spondyloarthritis: Evaluation des Updates von 2010 im deutschsprachigen Raum. Z Rheumatol 2013;72: 81–88. **4** Rudwaleit M et al. Defining active sacroilitis on magnetic resonance imaging (MRI) for classification of axial spondyloarthritis: a consensual approach by the ASAS/OMERACT MRI group. Ann Rheum Dis 2009;68(10): 1520–1527. **5** Akgul O et al. Classification criteria for spondyloarthropathies. World J Orthop 2011;2(12): 107–115. **6** Rudwaleit M, van der Heijde D, Khan MA, Braun J, Sieper J. How to diagnose axial spondyloarthritis early. Ann Rheum Dis 2004;63: 535–543.