

Verlauf und Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen



Mit einer Prävalenz von ca. 2% zählen die entzündlich rheumatischen Erkrankungen zu den häufigsten inflammatorischen Störungen, die aufgrund ihrer Chronizität und – unzureichend therapiert – dem potenziell invalidisierenden Verlauf auch volkswirtschaftlich zu den bedeutendsten Krankheiten zählen. Im Folgenden soll auf die 3 wichtigsten eingegangen werden.

Rheumatoide Arthritis

Die rheumatoide Arthritis (RA; Synonym: chronische Polyarthritis) ist eine Systemerkrankung, die auch viele extra-artikuläre Manifestationen zeigen kann. Charakteristischerweise beginnt sie jenseits des 40. Lebensjahres und betrifft überwiegend Frauen (m/w 1:3). Der Beginn ist in der Regel langsam und schleichend mit allgemeinem Krankheitsgefühl, häufig polyartikulär, bilateral und symmetrisch mit Bevorzugung der kleinen Gelenke an der Peripherie, kann aber auch akut schmerzhaft eintreten. Schon im Frühstadium können arthritische Zeichen mit synovitischer Kapselverdickung und spindelförmiger Gelenkschwellung, bevorzugt an den Fingergrund- und Fingermittegelenken, Hand- sowie Zehengrundgelenken auftreten. Zusätzlich bestehen nächtliche Schmerzattacken sowie morgendliche Arthralgien, die in eine oft mehrere Stunden andauernde Morgensteifigkeit und Kraftlosigkeit, bevorzugt in den Fingern, übergehen. Die Erkrankung zeigt einen zentripetalen Ausbreitungstyp des Gelenkbefalles, jedoch unter Aus-

sparung der Fingerendgelenke. Im Labor charakteristisch sind neben Rheumafaktoren (RF) die hochspezifischen Anti-Citrullin-Antikörper (ACPA, z. B. anti-CCP oder anti-MCV-Antikörper) bei ca. 60–70% der Patienten.

Psoriasis-Arthritis

Die Psoriasis-Arthritis kann sowohl in Form der Mono-, Oligo- oder Polyarthritis beginnen, bei längerer Krankheitsdauer besteht häufig eine polyartikuläre Verlaufsform mit charakteristischer Beteiligung der Endgelenke von Fingern und Zehen, der Interphalangealgelenke der Daumen, aber auch der Sakroiliakal- und Wirbelgelenke. Große Gelenke können zusätzlich, aber auch ausschließlich betroffen sein. Psoriatische Hautmanifestationen gehen der Gelenkerkrankung meist voran, können in seltenen Fällen aber auch später auftreten und sind häufig nicht sehr ausgeprägt oder nur als Nagelbeteiligung vorhanden. Eine Gemeinsamkeit der Psoriasis-Arthritis mit der rheumatoiden Arthritis besteht in den häufigen Gelenkdestruktionen, die bei allen anderen Arthritiden nur sehr selten auftreten. So kommt es bei Röntgenbefunden zu Gelenkerosionen, wobei bei schweren Verläufen Zerstörungen der Phalangenenden, atypische Syndesmophyten, knöcherne Ankylose und Sakroiliitis eintreten können. Die Häufigkeitsmaxima des Beginns der Psoriasis-Arthritis liegen zwischen 30 und 55 Jahren, wobei Männer ebenso häufig wie Frauen erkrankt sind. Die Laborbefunde bestehen in uncharakteristischen Entzündungsparametern, Rheumafaktoren sind nicht nachweisbar. Eine Assoziation mit dem HLA-B27-Antigen besteht in ca. 15–25% der Fälle, bei der spinalen Form in etwa 65%.

Ankylosierende Spondylitis

Die ankylosierende Spondylitis (AS) (M. Bechterew) ist eine Erkrankung des Achsenskeletts, der Gelenke und zuweilen innerer Organe. Sie bevorzugt das männliche Geschlecht und beginnt vor allem zwischen dem 15. und 30. Lebens-

jahr. Neben den Gelenken sind vor allem die fibrocartilaginösen Strukturen wie Synchondrosen, Bandscheiben und vor allem Sehnen- und Ligamentansätze betroffen. Klinisch besteht ein chronisch-progredienter Verlauf am Achsenskelett unter praktisch obligatorischer initialer Beteiligung der Sakroiliakal-gelenke. Bei 25% der Patienten besteht eine periphere Gelenkbeteiligung. Die zunehmende Versteifung der Wirbelsäule und die Miterkrankung der stammnahen Gelenke, vor allem der Hüften, können zu vorzeitiger Invalidität führen. Häufig sind heftige lokalisierte Kreuzschmerzen, die oft schon monatelang andauern, nächtliche Schmerzempfindungen der Wirbelsäule mit morgendlicher Steifigkeit. Weiterhin häufig betroffen sind die Übergänge von Bändern und Sehnen in den Knochen (Enthesen), wodurch der typische Fersenschmerz verursacht wird. Diagnostisch wegweisend ist die häufige Assoziation mit dem Gewebsmerkmal HLA-B27 (ca. 90–95% vs. 5–10% in der Normalbevölkerung).

Therapie

Alle genannten Erkrankungen lassen sich heute meist sehr gut behandeln, wobei bei der rheumatoiden Arthritis und der Psoriasis-Arthritis neben den sogenannten Basistherapeutika (in der Regel anfangs Methotrexat) und bei Erfolglosigkeit Biologika zum Einsatz kommen. Bei der ankylosierenden Spondylitis stehen nicht-steroidale Antirheumatika und bei nicht ausreichender Wirkung TNF-Blocker zur Verfügung.



Korrespondenz

Prof. Dr. med.
Gerd-Rüdiger Burmester
Medizinische Klinik mit Schwerpunkt
Rheumatologie und Klinische Immunologie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1
10117 Berlin
Fax: 030/450513-917
gerd.burmester@charite.de



Bild: Rheumatoische Bilddatenbank Vol. 1