Z Rheumatol 2009 · 68:619–620
 DOI 10.1007/s00393-009-0484-9
 Online publiziert: 6. August 2009
 © Springer Medizin Verlag 2009

D. Kirsten¹ · W.L. Gross²

¹ Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie, Krankenhaus Großhansdorf

² Poliklinik für Rheumatologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck und
 Klinikum Bad Bramstedt

Rheuma trifft Lunge

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die jährlichen Vaskulitis-Tage Bad Bramstedt fanden vom 29. bis 30. August 2008 unter dem Thema „Rheuma trifft Lunge“ statt. Hier fand unter den Experten von Rheumatologie und Pneumologie ein reger Gedankenaustausch statt. Einige der dort gehaltenen Vorträge werden in diesem Heft in erweiterter Form präsentiert.

Die Lunge und die Pleura sind bei Systemerkrankungen wie dem rheumatischen Formenkreis in vielfältiger Weise betroffen. Dabei sind die pulmonalen Erscheinungsformen sehr variantenreich und reichen von der Pleuraergussbildung über pulmonale Knotenbildungen unterschiedlichster Größe bis hin zu interstitiellen Lungenveränderungen. Besonders die Lungengerüsterkrankungen bei Kollagenosen und Vaskulitiden werfen größere diagnostische und therapeutische Probleme auf.

— Die Kleingefäßvaskulitiden führen oftmals zu einer Beteiligung des Lungparenchyms.

Dominierend sind dabei die ANCA-assoziierten Formen wie die Wegener-Granulomatose. Neben den Kollagenosen kann auch die rheumatoide Arthritis zu interstitiellen Lungenveränderungen führen. Immunserologie, Lungenfunktion und Messung der Diffusionskapazität, Blutgasanalyse, Röntgen und Computertomographie des Thorax sowie Bronchoskopie mit Biopsie und bronchoalveolärer Lavage sind für die diagnostische Einordnung der interstitiellen Veränderungen hilfreich. Die Übersicht von Schnabel und Reuter beschreibt neben dem morphologischen Aspekt die Immunreaktion

ex vivo über die Betrachtung der bronchoalveolären Lavage, eine heute unverzichtbare Diagnostik im Rahmen der Aktivitätsbeurteilung. Der Artikel von Hauber und Kirsten gibt eine Übersicht über die verschiedenen Formen und differentiellen radiologischen Muster der interstitiellen Lungenerkrankungen im Rahmen von Vaskulitiden, der rheumatoiden Arthritis und Kollagenosen sowie über die therapeutischen Optionen.

Die klinischen Zeichen wie Dyspnoe und Husten, oft kombiniert mit systemischen Symptomen wie Fieber, Malaise, Fatigue und Gewichtsabnahme, sind uncharakteristisch. Ebenso finden sich keine pathognomonischen radiologischen Zeichen, die eine Zuordnung der gefundenen computertomographischen Bilder zu einer bestimmten Kollagenose ermöglichen. Aus diesem Grund erwartet man diagnostische Hilfestellung durch histomorphologische Untersuchungen an Lungenbiopsien. Die Ursachen pulmonaler Gewebsveränderungen sind jedoch nicht immer der Grunderkrankung anzulasten. Nicht selten sind es auch zusätzliche Infektionen und/oder unerwünschte Medikamentenwirkungen der oft mit erheblicher Toxizität belasteten Therapie. So ist die Information des Pathologen durch den Kliniker über alle Begleitumstände (einschließlich Nikotin- und Drogenkonsum) von Wichtigkeit für eine umfassende histologische Beurteilung. Nicht selten sind Kombinationsschäden erkennbar, die einer ganz speziellen Interpretation bedürfen. Die Kolleginnen Bittmann und Holl-Ulrich plädieren in diesem Heft für eine möglichst fachgerechte, vollständige Entnahme der pathologischen Herde mit umgebenden makroskopisch unauffälligen Anteilen, da dort Gefäßverän-

derungen oft eindeutiger zu diagnostizieren sind. Darüber hinaus sollte eine separate Probe zur Immunfluoreszenz in speziellem Medium bereitgestellt werden. Das Nebeneinander mehrerer interstitieller morphologischer Muster lässt, nach den Autorinnen, an die Möglichkeit einer Kollagenose denken.

Zu den Nebenwirkungen der Therapie mit modernen Immuntherapeutika sei auf den informativen Artikel von Dalhoff und Mitarbeitern verwiesen. Durch intensivere Immunsuppression kann in einem schwer vorhersagbaren Prozentsatz eine Tuberkuloseerkrankung provoziert werden. Auch eine INH-Prophylaxe ist kein absolut sicherer Schutz!

Einem interessanten und zunehmend auch klinisch wichtigen Problem widmen sich Claussen und Mitarbeiter mit ihrer Arbeit zur pulmonal arteriellen Hypertonie bei Kollagenosen. Durch Endotheldysfunktion und Zellproliferation resultiert eine progrediente Widerstandserhöhung im Niederdrucksystem mit den Konsequenzen von pulmonaler Hypertonie und Cor pulmonale.

— Bei den verschiedenen Kollagenosen kommt es in unterschiedlichen Prozentsätzen zur pulmonalen Hypertonie.

Die validesten Daten liegen für die Sklerodermie-assoziierte pulmonal arterielle Hypertonie (PAH) vor. Leider gibt es keine verlässlichen Frühsymptome der pulmonalen Hypertonie. Bei symptomatischen Patienten liegt in aller Regel bereits ein fortgeschrittenes Krankheitsstadium vor. Der Wert der Echokardiographie im Verlauf ist deshalb besonders hoch einzuschätzen. Die modernen spe-

zifischen pulmonal-vasoaktiven Medikamenten sind bisher aufgrund der Zulassungsstudien nur bei der Sklerodermie mit PAH zugelassen.

Das Gebiet der pharmakologischen Beeinflussbarkeit des pulmonalen Hochdrucks ist derzeit Gegenstand hoher internationaler Forschungsaktivität. Hier sind in der Zukunft Therapieprinzipien zu erwarten, die vielleicht die endotheliale Dysfunktion frühzeitig, d. h. vor dem irreversiblen Gefäßumbau, beeinflussen können.

Wir hoffen mit diesen hier vorgelegten Arbeiten zeigen zu können, dass die beiden Fachgebiete Rheumatologie und Pneumologie in engem Kontakt stehen müssen. Nur so ist für Patienten mit derart komplexen Krankheitsbildern eine optimale Betreuung zu sichern. Die oben genannte Veranstaltung in Bad Bramstedt war dazu ein gelungener Auftakt.

Ihre

D. Kirsten

W.L. Gross

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. D. Kirsten

Zentrum für Pneumologie und
Thoraxchirurgie, Krankenhaus Großhansdorf
Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf
detlefkirsten@online.de

Größte europäische Studie zum Phantomschmerz

Der Schmerz: Prothesennutzung
ist entscheidend

Drei von vier Arm- oder Beinamputierten leidet unter Phantomschmerz. Das hat eine Befragung von 537 Amputierten ergeben, die Forscher um Dr. Uwe Kern (Wiesbaden) durchgeführt haben. Entscheidend für die Häufigkeit von Phantomschmerz ist die Nutzung einer Prothese: Wird sie als mit dem Körper verschmolzen wahrgenommen, tritt seltener Phantomschmerz auf. Wichtiges Ergebnis der größten europäischen Studie zu diesem Thema war außerdem, dass 62 Prozent aller Amputierten unter Schlafstörungen leiden – unabhängig davon ob sie Phantomschmerz haben oder nicht. „Da Schlafmangel wiederum das Schmerzempfinden verstärkt und durch Erschöpfung Prothesen weniger genutzt werden, muss das klinisch unbedingt berücksichtigt werden“, sagt Dr. Kern. Die Studie ist in „Der Schmerz“ veröffentlicht, dem offiziellen Organ der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS).

Prothese kann Phantomschmerz lindern
Messerstichartige, elektrisierende Schmerzen oder Kribbeln sind die häufigsten Missempfindungen, die im amputierten Körperteil wahrgenommen werden. Gut die Hälfte (56 Prozent) der Betroffenen empfinden diese Schmerzen bis zu fünf Stunden am Tag, 28 Prozent sogar Tag und Nacht. Das Vorkommen von Phantomschmerz hängt deutlich mit der Nutzung einer Prothese zusammen: Wird die Prothese als Fremdkörper empfunden, traten deutlich häufiger Schmerzen auf, als wenn die Prothese als mit dem Körper verschmolzen wahrgenommen wird (88 Prozent bzw. 62 Prozent). Welche Faktoren das ‚Verschmelzen‘ mit der Prothese begünstigen, ist dementsprechend derzeit Gegenstand einer Folgeuntersuchung unter Leitung des Wiesbadener Schmerztherapeuten.

Schlafstörungen

Besondere Aufmerksamkeit gebührt den Forschern zufolge Schlafstörungen, über die mehr als 60 Prozent aller Amputierten klagten. Unter den von Phantomschmerzbetroffenen berichteten sogar mehr als 77 Prozent von Ein- oder Durchschlafstörungen. „Hier

sollte z.B. darauf geachtet werden, dass wirksame Analgetika über Nacht in retardierten Formen gegeben werden oder der Einsatz trizyklischer Antidepressiva abends erwogen wird“, unterstreicht Dr. Kern.

Literatur

Prävalenz und Risikofaktoren von Phantomschmerzen und Phantomwahrnehmungen in Deutschland. Eine bundesweite Befragung. In: Der Schmerz. Online first, DOI 10.1007/s00482-009-0786-5

Ansprechpartner

Dr. Uwe Kern, Schmerz- und Palliativzentrum, Facharztzentrum medicum Wiesbaden, Langenbeckplatz 2, 65189 Wiesbaden, dr.kern@schmerz-zentrum-wiesbaden.de