Elektive Rheumachirurgie aus Sicht des Rheumaorthopäden und des internistischen Rheumatologen

Biologika-Therapie ändert Art und Häufigkeit operativer Maßnahmen

Biologische Therapieverfahren haben die Behandlung der rheumatoiden Arthritis im letzten Jahrzehnt grundlegend verändert. Entsprechend veränderte Krankheitsverläufe wirken sich auf Häufigkeit und Art erforderlicher operativer Interventionen aus. Eine intensivierte, der Krankheitsaktivität angepasste Medikation verbessert die Kontrolle der Entzündungsaktivität, sodass sich bei weniger therapierefraktären Synovitiden die Notwendigkeit klassischer rheumaorthopädischer Eingriffe wie z. B. einer Synovektomie reduziert. Da bei Weitem nicht alle Patienten auf diese innovativen medikamentösen Therapieverfahren ansprechen und die rheumatoide Arthritis bisher nicht als heilbare Erkrankung angesehen werden kann, bleiben chirurgische Interventionen ein fester Bestandteil interdisziplinärer Therapiekonzepte.

Im Rahmen der neuen therapeutischen Möglichkeiten bedeutet die Verschiebung des operativen Spektrums aber auch neue Herausforderungen für internistische und orthopädische Rheumatologen. Dies gilt beispielsweise für Gelenkeingriffe unter immunsuppressiver Therapie. Die Frage, ob und wie stark unter einer Glukokortikoid-, DMARD- („disease modifying antirheumatic drugs“-) oder Biologika-Therapie das Infektionsrisiko bei Elektiveingriffen erhöht ist, ist in diesem Zusammenhang natürlich von besonderem Interesse und stellt eine Pro-

blematik dar, die gut informierte Patienten häufig von sich aus ansprechen. Aus diesem Grund widmet sich ein Beitrag der Frage, ob und wie lange vor einer geplanten Operation eine Therapie mit Biologika pausiert werden muss.

Fachkompetenz und Interdisziplinarität als Voraussetzung einer optimierten Patientenversorgung

Während sich im Jahre 2007 ein Schwerpunkt mit dringlichen, nicht aufschiebenden Operationsindikationen befasste, widmet sich dieses Heft der elektiven Rheumachirurgie. Diese kann grundsätzlich in gelenkerhaltende und gelenkersetzende Eingriffe eingeteilt werden. Nach wie vor droht den Patienten bei persistierender Entzündungsaktivität die nichtreversible Zerstörung von Gelenkstrukturen. Da der künstliche Gelenkersatz „nur“ als Ultima Ratio verstanden werden sollte, darf der richtige Zeitpunkt für gelenk- und funktionserhaltende rheumachirurgische Eingriffe nicht versäumt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass der internistische Rheumatologe über fundierte Kenntnisse zu den verschiedenen Operationsverfahren verfügt und ihre Bedeutung für den Patienten einschätzen kann. Die endgültige Indikationsstellung liegt natürlich in der Hand des operativ tätigen orthopädischen Rheumatologen. Dieser sollte nicht zu sehr auf bestimmte Operationen spezialisiert sein, da die Fokussierung auf einzelne Körperregionen wie z. B. isoliert die Schulter-, Ellenbogen-, Hand- oder Fußchirurgie die Gefahr

birgt, dass die Versorgung des Patienten entsprechend der Spezialisierung erfolgt und sich nicht an den vorrangigen Erfordernissen bzw. Bedürfnissen des Rheumakranken orientiert.

Eine entsprechende orthopädisch-rheumatologische Fachkompetenz ist über die in Deutschland fast flächendeckend etablierten regionalen Rheumazentren sowie in vergleichbar interdisziplinär agierenden Einrichtungen anderer Länder allgemein zugänglich. Die in solchen Zentren aktiv mitarbeitenden Rheumaorthopäden verfügen über ausreichende Kenntnisse hinsichtlich der neuen medikamentösen Therapien, damit operative Interventionen sinnvoll in mittel- und langfristige Therapiekonzepte eingebunden werden können. Um der interdisziplinären Herausforderung hinsichtlich der Indikationsstellung und auch des perioperativen Managements gerecht zu werden, wurden die Beiträge von internistisch- und orthopädisch-rheumatologisch tätigen Kollegen verfasst, die im klinischen Alltag regelmäßig mit diesen Fragen zu tun haben.

Nicht berücksichtigt werden in diesem Themenheft der künstliche Gelenkersatz an Hüfte und Knie, obwohl dies natürlich die inzwischen am häufigsten durchgeführten orthopädischen Interventionen bei Patienten mit entzündlichen und nichtentzündlichen rheumatischen Erkrankungen sind. Ein Grund hierfür ist, dass sich aktuelle Diskussionen weniger auf die Indikationsstellung als auf operationstechnische Details wie minimale Invasivität beim Zugang und minimale

Ausschreibung der Forschungsförderung 2011 durch die Sarkoidose Stiftung

Die gemeinnützige Sarkoidose Stiftung schreibt für 2011 die finanzielle Förderung von Forschungsvorhaben zur Sarkoidose und/oder andere granulomatöser Erkrankungen aus.

Es sollen Forschungsvorhaben gefördert werden, die sich der Grundlagenforschung oder der klinisch orientierten Erforschung dieser Krankheitsbilder widmen. Es können Personal-, Sach- und Reisekosten bis zu einer Gesamtsumme von 10.000,- Euro gefördert werden, die in der Regel innerhalb eines Jahres verausgabt werden sollten.

Der Antrag besteht aus:

- einer auch für Fachfremde verständlichen Projektskizze auf nicht mehr als 10 Seiten,
- einer einseitigen Zusammenfassung zum Thema,
- dem Lebenslauf,
- dem Verzeichnis bisheriger Veröffentlichungen,
- ggf. bereits abgewickelte Forschungsprojekte.

Dem Antrag können zusätzliche Unterlagen zur näheren Darlegung des Forschungsvorhabens beigelegt werden.

Die Bewerber werden gebeten, ihren Antrag bis zum 31.03.2011 (Poststempel) in zweifacher Ausführung per Post oder als Word- bzw. PDF-Datei per E-Mail bei der Sarkoidose Stiftung einzureichen:

Sarkoidose Stiftung
Geschäftstelle
Uerdinger Str. 43
D-40668 Meerbusch
E-Mail: forschung@sarkoidose-stiftung.de

Knochenresektion konzentrieren. Leider sind diese in der Öffentlichkeit geführten Diskussionen nicht immer wissenschaftlich fundiert und adressieren nicht die realen Probleme und Risiken. Auch wenn altersbereinigte Statistiken mit einer jährlich steigenden Zahl implantierter Hüft- und vor allem Knieendoprothesen bei den Kostenträgern kritische Fragen zur Indikationsstellung provozieren, ist davon auszugehen, dass die Operationsindikation bei den klassischen sekundären Arthritis-Arthrose-Formen an Hüfte und Knie bei Rheumakranken nicht angezweifelt wird. Unter diesen Gesichtspunkten haben wir uns in diesem Themenheft für andere und die aktuelle Rheumaorthopädie relevantere Inhalte entschieden.

Der Fuß – ein vernachlässigter Skelettabschnitt

Ein nach wie vor vernachlässigter Skelettabschnitt ist der im Schuh gut versteckte Fuß, obwohl nach langjährigem Verlauf bei fast allen Patienten mit rheumatoider Arthritis Pathologien zu finden sind. Nicht nur Clavi bzw. Druck- und offene Stellen mit der Gefahr des Keimeintritts in die Blutstrombahn erfordern eine adäquate orthopädeschuhtechnische Versorgung oder operative Sanierung, sondern auch Synovektomien im Rückfußbereich wie z. B. der Tibialis-posterior-Sehne können einem Kollaps des Längsgewölbes und einem rheumatischen Knick-Senk-Fuß vorbeugen. Parallel hierzu erfolgt eine Darstellung operativer Behandlungsmöglichkeiten an der Hand.

Synovektomie und/oder Radiosynoviorthese?

Obwohl innovative Biologika-Therapien die Notwendigkeit früher Synovektomien großer Gelenke vermindern, können diese Eingriffe bei Patienten mit lokal persistierender Entzündungsaktivität trotz maximaler antiinflammatorischer Medikation immer noch notwendig und indiziert sein. Als konkurrierendes Verfahren wird neben der Chemosynoviorthese häufig die Radiosynoviorthese dargestellt. Hierbei handelt es sich um ein grundlegend differentes nuklearmedizinisches Therapieverfahren. Auch wenn die Indikation

grundsätzlich unter Beteiligung des interistischen und/oder des orthopädischen Rheumatologen erfolgen sollte, werden die Grundlagen hier aus Sicht des Nuklearmediziners präsentiert.

Wir hoffen, dass der hier präsentierte Themenschwerpunkt unter dem Gesichtspunkt der Interdisziplinarität Anregungen bietet, dass Rheumakranke aus der Vielzahl an Behandlungsmöglichkeiten zum richtigen Zeitpunkt die richtige Therapie erhalten und somit noch besser versorgt werden können.

Ihre

Bernd Swoboda

Peter Villiger

Jürgen Braun

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. B. Swoboda
Orthopädisch-Rheumatologische Abteilung
der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen
im Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH
Rathsberger Str. 57, 91054 Erlangen
sekretariat@ortho-rheuma.med.uni-erlangen.de