DGRh 2017 in Stuttgart

Im Vordergrund der gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) und der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) vom 6. bis 9. September stand in diesem Jahr der interdisziplinäre Austausch. Beleuchtet wurde die Rolle des Rheumatologen als „Dirigent“ eines interdisziplinären Netzwerks. Auch inhaltlich ging es vorrangig um Themen, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordern.

Dr. Wiebke Kathmann (wk)

© Medizinischer Fotograf

+++ DGRh 2017 ++ DGRh 2017 ++ DGRh 2017++

Protheseninfekt: Schnell handeln bei Immunsupprimierten

Protheseninfektionen bei Rheumapatienten bergen die Gefahr, dass die Symptome als Krankheitsschub fehlgedeutet werden. Erschwerend kommt hinzu, dass Immunsuppressiva die Immunabwehr schwächen und sowohl die typischen Infektzeichen, als auch einen Anstieg des C-reaktiven Proteins abmildern. Eine schnelle Diagnosestellung sei aber essentiell, um das Gelenk retten und eine Sepsis vermeiden zu können, sagte Prof. Dr. Ralph Gaulke, Sektion Obere Extremität, Fuß- und Rheumachirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover, in der Sitzung „Das septische Gelenk“. Das Therapiefenster sei schmal.

Zur Unterscheidung gegenüber dem „rebellischen Gelenk“ riet er bei neu aufgetretener oder persistierender Schwellung unter wirksamer Basistherapie zum Ultraschall-Nachweis von Erguss und Synovialitis. Sind diese vorhanden, sollte

noch am selben Tag punktiert werden. Nach makroskopischer Beurteilung (klar, trüb, Viskosität) sollte das Punktat dann mikroskopisch untersucht (Gramfärbung – leider oft falsch positiv; Leukozytenzahl und Kristallnachweis in der Polarisationsmikroskopie; Resistogramm) und 14 Tage bebrütet werden, um auch Propionibakterien zu entdecken. Gaulke empfahl, schnell und breit antibiotisch zu behandeln (Rocephin plus Clindamycin) und die Antibiose später gemäß Antibio-gramm zu deeskalieren.

Für die Differenzialdiagnose Infekt oder aktivierte Arthrose bzw. Kristallarthropathie wird in Hannover der semi-quantitative, sensitive und spezifische Leukozytenesterase-Test verwendet. Dafür wird das blutige Punktat zentrifugiert und zellfrei weiter verarbeitet werden. Der positive Nachweis der Leukozytenesterase, schließt eine aktivierte

Arthrose aus, der positive Nachweis von Glukose einen Infekt. Ist der Glukosetest negativ, spricht dies für eine Verstoffwechselung durch Bakterien und damit eine Protheseninfektion. Dann muss notfallmäßig operiert werden.

Im Fall von Immunsupprimierten müsse üblicherweise auch bei einem Frühinfekt (< 1 Woche) die Prothese explantiert werden. A und O sei ein großzügiges Debridement. Anschließend seien die Einlage eines Antibiotikaträgers und eine Redon/Vakuumversiegelung zu empfehlen, letzteres um einen Abfluss fürs Gewebewasser zu schaffen. Sonst bestehe die Gefahr, dass Keime in die Blutbahn gedrückt werden und zu einer Sepsis oder Infektion anderer Prothesen führen. Zur Sicherheit riet Gaulke, prothetisch versorgte Gelenke zu sonografieren und bei Erguss zu punktieren. Die Immunsuppression sollte bis zur Infektberuhigung ausgesetzt und Leflunomid ausgewaschen werden. Für die Weiterbehandlung empfahl er eine Rifampicin-basierte Antibiose. (wk)

Knochenneubildung bei axialer Spondyloarthritis: Ist sie aufzuhalten?

Die axiale Spondyloarthritis geht charakteristischerweise mit einem Verlust an Mobilität im Achsenskelett, also Wirbelsäule und Sakroiliakalgelenke, einher. Deswegen kommt neben der Verbesserung der klinischen Zeichen unter der Pharmakotherapie dem Einfluss auf strukturelle Veränderungen eine große Bedeutung zu. Anders als bei der rheumatoiden Arthritis geht es dabei weniger

um Erosionen, als vielmehr um Knochenneubildung in Form von Syndesmophyten und damit eine Ankylose. Bei Bildung von Kastenwirbeln kommen beide Mechanismen zusammen, wie Prof. Dr. Jürgen Braun, Rheumazentrum Ruhrgebiet, Herne, in der Sitzung „Risikostratifikation im klinischen Alltag“ berichtete. Üblicherweise geht eine Verbesserung von Klinik oder Schmerz unter der Phar-

makotherapie oder physikalischen Therapie Hand in Hand mit einer Funktionsverbesserung. Liegt allerdings schon eine Ankylosierung vor, kann diese ausbleiben, obwohl die Patienten von der Therapie in klinisch relevantem Ausmaß profitieren.

Vor diesem Hintergrund wird derzeit viel darüber diskutiert, welche Therapie-strategien in der Lage sind, die Knochenneubildung aufzuhalten. Prinzipiell begünstigen Faktoren wie männliches Geschlecht und hohe Entzündungsaktivität die Syndesmophytenbildung. Unter den NSAR (nichtsteroidalen Anti-Rheumati-