Z Rheumatol 2017 · 76:742–744
<https://doi.org/10.1007/s00393-017-0391-4>
 Online publiziert: 16. Oktober 2017
 © Springer Medizin Verlag GmbH 2017

CrossMark

B. Ehrenstein¹ · U. Müller-Ladner^{2,3}

¹ Klinik und Poliklinik für Rheumatologie/Klinische Immunologie, Asklepios Klinikum Bad Abbach, Bad Abbach, Deutschland

² Lehrstuhl für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie, Justus-Liebig Universität Gießen, Gießen, Deutschland

³ Abteilung für Rheumatologie und Klinische Immunologie, Kerckhoff-Klinik GmbH, Bad Nauheim, Deutschland

Infektionen in der Rheumatologie

Differenzialdiagnose oder Komplikation einer immunsuppressiven Therapie

Medizinhistorisch und vor dem Hintergrund der Pathophysiologie haben sich zahlreiche Schnittstellen zwischen der Rheumatologie und der Infektiologie entwickelt. So wird eine Reihe von ursprünglich als Infektion eingestuften Erkrankungen, wie z. B. die reaktive Arthritis, bei der in der ersten Fallvignette 1916 noch von einer sexuell übertragene Infektion mit *Spirochaetosis arthritica* ausgegangen worden war, inzwischen als autoimmun bedingte Erkrankungen eingeordnet. Andererseits konnten andere rheumatische Erkrankungen, wie z. B. die in der US-amerikanischen Kleinstadt Lyme in Neuengland gehäuft aufgetretenen Fälle einer initial ätiologisch unklaren Mon- bzw. Oligoarthritis, relativ rasch einer infektiösen Genese (hier Lyme-Arthritis als Manifestation einer Infektion mit *Borrelia burgdorferi*) zugeordnet werden.

Das Wechselspiel zwischen infektiösen Erregern und dem Immunsystem spielt aber auch heute in der klinischen Routine von Rheumatologen weiterhin eine wichtige Rolle. Einerseits bestehen im klinischen Alltag durch das verbesserte Verständnis der Pathogenese und insbesondere durch validierte Biomarker und Ergebnisse der Bildgebung bei der Abklärung einer erosiv verlaufenden symmetrischen Polyarthritiden mit Nachweis von Antikörpern gegen citrullinierte Proteine (ACPA) keine relevanten infektiösen Differenzialdiagnosen

mehr. Andererseits müssen Infektionen insbesondere bei der Abklärung von Monarthritiden großer Gelenke stets in die differenzialdiagnostischen Überlegungen miteinbezogen werden. Zusätzlich ist bei Patienten mit einer bereits diagnostizierten und immunsuppressiv behandelten Erkrankung, insbesondere bei neu aufgetretenen pulmonalen Veränderungen, unklaren Fieberschüben oder schnellem Anstieg der Entzündungsparameter sowie akut neu aufgetretenen Hautreaktionen, die differenzialdiagnostische Abgrenzung einer extraartikulären Manifestation bzw. Begleitvaskulitis der Grunderkrankung von einer (opportunistischen) Infektion eine große diagnostische Herausforderung.

» Es gibt zahlreiche Schnittstellen zwischen Rheumatologie und Infektiologie

In diesem Themenheft zu Infektionen in der Rheumatologie stellen uns infektiologisch tätige Kollegen drei in diesem Kontext wichtige Themenkomplexe vor.

Insbesondere bei der Abklärung von stark schmerzhaften, plötzlich aufgetretenen Hautrötungen mit begleitender Weichteilschwellung im Bereich der Extremitäten finden sich Rheumatologen mit der teilweise sehr schwierigen Differenzialdiagnose einer akuten Gicht zu infektiösen Krankheitsbildern

konfrontiert. Im Beitrag „Bakterielle Haut- und Weichteilinfektionen“ gibt F. Hanses einen konzisen Überblick über die wichtigsten klinisch zu definierenden Krankheitsbilder (Erysipel, Abszess, Phlegmone, nekrotisierende Faszitis). Das hier sehr unterschiedliche Erregerspektrum der einzelnen Erkrankungen sowie Empfehlungen, bei welchen Krankheitsbildern eine mikrobiologische Diagnostik angestrebt werden sollte und wann eine alleinige chirurgischen und/oder antibiotische Therapie notwendig sind, werden prägnant und umfassend dargestellt.

Durch die z.T. tödlich verlaufenen Reaktivierungen einer latenten Tuberkulose unter der Therapie mit Tumornekrosefaktor-Inhibitoren wurden Rheumatologen auf das Risiko schwerer mykobakterieller Infektionen als Komplikation der immunsuppressiven Therapien aufmerksam. Während durch den konsequenten Einsatz eines Screenings auf eine latente Tuberkuloseinfektion vor Beginn einer Therapie mit Biologika dieses Risiko inzwischen deutlich reduziert werden konnte, werden jedoch auch immer wieder Infektionen mit nichttuberkulösen Mykobakterien (NTM) als opportunistische Komplikation der immunsuppressiven Therapie beobachtet. Diese von der Inzidenz eher seltenen Infektionen sind auch bei chronischen Tenosynovitiden und kutanen Exanthemen, wie z. B. einem Erythema nodosum, eine wichti-

Hier steht eine Anzeige.

ge Differenzialdiagnose zu autoimmunen Krankheitsbildern. In ihrem Beitrag stellen A. Nowag *et al.* die aktuellen Erkenntnisse zur Pathogenese, Klinik, Diagnostik und Therapie der NTM-Infektionen vor.

Im dritten Beitrag „*Pneumocystis jirovecii*-Pneumonie bei Patienten mit Autoimmunerkrankungen“ fasst S. Blaas den aktuellen Stand zur Epidemiologie, Symptomatik, Diagnostik, Therapie und Prophylaxe dieser schweren opportunistischen Infektion zusammen. Unter der inzwischen verlassenen Bezeichnung *Pneumocystis-carinii*-Pneumonie erlangte diese Infektion als wichtigste AIDS-definierende Erkrankung in den 1980er Jahren erstmals einen größeren Bekanntheitsgrad. Wegen der auch bei einer adäquaten antibiotischen Therapie weiterhin sehr schlechten Prognose dieser pulmonalen Infektion (Letalität bei HIV-infizierten Patienten auch heute noch 10–20 %, bei Nicht-HIV-Infizierten sogar bis zu 60 % in Fallserien) setzen viele Rheumatologen trotz fehlender nationaler oder internationaler Leitlinien eine primäre Prophylaxe gegen die *Pneumocystis*-Pneumonie bei immunsuppressiven Therapien, die mit einem hohen Risiko für diese Infektion behaftet sind, bereits regelhaft ein.

Als „geborener“ Infektiologe und erst spät berufener Rheumatologe (B.E.) sowie als mit Infektiologen aufgewachsener Rheumatologe (U.M.L.) hoffen wir, dass die in dieser Ausgabe enthaltenen Beiträge zu ausgewählten Infektionen in der Rheumatologie auch Ihnen Freude beim Lesen bereiten und hilfreiche Anregungen für Ihre klinische Tätigkeit geben können.

Boris Ehrenstein

Ulf Müller-Ladner

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. B. Ehrenstein

Klinik und Poliklinik für Rheumatologie/Klinische Immunologie, Asklepios Klinikum Bad Abbach
93077 Bad Abbach, Deutschland
b.ehrenstein@asklepios.com
boris.ehrenstein@ukr.de

Interessenkonflikt. B. Ehrenstein und U. Müller-Ladner geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Vielfach übersehen: Infizierte Kunstgelenke bei Rheumapatienten

Kunstgelenke sind bei Rheumapatienten anfälliger für Infektionen. Diese Gefahr kann leicht übersehen und sogar mit einem Krankheitsschub verwechselt werden. Entscheidend für den Behandlungserfolg ist die frühzeitige Diagnose.

Viele Patienten mit rheumatoider Arthritis benötigen ein oder sogar mehrere Kunstgelenke. Die Op. unterliegt beim Rheumapatienten vielen Besonderheiten, ist aber technisch vergleichbar mit der bei Nicht-Rheumapatienten. Doch das Infektionsrisiko ist deutlich erhöht. „Nach etwa ein bis zwei Prozent aller Gelenkersatzoperationen kommt es entweder nach der Operation oder aber auch erst nach Jahren zu einer Infektion, die eine erneute Op. erforderlich macht“, berichtet Dr. med. Ludwig Bause, Chefarzt der Klinik für Rheumaorthopädie am St. Josef-Stift in Sendenhorst (bei Münster). Das Infektrisiko sei beim Rheumapatienten um das Anderthalb bis Zweifache erhöht, so Bause.

Die Unterscheidung zwischen Infekt, rheumatischer Entzündung oder auch Prothesenverschleiß erfordert viel Erfahrung. Glücklicherweise hat sich die Infektdiagnostik bei Kunstgelenken verbessert. „Der sogenannte Alpha-Defensintest zeigt uns, ob das Immunsystem auf Krankheitserreger gestoßen ist“, so Bause. Der Test liefert einfach und unkompliziert innerhalb einer Viertelstunde ein meist eindeutiges Ergebnis. Die Identifizierung der Erreger erfolgt durch Gelenkpunktionen. Auch die histologische Untersuchung von Gewebeproben der Gelenkhaut unter dem Mikroskop hat sich enorm weiterentwickelt. Dr. Bause erklärt: „Wir können dann eindeutig zwischen Verschleißfolgen und einer Infektion unterscheiden.“

Bei einer frühzeitigen Diagnose kann das Kunstgelenk oft erhalten werden. Bei einer späten Diagnose mit dauerhafter Besiedlung der Bakterien an der Prothesenoberfläche ist immer ein Austausch erforderlich, der meist mit zwei, für die Patienten belastenden, Operationen verbunden ist.

Pressestelle, Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)