



Typische Spondyloarthritisbefunde in den Sakroiliakalgelenken: Sklerose (Stern), Erosionen (dicke Pfeile), Pseudodilatation und Ankylose (dünner Pfeil).

Rückenschmerzen: Ist es eine axiale Spondyloarthritis?

Bis zur Diagnose vergeht oft zu viel Zeit -- Autorin: Dr. Elke Oberhofer

Was deutet auf die Erkrankung hin? Welche Untersuchungen sind nötig? Rheumatologen geben Tipps für die hausärztliche Praxis.

Betroffene mit axialer Spondyloarthritis (axSpA) erhalten meist erst sehr verspätet eine optimale Versorgung. Von den ersten Symptomen bis zur Diagnose vergehen laut Prof. Markus Gaubitz, Münster, im Schnitt 5–6 Jahre.

Als wesentliches Kennzeichen für die axSpA nannte er den chronischen Rückenschmerz vor dem 45. Lebensjahr. „Sind die Beschwerden besonders stark in der zweiten Nachthälfte und bessern sie sich bei Bewegung, dann müssen wir an die Erkrankung denken“, mahnte der Rheumatologe. Als wichtigste Eckpunkte für die Diagnosestellung nannte Gaubitz

- das Humane-Leukozyten-Antigen HLA-B27 (mit der laut Studien besten Performance als Einzelparameter) und
- die Magnetresonanztomografie (MRT), die mit kurzer Inversionszeit (STIR-Sequenz) durchgeführt werden sollte, um entzündliche Wirbelsäulenveränderungen darstellen zu können.

Der Nachweis einer Sakroiliitis im MRT gelte als hinweisend für eine axSpA, nicht dagegen ein Knochenmarködem, das oft auch „bei völlig gesunden, beschwerdefreien Patienten“ vorkomme.

Therapieziel ist bei der axSpA die Remission, die – ähnlich wie bei der rheuma-

toiden Arthritis – unter Anwendung einer Treat-to-target-Strategie erreicht werden soll. Dabei dient der ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) der Beurteilung des Ansprechens, erklären die Rheumatologen Dr. David Kiefer und PD Dr. Uta Kiltz in der Zeitschrift für Rheumatologie. Als Mittel der ersten Wahl gelten, neben Bewegungstherapie, NSAR (inklusive Coxibe).

Wie Gaubitz betonte, dürfe man bei der axSpA „besonders frühzeitig eskalieren“, nämlich bereits nach 4-wöchiger Gabe von mindestens 2 NSAR, die zu keiner

Besserung geführt haben. Wer unzureichend anspricht, sollte einen TNF-alpha-Blocker oder einen Interleukin-17-Inhibitor erhalten, wobei für TNF-Blocker deutlich mehr Erfahrungen vorliegen.

Als drittes Wirkprinzip steht die Januskinase(JAK)-Inhibition zur Verfügung: Upadacitinib wurde vor Kurzem auch zur Behandlung der aktiven nicht röntgenologischen axSpA (bei Nachweis objektiver Entzündungszeichen, d. h. erhöhtes CRP und/oder Nachweis einer Sakroiliitis im MRT) zugelassen. ■

Quelle: DGIM-Internisten-Update, 11./12. November 2022, München

Aktivität schadet Knieprothesen nicht

Eher Vor- als Nachteil-- Bisher nahm man an, dass zu starke Belastungen die Abnutzung von Knieprothesen fördern. Betroffene sollten deshalb möglichst auf Jogging, Tennis & Co. verzichten.

Eine Metaanalyse mit Daten von 4.263 Kniegelenkersatzpatienten widersprechen dem nun. Ein Zusammenhang zwischen dem Level der sportlichen Anstrengungen

und dem Risiko, dass eine Revisions-Op. durchgeführt werden muss, ließ sich nicht feststellen. Das galt speziell auch für Revisionen aufgrund einer aseptischen Lockerung der Prothese. Was die Haltbarkeit der Knie-TEP anging, zeigte sich sogar ein Vorteil in der Gruppe mit hohem Aktivitätsniveau. ■

Quelle: Kornuijt et al. Knee 2022; doi: 10.1016/j.knee.2022.08.004