

12. Gasteiner Symposium Morbus Bechterew

Ernst Feldtkeller

Wissenschaftliche Redaktion des Morbus Bechterew-Journals, München,

Abschied von Prof. Dr Albrecht Falkenbach als Ärztlicher Leiter des Heilstollens

Seit 1994 war Prof. Dr. Albrecht FALKENBACH Primararzt des Gasteiner Heilstollens. Er bereicherte die wissenschaftliche Literatur immer wieder mit interessanten Forschungsergebnissen zum Morbus Bechterew. Außerdem führte er die „Gasteiner Symposien Morbus Bechterew“ ein, zu denen er Ärzte aus Österreich und Deutschland einlud, um das Wissen zum Morbus Bechterew in der Ärzteschaft zu verbreitern. In letzter Zeit arbeitete er außerdem an der Herausgabe eines umfangreichen Buches über den Morbus-Bechterew, das demnächst im Springer-Verlag erscheinen wird. Es wird etwa 900 Seiten dick sein und Kapitel namhafter Wissenschaftler zu allen Aspekten dieser entzündlichen Wirbelsäulenerkrankung enthalten..

Im Sommer 2004 übernahm Prof. Falkenbach die Ärztliche Leitung der Sonderkrankenanstalt Bad Ischl der Österreichischen Pensionsversicherungsanstalt. Zu seiner Nachfolgerin als Chefarztin des Gasteiner Heilstollens wurde ab 1. Oktober 2004 Frau Dr. Gudrun LIND-ALBRECHT berufen.



Abbildung 1:
Feierlicher Abschied von Heilstollen-Chefarzt Prof. Dr. Albrecht FALKENBACH und Einführung von Frau Dr. Gudrun LIND-ALBRECHT als neue Heilstollen- Chef-

12. Gasteiner Symposium Morbus Bechterew

Das 12 Symposium war das Aufwendigste in der Reihe dieser Symposien: Es fand im großen Saal des Bad Gasteiner Kongresszentrums statt. Viele der Referenten haben auch zu dem erwähnten Buch beigetragen, so dass das Symposium eine Art Vorschau auf das bald erscheinende Buch darstellte.

Notfallbehandlung von Patienten mit Morbus Bechterew

Der Morbus-Bechterew-Patient mit versteifter Halswirbelsäule kann bei einem Unfall oder einer Operation in mehrerer Hinsicht Probleme bereiten. Die künstliche Beatmung kann schwierig sein, auch wenn dafür Problemlösungsmöglichkeiten bekannt sind. Dr. Siegfried SEIDL von der Landesklinik für Anästhesiologie in Salzburg, Verfasser des entsprechenden Buchkapitels, zeigte eine Reihe neuer Intubationsgeräte. Die Teilnehmer des Symposiums konnten an Plastik-Phantomen üben, ein solches Gerät in die Atemwege einzuführen

Ein weiteres Problem bei der Notfallbehandlung von Morbus-Bechterew-Patienten ist die Gefahr, bei der Reanimation durch rhythmischen Druck auf den Brustkorb die unelastischen Rippen zu verletzen. Der Einsatz eines Defibrillator bei Kammerflimmern ist inzwischen allgemeiner Standard. Herr Dr. Seidl führte den Symposiumsteilnehmern einen Computer unterstützten Defibrillator vor, den auch Laien bedienen können.

Ein drittes Problem kann darin bestehen, dass bei versteifter Halswirbelsäule die Punktion von Halsvenen sehr schwierig sein kann. Auch dazu zeigte Dr. Seidl mehrere Lösungsvorschläge.

Diagnose und Frühdiagnose

Dr. Martin RUDWALEIT von der Universität Berlin war eingeladen, über seine Vorschläge zur Frühdiagnose des Morbus Bechterew zu berichten. In der Diskussion wies Dr. Rudwaleit darauf hin, dass der Morbus Bechterew, so wie er heute definiert ist, prin-

ziell nicht bald nach den ersten Beschwerden diagnostiziert werden kann, denn von einem Morbus Bechterew spricht man erst, wenn in Röntgenbildern beide Iliosakralgelenke Veränderungen zweiten Grads zeigen oder ein Iliosakralgelenk Veränderungen dritten Grads. Nach Ausbruch der Krankheit vergeht eine gewisse Zeit, bis die Veränderungen dieses Ausmaß erreicht haben.

Vorher spricht man von einer undifferenzierten Spondylarthritis als einer Vorstufe, die sich zum Morbus Bechterew weiterentwickeln kann, aber nicht muss. Zur Diagnose dieser Vorstufe muss die Entzündung der Iliosakralgelenke nachgewiesen werden. Dazu sind die Kernspintomographie und die Magnetresonanztomographie besonders hilfreich.

Therapie der Wirbelsäulenbeschwerden

Neben der Therapie des Morbus Bechterew mit Medikamenten besprach Dr. Josef HERMANN von der Universität Graz auch die besonders wichtige krankengymnastische Behandlung. Ihre Wirksamkeit hinsichtlich verbesserter Beweglichkeit ist wissenschaftlich gesichert (1, 2). Dr. HERMANN wies darauf hin, dass es problematisch ist, dem Patienten Bewegungsübungen beizubringen und ihn dann sich selbst zu überlassen. Zumindest ein regelmäßiges Überprüfen und Erinnern ist notwendig, damit die Patienten ihre Gymnastik regelmäßig durchführen.

Beteiligung des Magen-Darm-Trakts

Prof. Dr. Herbert KELLNER aus München berichtete sowohl über entzündliche Darmerkrankungen, die häufig mit dem Morbus Bechterew verknüpft sind und zum Formenkreis der Spondyloarthritiden gehören, als auch über Nebenwirkungen der Rheuma-Medikamente im Magen-Darm-Trakt. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind in der Tabelle

Tabelle 1
Charakteristiken der entzündliche Darmerkrankungen: Morbus Crohn und Colitis ulcerosa

	Morbus Crohn	Colitis ulcerosa	Einfluss auf die Spondylitis ankylosans
Definition	Entzündung des Verdauungstrakts vom Mund bis zum Enddarm	Wiederholte Entzündung und Geschwüre im Dickdarm und Enddarm	Spondylitis ankylosans äußert sich bei Morbus-Crohn-Patienten früher als bei Colitis-ulcerosa-Patienten. Bei vergleichbaren Röntgenbefunden sind die Krankheitsaktivität (BASDAI) und die Behinderung (BASFI) stärker als bei Morbus-Bechterew-Patienten ohne Darmbeteiligung
Symptome	Krampfartige Schmerzen, Gewichtsverlust, Durchfall und Fieber	Durchfall, Blutung, krampfartige Schmerzen, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust	
Häufigkeit	0,1–0,7‰ der Einwohner	0,2–1,3‰ der Einwohner	

1 zusammengestellt. Die Therapie der damit verknüpften Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden unterscheidet sich nicht wesentlich vom Morbus Bechterew ohne Darmbeteiligung. Bei Patienten mit Darmbeteiligung ist eine Basistherapie der Darmerkrankung mit Sulfasalazin erfolgversprechend, im Falle des Morbus Crohn evtl. auch mit Azathioprin oder Methotrexat

Nebenwirkungen im Magen-Darm-Trakt treten nicht nur bei der Behandlung mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) auf, sondern auch bei der Behandlung mit Sulfasalazin oder Methotrexat. Das Nebenwirkungsrisiko im Magen-Darm-Trakt ist bei den Coxiben, die selektiv nur das entzündungsfördernde Enzym Cyclooxygenase-2 hemmen, etwa halb so groß wie bei herkömmlichen NSAR.

Augenbeteiligung beim Morbus Bechterew

Über Entzündungen der Bindehaut oder der Regenbogenhaut im Zusammenhang mit einer entzündlichen Wirbelsäulenerkrankung (Spondylarthritis) berichtete Prof. Dr. Yosuf EL-SHABRAWI von der Universität Graz. Charakteristisch für eine Uveitis (Entzündung der Regenbogenhaut und angrenzender Teile des Auges) sind

- plötzliches Auftreten,
- Rötung vor allem am Rand der Regenbogenhaut (Abbildung 2a),
- Schmerzen und Lichtscheue,
- gesteigerte Bildung von Tränenflüssigkeit,
- einseitiges Auftreten (mal rechts, mal links),
- Eiteransammlung am Boden der vorderen Augenkammer (Abbildung 2b).

Die Therapie einer Uveitis besteht zunächst in einer örtlichen Behandlung mit einem Corticosteroid. Wenn dies nicht ausreicht, kommen auch Corticosteroid-Injektionen in Frage. Bei etwa 40% der Uveitis-Patienten

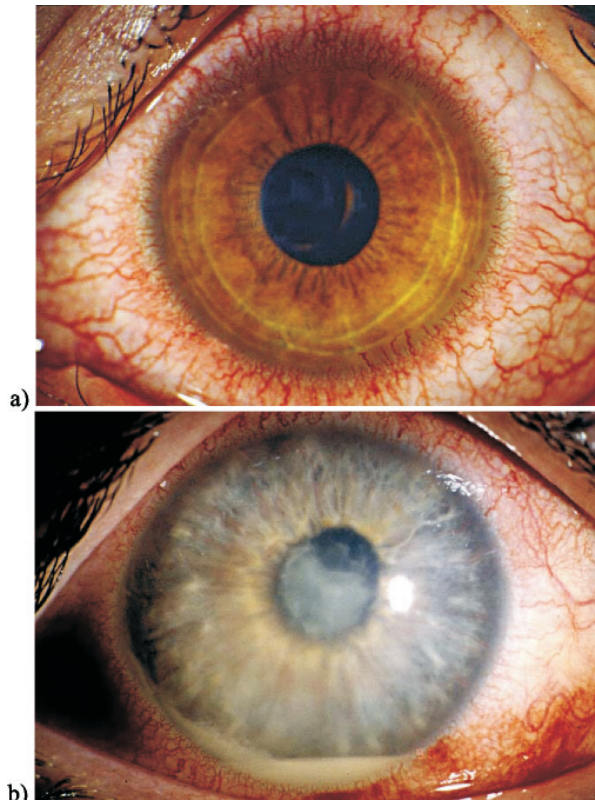


Abbildung 2
Zwei charakteristische Erscheinungen einer Uveitis im Zusammenhang mit Morbus Bechterew:
a) Rötung der Regenbogenhaut und ihrer Umgebung,
b) in schweren Fällen Eiteransammlung in der vorderen Augenkammer

ten mit einer Spondylitis ankylosans kommt dazu eine Basistherapie der Augenerkrankung mit Sulfasalazin oder Methotrexat. In Fällen, in denen all diese Therapieformen nicht ausreichen, hat sich die Anti- TNF-alpha-Blockade bewährt

Bildgebende Verfahren bei Morbus Bechterew

Einen Überblick über die Anwendung bildgebender Verfahren beim Morbus Bechterew gab Frau Dr. Andrea KLAUSER von der Universität Innsbruck. Die Diagnose einer Entzündung der Iliosakralgelenke in einem frühen Stadium gelingt mit der Magnetresonanztomographie (MRT) unter Verwendung eines gadoliniumhaltigen Kontrastmittels. In späteren Stadien genügen einfache Röntgenaufnahmen des Be-

ckens oder die Röntgen-Computertomographie (CT). Moderne Magnetresonanztomographen errechnen eine dreidimensionale Darstellung des untersuchten Bereichs.

Die Szintigraphie kommt zur Abklärung diffuser Schmerzen in Frage, ebenso bei einer Entzündung mehrerer Gelenke außerhalb der Wirbelsäule (Oligoarthritis) oder in Fällen, in denen CT und MRT kontraindiziert sind. Sehnenansatzentzündungen sind außer mit CT und MRT auch mit Ultraschall erkennbar. Unter Anwendung eines Kontrastmittels lässt sich sogar die Durchblutung als Zeichen der Entzündungsaktivität im Ultraschallbild erkennen.

Einen Vergleich des Aufwands und der Strahlenbelastung durch diese Verfahren enthält die Tabelle 2.

Der Morbus-Bechterew-Patient in der gesetzlichen Sozialversicherung

Ein ganzer Vormittag war einer Podiumsdiskussion zum Thema „Der Patient mit Morbus Bechterew in der gesetzlichen Sozialversicherung: aktuelle Probleme, Chancen für die Zukunft?“ gewidmet. Die Diskussion drehte sich vor allem darum, dass die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen im Medizinstudium zu kurz kommen und dass die Zahl der Ärzte, die an einer Weiterbildung zum Rheumatologen interessiert sind, relativ gering ist. Die Teilnehmer an der Diskussion beschlossen, ein Manifest zu diesem Thema zu verabschieden und den verantwortlichen Stellen zuzuleiten.

Literatur

1. Dagfinrud H, Kvien T K, Hagen K B. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4.
2. Van Tubergen A, Landewe R, van der HD, Hidding A, Wolter N, Asscher M et al. Combined spa-exercise therapy is effective in patients with ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. Arthritis and Rheumatism 2001;45(5):430-8

Korrespondenzadresse des Autors

Prof. Dr. Ernst Feldtkeller
DVMB-Mitgliederzeitschrift "Morbus-Bechterew-Journal"
Wissenschaftliche Redaktion
Michaeliburgstr. 15, D-81671 München
Tel. (089) 493376, Fax (089) 49003836
E.Feldtkeller@t-online.de

Tabelle 2
Vergleich bildgebender Verfahren zur Untersuchung der Iliosakralgelenk-Entzündung beim Morbus Bechterew

	Nativ-Röntgen	CT	MRT	Szintigraphie	Ultraschall
Zeitaufwand (min)	3	2-7	30-40	180	20
Kosten (€)	ca. 30	120-200	350-400	400-500	ca. 130
mit Kontrastmittel zusätzlich (€)			80		60
Strahlenbelastung (mSv)	1,5	6,5	0	5-8	0