



Dr. Reinhold Pongratz*, DL Dr. Gerd M. Ivanic**

* Ärztlicher Leiter des Ambulatoriums für Rheumatologie, Fachärzteezentrum der steiermärkischen GKK, Friedrichgasse 18, 8010 Graz, reinhold.pongratz@stgkk.at

** Department für Erkrankungen der Wirbelsäule und Wirbelsäulenchirurgie, Allgemeines und Orthopädisches LKH Stolzalpe, 8852 Stolzalpe, gerd.ivanic@lkh-stolzalpe.at

Fortbildungsserie „Die Wirbelsäule“: Teil 9

Seronegative Spondylarthropathien (SpA) – eine Übersicht

Es handelt sich um seronegative (rheumafaktornegative) entzündlich rheumatische Krankheitsbilder mit Wirbelsäulenbeteiligung, Befall der Sakroiliakalgelenke sowie zum Teil auch von peripheren Gelenken.

Das Spektrum der Spondylarthritiden ist vielfältig und reicht von der ankylosierenden Spondylitis über die reaktive Arthritis, Psoriasis mit peripherer Arthritis bzw. mit Sakroiliitis/Spondylitis, entzündliche Darm-erkrankungen mit peripherer Arthritis mit Sakroiliitis/Spondylitis bis hin zum SAPHO-Syndrom, der undifferenzierten Spondylarthritiden und juvenilen Spondylarthritiden.

Ätiologie, Pathogenese, Epidemiologie

Ätiologie und Pathogenese sind weitgehend ungeklärt, häufig besteht ein Nachweis von HLA-B27 assoziierter Sakroiliitis.

Zirka 2 % der Erwachsenen über 20 Jahre sind betroffen – HLA-B27 Träger haben ein deutlich höheres Risiko, an Spondylitis ankylosans zu erkranken.

Gemeinsamkeiten

Meist handelt es sich um seronegative Formen, d.h. Rheumafaktoren fehlen, häufig treten periphere Gelenkentzündungen – meist als Oligoarthritiden (bis zu vier betroffene Gelenke) – auf. Beobachtet werden können eine familiäre Häufung, HLA-B27-Positivität, Enthesiopathien, psoriasiforme Haut- oder Nagelveränderungen, Augenbeteiligung als Konjunktivitis oder Iritis sowie Ulzerationen der Mund-, Darm- oder Genitalschleimhaut. Zu den Klassifikationskrite-

rien der europäischen Spondylarthropathie-Studiengruppe gibt Tabelle 1 Auskunft.

Klassifikationskriterien der europäischen Spondylarthropathie Studiengruppe (ESSG):

- Entzündlicher Wirbelsäulenschmerz von mindestens 3 Monaten Dauer oder
- Synovitis (asymmetrisch, vorwiegend an den unteren Extremitäten)

und eines der folgenden 5 Items:

1. Positive Familienanamnese
2. Psoriasis
3. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
4. Alternierender Gesäßschmerz
5. Enthesiopathie

Die Sensitivität dieser Kriterien liegt bei 77 %, ihre Spezifität bei 89 % – bei zusätzlichem Vorliegen einer (radiologischen) Sakroiliitis steigt die Sensitivität auf 86 %, die Spezifität liegt dann bei 87 %.

Ankylosierende Spondylitis (AS), Morbus Bechterew

Dabei handelt es sich um eine entzündlich ankylosierende Erkrankung des Achsenskeletts mit teilweise Auftreten einer peripheren Gelenkbeteiligung.

Ätiologie, Pathogenese, Epidemiologie

Ätiologie und Pathogenese sind unklar, ein Nachweis von HLA-B27 ist in ca. 90 % zu erwarten, wobei auch bei Gesunden das HLA-B27 in bis zu 10 % positiv sein kann.

Die Morbidität beträgt ca. 0,2 – 0,5 % in der Gesamtbevölkerung, bei HLA-B27 Positivität ca. 2 %. Deutlich höher liegt die Morbidität bei HLA-B27 positiven Verwandten von AS-Erkrankten (ca. 20 % Sakroiliitis bzw. AS).

Das Manifestationsalter liegt gewöhnlich zwischen dem 16. und 40. Lebensjahr, der Anteil männlicher Patienten beträgt etwa 70 – 80 %.

Klinik

Wann sollte man an das Vorliegen einer Ankylosierenden Spondylitis denken?

- Verdächtig ist ein tiefsitzender Rückenschmerz > 3 Monate Dauer mit Schmerzmaximum in Ruhe und am frühen Morgen, der sich auf Bewegung bessert
- Steifigkeitsgefühl, Schmerzen an knöchernen Ansatzstellen von Sehnen und Bändern
- Sakroiliitis: Entzündung der Kreuz-/Darmbeingelenke bilateral, initial oft unilateral
- Fersenschmerz, Sternalschmerz, gürtelförmiger Thoraxschmerz
- Arthralgien und Arthritiden meist der peripheren Gelenke

ARTHROTEC
Inserat folgt!



Abb. 1: Daktylitis bei Spondylarthropathie

Zu den extraartikulären Manifestationen zählen eine Iritis (bei bis zu 20 % der Patienten), eine Herz- bzw. Gefäßbeteiligung (zB Aorteninsuffizienz, AV-Überleitungsstörungen etc.), Urethritis bzw. Prostatitis sowie eine Darmbeteiligung in Form von entzündlichen Veränderungen.

(Differential-)Diagnostik

Häufig ist diese verzögert, die diagnostische Latenzzeit beträgt oft mehr als 7 Jahre.

Die wesentlichen Informationen liefern Anamnese, Labor und Bildgebung.

Hinweisend ist zunächst eine Anamnese bzgl. entzündlichem Wirbelsäulenschmerz.

Laborchemisch sind in aktiven Phasen Entzündungsparameter (BSG, CRP) in 70 – 80 % positiv, können aber trotz Aktivität auch bei ca. 20 – 30 % negativ ausfallen.

HLA-B27 ist in bis zu 90 % positiv, eine Gammaglobulinvermehrung ist bei besonders aktiven Fällen möglich.

Im Röntgen kann eine Sakroiliitis nachgewiesen werden (verwaschener Gelenkspalt, gelenksnahe Osteoporose, Usuren, gemeinsames Auftreten von destruierenden, sklerosierenden und ankylosierenden Elementen = „buntes Bild“).

Ebenso sind im Röntgen Veränderungen an der Wirbelsäule wie Syndesmophyten (Verknöcherungen des Anulus fibrosus), Spondylitis anterior (Romanus Läsion), Anderson Läsion (Diskovertebrale Destruktion) oder im Spätstadium der „Bambusstab“ (Ossifizierung der Längsbänder) feststellbar.

Die MRT (Magnetresonanztomographie) dient einer frühen Diagnostik der Sakroiliitis bei unauffälligem Röntgenbefund.

Wesentliche Differentialdiagnosen gibt Tabel-

le 2 wieder, die modifizierten New York-Kriterien Tabelle 3.

Differentialdiagnosen Tab. 2

- Seronegative Spondylarthropathien zB bei Mb. Crohn, Colitis ulcerosa, Psoriasisarthritis, Juvenile chronische Arthritisformen
- Bei einseitigem Befallmuster: bakterielle Sakroiliitis, Ostitis condensans ili
- Spondylitis hyperostotica
- Unspezifischer Rückenschmerz

Diagnosekriterien – Tab. 3 Modifizierte New York-Kriterien, 1984

1. Tiefsitzender Rückenschmerz und Steifigkeit für mindestens 3 Monate, nicht erleichtert durch Ruhe und verbessert durch Übungen
2. Limitierte Beweglichkeit in der LWS in sagittaler und frontaler Ebene
3. Limitierte Thoraxexkursion nach Adaptation für Alter und Geschlecht
4. Bilaterale Sakroiliitis Grad 2 – 4
5. Unilaterale Sakroiliitis Grad 3 – 4

Sichere Diagnose AS, wenn:
Unilaterale Sakroiliitis Grad 3 – 4
oder bilaterale Sakroiliitis Grad 2 – 4
mit jedem klinischen Kriterium

Gradeinteilung der Sakroiliitis:
Grad 1 verwaschener Gelenkspalt
Grad 2 ausgeprägte Sklerosierungen
Grad 3 erosive Sklerosierungen
Grad 4 Ankylose

Therapie

Wesentliche Bestandteile sind physikalische und medikamentöse Maßnahmen.

Eine konsequent durchgeführte Krankengymnastik – kombiniert mit den Methoden der Physikalischen Medizin – ist ein essentieller nicht-medikamentöser Therapiebaustein.

Nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) dienen der Schmerz- und Entzündungsbekämpfung und stellen die Basis der medikamentösen Therapie dar.

Corticoide sind im Allgemeinen nicht indiziert – ihren Einsatz finden sie lediglich kurzfristig systemisch bei hochentzündlichen Fällen mit peripherer Gelenkbeteiligung.

Unter den Basistherapien zeigt Sulfasalazin (Salazopyrin®) eine Wirksamkeit besonders bei Patienten mit peripherer Gelenkbeteiligung, der Effekt auf den Wirbelsäulenbefall ist umstritten.

Seitens der „Biologicals“ kommt der Anti-TNF-Alpha-Therapie ein besonderer Stellenwert zu.



Abb. 2: Beidseitige Sakroiliitis bei Spondylitis ankylosans

TNF-Alpha-Inhibitoren wie Infliximab, Etanercept und Adalimumab zeigen ein sehr gutes Ansprechen auf die Gesamtkrankheitsaktivität (Wirbelsäule und periphere Gelenke).

Wirbelsäulenbeteiligung bei Reaktiver Arthritis

Reaktive Arthritiden treten gleichzeitig oder wenige Tage bis Wochen (para-/postinfektiös) nach einer Infektion im Urogenital- oder Gastrointestinaltrakt auf. Der Rheumafaktor ist meist nicht nachweisbar (seronegativ), der Verlauf meist mono- oder oligoartikulär.



Abb. 3: Enthesitis bei Spondylarthropathie



Abb. 4: Eingeschränkte LWS-Beweglichkeit bei HLA-B27 positiver Spondylarthropathie

Ätiologie, Epidemiologie

Es gibt eine Reihe von Erregern, die eine Arthritis auslösen können. Zu den enteralen zählen etwa Salmonellen, Shigellen, Yersinien oder Campylobacter, zu den urogenitalen insbesondere Chlamydien und Ureaplasmen, kutaner Herkunft sind etwa Borrelien. Als mögliche Auslöser gelten aber auch Hepatitis-B-Viren, Parvovirus B19, Rubella-, Masern- oder Mumpsviren. Bei 1 - 3 % der Patienten treten nach gastrointestinalen oder urogenitalen Infektionen reaktive Arthritiden auf. Bei HLA-B27 Positivität liegt ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer reaktiven Arthritis nach Infektionen vor (50 - 100fach). HLA-B27 ist bei ca. 40 - 60 % der Fälle mit reaktiver Arthritis nach gastrointestinalen oder urogenitalen Infekten nachweisbar.

Klinik

Folgende klinische Präsentationen sind hin-

weisend bzw. charakteristisch:

- Sakroiliitis, entzündliche Beteiligung der Wirbelsäule
- Arthritis meist oligo- oder monartikulär, meist untere Extremität
- Enthesiopathien, Tenosynovitiden
- Augenbeteiligung in Form von Konjunktivitis, Iritis
- Haut- und Schleimhautbeteiligung (Balanitis, Keratoderma blenorrhagicum, Bläschen, Erosionen der Mundschleimhaut)

Diagnostik

Häufig ist anamnestisch eine Infektion (urogenital, gastrointestinal) in den letzten Tagen oder Wochen erhebbbar. Seitens des Labors sind BSG bzw. CRP möglicherweise erhöht, HLA-B27 ist bei 40 - 60 % positiv.

Bei Urogenitalinfekten empfiehlt sich bei Männern ein Urethral-, bei Frauen zusätzlich ein Zervikalabstrich. Je nach Befallmuster sind Punktatanalyse, PCR, Serologie bzw. Stuhlkultur in frühen Phasen etc. sinnvoll.

Therapie

Antibiotika sollten nur bei nachweisbarer urogenitaler Chlamydieninfektion (zB mit Doxycyclin 200 mg/d über 7 Tage) gegeben werden. Der Sexualpartner ist dabei mitzubehandeln. Bei nachgewiesenen Infektionen mit Yersinien, Salmonellen, Shigellen oder Campylobacter ist eine antibiotische Therapie mit zB Ciprofloxacin 2 x 500 mg/d für mind. 10 - 14 Tage sinnvoll. Die antibiotische Therapie hat keinen Einfluss auf die Arthritis. Die Behandlung der Arthritis sollte mit NSAR bzw. Glucocorticoiden erfolgen. Bei chronischen Verläufen ist eventuell ein Therapieversuch mit Sulfasalazin angezeigt. Begleitend ist eine physikalische Therapie zu empfehlen.



Abb. 5: Spätstadium einer Spondylitis ankylosans mit „Bambusstabwirbelsäule“

Wirbelsäulenbeteiligung bei Psoriasis vulgaris

Definiert wird diese als eine mit oder ohne Pso-

Salazopyrin®

bei chronischen Darmerkrankungen
und chronischer Polyarthritits

Salazopyrin® 500mg 100 Filmtabletten

€ 21,05

(Krankenkassenpreis)

BASIC LINE
Magen-Darm

green box

Günstige Originale +++ Gute Erfahrungen +++ Medical Support +++ Verlässliche Verfügbarkeit +++ Günstige Originale +++ Gute Erfahrungen +++ Medical Support +++ Verlässliche Verfügbarkeit

Fachkurzinformation siehe Seite 398

riasis auftretende destruktiv/ proliferativ verlaufende Gelenkerkrankung mit möglicher Achsenkettbeteiligung (häufig bei HLA-B27-Positivität).

Klinik und Röntgen

Folgende klinische Präsentationen sind hinweisend bzw. charakteristisch:

- Psoriasis am Capillitium, Streckseiten von Ellbogen, Kniegelenken, Nägel, Gehörgang etc.
- Mono- oligoartikuläre Gelenkbeteiligung, Daktylitis (Strahlbefall), Horizontalbefall zB der Endgelenke von Fingern und Zehen
- Rückenschmerzen bei Spondylitis psoriatica; Sakroiliitis bei ca 20 % der Patienten mit Psoriasisarthropathie
- Enthesiopathien, Tenosynovitis
Im Röntgen können destruktive und proliferative Veränderungen, z.T. Mutilationen und Fehlstellungen feststellbar sein. Eine Sakroiliitis ist bei ca 20 % erkennbar – häufig weniger ausgeprägt als bei Morbus Bechterew und oft asymmetrisch. Die HWS ist bei bis zu 70 % betroffen – z.T. erosiv wie bei rheumatoider Arthritis, z.T. wie bei Morbus Bechterew, teilweise Auftreten von Parasyndesmophyten.

Therapie

Zu den medikamentösen Optionen zählen NSAR bzw. Basistherapien wie Sulfasalazin, Methotrexat, Leflunomid, Cyclosporin, Infliximab, Etanercept oder Adalimumab und die Methoden der physikalischen Therapie.

Enteropathische Spondylarthropathien

Darunter ist eine Oligoarthritis bzw. Spondylitis bei Patienten mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa bzw. Morbus Whipple zu verstehen. Bei einer Colitis ulcerosa ist bei ca. 12 – 15 % mit dem Auftreten einer Arthritis zu rechnen, im Rahmen eines Morbus Crohn sind ca. 10 % von Arthritis betroffen. Bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn kommt es in bis zu 20 % zum Auftreten einer Sakroiliitis. Das Vorkommen im Zusammenhang mit einem Morbus

Whipple ist selten. Eine familiäre Häufung ist bekannt, Männer sind 10x häufiger betroffen als Frauen. In 4 – 7 % ist eine Sakroiliitis, z.T. auch eine Spondylitis zu finden.

Seitens der Therapie sollten NSAR nur mit Vorsicht verabreicht werden. Glucocorticoide sind eventuell intraartikulär indiziert. Als Basistherapie bieten sich Sulfasalazin bzw. Infliximab bei Morbus Crohn an. Eine Antibiotikagabe ist bei Morbus Whipple sinnvoll – und zwar im Sinne einer Langzeittherapie.

Die physikalische Therapie hat auch hier ihren Stellenwert.



Abb. 6: Erosive Enthesitis am Fersenbein bei Arthritis psoriatica



Abb. 7: Sakroiliitis und Symphysitis bei Morbus Crohn

SAPHO-Syndrom (Synovitis, Akne, Pustulose, Hyperostosis, Osteitis)

Es handelt sich dabei um eine sternoclaviculäre Hyperostose mit palmarer und plantarer Pustulose, Akne, Arthritiden und Spondylarthritiden.

Klinisch präsentiert sich die Erkrankung als:

- Vorderes Thoraxwandsyndrom mit Schmerzen, Schwellungen im Bereich der Sternoclaviculargelenke
- Palmare und plantare Pustulose
- Akne fulminans oder Akne conglobata
- Monarthritis oder Oligoarthritis
- Spondylitis, Spondylodiszitis, Sakroiliitis

Therapeutisch finden NSAR und physikalische Therapie Anwendung.

Undifferenzierte Spondylarthrititis (uSpA)

Definitionsgemäß ist darunter eine Spondylarthrititis (SpA) zu verstehen, die sich nicht einer Spondylitis ankylosans, reaktiven Arthritis, Arthritis bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder Psoriasisarthropathie zuordnen lässt.

Klassifikation als undifferenzierte Spondylarthrititis:

Entzündlicher Rückenschmerz oder periphere Arthritis und entweder Enthesitis, positive Familienanamnese für SpA oder wechselnder Gesäßschmerz und keine Zuordenbarkeit zu den oben genannten SpA-Subtypen.

Die Therapieoptionen gleichen jenen bei SpA.

Prognostische Faktoren

Zu den Prädiktoren für einen schweren Verlauf zählen eine Familienanamnese für SpA bzw. Morbus Crohn, männliches Geschlecht, bestehende chronische Darmläsionen wie bei Morbus Crohn, ein positiver HLA-B27-Nachweis sowie das Vorliegen einer Uroarthritis. ◆

Literatur beim Verfasser



Venoruton® ...kein Vergleich



Venoruton® 500 mg Tabletten, 30 Stück, 2 Tabletten pro Tag • Venoruton® 1000 mg Granulat, 16 Beutel, 1 Beutel pro Tag
Anwendungsgebiete: Chronisch venöse Insuffizienz und Hämorrhoiden