

Journal für
Mineralstoffwechsel
Zeitschrift für Knochen- und Gelenkerkrankungen
Orthopädie • Osteologie • Rheumatologie

**Fallbeispiele zur
nicht-röntgenologischen axialen
Spondyloarthritis (nr-axSpA)**

Ausserwinkler M

*Journal für Mineralstoffwechsel &
Muskuloskelettale Erkrankungen*

2015; 22 (2), 56-57

Homepage:

**[www.kup.at/
mineralstoffwechsel](http://www.kup.at/mineralstoffwechsel)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Member of the



Indexed in SCOPUS/EMBASE/Excerpta Medica
www.kup.at/mineralstoffwechsel



Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft
zur Erforschung des Knochens
und Mineralstoffwechsels



Österreichische Gesellschaft
für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie



Österreichische
Gesellschaft
für Rheumatologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. GZ02Z031108M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Fallbeispiele zur nicht-röntgenologischen axialen Spondyloarthritis (nr-axSpA)

M. Ausserwinkler

■ Einleitung

Die axiale Spondyloarthritis zeigt sich oft als klassische ankylosierende Spondylitis mit knöchernen Veränderungen an den Iliosakralgelenken sowie der Wirbelsäule. In der Frühphase der axialen Spondyloarthritis, der nicht-röntgenologischen axialen Spondyloarthritis (nr-axSpA), sind diese Veränderungen im Röntgen noch nicht sichtbar. Allerdings lässt sich meist schon eine Entzündung der Iliosakralgelenke im MRT darstellen [1, 2] (Tab. 1).

Dies ermöglicht eine frühe Diagnose, die aufgrund eines oftmals hohen Leidensdrucks der Betroffenen von großer Bedeutung sein kann. Auswertungen der deutschen GESPIC- und Herne-Kohorten haben gezeigt, dass das Ausmaß der Schmerzen zwischen Patienten mit definitiven radiologischen Veränderungen, also einer ankylosierenden Spondylitis (AS), und jenen mit einer nr-axSpA oft vergleichbar sind. Die Funktionsfähigkeit (gemessen am BASFI [Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index]) war zwar bei Patienten mit AS signifikant stärker beeinträchtigt, aber auch die nr-axSpA führte zu starken Funktionseinschränkungen [3, 4].

Schmerzen und Funktionseinschränkungen tragen massiv zum Leidensdruck der Patienten bei. Daher sind eine frühe Diagnose, die oft nur durch einen MRT-Befund bestätigt werden kann, und eine rasche Therapieeinleitung wichtig.

Therapie der ersten Wahl bei der nr-axSpA sind, wie bei der AS, die nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR). Bei nicht ausreichendem Ansprechen auf eine NSAR-Dauertherapie (4

Wochen) konnte bereits seit 2010 in Studien [5] gezeigt werden, dass Patienten mit nr-axSpA von einer medikamentösen TNF- α -Blockade profitieren.

In der Zwischenzeit sind mit Adalimumab, Certolizumab pegol und Etanercept drei Präparate oben genannter Substanzklasse für diesen Einsatz zugelassen. Für Golimumab wurde 2014 ein Antrag auf Zulassung für diese Indikation eingereicht.

Die folgenden Fallbeispiele sollen Einzelschicksale junger Patienten beider Geschlechter präsentieren und die Wichtigkeit des frühen Einsatzes einer adäquaten immunsuppressiven Therapie darstellen.

Aus Datenschutzgründen wurden einzelne private Details zu den Personenbeschreibungen verändert.

■ Fallbeispiel 1: Vom Musterschüler zur Depression (aufgrund fehlender Diagnose)

Ein 1990 geborener männlicher Patient wurde im Juli 2014 erstmalig an der Rheumaambulanz des Elisabethinen-Krankenhauses Klagenfurt vorstellig. Er berichtete, dass er mit 18 Jahren seine Matura mit ausgezeichnetem Erfolg absolviert und nach dem Zivildienst ein Architekturstudium begonnen hatte. Anfangs lief alles nach Plan, doch seit mehr als einem Jahr würde er unter durch tiefsitzenden Rückenschmerz bedingten Durchschlafstörungen leiden. Diese führten zu Tagesmüdigkeit und Konzentrationsstörungen.

Der beschriebene Schmerz trat vor allem in den frühen Morgenstunden auf. Es erfolgte eine Besserung auf Bewegung, aber keine Beschwerdefreiheit.

Relativ bald nach Symptombeginn wurde der Patient beim Hausarzt vorstellig und zu einer Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule zugewiesen. Diese blieb unauffällig und dem jungen Mann wurde „körperliche Ruhe“ nahegelegt. Aufgrund dieser Empfehlung beendete er seine Fußballkarriere im Hobbyverein.

All dies hätte zu einer schweren Depression geführt und der Patient brach sein Studium abrupt ab. Der negative Höhepunkt dieser Misere war intravenöser Heroinkonsum. Mittlerweile sei er im Substitutionsprogramm.

Von seiner Mutter erhielt der Patient Diclofenac und ein Mefenaminsäurepräparat. Die Einnahmen brachten erstmalig Linderung, jedoch wurde die Medikation massiv überdosiert.

An der Drogenambulanz fielen erhöhte Leberwerte auf. Im Hepatitis-Screening wurden positive Hepatitis-C-Antikörper

Tabelle 1: ASAS-Klassifikationskriterien für die axiale Spondyloarthritis bei Patienten mit ≥ 3 Monaten Rückenschmerzen und Alter bei Beginn < 45 Jahre. Bei einer nr-axSpA ist eine Sakroiliitis nur im MRT, nicht aber im Röntgen sichtbar. Erstellt nach Daten aus [2].

Sakroiliitis in der Bildgebung*	HLA-B27	
	plus ≥ 1 SpA-Parameter	oder plus ≥ 2 andere SpA-Parameter
SpA-Parameter: – Entzündlicher Rückenschmerz – Arthritis – Enthesitis (Ferse) – Uveitis – Daktylitis – Psoriasis – M. Crohn/Colitis ulcerosa – Gutes Ansprechen auf NSAR – Familienanamnese für SpA – HLA-B27 – Erhöhtes CRP		

* Sakroiliitis in der Bildgebung:

- Aktive (akute Entzündung in der MRT gut vereinbar mit einer SpA-assoziierten Sakroiliitis)
- Definitive röntgenologische Sakroiliitis (Strukturveränderungen) gemäß den mod. NY-Kriterien

nachgewiesen, die PCR war jedoch negativ. Man ging somit von einer ausgeheilten Hepatitis C aus. Für Hepatitis B konnte ein ausreichender Impftiter festgestellt werden.

Befundlich präsentierten sich tiefsitzende Kreuzschmerzen und Druckdolenz im Bereich der Iliosakralgelenke. Die peripheren Gelenke waren weder geschwollen noch schmerzhaft. BSG 50 mm/h, CRP 3,3 mg/dl, HLA-B27-Positivität. Das Blutbild war in der Norm, GPT 68 U/l, γ GT 65 U/l, Kreatinin bland. RF, ACPA, ANA-Screen und Quantiferon-Test waren negativ.

Der Patient brachte rezente Röntgenbilder des Beckens und der Lendenwirbelsäule zum Erstvorstellungstermin in der Rheuma-Ambulanz mit. Diese waren nahezu unauffällig. Es erfolgte die Zuweisung zum MRT der Iliosakralgelenke, wo eine beidseitige, rechtsbetonte Sakroiliitis sowie ein Knochenmarksödem beschrieben wurden. Die Erstdiagnose einer nicht-röntgenologischen axialen Spondyloarthritis konnte gestellt werden. Der BASDAI lag zu diesem Zeitpunkt bei 6,8.

Laut Literatur [6, 7] ist eine abgelaufene Infektion mit dem RNA-Virus Hepatitis C keine Kontraindikation zur Immunsuppression mit TNF- α -Inhibitoren und es wurde somit rund 14 Tage nach Erstvorstellung eine Therapie mit Etanercept (50 mg/wöchentlich) eingeleitet.

Eine deutliche Besserung der Symptomatik erfolgte bereits nach der dritten Injektion. Der Patient konnte den NSAR-Konsum fast auf null reduzieren und war erstmalig bereit, in einer physiotherapeutischen Institution vorstellig zu werden.

Zehn Wochen nach Therapiebeginn lag der BASDAI bei 3,3. Die Leberwerte hatten sich fast gänzlich normalisiert. Das CRP auf 0,8 mg/dl und die BSG auf 21 mm/h waren rückläufig. Die Leberserologie war bland und die Immunsuppression wurde gut vertragen.

■ Fallbeispiel 2: Rasche Diagnose mit raschem Therapie-Erfolg!

Eine 1992 geborene Patientin wurde im Dezember 2014 über ein auswärtiges Krankenhaus ins EKH Klagenfurt mit unklaren, schubförmig auftretenden Kreuzschmerzen und leichtgradiger Entzündungswertauslenkung zur „Rheumaevaluation“ zugewiesen.

Vom Hausarzt wurde bei primär noch völlig blandem Entzündungslabor und unauffälligen Lendenwirbelsäulen- und Beckenröntgen der Verdacht eines Fibromyalgiesyndroms gestellt, da vor 2 Jahren ebenfalls eine Depression und ein Reizdarmsyndrom aufgetreten seien.

Aufgrund der unklaren Schmerzen erhob der Gynäkologe der Patientin zuvor den Verdacht auf eine Endometriose und empfahl eine diagnostische Laparoskopie.

In der Rheuma-Ambulanz klagte die Patientin über tiefsitzende Kreuzschmerzen mit eindeutiger Besserung auf Bewegung.

Periphere Gelenke waren aktuell nicht betroffen, vor 2 Jahren war jedoch eine schmerzhafte Knieschwellung aufgetreten. Diese war nach einiger Zeit selbstlimitierend. Der Vater und die Schwester der Patientin würden unter einer Psoriasis vulgaris leiden.

Laborchemisch präsentierten sich das CRP bei 1,9 mg/dl, die BSG bei 39 mm/h und HLA-B27 positiv. Das restliche Labor war ohne weitere Auffälligkeiten.

Es erfolgte die Durchführung eines MRT der Iliosakralgelenke. In diesem wurde eine beidseitige Sakroiliitis festgestellt. Kleinste Erosionen konnten nicht ausgeschlossen werden. Es erfolgte die Diagnosestellung einer nicht-röntgenologischen axialen Spondyloarthritis. Der BASDAI lag zu diesem Zeitpunkt bei 4,8.

Ein Kinderwunsch besteht zurzeit nicht, die Patientin steht unter Kontrazeption.

Primär erfolgte die Einleitung einer NSAR-Dauertherapie. Nach vier Wochen kam es jedoch zu einer schlechten Verträglichkeit und unzureichenden Besserung, sodass nach ausführlicher Aufklärung und bei fehlenden Kontraindikationen die Therapie auf Etanercept (50 mg/wöchentlich) umgestellt wurde.

Eine rasche Besserung der Beschwerden trat nach nur wenigen Wochen ein. Im Februar 2015 lag das CRP bei 0,4 mg/dl, die BSG bei 21 mm/h und der BASDAI nur mehr bei 2,8.

Literatur:

1. Rudwaleit M, Khan MA, Sieper J. The challenge of diagnosis and classification in early ankylosing spondylitis: do we need new criteria? *Arthritis Rheum* 2005; 52: 1000–8.
2. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 777–83.
3. Rudwaleit M, Haibel H, Baraliakos X, et al. The early disease stage in axial spondyloarthritis: results from the German Spondyloarthritis Inception Cohort. *Arthritis Rheum* 2009; 60: 717–27.
4. Kiltz U, Baraliakos X, Karakostas P, et al. Do patients with non-radiographic axial spondyloarthritis differ from patients with ankylosing spondylitis? *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012; 64: 1415–22.
5. Kiltz U, Sieper J, Braun J. Empfehlungen für die Behandlung der ankylosierenden Spondylitis gemäß ASAS/EULAR. *Z Rheumatol* 2013; 72: 71–80.
6. Vassilopoulos D, Calabrese LH. Management of rheumatic disease with comorbid HBV or HCV infection. *Nat Rev Rheumatol* 2012; 8: 348–57.
7. Viganò M, Degasperis E, Aghemo A, et al. Anti-TNF drugs in patients with hepatitis B or C virus infection: safety and clinical management. *Expert Opin Biol Ther* 2012; 12: 193–207.

Korrespondenzadresse:

Ass. Dr. Mathias Ausserwinkler
Abteilung für Innere Medizin
Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt
A-9020 Klagenfurt am Wörthersee,
Völkermarkter Straße 15–19
E-Mail: mathias.ausserwinkler@gmx.at

Mit freundlicher Unterstützung der
Pfizer Corporation Austria GmbH, Wien

Fachkurzinformation siehe Seite 64.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)