

Journal für

Mineralstoffwechsel & Muskuloskelettale Erkrankungen

**Der entzündliche Rückenschmerz -
M. Bechterew und axiale
Spondyloarthritis**

Grisar J

*Journal für Mineralstoffwechsel &
Muskuloskelettale Erkrankungen*

2016; 23 (1), 6-8

Homepage:

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

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche



Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft
zur Erforschung des Knochens
und Mineralstoffwechsels



Österreichische Gesellschaft
für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie



Österreichische
Gesellschaft
für Rheumatologie

Member of the



Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031108M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Mozartgasse 10

Preis: EUR 10,-

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



Der entzündliche Rückenschmerz – M. Bechterew und axiale Spondyloarthritiden

J. Grisar

Kurzfassung: Die axialen Spondyloarthritiden betreffen primär die Wirbelsäule und werden in eine nicht-radiographische Form und eine ankylosierende Form unterteilt. Da Rückenschmerzen eine Volkskrankheit sind, vergeht leider häufig eine lange Zeit, bis die Krankheit diagnostiziert wird. Die heute zur Verfügung stehende Technik, insbesondere das MRT, kann aber – wenn richtig und früh genug eingesetzt – diese deutlich reduzieren. Auch die Erstellung einer genauen Anamnese ist essenziell. Unmittelbar nach Diagnosestellung sollte von einem Rheumatologen eine adäquate Therapie, die sowohl eine medikamentöse

Säule als auch physiotherapeutische Maßnahmen umfasst, eingeleitet werden.

Schlüsselwörter: axiale Spondyloarthritis, entzündlicher Rückenschmerz, HLA-B27, Sakroiliitis

Abstract: Inflammatory Back Pain and Axial Spondyloarthropathies. The manifestation of axial spondyloarthropathies is mainly in the spine and there exist a non-radiographic and an ankylosing form of the disease. Since back pain affects a large proportion of the general population, it of-

ten takes years until the disease is diagnosed. The latency can be significantly reduced if the adequate technique, mainly MRT, is used. Moreover, it is essential to perform a detailed anamnesis. When the diagnosis is confirmed, an adequate therapy, comprising the adequate drugs and physiotherapy, should be initiated by a rheumatologist. **J Miner Stoffwechs Muskuloskelet Erkrank 2016; 23 (1): 6–8.**

Key words: axial spondyloarthropathy, inflammatory back pain, HLA-B27, sacroiliitis

● Vom Morbus Bechterew zur SpA

Der früher häufig verwendete Begriff M. Bechterew ist heutzutage eigentlich überholt. Ankylosierende Spondylitis (AS), bei der es zu einer Versteifung der Wirbelsäule durch Spondylophyten (Bambusstabwirbelsäule) kommt, bezeichnet eigentlich ein Spätstadium der heutzutage axiale Spondyloarthritis (SpA) genannten Erkrankung.

Im Jahre 1973 wurde für die ankylosierende Spondyloarthritis, als erste Erkrankung überhaupt, eine Assoziation mit einem genetischen Merkmal, nämlich HLA-B27, beschrieben [1]. HLA-B27 ist ein „Major histocompatibility complex“- (MHC) Molekül. Die immunologische Funktion von HLA-B27 ist es, Peptide von im Zytosol degradierten Peptiden zu binden und diese an der Zelloberfläche CD8-positiver T-Zellen zu präsentieren.

In den folgenden Jahren gab es mehrere Ansätze, diese meist von Patient zu Patient sehr heterogen verlaufende Erkrankung näher zu klassifizieren. So wurden Klassifikationskriterien entworfen und immer wieder überarbeitet [2–4]. Nachdem Rückenschmerzen eine wahre Volkskrankheit sind, gibt es auch schon lange Bestrebungen, Instrumente zur Erleichterung der Diagnose zu definieren. Die Latenzzeit vom Beschwerdebeginn bis zur Diagnose ist nach wie vor leider noch viel zu lange. Sie sollte, ähnlich wie uns das bei der chronischen Polyarthritiden schon großteils gelungen ist, idealerweise möglichst früh erfol-

Tabelle 1: Einteilung der SpA in prädominant periphere und prädominant axiale SpAs. Erstellt nach Daten aus [4].

Prädominant periphere SpA	Prädominant axiale SpA
– Ankylosierende Spondylitis – Nicht-radiographische axiale Spondyloarthritis	– Reaktive Arthritis – Psoriasisarthritis – Arthritis bei chronisch entzündlicher Darmerkrankung – Undifferenzierte SpA

gen. Insbesondere ist dies auch deshalb von hoher Wichtigkeit, da wir diese Erkrankung heute im Gegensatz zu früher sehr gut behandeln können.

In diesem Artikel soll in weiterer Folge ein Update über die axiale SpA mit besonderem Augenmerk auf Klinik, Diagnose und Therapie gegeben werden.

Die „Assessment of Ankylosing Spondylitis“- (ASAS) Gruppe hat der relativ inhomogenen Gruppe der Spondyloarthritiden eine neue Klassifikation gegeben (Tab. 1) [4]. Innerhalb dieser Gruppen gibt es fließende Übergänge zwischen den verschiedenen Formen, was im klinischen Alltag immer beachtet werden sollte. Das bereits erwähnte genetische Merkmal HLA-B27 zeigt eine gewisse Assoziation zu all diesen Erkrankungen, ist allerdings bei den axialen Spondyloarthritiden mit 85–90 % am höchsten.

Die Prävalenz wird in etwa auf 0,6 % geschätzt, was die axiale SpA zur zweithäufigsten entzündlich-rheumatischen Erkrankung nach der chronischen Polyarthritiden macht [5].

● Stadien und Verlauf

Der Beginn der meist schleichend auftretenden Beschwerden bei einer axialen SpA ist fast immer vor dem 40. Lebens-

Eingelangt am 2. März 2015; angenommen am 8. März 2015; Pre-Publishing Online am 16. November 2015

Aus der 2. Medizinischen Abteilung mit Rheumatologie und Gastroenterologie, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien und Karl-Landsteiner-Institut für Rheumatologie und Gastroenterologie, Wien

Korrespondenzadresse: Priv.-Doz. Dr. Johannes Grisar, 2. Medizinische Abteilung mit Rheumatologie und Gastroenterologie, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien und Karl-Landsteiner-Institut für Rheumatologie und Gastroenterologie, A-1060 Wien, Stumpergasse 13; E-Mail: Johannes.Grisar@bhs.at

Tabelle 2: Kriterien des entzündlichen Rückenschmerzes. Von den 5 Kriterien müssen zumindest 4 erfüllt sein. Erstellt nach Daten aus [10].

- Alter bei Beginn < 40 Jahre
- Langsamer Beginn
- Besserung bei Bewegung
- Keine Besserung in Ruhe
- Nächtliche Schmerzen (mit Besserung nach dem Aufstehen)

jahr und kann von wechselnder Intensität sein. Die Patienten klagen nicht selten über ein Schmerzmaximum in den frühen Morgenstunden, welches sich bei Bewegung rasch bessert.

Im Verlauf einer axialen SpA kommt es im Anfangsstadium der Erkrankung fast immer zu einer Entzündung der Sakroiliakalgelenke, also zu einer so genannten Sakroiliitis. Die Wirbelsäule kann prinzipiell in jedem Stadium ebenso mitbetroffen sein, ist es jedoch häufiger in späteren Stadien. In weiterer Folge kommt es bei einem Teil der Patienten (siehe unten) zu einer auch im Nativröntgen fassbaren Entzündung der Sakroiliakalgelenke und in weiterer Folge abermals bei einem gewissen Teil dieser Patienten zur Ankylosierung der Sakroiliakalgelenke.

Die initiale Sakroiliitis bereitet oft massive Schmerzen, ist aber im Nativröntgen nicht zu diagnostizieren. Dieses frühe Stadium wird als nicht-radiographische (nr) SpA bezeichnet. Was sich durch Studienergebnisse der letzten Jahre immer mehr zeigte, war die Tatsache, dass ein Teil der Patienten sehr lange (teilweise über Jahrzehnte) in diesem Stadium verharrt [6–8]. Im klinischen Alltag bedeutet dies, dass ein pathophysiologisches Korrelat für die Schmerzen – auch bei jahrelang bestehender Erkrankung – nur in der Magnetresonanztomographie (MRT) nachgewiesen werden kann. Allerdings, und das ist besonders erwähnenswert, ist das subjektive Schmerzempfinden der Patienten, welches mittels bestimmter Skalen und Aktivitätsscores erhoben wird, bei diesen Patienten genauso hoch wie bei längerem Krankheitsverlauf und nativradiologisch sichtbaren Veränderungen [9]. Diese Tatsache unterstreicht die Notwendigkeit einer möglichst raschen Diagnosestellung, damit die Patienten suffizient behandelt werden und ein weiteres Fortschreiten der Entzündung gehemmt werden kann.

Ein im klinischen Alltag sehr bewährtes Instrument mit relativ hoher Sensitivität und Spezifität für das Vorliegen einer axialen SpA ist der so genannte entzündliche Rückenschmerz (Tab. 2) [10]. Liegt dieser vor, ist eine weitere Abklärung in Richtung SpA unerlässlich und sollte unbedingt von einem Rheumatologen durchgeführt werden. Andererseits muss aber auch betont werden, dass das Fehlen eines entzündlichen Rückenschmerzes eine SpA keinesfalls ausschließt.

● Genaue Anamnese unerlässlich

Die Abklärung einer SpA umfasst viele Parameter. Unerlässlich ist das Erheben einer detaillierten Anamnese, in der nach den unterschiedlichen SpA-Parametern, aber auch nach einer positiven Familienanamnese gefragt wird. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das Erheben der Wirkung von nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAIDs), da diese häufig eine effiziente

Tabelle 3: ASAS-Klassifikationskriterien nach Rudwaleit et al. [4] für die axiale SpA und die dazugehörigen SpA-Parameter. Man unterscheidet einen bildgebenden Arm (links) und einen klinischen Arm (rechts). Voraussetzung ist ein > 3 Monate währender Rückenschmerz, der vor dem 45. Lebensjahr begonnen hat. Erstellt nach Daten aus [4].

Sakroiliitis in der Bildgebung (plus mindestens 1 SpA-Parameter)	HLA-B27-positiv (plus mindestens 2 SpA-Parameter)
--	---

SpA-Parameter:

- Entzündlicher Rückenschmerz
- Arthritis
- Enthesitis (Ferse)
- Uveitis
- Daktylitis
- Psoriasis
- M. Crohn/Colitis ulcerosa
- Gutes Ansprechen auf NSAR
- Positive Familienanamnese für SpA
- HLA-B27
- Erhöhtes CRP

Wirkung bei SpA-Patienten haben. Unklare, auf eine Psoriasis hindeutende Läsionen sollten gegebenenfalls auch von einem Hautarzt begutachtet werden. Weiters muss auf jeden Fall ein Labor erhoben werden, das die Entzündungsparameter Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) und C-reaktives Protein (CRP) sowie ein Blutbild, Leber- und Nierenwerte und unbedingt das bereits erwähnte HLA-B27 umfasst.

Was die Bildgebung betrifft, so sollte auf jeden Fall initial ein Röntgen der Iliosakralgelenke sowie der gesamten Wirbelsäule durchgeführt werden. Besteht der Verdacht auf eine periphere Gelenkbeteiligung, sollte unbedingt auch die jeweilige Gelenksregion nativradiologisch beurteilt werden. Ist das Nativröntgen der Iliosakralgelenke unauffällig und besteht der Verdacht auf eine nr-axiale SpA, so sollte jedenfalls eine MRT der Iliosakralgelenke durchgeführt werden [11]. Dies gilt auch für inkonklusive Nativröntgen, da die Iliosakralgelenke gelegentlich durch Darmgasüberlagerungen schlecht beurteilbar sind.

Für die rezente Klassifikation der axialen SpA wurden bestimmte Kriterien, die in Tabelle 3 dargestellt sind, definiert: Prinzipiell unterscheidet man zwischen einem bildgebenden und einem klinischen Arm, wobei im bildgebenden Arm eine Sakroiliitis entweder im Nativröntgen oder im MRT vorliegen muss. Im klinischen Arm sind ein positives HLA-B27 und zumindest 2 positive SpA-Parameter Voraussetzung. Diese sind wohlgeordnet lediglich Klassifikations- und keine Diagnosekriterien.

● Therapeutische Strategien

Die Therapie der axialen SpA besteht aus einer nichtpharmakologischen und einer pharmakologischen Säule [12, 13]. Die nichtpharmakologische Säule besteht initial aus einer ausführlichen Aufklärung über die Erkrankung des Patienten sowie einer Schulung und in weiterer Folge aus physiotherapeutischen Maßnahmen. Ebenso berichten viele Patienten über einen sehr positiven Effekt nach Kuraufenthalt, wie z. B. in den Radonbädern in Bad Hofgastein [14].

In der medikamentösen Säule stehen an erster Stelle NSAIDs, die hier neben ihrem analgetischen Effekt v. a. auch die antiphlogistische Komponente ausspielen. Eine besondere Präferenz für ein bestimmtes Präparat gibt es nicht; es gilt allerdings, dass ein NSAID zumindest 2 Wochen in der zugelassenen Höchstdosis verabreicht werden sollte, um seine Wirkung zu überprüfen. Die Krankheitsaktivität wird mittels des BASDAI (Bath Ankylosing Disease Activity Index), einem international validierten Score, überprüft und sollte bei suffizienter Therapie unter 4,0 liegen.

Wenn 2 verschiedene NSAIDs in über jeweils mindestens 2 Wochen verabreichter Therapie in Höchstdosis keine suffiziente Besserung erbringen, ist nach Überprüfung durch einen Rheumatologen die Indikation zur Umstellung auf einen TNF-Blocker gegeben.

Vor Beginn einer solchen Anti-TNF-Therapie müssen verschiedene Kriterien wie das eventuelle Vorliegen einer HIV- oder Hepatitis-Infektion oder einer latenten Tuberkulose mittels Quantiferontest auf jeden Fall überprüft und ausgeschlossen werden. In Grenzfällen, bei denen eine latente Tuberkulose vorliegt und eine Anti-TNF-Therapie unumgänglich ist, muss eine begleitende antituberkulostatische Therapie für einen gewissen Zeitraum verabreicht werden.

Bei der axialen SpA ist im Gegensatz zur chronischen Polyarthritiden kein besserer Effekt durch die Kombination mit Methotrexat zu erwarten. Zur Therapie der axialen SpA sind insgesamt 5 verschiedene TNF-Blocker zugelassen, von denen 4 (Adalimumab, Certolizumab Pegol, Etanercept und Golimumab) subkutan und einer (Remicade) intravenös verabreicht werden. Regelmäßige rheumatologische Kontrollen, egal ob unter einer NSAID- oder Anti-TNF-Therapie, sind bei SpA-Patienten auf jeden Fall notwendig.

Zusammenfassend lässt sich anmerken, dass die axiale SpA heutzutage eine gut definierte und therapierbare Erkrankung ist. Unser Ziel muss es daher künftig sein, die Erkrankung möglichst früh zu diagnostizieren!

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Relevanz für die Praxis

- Die axiale SpA betrifft v. a. jüngere Patienten und hat eine Prävalenz von ca. 0,5 %.
- Das Vorliegen eines entzündlichen Rückenschmerzes sollte immer von einer weiteren Abklärung in Richtung einer SpA gefolgt sein.
- Bei unauffälligem Nativröntgen und Verdacht auf eine SpA sollte eine MRT der Sakroiliakgelenke durchgeführt werden.
- Nach Diagnosestellung sollte eine Therapie mit NSAR eingeleitet werden. Führen diese zu keiner zufriedenstellenden Reduktion der Krankheitsaktivität, sind TNF-Blocker indiziert.

Literatur

1. Brewerton DA, Hart FD, Nicholls A, et al. Ankylosing spondylitis and HL-A 27. *Lancet* 1973; 1: 904–7.
2. Moll JM, Wright V. New York clinical criteria for ankylosing spondylitis. A statistical evaluation. *Ann Rheum Dis* 1973; 32: 354–63.
3. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984; 27: 361–8.
4. Rudwaleit M, Landewe R, van der Heijde D, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part I): classification of paper patients by expert opinion including uncertainty appraisal. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 770–6.
5. Strand V, Rao SA, Shillington AC, et al. Prevalence of axial spondyloarthritis in United States rheumatology practices: Assessment of SpondyloArthritis International Society criteria versus rheumatology expert clinical diagnosis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2013; 65: 1299–306.
6. Poddubny D, Rudwaleit M, Haibel H, et al. Rates and predictors of radiographic sacroiliitis progression over 2 years in patients with axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 1369–74.
7. Bennett AN, McGonagle D, O'Connor P, et al. Severity of baseline magnetic resonance imaging-evident sacroiliitis and HLA-B27 status in early inflammatory back pain predict radiographically evident ankylosing spondylitis at eight years. *Arthritis Rheum* 2008; 58: 3413–8.
8. Sampaio-Barros PD, Bortoluzzo AB, Conde RA, et al. Undifferentiated spondyloarthritis: a longterm followup. *J Rheumatol* 2010; 37: 1195–9.
9. Baraliakos X, Listing J, von der Recke A, et al. The natural course of radiographic progression in ankylosing spondylitis – evidence for major individual variations in a large proportion of patients. *J Rheumatol* 2009; 36: 997–1002.
10. Sieper J, van der Heijde D, Landewe R, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 784–8.
11. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2009; 68 (Suppl 2): ii1–44.
12. Smolen JS, Braun J, Dougados M, et al. Treating spondyloarthritis, including ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis, to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 6–16.
13. Braun J, Kiltz U, Baraliakos X, et al. Optimisation of rheumatology assessments – the actual situation in axial spondyloarthritis including ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol* 2014; 32: S-96–104.
14. Falkenbach A, Kovacs J, Franke A, et al. Radon therapy for the treatment of rheumatic diseases – review and meta-analysis of controlled clinical trials. *Rheumatol Int* 2005; 25: 205–10.

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](#)