

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

**Kongreßbericht: 15. Bad
Radkersburger Kur- und
Thermengespräche 2004**

Scheucher W

*Journal für Mineralstoffwechsel &
Muskuloskelettale Erkrankungen*

2004; 11 (4), 78-79

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



W. Scheucher

15. BAD RADKERSBURGER KUR- UND THERMENGESPRÄCHE 2004 ZUM THEMA „AKTUELLES IN DER RHEUMATOLOGIE“

Der Initiator und Gründer der Bad Radkersburg Kur- und Thermengespräche, **Prim. Dr. Bernd Zirm**, Ärztlicher Direktor am LKH Bad Radkersburg, konnte 138 Ärzte aus Klinik und Praxis im Kurzentrum Bad Radkersburg begrüßen. In seinem Einleitungsreferat gab Zirm einen Überblick über die Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, wobei er einen Streifzug durch die Basistherapie der Rheumatologie machte und auch die **Therapieziele** wie **Schmerzfreiheit**, **Verhinderung der Progression der Erkrankung** sowie **Lebensqualitätsverbesserung** hervorhob. Daneben sollte auf die **Psyche** des chronisch erkrankten Rheumatikers nicht vergessen werden.

Univ.-Prof. Dr. Winfried Graninger, Klin. Abt. für Rheumatologie der Univ.-Klinik Graz, referierte über die **Spondylarthropathien bzw. Spondylarthritis**, für die früher wenig medikamentöse Therapien existierten und daher die Rehabilitation im Vordergrund stand. Zu den Spondylarthritiden zählen der Mb. Bechterew, die Psoriasispondylarthritis, die infektreaktive Arthritis und enteropathi-



sche Arthritiden. Für alle gilt der Leitsatz, daß man eine Oligoarthritis behandeln *kann* und eine Polyarthritis behandeln *muß*. Bei wahrscheinlich schlechter Prognose sind auch hohe Therapiekosten gerechtfertigt (Hinweise dafür sind u. a. MRT-verifizierte Coxarthritis, im Labor hohe

Entzündungsaktivität, Daktylitis und Iritis). Für die Diagnostik sind die Anamnese (Ruhe- bzw. Nachtschmerz als Hinweis auf eine Entzündung, Erstmanifestation vor dem 40. Lebensjahr) und Klinik (u. a. Sacroileitis, extraartikuläre Manifestationen) maßgeblich; das HLA B27 hat eher bei negativem Befund eine Aussagekraft, weil in diesem Fall ein Mb. Bechterew unwahrscheinlich ist. Therapeutisch werden heute neben NSAIDs bei peripherer Arthritis auch die DMARDs Methotrexat, Arava und Salazopyrin eingesetzt. Da sich das pathogenetisch bedeutende Zytokin TNF- α vermehrt im betroffenen SIG findet, werden auch TNF-Blocker wie Etanercept bei gesicherter Diagnose, vor allem in sonst therapierefraktären Fällen verwendet. Auch unter TNF-Blockade ist heute allerdings noch keine Heilung der Spondylarthritis möglich.

OA Dr. Josef Hermann, Klin. Abt. für Rheumatologie der Univ.-Klinik Graz, behandelte das **Schulter-Arm-Syndrom (SAS)**. Die Schmerzsymptomatik geht bei diesem Krankheitsbild im Gegensatz zur Cervikobrachialgie vom Schultergelenk aus, dementsprechend finden sich eine segment-



unabhängige Ausstrahlung in die Finger, Parästhesien und eine Schwellung der Hand durch autonome Dysregulation. Als Auslöser kommen für das *einseitige* SAS Tendinosen, Bursitis, Rotatorenmanschettenruptur, Omarthritis und die „frozen shoulder“ in Frage, die Chondrokalzinose („Pseudogicht“) kann nur durch Synoviaanalyse bewiesen werden. Für das *beidseitige* SAS finden sich als Ursachen die Polymyalgia rheumatica, rheumatoide Arthritis und selten HWS-Veränderungen. Für die Lokalisationsdiagnostik (HWS vs. Schulter vs. Carpaltunnelsyndrom) sind neben Anamnese, funktioneller Untersuchung und Labor (entzündliches Geschehen?) bildgebende Verfahren (Nativröntgen, Sono, MRT) von Bedeutung. In der akut-entzündlichen Phase werden therapeutisch NSAR, Kortison lokal und systemisch, Kryotherapie, Lagerung für einige Tage und passive Bewegungstherapie angewendet. Subakute und chronische Fälle sind eine Domäne der Wärmetherapie (Peloide, Ultraschall) und aktiven Bewegungstherapie. Wichtig ist auch differentialdiagnostisch an die Polymyalgia rheumatica zu denken (Cave: Komplikationen durch Riesenzellarteriitis). Die Algodystrophie bzw. der Mb. Sudeck, eine durch neurogene Regulationsstörung ausgelöste Entzündung, erfordert eine stadiengerechte Behandlung, nämlich anfangs Kryotherapie, NSAR, Calcitonin und später aktive Bewegung, Wärme und Massage.

OA Dr. R. Payr, Abt. für Kinderheilkunde des LKH Klagenfurt, berichtete über Frühdiagnose und Behandlung des **juvenilen Rheuma**, bei dem das wachsende Skelett befallen wird. Gelenks- bzw. Gliederschmerzen sind nach Infekten und Durchfallserkrankungen der häufigste Grund für einen Arztbesuch von Kindern. Es werden *akut entzündliche* und *chronisch entzündliche* Gelenkserkrankungen

unterschieden. Bei den in Österreich jährlich auftretenden etwa 150 Fällen von chronischer Arthritis dauert es durchschnittlich ein Jahr, bis das Kind einem Kinderrheumatologen vorgestellt wird. Das Ziel ist aber eine Frühdiagnose mit raschem Therapiebeginn und einer Verlaufsbeurteilung (über 6 Wochen = juvenile idiopathische Arthritis). Da arthritische Schwellungen oft übersehen werden, ist auf Schonhaltung und Ausgleichsbewegungen zu achten. Bei der reaktiven Arthritis (z. B. nach Shigellen-Enteritis) kommt es nach 3 Monaten zur kompletten Remission. Die *juvenile idiopathische Arthritis (JIA)* präsentiert sich in der Hälfte der Fälle als Oligoarthritis (OA mit < 4 befallenen Gelenke), wobei sich in 70 % pos. ANA und in 20 % eine Augenbeteiligung findet. Prognostisch kommt es in 80 % zur persistierenden OA und in bis zu 20 % zu erosiven Gelenksveränderungen. Die RF-neg. Polyarthritis befällt vor allem Mädchen und hat einen progredienten Verlauf mit über 50 % erosiven Gelenksveränderungen. In 7–10 % der Fälle besteht eine systemische Arthritis (Mb. Still), bei der die Diagnose oft erst sehr spät gestellt wird („Wenn die Krankengeschichte mehr als 1 kg wiegt und noch keine Diagnose vorliegt, an den Mb. Still denken!“). Therapeutisch ist die Ansprechrates auf NSAIDs relativ gering. Die intra-artikuläre Steroidtherapie ermöglicht eine Frühmobilisierung und Physiotherapie. Bei ungenügendem Effekt der NSAIDs kommen DMARDs wie Methotrexat zum Einsatz, wobei auf Nebenwirkungen zu achten ist. Biologika (z. B. Embrel) sind für Kinder ab 4 Jahren zugelassen, wenn andere Therapien versagen.

Thema des Vortrags von **Prim. Doz. Dr. Reinhard Ehall**, Orthopäd. Abt. des LKH Bad Radkersburg, war der **Rheumapatient aus orthopädisch-chirurgischer Sicht**. Für den Chirur-

gen wichtige Besonderheiten beim Rheumapatienten sind die entzündliche Gelenkskomponente, begleitende Knochenschäden (Usuren), die Osteoporose und die Multimorbidität. Zu den *gelenkserhaltenden Operationsverfahren* zählen die Gelenkstoilette, wobei die Synovektomie rechtzeitig (!) erfolgen muß, und die arthroskopische Binnenschadensanierung. *Gelenksereszierende Verfahren* sind einerseits die Versteifung und andererseits das Pseudogelenk, welches eher bei älteren Patienten zur Anwendung kommt. Die Resektionsarthroplastik nach Girdlestone wird bei infizierten Hüftendoprothesen durchgeführt. Bei den *gelenksersetzenden Verfahren* unterscheiden wir die Teilprothesen (Indikation bei Bettlägrigkeit bzw. kurzer Lebenserwartung), die totalen Endoprothesen (TEP), die heute am 2. Tag voll belastet werden können, und Spezialprothesen (z. B. den kompletten Femurersatz). Neben Hüft- und Knieendoprothesen ist heute z. B. auch die Endoprothese des Sprunggelenks eine dankbare Indikation beim Rheumapatienten. Abschließend gab Doz. Ehall den Zuhörern folgende Tips mit:

- 1.) Röntgenuntersuchungen bei Bedarf (z. B. Schmerzzunahme) auch kurzfristig wiederholen,
- 2.) Knie- und Fußröntgenaufnahmen nur unter Belastung, also im Stehen, durchführen lassen und
- 3.) bei Patienten mit TEP jährliche Verlaufskontrollen veranlassen und bei Infekten eine großzügige antibiotische Abschirmung verordnen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Wolfgang Scheucher
A-8350 Fehring, Quergasse 6

Prim. Dr. Bernd Zirm
A. ö. LKH Bad Radkersburg
A-8490 Bad Radkersburg
Dr.-Schwaiger-Str. 1
E-mail:
bernhard.zirm@lkh-badradkersburg.at

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](#)