

DVMB

Das Netzwerk zur Selbsthilfe

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.

› Entzündliche Wirbelsäulen-Krankheiten (Spondyloarthritis)

von Prof. Dr. Ernst Feldtkeller, München

Wissenschaftlicher Redakteur der DVMB-Mitgliederzeitschrift Morbus-Bechterew-Journal
und

Prof. Dr. med. Herbert Kellner, München

Rheumatologe und Gastroenterologe

Kompetenz aus Erfahrung!

Gemeinsam können wir mehr bewegen.

www.bechterew.de

Inhalt

Spondyloarthritis – Was ist das?.....	Seite 3
Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew).....	Seite 5
Begleit-Beschwerden.....	Seite 6
Behandlungsmöglichkeiten.....	Seite 7
Nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis.....	Seite 8
Psoriasis-Spondyloarthritis, Psoriasis-Arthritis.....	Seite 10
Mit einer entzündlichen Darmkrankheit verknüpfte Spondyloarthritis.....	Seite 11
Reaktive Spondyloarthritis, reaktive Arthritis.....	Seite 13
Juvenile Spondyloarthritis.....	Seite 13
Die Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB).....	Seite 14
Ziele der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew.....	Seite 14
Überzeugende Gründe, Mitglied in unserem Netzwerk zur Selbsthilfe zu werden.....	Seite 16
Antragsformular zur Mitgliedschaft.....	Seite 17
Glossar.....	Seite 19

Spondyloarthritis – Was ist das?

Im Jahre 1974, kurz nachdem entdeckt worden war, dass fast alle Morbus-Bechterew-Patienten auf ihren Zellen das Erbmerkmal HLA-27 tragen, stellten Wissenschaftler fest, dass es zwischen dem Morbus Bechterew und anderen entzündlichen Wirbelsäulen- und Gelenk-Krankheiten einige Gemeinsamkeiten gibt. Sie fassten diese Krankheiten unter der Bezeichnung „*seronegative Spondarthritis*“ zu einer Krankheitsgruppe zusammen. Das Wort „seronegativ“ sollte ausdrücken, dass bei diesen Krankheiten im Gegensatz zur *rheumatoiden Arthritis* bei Blutuntersuchungen kein „Rheumafaktor“ gefunden wird.

Inzwischen wird die Bezeichnung „*Spondyloarthritis*“ (abgekürzt SpA) bevorzugt (nach griechisch *spodylos* = Wirbel und *arthron* = Gelenk. Die Endung -itis zeigt an, dass es sich um entzündliche Krankheiten handelt).

Zu dieser Krankheitsgruppe gehört außer der ankylosierenden Spondylitis (Morbus Bechterew, [siehe Seite 5](#)) auch die Kombination einer Wirbelsäulen- oder Gelenk-Krankheit mit einer Schuppenflechte (*Psoriasis*) oder mit einer chronisch-entzündlichen Darmkrankheit (Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa), die nach einer Bakterien-Infektion auftretende „*reaktive Arthritis*“ sowie die *juvenile Spondyloarthritis* mit einem Krankheitsbeginn im Alter von höchstens 16 Jahren ([Bild 1](#)).

Bei einer Spondyloarthritis, die keiner der aufgeführten Krankheiten zugeordnet werden kann, spricht man von einer „*undifferenzierten Spondyloarthritis*“. Früher sprach man auch bei einer Krankheit, die der ankylosierenden Spondylitis ähnelt, bei der aber (noch) keine deutlichen Veränderungen im Röntgenbild der Kreuzdarmbein-Gelenke oder der Wirbelsäule zu sehen sind, von einer *undifferenzierten Spondyloarthritis*. Inzwischen hat sich dafür die Bezeichnung *nicht-röntgenologische axiale SpA* ([siehe Seite 8](#)) durchgesetzt.



Bild 1: Die Spondyloarthritiden (SpA) als Gruppe verwandter Krankheiten

Zu den Gemeinsamkeiten der Spondyloarthritiden gehört, dass all diese verwandten Krankheiten ebenfalls durch den Erbfaktor HLA-B27 begünstigt werden, wenn auch nicht in dem Ausmaß wie der Morbus Bechterew. Weitere Befunde, die auf eine Spondyloarthritis hindeuten können (vor allem, wenn mehrere zutreffen), sind:

- Rückenschmerzen von mehr als 3 Monaten Dauer, die sich durch Bewegung bessern, aber nicht durch Ruhe (bei Rückenschmerzen nichtentzündlicher Ursache ist es umgekehrt),
- Rückenschmerzen in der zweiten Nachthälfte,
- Morgensteifigkeit,
- Unsymmetrische Entzündung einzelner Gelenke (*Oligoarthritis*),
- Einseitige Gesäßschmerzen, mitunter wechselnd zwischen rechts/links,
- Schuppenflechte der Haut (Psoriasis) jetzt oder in der Vergangenheit,
- wurstförmig entzündete Finger oder Zehen (*Daktylitis*),
- Fersenschmerzen oder andere Sehnenansatz-Entzündungen (*Enthesitis*),
- Entzündung (*Iritis*) der Regenbogenhaut (*Iris*) im Auge, jetzt oder in der Vergangenheit,
- Entzündliche Darmkrankheit (Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa),
- Nicht auf *Gonorrhoe* (Tripper) beruhende Harnröhren-Entzündung (*Urethritis*) oder Eichel-Entzündung (*Balanitis*) oder Gebärmutterhals-Entzündung (*Cervicitis*) weniger als 1 Monat vor Ausbruch der Gelenkentzündung,
- Akuter Durchfall weniger als 1 Monat vor Ausbruch der Gelenkentzündung.

Erblicher Hintergrund:

- in der Familie bereits aufgetretene Spondylitis ankylosans oder reaktive Arthritis oder Iritis oder Psoriasis oder entzündliche Darmerkrankung.

Ansprechen auf die Behandlung:

- Eindeutige Besserung durch nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) innerhalb von 48 Stunden oder Wiederkehr der Schmerzen innerhalb von 48 Stunden nach Absetzen des NSAR oder drastische Besserung durch eine Therapie mit TNF-alpha-Hemmern oder anderen Biologika.

Die DVMB ist die Selbsthilfeorganisation aller Patienten mit einer „Spondyloarthritis“.

Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)

Häufigster und bekanntester Vertreter der *Spondyloarthritiden* ist der *Morbus Bechterew*, lateinisch *Spondylitis ankylosans*. In Anlehnung an die englische Bezeichnung „*ankylosing spondylitis*“ wird die Krankheit in der deutschsprachigen Medizin meist als „*ankylosierende Spondylitis*“ bezeichnet. Es handelt sich um eine rheumatische Erkrankung, die auf Grund entzündlicher Prozesse zu einer knöchernen Einsteifung der Wirbelsäule führen kann.

Die Ursache ist unbekannt. Diskutiert wird eine Fehlsteuerung des Immunsystems, ausgelöst z. B. durch eine Infektion im Darm- oder Harnwegebereich. Möglicherweise können auch körperliche oder seelische Verletzungen zur Auslösung der Krankheit beitragen.

Im deutschen Sprachraum hat sich die Bezeichnung „Morbus Bechterew“ eingebürgert (*Morbus* ist lateinisch und bedeutet Krankheit). Der Begriff geht auf den russischen Neurologen Professor Wladimir BECHTEREW zurück, der die Krankheit zwar nicht entdeckt, aber 1893 eine hierzulande besonders bekannt gewordene Arbeit veröffentlicht hat, in der 5 Patienten beschrieben werden, von denen einer wohl tatsächlich eine *ankylosierende Spondylitis* hatte. Die irrtümliche Benennung der Krankheit nach diesem in seinem Fach sehr erfolgreichen Forscher brachten BUESS und KOELBING in ihrer Broschüre über die Geschichte der ankylosierenden Spondylitis auf den Punkt mit dem Satz „Bechterew säte Verwirrung und erntete Ruhm“.

Im Anfangsstadium sind die Beschwerden meist unspezifisch und werden deshalb oft fehlgedeutet. Es gibt aber Charakteristika, auf deren Basis erfahrene Rheumatologen eine zuverlässige Diagnose stellen können. Dennoch vergehen zwischen den ersten Beschwerden und einer gesicherten Diagnose oft noch viele Jahre.

Folgende Symptome sind für den Beginn eines Morbus Bechterew charakteristisch:

- Tiefsitzende Rückenschmerzen, evtl. mit einer Bewegungseinschränkung in der Lendenwirbelsäule und Ausstrahlung in die Oberschenkel,
- Besserung bei Bewegung, aber nicht durch Ruhe,
- Morgensteifigkeit länger als 30 Minuten,
- zwischen links und rechts wechselnde Gesäßschmerzen,
- Erwachen in der zweiten Nachthälfte auf Grund der Rückenschmerzen.

Außer diesen häufigen Erst-Symptomen können noch folgende Befunde zusammengekommen einen Hinweis auf einen Morbus Bechterew geben:

- Unsymmetrische Entzündung einzelner Gelenke (z. B. Hüftgelenk),
- Fersenschmerzen oder eine andere Sehnenansatzentzündung,
- Regenbogenhautentzündung im Auge,
- Einschränkung der Brustkorbdehnung ohne erkennbare Ursache,
- Eindeutige Besserung durch ein entzündungshemmendes Medikament innerhalb von 48 Stunden und Wiederkehr der Schmerzen nach Absetzen des Medikaments.

Bei den meisten Morbus-Bechterew-Patienten kann das Erbmerkmal HLA-B27 im Blut nachgewiesen werden. Die Feststellung dieses Erbmerkmals beweist aber nicht das Vorliegen eines Morbus Bechterew. Umgekehrt beweist das Fehlen des Erbmerkmals auch nicht, dass kein Morbus Bechterew vorliegt. Der Befund gibt dem Arzt lediglich einen zusätzlichen Anhaltspunkt, ob ein Morbus Bechterew wahrscheinlich ist oder nicht.

Begleit-Beschwerden

Machen Sie den Arzt auf Ihren Morbus Bechterew aufmerksam, wenn Sie ihn wegen anderer Beschwerden aufsuchen, die mit dem Morbus Bechterew scheinbar nichts zu tun haben. Als Laie kann man kaum beurteilen, was alles durch Veränderungen in der Wirbelsäule mit betroffen sein kann. Natürlich können bei Ihnen wie bei anderen Menschen auch Beschwerden auftreten, die mit dem Morbus Bechterew tatsächlich nichts zu tun haben.

Manchmal befällt der Morbus Bechterew auch Gelenke außerhalb der Wirbelsäule. Am häufigsten sind dies die Hüftgelenke, die Kniegelenke und die Sprunggelenke. Auch außerhalb von Gelenken können Schmerzen am Knochen auftreten. Es handelt sich um eine Sehnenansatzentzündung. Schmerzen im Ansatz der Achilles-Sehne am Fersenbein stellen manchmal die allerersten Beschwerden beim Morbus Bechterew dar.

Auch Organe außerhalb des Bewegungsapparats können von der Krankheit betroffen sein. Eine *Iritis* (Entzündung der Regenbogenhaut im Auge, [Bild 2](#)) stellt manchmal das erste deutliche Symptom der Krankheit dar. Man erkennt eine *Iritis* daran, dass das Auge schmerzt (vor allem bei großen Helligkeitsunterschieden, bei denen sich die Pupille verengen muss), druckempfindlich ist und sich rötet. In diesem Fall müssen Sie umgehend zum Augenarzt gehen und ihn auf Ihren Morbus Bechterew aufmerksam machen! Eine Behandlung ist sofort notwendig, um bleibende Schäden zu vermeiden. Nur ein Augenarzt kann sicher entscheiden, ob es sich um eine Iritis oder eine andere Augenerkrankung handelt.

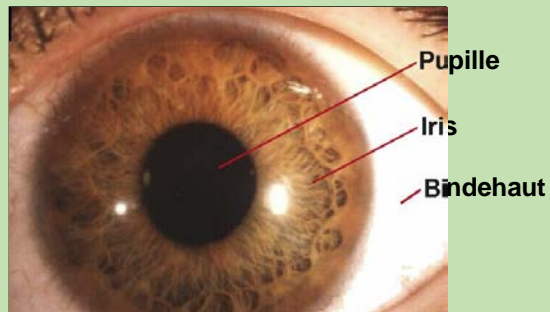


Bild 2: Beim Morbus Bechterew stellt eine Entzündung der Regenbogenhaut (Iris) manchmal das erste deutliche Symptom der Krankheit dar.

Im Spätstadium der Krankheit können auch innere Organe von der Krankheit betroffen sein (Lunge, Herz, Nieren). Wir vergessen allzu leicht, dass der Morbus Bechterew keine Wirbelsäulen-Erkrankung ist, sondern eine „System-Erkrankung“: Die Fehlsteuerung des Immunsystems wirkt sich zwar in der Wirbelsäule am augenfälligsten aus, kann sich aber in den verschiedensten Organen ebenfalls äußern.

Behandlungsmöglichkeiten

Der Morbus Bechterew und die mit ihm verwandten entzündlichen Wirbelsäulen-Krankheiten (*Spondyloarthritiden*) sind bis heute schulmedizinisch nicht heilbar. Zur Vermeidung schwerer Haltungsschäden muss kontinuierlich auf eine aufrechte Haltung und genügend Bewegung geachtet werden. Arzt, Therapeut und Patient spielen eine gleichermaßen aktive Rolle in der Behandlung.

Das A und O der Spondyloarthritis-Therapie ist die regelmäßige Krankengymnastik. Tägliche Bewegungsübungen, am besten morgens durchgeführt, sind ein wirksames Mittel nicht nur gegen die Versteifung, sondern auch gegen die Schmerzen.

Eine wertvolle Hilfe bei der regelmäßigen Gymnastik sind die örtlichen Gruppen der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew, die in vielen Städten und Gemeinden wöchentliche Gruppengymnastik unter fachlicher Anleitung speziell für Morbus Bechterew anbieten ([siehe Seite 15](#)). Stationäre Heilverfahren in einer Rheumaklinik, bei denen weitere Behandlungsverfahren (Wärme, Kälte, Radon) eingesetzt werden und eine krankheitsspezifische Patientenschulung durchgeführt wird, stellen eine wertvolle Intensivbehandlung dar.

Eine individuell angepasste Therapie mit entzündungshemmenden Medikamenten ist notwendig, wenn die Schmerzen anders nicht zu beherrschen sind.

Manche Patienten haben auch mit außerschulischen Therapiemethoden positive Erfahrungen gemacht (Traditionelle Chinesische Medizin, Homöopathie). Deren Wirksamkeit ist jedoch wissenschaftlich nicht belegt.

In seltenen Fällen sind im Spätstadium Operationen notwendig, um z. B. ein Hüftgelenk wieder beweglich zu machen, eine stark gekrümmte Wirbelsäule so aufzurichten, dass der Patient wieder geradeaus sehen kann, oder um einen Wirbelbruch zu stabilisieren.

Nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis

1984 wurde bei einem internationalen Expertentreffen mit den „modifizierten New-York-Kriterien“ festgelegt, dass man von einer *ankylosierenden Spondylitis* erst spricht, wenn im Röntgenbild der Kreuzdarmbeingelenke (Bild 3) deutliche Veränderungen zu sehen sind. Ohne solche knöchernen Veränderungen zählte die Krankheit zu den Fällen, die noch keiner bekannten Spondyloarthritis zugeordnet werden können und deshalb als „undifferenzierte Spondyloarthritis“ bezeichnet werden.

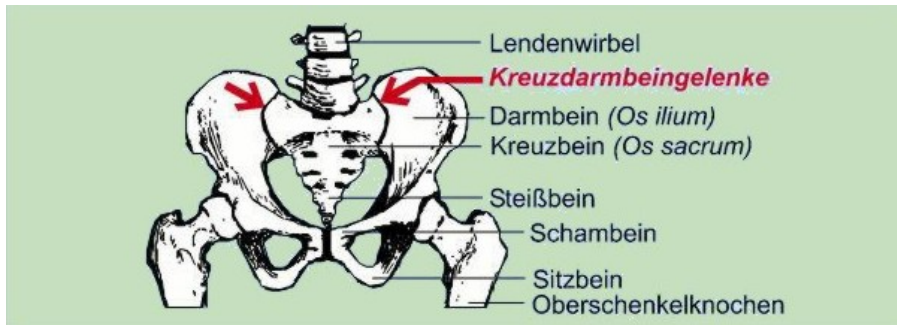


Bild 3: Die Kreuzdarmbeingelenke, mit deren Entzündung der Morbus Bechterew gewöhnlich beginnt, verbinden das Kreuzbein als unterem Ende der Wirbelsäule mit dem rechten bzw. linken Darmbein als weiteren Teilen des Beckenrings.

Um trotzdem auszudrücken, in welchen Fällen sich möglicherweise daraus eine *ankylosierende Spondylitis* (Morbus Bechterew) entwickelt, beschloss die *Assessment of SpondyloArthritis international Society* (ASAS, ein internationaler Zusammenschluss von Spondyloarthritis-Forschern) 2008, zwischen einer vorwiegend „axialen“ (die Körperachse, d.h. die Wirbelsäule und die Kreuzdarmbein-Gelenke betreffenden) *Spondyloarthritis* und einer vorwiegend „peripheren“ *Spondyloarthritis* zu unterscheiden (Bild 4).

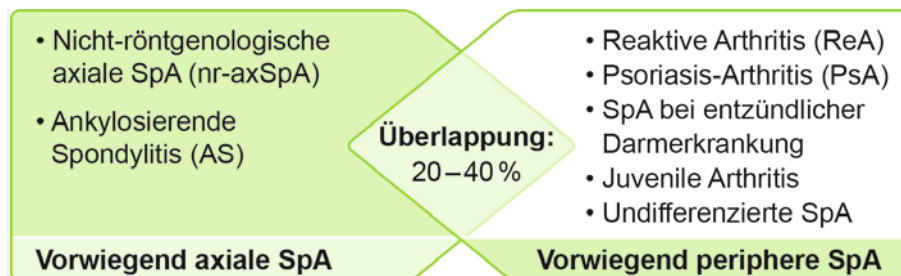


Bild 4: Unterteilung der Spondyloarthritis in axiale und periphere Spondyloarthritis. Quelle: www.asas-group.org

Eine entzündliche Wirbelsäulenerkrankung („axiale Spondyloarthritis“) ohne deutliche Veränderungen im Röntgenbild der Kreuzdarmbeingelenke bezeichnet man seither als „nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis“ (Bild 4 und Bild 5).

Wie im Bild 5 angedeutet, können im Rahmen einer nicht-röntgenologischen axialen Spondyloarthritis mit der Zeit knöcherne Veränderungen entstehen. Die Krankheit kann so in eine ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) übergehen. Sie kann aber auch lebenslang im Stadium der nicht-röntgenologischen axialen Spondyloarthritis ohne knöcherne Versteifung der Kreuzdarmbeingelenke und der Wirbelsäule stehen bleiben.

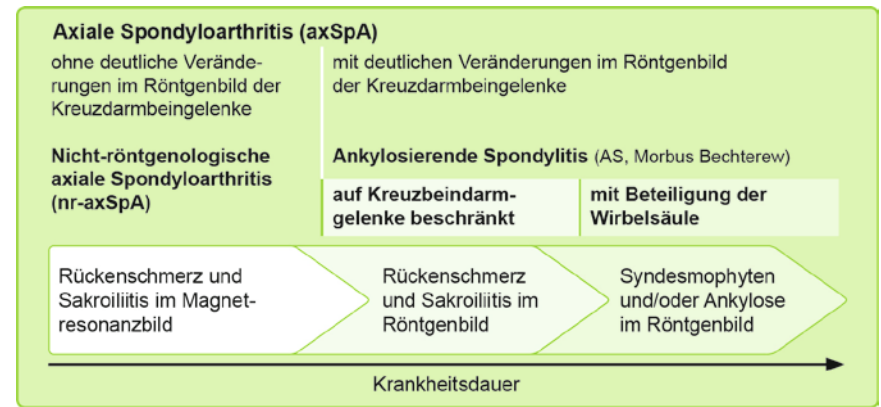


Bild 5: Krankheitsbezeichnungen bei der axialen Spondyloarthritis

Quelle: www.asas-group.org

Die Behandlung der nicht-röntgenologischen axialen Spondyloarthritis unterscheidet sich nicht von der des Morbus Bechterew. Auch bei ihr helfen in erster Linie Krankengymnastik und entzündungshemmende Medikamente. Viele der beim Morbus Bechterew gebräuchlichen Medikamente wurden inzwischen auch für die nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis zugelassen.

Im Morbus-Bechterew-Journal erscheinen immer wieder auch Berichte zur Diagnose und Therapie der nicht-röntgenologischen axialen Spondyloarthritis. Einer von vielen Gründen, auch mit einer nicht-röntgenologischen axialen Spondyloarthritis Mitglied der DVMB zu sein.

Psoriasis-Spondyloarthritis, Psoriasis-Arthritis

Nach mehreren im Auftrag der DVMB durchgeführten Patientenbefragungen haben 19% der DVMB-Mitglieder außer der entzündlichen Wirbelsäulenerkrankung auch eine *Psoriasis* (Schuppenflechte).

Unter einer *Psoriasis* versteht man eine familiär gehäuft auftretende Krankheit der Haut und der Finger- und Zehen-Nägel mit schubweisem, insgesamt oft lebenslangem Verlauf. Bei einem neuen Schub entstehen meist kleine rote Hautflecken, auf denen bald silberweiße Schuppen erscheinen. Befallen werden hauptsächlich die Streckseiten der Gliedmaßen (Ellbogen, Knie), aber auch der Rumpf, behaarte Bereiche und Bereiche, wo Haut auf Haut liegt, sowie die Nägel der Finger und Zehen.

Wenn eine *Psoriasis* im Rahmen einer *Spondyloarthritis* auftritt oder wenn zu einer *Psoriasis* eine *Spondyloarthritis* hinzukommt, spricht man von einer *Psoriasis-Spondyloarthritis* oder – kürzer – von einer *Psoriasis-Arthritis* (abgekürzt PsA).

Zu den Anzeichen, die auf eine *Psoriasis-Arthritis* hinweisen können (vor allem, wenn mehrere davon zutreffen), gehören:

- Gegenwärtig *Psoriasis* gemäß Diagnose durch einen Rheumatologen oder Hautarzt,
- *Psoriasis* in der Vergangenheit nach Auskunft des Patienten, Hausarztes, Hautarztes oder Rheumatologen,
- Psoriatische *Nageldystrophie* (Nagelwachstumsstörung), bei der körperlichen Untersuchung festgestellt,
- wurstförmig entzündete Finger oder Zehen (*Daktylitis*): Schwellung eines ganzen Fingers oder Zehs,
- oder *Daktylitis* in der Vergangenheit nach Auskunft des Patienten, Hausarztes, Hautarztes oder Rheumatologen,
- kein Rheumafaktor, keine CCP-Antikörper,
- Röntgenzeichen von juxtaartikulärer Knochenbildung (sonst nicht erklärbare Knochenbildung an der Gelenkgrenze)
- *Psoriasis* bei Verwandten 1. oder 2. Grads nach Aussage des Patienten.

Die *Psoriasis-Spondyloarthritis* wird mit physikalischen Methoden und mit Medikamenten behandelt. Zu den physikalischen Methoden gehört eine Bestrahlung mit langwelligem UV-Licht (UV-A und/oder UV-B). Der kurzwellige (Sonnenbrand auslösende) Anteil des UV-Lichts (UV-C) wird durch Filter zurückgehalten. Oft wird die Haut durch geeignete Substanzen lichtempfindlich gemacht.

Zu den Medikamenten gehören (wie beim Morbus Bechterew ohne *Psoriasis*) nicht-steroidale Antirheumatika (NASR), evtl. auch Corticosteroide. Von den krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (*disease modifying anti-rheumatic drugs*, abgekürzt DMARDs) ist *Methotrexat* das heute am häufigsten eingesetzte Medikament bei aktiver *Psoriasis-Arthritis*. Auch *Leflunomid* und *Sulfasalazin* haben eine nachge-

wiesene Wirkung bei der *Psoriasis-Arthritis* und sind in Europa zu ihrer Therapie zugelassen.

Als orales Biologikum (molekularbiologisch hergestelltes Medikament) steht seit kurzem *Apremilast* zur Einzel- oder Kombinationstherapie der *Psoriasis* und der *Psoriasis-Arthritis* zur Verfügung.

Die TNF-alpha-Blocker *Adalimumab*, *Certolizumab*, *Etanercept*, *Golimumab* und *Infliximab* (auch als Biosimilar) sind zur Therapie der *Psoriasis-Arthritis* ebenfalls zugelassen. Ihre Wirksamkeit bei der *Psoriasis-Arthritis* ist durch große Studien auch in der Langzeittherapie belegt. Die Therapiesicherheit ist derjenigen bei der *ankylosierenden Spondylitis* vergleichbar.

Alternativ zu den Medikamenten, die das *Zytokin* (Botenstoff) TNF-alpha hemmen, kann *Ustekinumab*, ein Antikörper gegen das *Zytokin* IL-12 und den IL-23-Rezeptor, zur Behandlung der *Psoriasis-Arthritis* verordnet werden.

Im Morbus-Bechterew-Journal erscheinen immer wieder auch Berichte zur Diagnose und Therapie der Psoriasis-Arthritis. Einer von vielen Gründen, auch mit einer Psoriasis-Arthritis Mitglied der DVMB zu sein.

Mit einer entzündlichen Darmkrankheit verknüpfte Spondyloarthritis

Nach einer im Jahr 2005 im Auftrag der DVMB durchgeführten Patientenbefragung haben 13% der DVMB-Mitglieder außer der entzündlichen Wirbelsäulenkrankheit auch eine entzündliche Darmkrankheit (*Morbus Crohn* oder *Colitis ulcerosa*). Ärzte sprechen dann von einer *enteropathischen Spondyloarthritis*.

Beim *Morbus Crohn* kann es zu entzündlichen Veränderungen des gesamten Verdauungsapparats (Magen, Dünndarm, Dickdarm, [siehe Bild 6](#)) kommen. Die Erkrankung betrifft am häufigsten den Übergang vom Dünndarm zum Dickdarm. Sie befällt die gesamte Darmwand und kann so zu Komplikationen wie Fisteln oder Darmverengungen (*Strikturen*) führen.

Bei der *Colitis ulcerosa* handelt es sich um eine chronische geschwürige Entzündung des Dickdarms. Am häufigsten werden dabei der Enddarm und der linksseitige Dickdarm ([Bild 6](#)) befallen.

Zwischen dem Darm und den Gelenken besteht offensichtlich eine starke Wechselbeziehung. Mikroskopische Anzeichen einer Darmentzündung (ohne Darm-Beschwerden) lassen sich durch Darmspiegelung bei bis zu 60% der Morbus-Bechterew-Patienten nachweisen. Ein Teil dieser Patienten entwickelt mit der Zeit eine voll ausgeprägte entzündliche Darmerkrankung. Auffallend ist, dass mit einem Rückgang der Darmbeschwerden oft auch ein Rückgang der Gelenkbeschwerden einhergeht. Die Ursache der Darm-Gelenk-Wechselbeziehung ist noch unbekannt. Es gibt dafür lediglich Hypothesen.

Zu den Anzeichen, die auf eine entzündliche Darmkrankheit im Rahmen einer *Spondyloarthritis* hinweisen können (vor allem, wenn mehrere davon zutreffen), gehören:

Jetzige oder frühere Symptome:

- Chronischer Durchfall (z.T. mit Blut- und/oder Schleimbeimengungen),
- Chronische Bauchschmerzen,
- Blutungen aus dem Enddarm,
- Gewichtsverlust,
- Andauerndes Fieber,
- Abszess am After,
- Blutarmut.

Erblicher Hintergrund:

- In der Familie bereits aufgetretene entzündliche Darmerkrankung.

Zur Akut-Behandlung einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung wird häufig ein *systemisch* (auf das gesamte Körpersystem) oder örtlich wirksames *Corticosteroid* eingesetzt. Als cortison-einsparende Medikamente kommen beim *Morbus Crohn* in erster Linie *Azathioprin* und bei der *Colitis ulcerosa* sogenannte 5-ASA-Präparate (z.B. *Mesalazin*) in Frage.

Biologika (molekularbiologisch hergestellte Medikamente) stehen erfreulicherweise auch für die Behandlung des Morbus Crohn zur Verfügung (*Infliximab*, *Adalimumab*, *Ustekinumab*, *Vedolizumab*). Sie können als Einzeltherapie oder in Kombination mit einem anderen Medikament verordnet werden. Die meisten dieser Medikamente decken den Therapiebedarf sowohl bezüglich der rheumatischen Probleme als auch der Magen-Darm-Probleme der Patienten ab.

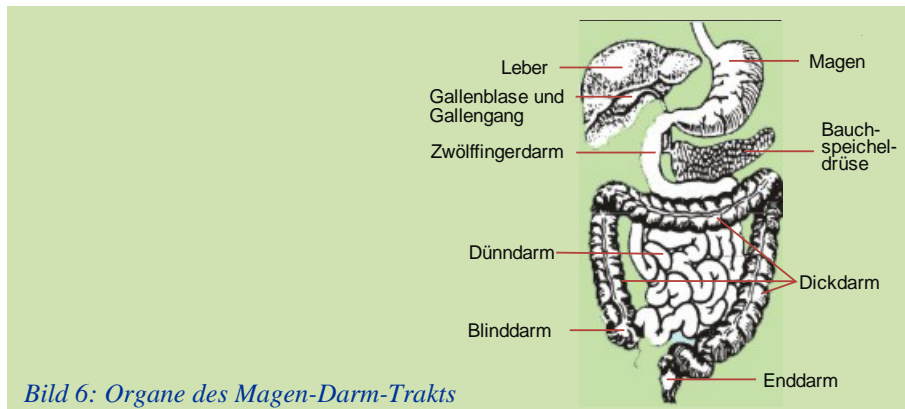


Bild 6: Organe des Magen-Darm-Trakts

Im Morbus-Bechterew-Journal erscheinen immer wieder auch Berichte zur Diagnose und Therapie einer Spondyloarthritis im Verbund mit einer chronisch entzündlichen Darmkrankheit. Einer von vielen Gründen, auch mit einer chronisch entzündlichen Darmkrankheit Mitglied der DVMB zu sein.

Reaktive Spondyloarthritis, reaktive Arthritis

Nach einer im Jahr 2005 im Auftrag der DVMB durchgeführten Patientenbefragung haben 5% der DVMB-Mitglieder außer der entzündlichen Wirbelsäulenerkrankung auch eine *reaktive Arthritis*.

Der Ausdruck „*reaktive Arthritis*“ (abgekürzt ReA) bezeichnet eine Gelenk-Entzündung, die sich infolge einer bakteriellen Infektion an anderer Stelle entwickelte. Wenn die Wirbelsäule mit betroffen ist, spricht man auch von einer *reaktiven Spondyloarthritis*. Der entscheidende Unterschied zur bakteriellen Gelenkentzündung (der „*septischen Arthritis*“) besteht darin, dass bei der *reaktiven Arthritis* kein Erreger im Gelenk nachweisbar ist. Allerdings lassen sich bei der *reaktiven Arthritis* bakterielle Antigene oder bakterielles Erbmateriale (DNA) im Gelenk nachweisen. Dies wird als „*Persistenz*“ bezeichnet.

Die primäre Infektion betrifft am häufigsten das Harnleitungs- oder das Magen-Darm-System. Atemwegs-Infekte als Auslöser einer reaktiven Arthritis sind seltener. Die zeitliche Verzögerung zwischen Primärinfektion und ersten Gelenkbeschwerden kann von wenigen Tagen bis mehrere Wochen (maximal 1–2 Monate) dauern. Durchschnittswerte liegen bei ca. 30 Tagen.

Durchschnittlich ist die Hälfte der Patienten HLA-B27-positiv. Umgekehrt haben HLA-B27-positive Personen ein deutlich erhöhtes Risiko, eine *reaktive Arthritis* zu entwickeln.

Das typische Befallsmuster der *reaktiven Arthritis* weist asymmetrische Gelenkentzündungen der unteren Gliedmaßen auf, z.B. eine einseitige Kniegelenk-Entzündung und/oder Sprunggelenkentzündung und/oder Entzündung einer oder mehrerer Zehen (*Daktylitis*). Seltener tritt eine Entzündung der oberen Gliedmaßen bzw. der Finger auf. Die Beteiligung der Wirbelsäule oder der Kreuzdarmbeingelenke oder Beschwerden außerhalb des Skeletts (z. B. Sehnenansatzentzündung, Bindehautentzündung, Eichelentzündung) sind seltener.

Die *reaktive Arthritis* verläuft überwiegend selbst-limitierend. Zur Behandlung der Beschwerden werden nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) eingesetzt. Bei längerem Verlauf kann versuchsweise Sulfasalazin eingesetzt werden. Eine antibiotische Therapie ist meist überflüssig, da beim Auftreten der Gelenkbeschwerden die ursächliche Infektion im allgemeinen bereits abgeklungen ist.

Im Morbus-Bechterew-Journal erscheinen immer wieder auch Berichte zur Diagnose und Therapie der reaktiven Arthritis. Einer von vielen Gründen, auch mit einer reaktiven Arthritis Mitglied der DVMB zu sein.

Juvenile Spondyloarthritis

Unter einer *juvenilen Spondyloarthritis* versteht man eine *Spondyloarthritis* mit einem Krankheitsbeginn im Alter von höchstens 16 Jahren. Dazu gehören die *juvenile ankylosierende Spondylitis*, die *juvenile Psoriasis-Arthritis*, mit einer entzündlichen Darmerkrankung verknüpfte *juvenile Gelenkentzündungen*, die *juvenile*

reaktive Arthritis und juvenile undifferenzierte (nicht den genannten Krankheiten zuordenbare) Spondyloarthritiden.

Hervorstechende Charakteristiken der juvenilen Spondyloarthritis sind die *Enthesitis* (Entzündung der Ansätze von Sehnen, Bändern und Gelenkkapseln am Knochen) und die *axiale Arthritis* (Wirbelsäulen- und Kreuzdarmbeingelenk-Entzündung). Die *Enthesitis* führt zu Schmerzen, Schwellungen und Druckempfindlichkeit. Die am häufigsten entzündeten Sehnenansätze sind die Ansätze der Sehne unterhalb der Kniescheibe, der Fußsohlensehnenplatte und der Achillessehne.

Traditionelle Langzeit-Antirheumatika wie *Methotrexat* oder *Sulfasalazin* erweisen sich auch bei der juvenilen Spondyloarthritis als wirksam auf die Entzündung peripherer Gelenke. Für die axialen Beschwerden (Wirbelsäule und Kreuzdarmbeingelenke) erweisen sie sich auch bei der juvenilen Spondyloarthritis als unwirksam. TNF-alpha-Blocker lindern auch hier die axialen Beschwerden. Ob sie bei Kindern das Fortschreiten der knöchernen Veränderungen aufhalten, ist nicht geklärt.

Behandlungsversuche mit anderen Biologika (*Ustekinumab*, *Secukinumab*, *Apremilast*) geben Anlass zur Hoffnung, dass sich auch für die juvenile Spondyloarthritis neue Möglichkeiten am Horizont zeigen.

Physikalische Therapie und Ergotherapie sind auch für Kinder mit juveniler Spondyloarthritis sehr hilfreich.

Die Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew

Für viele Patienten ein Glück im Unglück!

Die gründliche Information der Patienten und die Anregung zum Erfahrungsaustausch wurde in vielen Rheumakliniken lange vernachlässigt, so dass der Patient völlig allein versuchen musste, mit der Krankheit zurechtzukommen. Da war es ein Glück für uns, als 1980 die Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew gegründet wurde. Sie zählt heute rund 15.000 Mitglieder, regional betreut von Landesverbänden in allen Bundesländern und mehr als 400 örtlichen Gruppen.

Der DVMB-Vorstand bestand von Anfang an ausschließlich aus Spondyloarthritis-Patienten, im Gegensatz zu anderen Verbänden mit Vorständen aus Ärzten, Krankenkassenfunktionären und Patienten.

Ziele der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew

Nur wenige Patienten sind in der Lage, die chronische Erkrankung mit all ihren Begleiterscheinungen allein zu bewältigen. Die Betroffenen brauchen Verständnis für ihre Situation. Sie brauchen Information und Hilfe, um mit den äußeren und inneren Belastungen besser fertig zu werden. Hier unterstützt die DVMB umfassend. Auch eine Interessenvertretung in Politik und Gesellschaft gelingt nur, wenn viele Betroffene zusammenhalten.

Durch die Begegnung mit anderen Betroffenen haben viele unserer Mitglieder neuen Lebensmut gewonnen.

Gemeinsam erreichen wir mehr:

- Gemeinsame speziell auf die Krankheit ausgerichtete Gruppengymnastik unter fachlicher Anleitung,
- Erfahrungsaustausch durch die Begegnung bei gemeinsamen Veranstaltungen,
- vielseitige Informationen zu medizinischen und rechtlichen Fragen, durch Vorträge, durch unsere Mitgliederzeitschrift *Morbus-Bechterew-Journal* und die DVMB-Schriftenreihe,
- enge Zusammenarbeit mit Ärzten, Therapeuten und ähnlichen Vereinigungen,
- Förderung der wissenschaftlichen Erforschung der Erkrankungen,
- Vertretung der Interessen Betroffener allein und gemeinsam mit ähnlichen Behindertenorganisationen gegenüber der Gesellschaft und dem Gesetzgeber,
- Verbesserung der körperlichen und seelischen Gesundheit sowie der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Betroffenen

sind die wichtigsten Ziele unserer Selbsthilfeorganisation.

Eine detaillierte Aufstellung unserer Ziele finden Sie in der Satzung der DVMB unter www.bechterew.de

Jedes Vierteljahr ausführliche neue Informationen vermittelt Ihnen die DVMB-Mitgliederzeitschrift Morbus-Bechterew-Journal, die jedes DVMB-Mitglied regelmäßig kostenlos zugeschickt bekommt. Den „Leitfaden für Patienten“ erhält jedes Neumitglied als Begrüßungsgeschenk.



Gruppenübungen und Spiele bringen Abwechslung und Freude ins Therapieprogramm.

Die Namen und Telefonnummern der Gruppensprecher sowie der Ansprechpartner/innen des Netzwerks Junge Bechterewler und des Frauennetzwerks der Landesverbände und des Bundesverbands erfahren Sie im Internet unter

www.bechterew.de

oder bei der DVMB-Geschäftsstelle: Metzgergasse 16, 97421 Schweinfurt,
Tel: 09721 22033, Fax: 09721 22955, dymb@bechterew.de



Unser Motto: „Bechterewler brauchen Bewegung,“

Überzeugende Gründe, Mitglied in unserer Patientenvereinigung zu werden:

- Regelmäßige Morbus-Bechterew-spezifische Gruppengymnastik (Trocken- und Wassergymnastik) unter qualifizierter Anleitung in derzeit ca. 400 Gemeinden Deutschlands.
- Gemeinsame Ausübung von Morbus-Bechterew-gemäßen Sportarten.
- Erfahrungsaustausch und Information in der örtlichen Gruppe.
- Begegnung bei geselligen Gruppenabenden oder gemeinsamen Unternehmungen.
- Das vierteljährlich erscheinende DVMB-Mitteilungsblatt „Morbus-Bechterew-Journal“ mit Beiträgen aus der Forschung, mit medizinischen und rechtlichen Hinweisen sowie Erfahrungsberichten aus den örtlichen Gruppen und von Mitpatienten.
- Hilfe bei der Anerkennung und Einstufung von Morbus-Bechterew-Patienten nach dem Schwerbehindertengesetz, bei der Durchsetzung von Kostenübernahme- und Rentenansprüchen und ähnlichen Problemen, durch die DVMB-Rechtsanwältin.

Und nicht zuletzt auch:

- Vertretung gemeinsamer Interessen gegenüber Krankenkassen und Politik. Unsere Möglichkeiten wachsen mit unserer Mitgliederzahl.
- Solidarität in der Gemeinschaft unseres Netzwerks zur Selbsthilfe.

Auf der nächsten Seite finden Sie die Antragsformulare auf Mitgliedschaft in der DVMB zum Heraustrennen. Bitte kontaktieren Sie uns, wenn Sie im Vorfeld Fragen zur Mitgliedschaft in unserer Vereinigung haben.



Beitrittserklärung

(Bitte in Druckschrift ausfüllen und im Original per Post an die DVMB-Geschäftsstelle senden)

Erfassung DVMB-Geschäftsstelle:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Stand: 03/17

Ich erkläre meinen Beitritt zur Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V. (DVMB) und zum Landesverband

ab dem:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	2	0	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	---	---	----------------------	----------------------

als:

Jährlicher Mindest-Mitgliedsbeitrag **45 €**

- Morbus-Bechterew-Patient/in
- Patient/in mit anderer Wirbelsäulenkrankheit:
- Fördermitglied

Ich beantrage Beitragsermäßigung wegen Doppelmitgliedschaft als:

Jährlicher Mindest-Mitgliedsbeitrag **39 €**

- zweites DVMB-Mitglied im selben Haushalt *
- Mitglied bei der Deutschen Rheuma-Liga *
- Mitglied beim Deutschen Psoriasis-Bund *
- Mitglied bei der Deutschen Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung *

* Mitgliedsnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Name, Vorname, Geschlecht w m

Straße und Hausnummer/Postfach

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Bundesland PLZ Wohnort

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

zuletzt ausgeübter Beruf Geburtsdatum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Telefonnummer mit Vorwahl E-Mail

Ich bin aufmerksam geworden durch:

- Arzt
- Therapeut
- Mitpatient
- Internet
- Sonstiges

Datenschutzrechtlicher Hinweis: Meine Daten werden in der Mitgliederdatei der DVMB-Bundesgeschäftsstelle, beim o.g. Landesverband und der für mich zuständigen örtlichen Gruppe gespeichert und für die jeweiligen internen Zwecke genutzt. Eine Datenübermittlung an Dritte findet nicht statt.

Datum

Unterschrift





Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Mitgliedsnummer

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den von mir zu entrichtenden

Mindestbeitrag (siehe Rückseite) von jährlich*:

€ ,

und regelmäßig eine freiwillige Spende** von:

€ ,

Gesamtbeitrag:

€ ,

* Im ersten Jahr wird der Mindestbeitrag anteilig berechnet. Die Satzung sieht vor, dass bedürftige Mitglieder ganz oder teilweise vom Mitgliedsbeitrag befreit werden können. Wir bitten unsere Mitglieder, im Rahmen ihrer persönlichen Möglichkeiten den Jahresbeitrag nach Selbsteinschätzung festzusetzen. Der Mindestbeitrag vermag unsere Kosten nicht zu decken. Für Beiträge von mehr als 100 € erhalten Sie von uns automatisch eine gesonderte Zuwendungsbestätigung.

** Im Falle einer Beitragserhöhung soll die Höhe der Spende beibehalten werden:

Ja

Nein

bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

Kontonummer

Bankleitzahl

IBAN

BIC

Name und Ort des Kreditinstituts oder der Bank

durch Lastschrift einzuziehen.

Das Lastschriftverfahren erfolgt ab:

 . . 2 0

Datum

Ort und Datum

Unterschrift

DVMB

Deutsche Vereinigung
Morbus Bechterew e.V.

Metzgergasse 16
97421 Schweinfurt

Tel +49 (0)9721 22033
Fax +49 (0)9721 22955



Glossar

Ankylose	knöcherne Versteifung (eines Gelenks, der Wirbelsäule)
Ankylosierende Spondylitis	(AS, populär-wissenschaftlich auch „Morbus Bechterew“ genannt): Chronisch-entzündliche Wirbelsäulenerkrankung, bei der bereits deutliche Veränderungen im Röntgenbild sichtbar sind (<i>Bild 5</i>)
Antirheumatikum	Arzneimittel zur Behandlung rheumatischer Erkrankungen
Arthritis	Gelenkentzündung
axial	die Körperachse (Wirbelsäule, Kreuzdarmbeingelenke usw.) betreffend
Biologika	auf molekularbiologischer Grundlage hergestellte Medikamente auf Proteinbasis zur Blockade entzündungsfördernder →Zytokine
Colitis ulcerosa	chronische geschwürige Entzündung des Dickdarms, meist des linksseitigen Teils des Dickdarms und des Enddarms (<i>Seite 11</i>)
Corticosteroide	mit dem Cortison verwandte Medikamente
Enthesitis	Entzündung der Ansätze von Sehnen, Bändern und Gelenkkapseln am Knochen
HLA-B27	eine bei Spondyloarthritis häufige Variante des Erbfaktors HLA-B, der dem Immunsystem als Erkennungsmerkmal der Zellen des eigenen Körpers dient
Homöopathie	eine alternativ-medizinische Methode: Anregung des Immunsystems durch symptomerezeugende Substanzen in starker Verdünnung
Interleukine	(abgekürzt IL): zu den →Zytokinen gehörende körpereigene Substanzen, welche die Aktivität des Immunsystems beeinflussen und z.T. entzündungsfördernd, z.T. entzündungshemmend wirken
Iritis	Entzündung der Regenbogenhaut im Auge (<i>Bild 2</i>)
juvenil	mit Beginn im Alter von weniger als 16 Jahren
Kreuzdarmbein-gelenk	(Sacroiliakgelenk): Verbindung zwischen Kreuzbein (als unterem Anteil der Wirbelsäule) und dem Beckenring (<i>Bild 3</i>)
Morbus Crohn	entzündliche Krankheit des Verdauungsapparats, die zu Komplikationen wie Fisteln oder Darm-Verengungen führen kann (<i>Seite 11</i>)
nicht-steroidal	kein →Corticosteroid enthaltend
NSAR	→nichtsteroidales →Antirheumatikum
Oligoarthritis	Entzündung nur eines oder weniger Gelenke
peripher	außerhalb der Körperachse (Schultern, Hüftgelenke, Gliedmaßen)
Psoriasis	Schuppenflechte (<i>Seite 10</i>)
Rheumafaktor	Autoantikörper (gegen bestimmte Immunglobuline), der vor allem im Blutserum von Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis nachweisbar ist
Sacroiliitis	Entzündung eines oder beider Kreuzdarmbeingelenke (<i>Bild 3</i>)
Spondylitis	entzündliche Wirbelsäulenerkrankung
Syndesmophyt	entzündungsbedingte von einer Wirbelkante ausgehende Knochenneubildung
TNF-alpha	Tumor-Nekrose-Faktor α , ein entzündungsförderndes →Zytokin
Gonorrhoe	durch eine Gonokokken-Infektion ausgelöste Geschlechtskrankheit (Tripper)
undifferenziert	keine Eigentümlichkeiten aufweisend, noch keiner definierten Krankheit zuordenbar (<i>Bild 4</i>)
Zytokine	Botenstoffe, die Informationen zwischen Zellen transportieren



Das Netzwerk zur Selbsthilfe

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.

Impressum

Herausgeber

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V. - Bundesverband

Metzgergasse 16
97421 Schweinfurt

Tel +49(0)97 21 2 20 33

Fax +49(0)97 21 2 29 55

E-Mail dymb@bechterew.de

Web www.bechterew.de

Fotos

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V. - Bundesverband

Rechtlicher Hinweis

Der Herausgeber übernimmt keinerlei Haftung bzgl. Schäden jeglicher Art, die trotz sorgfältiger Recherche auf Grund der dargestellten Informationen entstehen könnten.

Schweinfurt, März 2017