

DVMB

Das Netzwerk zur Selbsthilfe

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.

Information

› Entzündliche Wirbelsäulen-Krankheiten (Spondyloarthritiden)

von Prof. Dr. Ernst Feldtkeller, München
Wissenschaftlicher Redakteur der DVMB-
Mitgliederzeitschrift Morbus-Bechterew-Journal

Kompetenz aus Erfahrung!

Gemeinsam können wir mehr bewegen.

www.bechterew.de

Inhalt

Spondyloarthritis – Was ist das?.....	Seite 3
Diagnose- und Klassifikationskriterien	Seite 4
ESSG-Kriterien und Amor-Kriterien	Seite 4
Axiale und periphere Spondyloarthritis	Seite 6
Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew).....	Seite 7
Begleit-Beschwerden	Seite 8
Behandlungsmöglichkeiten	Seite 9
Nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis	Seite 10
Vorwiegend periphere Spondyloarthritis	Seite 10
Psoriasis-Spondyloarthritis, Psoriasis-Arthritis.....	Seite 11
Mit einer entzündlichen Darmkrankheit verknüpfte Spondyloarthritis	Seite 12
Reaktive Spondyloarthritis, reaktive Arthritis.....	Seite 13
Juvenile Spondyloarthritis	Seite 14
Die Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB).....	Seite 15
Ziele der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew	Seite 15
Antragsformular zur Mitgliedschaft	Seite 17
Überzeugende Gründe, Mitglied in unserem Netzwerk zur Selbsthilfe zu werden	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 J. M. H. Moll und weitere 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. Zu dieser Krankheitsgruppe gehört außer dem Morbus Bechterew auch die Kombination einer Wirbelsäulen- oder Gelenk-Krankheit mit einer Schuppenflechte (*Psoriasis*) oder mit einer chronischen Darm-Entzündung (Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa) und 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 die modifizierten New-York-Kriterien für die ankylosierende Spondylitis (*siehe Seite 8*) nicht (oder noch nicht) erfüllt sind, von einer *undifferenzierten Spondyloarthritis*. Inzwischen hat sich dafür die Bezeichnung *nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis* (*siehe Seite 10*) durchgesetzt.

Zu den Gemeinsamkeiten der Spondyloarthritis gehört, dass all diese verwandten Krankheiten ebenfalls durch den Erbfaktor HLA-B27 begünstigt werden, wenn auch nicht in dem Ausmaß wie der Morbus Bechterew.

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

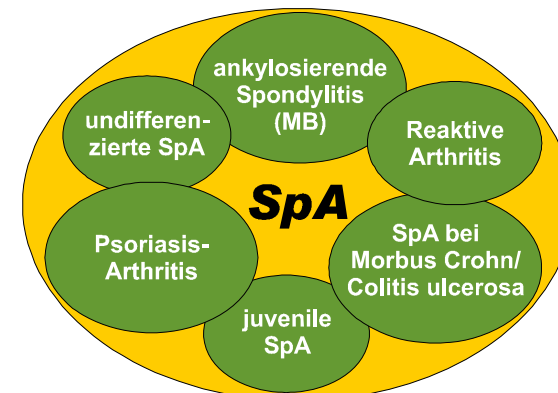


Bild 1: Die Spondyloarthritis (SpA) als Gruppe verwandter Krankheiten

Diagnose- und Klassifikationskriterien

Um die Diagnose einer Krankheit zu erleichtern, wurden für viele Krankheiten Diagnosekriterien geschaffen, bei deren Erfüllung die Krankheit mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegt. Die Anforderungen dürfen dabei nicht zu hoch geschraubt werden, um bei möglichst wenigen Betroffenen die Diagnose zu verpassen. Denn nicht alle Patienten einer Krankheit haben denselben Krankheitsverlauf.

In wissenschaftliche Studien sollen nur Patienten eingeschlossen werden, die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit wirklich die zu untersuchende Krankheit haben. Diesem Ziel dienen „Klassifikationskriterien“. Bei ihnen wird strenger gesiebt, damit möglichst wenige Patienten mit eingeschlossen werden, welche die Krankheit nicht haben. Oft werden Klassifikationskriterien auch bei der Diagnose berücksichtigt.

ESSG-Kriterien und Amor-Kriterien

Als Klassifikationskriterien für die Gesamtheit der *Spondyloarthritis* haben sich die „ESSG-Kriterien“ (Tabelle 1) bewährt, die 1991 von der *European Spondyloarthritis Study Group* (ESSG) erarbeitet wurden. Sie machen Gebrauch von der Definition der „Rückenschmerzen vom entzündlichen Typ“¹ und geben ihnen ein hohes Gewicht, indem zusätzlich nur noch ein Kriterium erfüllt sein muss.

¹) siehe *Bechterew-Brief* Nr. 87 S. 4, *Morbus-Bechterew-Journal* Nr. 96 S. 20, Nr. 106 S. 8, Nr. 110 S. 11, Nr. 122 S. 13 und *DVMB-Schriftenreihe* Heft 13.

Tabelle 1: Die ESSG-Kriterien zur Klassifikation der Spondyloarthritis

Wirbelsäulenschmerzen vom entzündlichen Typ¹ **oder** Synovitis (Entzündung einer Gelenkinnenhaut, unsymmetrisch oder vorwiegend in den unteren Gliedmaßen)

UND

mindestens eines der folgenden Kriterien:

- Positive Familienanamnese (Spondylitis ankylosans oder Psoriasis oder Regenbogenhautentzündung oder reaktive Arthritis oder entzündliche Darmerkrankung bei Verwandten ersten Grads)
- *Psoriasis* (Schuppenflechte der Haut) jetzt oder in der Vergangenheit
- entzündliche Darmerkrankung (*Morbus Crohn* oder *Colitis ulcerosa*) jetzt oder in der Vergangenheit, durch Röntgen oder Endoskopie nachgewiesen
- Nicht auf Gonokokken beruhende *Urethritis* (Harnröhrenentzündung) oder *Cervicitis* (Gebärmutterhalsentzündung) oder akuter Durchfall innerhalb eines Monats vor der Gelenkentzündung
- zwischen rechts und links wechselnde Gesäßschmerzen jetzt oder in der Vergangenheit
- *Enthesitis* (Sehnenansatzentzündung: Schmerzen oder Druckempfindlichkeit der Achillessehne oder Fußsohle) jetzt oder in der Vergangenheit
- radiologisch festgestellte *Sacroiliitis* (Kreuzdarmbeingelenk-Entzündung) beidseitig mindestens 2. Grads oder einseitig mindestens 3. Grads

Als Diagnosekriterien für die Gesamtheit der *Spondyloarthritis* haben sich die 1990 von B. Amor vorgeschlagenen „Amor-Kriterien“² bewährt, die in einer aktualisierten Form in *Tabelle 2* wiedergegeben werden.

²) *Bechterew-Brief* Nr. 53 S. 8–11, *Morbus-Bechterew-Journal* Nr. 106 S. 12, Nr. 109 S. 9–13, Nr. 142 S. 11–12 und, *DVMB-Schriftenreihe* Heft 13

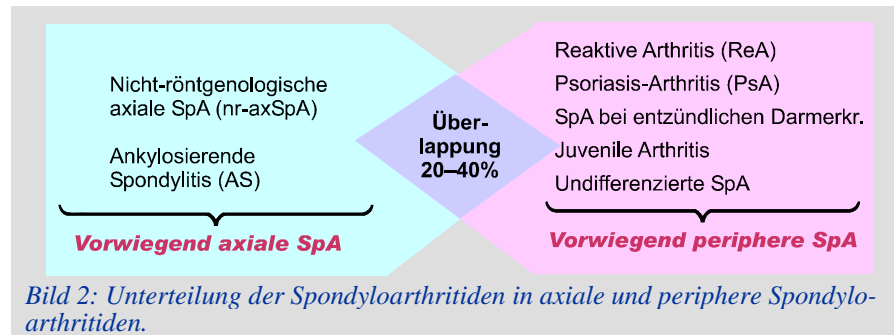
Tabelle 2: Von AMOR vorgeschlagene AMOR-Kriterien für die Spondylarthritis

	Punkte
Jetzige oder frühere Symptome:	
1. Nächtliche Kreuz- oder Rückenschmerzen oder Morgensteifigkeit.....	1
2. Unsymmetrische Entzündung einzelner Gelenke (Oligoarthritis).....	2
3. Einseitige Gesäßschmerzen	1
bei wechselndem Befall rechts/links	2
4. Daktylitis (wurstförmige Finger oder Zehen)	2
5. Fersenschmerzen oder andere Sehnenansatz-Schmerzen (Enthesopathie)	2
6. Iritis (Regenbogenhautentzündung im Auge).....	2
7. Nicht auf Tripper (Gonorrhoe) beruhende Urethritis (Harnröhren- Entzündung) oder Cervicitis (Gebärmutterhals-Entzündung) weniger als 1 Monat vor Ausbruch der Gelenkentzündung	1
8. Akuter Durchfall weniger als 1 Monat vor Ausbruch der Gelenkentzündung	1
9. Psoriasis (Schuppenflechte der Haut) und/oder Balanitis (Eichel-Entzün- dung) und/oder entzündliche Darmerkrankung (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) gegenwärtig oder in der Vergangenheit.....	2
Radiologischer Befund:	
10. Im Röntgenbild sichtbare Veränderungen der Kreuzdarmbeingelenke beid- seitig mindestens 2. Grads oder einseitig mindestens 3. Grads oder im Magnetresonanzbild sichtbare Entzündungszeichen in der Wirbelsäule oder den Kreuzdarmbeingelenken	3
Genetischer Hintergrund:	
11. HLA-B27 oder positive Familienanamnese (in der Familie bereits aufgetretene Spondylitis ankylosans oder reaktive Arthritis oder Iritis oder Psoriasis oder entzündliche Darmerkrankung).....	2
Ansprechen auf die Behandlung:	
12. Eindeutige Besserung durch nichtsteroidale Antirheumatika innerhalb von 48 Stunden oder Wiederkehr der Schmerzen innerhalb von 48 Stunden nach Absetzen der NSAR oder drastische Besserung durch eine Anti-TNF-alpha- Therapie	2

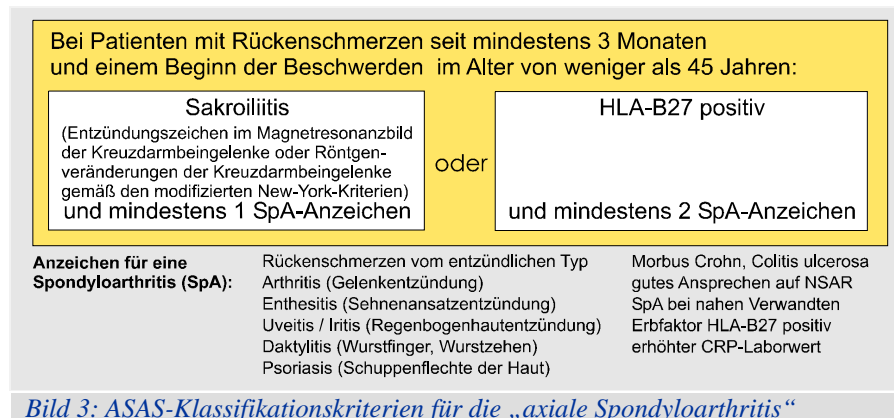
Ein Patient ist als Spondyloarthritis-Patient anzusehen, wenn die Summe der Punkte aller erfüllten Kriterien mindestens 6 beträgt.

Axiale und periphere Spondyloarthritis

Nach einem Beschluss der *Assessment of SpondyloArthritis international Society* (ASAS, einem internationalen Zusammenschluss von Spondyloarthritis-Forschern) unterscheidet man seit einigen Jahren zwischen einer (vorwiegend) „axialen“ (die Körperachse, d.h. die Wirbelsäule und die Kreuzdarmbein-Gelenke betreffenden) *Spondyloarthritis* und einer (vorwiegend) „peripheren *Spondyloarthritis*“ (Bild 2). Das machte es leichter, modernen Anprüchen genügende Klassifikationskriterien für die Spondyloarthritiden zu entwickeln.



Die ASAS-Kriterien für die *axiale Spondyloarthritis* sind im *Bild 3* wiedergegeben. Im Gegensatz zu den modifizierten New-York-Kriterien (*Seite 8*) werden hier deutliche Veränderungen im Röntgenbild der Kreuzdarmbeingelenke nicht zwingend verlangt, so dass auch Frühformen der Krankheit ohne solche Veränderungen erfasst werden können (*siehe Seite 10*).



Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew)

Häufigster und bekanntester Vertreter der *Spondyloarthritis* ist der Morbus Bechterew (lateinisch *Spondylitis ankylosans*, der deutschen Grammatik angepasst „*ankylosierende Spondylitis*“). Es handelt sich um eine schulmedizinisch nicht heilbare rheumatische Erkrankung, die auf Grund entzündlicher Prozesse zu einer knöchernen Einsteifung der Wirbelsäule führen kann.

Auch weitere Gelenke oder andere Organe können betroffen sein. Als Ursache wird eine Fehlsteuerung des Immunsystems diskutiert, ausgelöst z. B. durch eine Infektion im Darm- oder Harnwegebereich. Möglicherweise können auch körperliche oder seelische Verletzungen zur Entstehung 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 bekannte Arbeit veröffentlicht hat, in der fünf 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 Charakteristika, auf deren Basis erfahrene Rheumatologen eine zuverlässige Diagnose stellen können. Dennoch vergehen zwischen den ersten Beschwerden und einer gesicherten Diagnose immer noch im Durchschnitt 7 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 (bei den viel häufigeren nicht entzündlichen Rückenleiden ist es umgekehrt),
- 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 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 aber einen zusätzlichen Anhaltspunkt, ob ein Morbus Bechterew wahrscheinlich ist oder nicht.

Als Klassifikationskriterien, die festlegen, was man unter einer *ankylosierenden Spondylitis* versteht und was nicht, dienen seit 1984 die „modifizierten New-York-Kriterien“, siehe [Tabelle 3](#).

Tabelle 3: Modifizierte New-York-Kriterien für die Spondylitis ankylosans.

Klinische Kriterien

- Tiefsitzende Kreuzschmerzen und Steifigkeit über mehr als 3 Monate, die sich durch Bewegung bessern, aber nicht durch Ruhe
- Eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule nach vorne/hinten und seitwärts
- eingeschränkte Atembreite im Vergleich zu Gesunden gleichen Alters und Geschlechts

Radiologisches Kriterium

- Veränderungen im Röntgenbild im Sinne einer *Sakroiliitis* (Entzündung der Kreuzdarmbeingelenke) entweder beidseitig mindestens 2. Grads oder einseitig mindestens 3. Grads

- *Eine gesicherte Spondylitis ankylosans liegt vor, wenn das radiologische Kriterium und mindestens ein klinisches Kriterium erfüllt ist.*
- *Ein Verdacht auf Spondylitis ankylosans liegt vor, wenn die drei klinischen Kriterien erfüllt sind oder wenn das radiologische Kriterium erfüllt ist, aber keines der klinischen Kriterien. In diesem Fall sind auch andere Ursachen für die Sakroiliitis in Betracht zu ziehen.*

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. Nur bei längerer Gelenkentzündung kann eine dauernde Bewegungseinschränkung im Gelenk zurückbleiben.

Auch außerhalb von Gelenken können Schmerzen am Knochen auftreten. Es handelt sich um Sehnenansatzentzündungen. 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) 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.

Im Spätstadium der Krankheit können innere Organe von der Krankheit betroffen sein (Lunge, Herz, Nieren, Nervensystem). 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. Stationäre Heilverfahren in einer Rheumaklinik, bei denen weitere Behandlungsverfahren (Wärme, Kälte, Strahlenbehandlung) 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, vor allem aber mit der „*Neurokognitiven Therapie*“, die bei einem großen Teil der damit behandelten Patienten sogar zu jahrelanger Beschwerdefreiheit geführt hat, vor allem, wenn die Versteifung noch nicht zu weit fortgeschritten ist).

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.

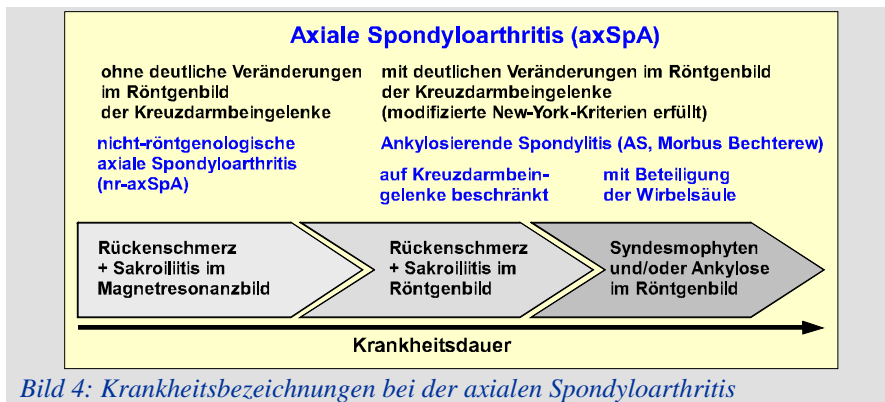


Bild 4: Krankheitsbezeichnungen bei der axialen Spondyloarthritis

Nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis

Zu den *axialen Spondyloarthritis* gehört außer der *ankylosierenden Spondylitis* auch die *nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis*, eine Wirbelsäulenentzündung, bei der keine deutlichen Veränderungen im Röntgenbild der Kreuzdarmbeingelenke zu sehen sind und deshalb die modifizierten New-York-Kriterien für die *ankylosierende Spondylitis* nicht erfüllt sind. Wie im *Bild 4* angedeutet ist, kann die *nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis* in eine *ankylosierende Spondylitis* übergehen. Sie kann aber auch lebenslang im Stadium ohne deutliche Veränderungen im Röntgenbild der Kreuzdarmbeingelenke und ohne knöcherne Versteifung der Wirbelsäule stehen bleiben.

Vorwiegend periphere Spondyloarthritis

Die ASAS-Klassifikationskriterien für die *periphere Spondyloarthritis* sind im *Bild 5* wiedergegeben.

Patienten, bei denen beide ASAS-Kriteriensätze für die *Spondyloarthritis* nicht er-

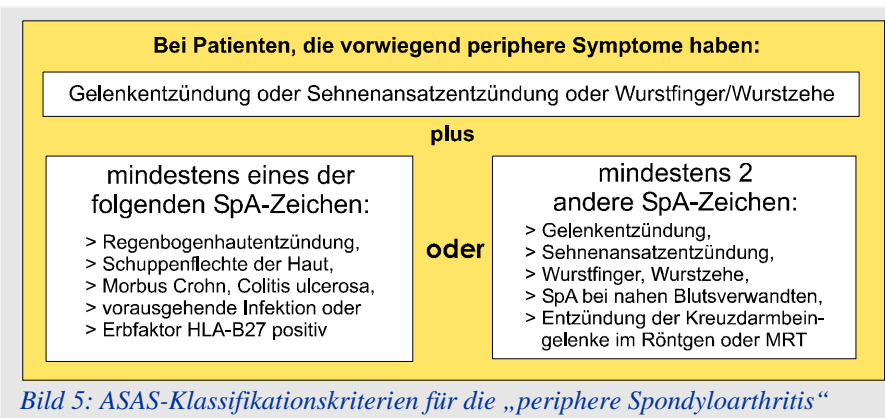


Bild 5: ASAS-Klassifikationskriterien für die „periphere Spondyloarthritis“

füllt sind, können trotzdem eine *Spondyloarthritis* haben, wenn bei ihnen andere Spondyloarthritis-Kriterien (Seite 4–5) erfüllt sind oder ein erfahrener Rheumatologe überzeugt ist, dass es sich trotzdem um eine *Spondyloarthritis* handelt.

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 der *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 – wenn periphere Gelenkentzündungen im Vordergrund stehen – auch von einer *Psoriasis-Arthritis*.

Zur Klassifikation werden im Allgemeinen die CASPAR-Kriterien (*Classification criteria for the diagnosis of Psoriatic ARthritis*, Tabelle 4) verwendet.

Die *Psoriasis-Spondyloarthritis* wird mit physikalischen Methoden und mit Medikamenten behandelt. Zu den physikalischen Methoden gehört eine Bestrahlung mit

Tabelle 4: CASPAR-Kriterien von 2005 für die *Psoriasis-Arthritis*

Entzündlich-rheumatische Erkrankung (Gelenk, Wirbelsäule oder Sehnenansatz) + mindestens 3 der folgenden Befunde:

1. Gegenwärtig Psoriasis	gemäß Diagnose durch einen Rheumatologen oder Hautarzt
oder Psoriasis in der Vergangenheit	nach Auskunft durch Patient, Hausarzt, Hautarzt, Rheumatologe
oder Psoriasis in der nahen Verwandtschaft	bei Verwandten 1. oder 2. Grads nach Aussage des Patienten
2. Psoriatische Nageldystrophie (Nagelwachstumsstörungen)	bei der körperlichen Untersuchung festgestellt
3. kein Rheumafaktor	Labor, nicht nur Latex-Test
4. gegenwärtig Daktylitis (Wurstfinger, Wurstzehe)	Schwellung eines ganzen Fingers oder Zehs
oder Daktylitis in der Vergangenheit	Auskunft durch Patient, Hausarzt, Hautarzt, Rheumatologe
5. Röntgenzeichen von juxtaartikulärer Knochenbildung	sonst nicht erklärbare Knochenbildung an der Gelenkgrenze

Eine Psoriasis-Arthritis liegt vor, wenn eine entzündliche Erkrankung von Gelenken, der Wirbelsäule oder Sehnenansätzen und mindestens 3 der obigen Befunde vorhanden sind.

langwelligem UV-Licht (UV-A und/oder UV-B). Der kurzwellige (Sonnenbrand auslösende) Anteil des UV-Lichts (UV-C) wird durch Filter eliminiert. Oft wird die Haut durch geeignete Substanzen lichtempfindlich gemacht.

Zu den Medikamenten gehören wie beim Morbus Bechterew ohne Psoriasis nicht-steroidale Antirheumatika (NASR). Von den krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (*disease modifying anti-rheumatic drugs*, abgekürzt DMARDs) ist Methotrexat das heute am häufigsten eingesetzte DMARD bei aktiver *Psoriasis-Arthritis*. Auch *Leflunomid* hat eine nachgewiesene Wirkung bei der *Psoriasis-Arthritis* und ist in Europa zu ihrer Therapie in einer Dosis von 20 mg pro Tag zugelassen.

Die TNF-alpha-Blocker *Adalimumab*, *Certolizumab*, *Etanercept*, *Golimumab* und *Infliximab* 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.

Ustekinumab ist ein molekularbiologisch hergestellter Antikörper gegen das Zytokin (Botenstoff) IL-12 und den IL-23-Rezeptor. Es ist ebenfalls zur Behandlung der *Psoriasis-Arthritis* zugelassen.

Artikel zur Diagnose und Therapie der Psoriasis-Arthritis erschienen im Bechterew-Brief Nr. 42 S. 31–48, Nr. 76 S. 27–35 und im Morbus-Bechterew-Journal Nr. 103 S. 19–21, Nr. 117 S. 40–41, Nr. 128 S. 12–16, Nr. 135 S. 4–7, Nr. 139 S. 18–19 und S. 20–22. 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 ist die Schleimhaut vor allem des Dünndarms entzündet, bei der *Colitis ulcerosa* die Schleimhaut des Dickdarms.

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 Spondylitis-ankylosans-Patienten nachweisen. Ein Teil dieser Patienten entwickelt mit der Zeit eine voll ausgeprägte entzündliche Darmerkrankung. Auffallend ist, dass mit einem Rückgang der Darmbeschwerden immer auch ein Rückgang der Gelenkbeschwerden einhergeht. Die Ursache der Darm-Gelenk-Wechselbeziehung ist noch unbekannt. Es gibt dafür lediglich Hypothesen.

Die Behandlung entzündlicher Darmerkrankungen beruht traditionell auf Cortison zur Linderung der Entzündungsschübe und auf Immunsuppressiva (5-Aminosalicylsäure, Azathioprin, Mercaptopurin und Methotrexat), um die Besserung aufrechtzuerhalten. Auch Operationen sind oft gerechtfertigt.

Die Behandlung mit TNF- α -Blockern stellt eine echte Alternative zu Operationen

dar für Patienten, die auf andere Medikamente nicht ansprechen oder sie nicht vertragen. Infliximab und Adalimumab sind zur Behandlung von Morbus Crohn zugelassen, Infliximab auch zur Behandlung der Colitis ulcerosa. Etanercept hat sich zwar als wirksam gegen die Wirbelsäulen- und Gelenksbeschwerden erwiesen, aber nicht gegen Morbus Crohn.

Artikel zur Diagnose und Therapie der mit einer entzündlichen Darmkrankheit verknüpften Spondyloarthritis erschienen im Bechlerew-Brief Nr. 71 S. 18–26 und im Morbus-Bechterew-Journal Nr. 108 S. 29–31, Nr. 113 S. 8 und Nr. 120 S. 15–16. Einer von vielen Gründen, auch mit einer enteropathischen Spondyloarthritis 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 Erbmaterial (DNA) im Gelenk nachweisen. Dies wird als „*Persistenz*“ bezeichnet. Die primäre Infektion betrifft am häufigsten das Harnleitungs- und das Magen-Darm-System. Atemwegs-Infekte als Auslöser einer reaktiven Arthritis sind seltener.³

Die klassische Form der *reaktiven Arthritis* zeigt typischerweise eine asymmetrische Beteiligung weniger Gelenke der unteren Gliedmaßen. Die Beteiligung der Wirbelsäule ist seltener. Durchschnittlich ist die Hälfte der Patienten HLA-B27-positiv. Umgekehrt haben HLA-B27-positive Personen ein deutlich erhöhtes Risiko, eine *reaktive Arthritis* zu entwickeln.

Die zeitliche Verzögerung zwischen Primärinfektion und ersten Gelenksbeschwerden kann von wenigen Tagen bis mehrere Wochen (maximal 1–2 Monate) dauern. Durchschnittswerte liegen bei ca. 30 Tagen.

Das typische Befallsmuster der *reaktiven Arthritis* weist asymmetrische Gelenkentzündungen der unteren Gliedmaßen auf, z.B. 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.

Zu den *reaktiven Arthritiden* gehört auch das „*Reiter-Syndrom*“, eine Kombination aus Spondyloarthritis, Harnröhren-Entzündung und Augenbindehaut-Entzündung.

³) *Quelle: M. Rühl im Morbus-Bechterew-Journal Nr. 143 Seite 27–30*

Im Vordergrund der Therapie stehen medikamentöse Maßnahmen, die sich folgendermaßen gliedern lassen: 1. kurzfristige antibiotische Therapie der primären Infektion; 2. langfristige antibiotische Therapie der persistierenden Infektion; 3. Therapie der Gelenk- und Wirbelsäulenbeschwerden.³

Artikel zur Diagnose und Therapie der reaktiven Spondyloarthritis erschienen im *Bechterew-Brief* Nr. 83 S. 3–11, Nr. 91 S. 8–16 und im *Morbus-Bechterew-Journal* Nr. 109 S. 20–21, Nr. 117 S. 11–12, Nr. 128 S. 18–20 und Nr. 143 S. 27–30. Einer von vielen Gründen, auch mit einer reaktiven Spondyloarthritis 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) *Spondyloarthritis*.

Zur Klassifikation (Festlegung des Teilnehmerkreises bei Studien) werden meist die Kriterien der ILAR (*International League of Associations for Rheumatology*) für die *juvenile Spondyloarthritis* (Tabelle 5) verwendet.

Tabelle 5: ILAR-Klassifikationskriterien für die juvenile Spondyloarthritis

Juvenile mit Enthesitis verknüpfte Arthritis (Enthesitis-related Arthritis, ERA):	Juvenile Psoriasis-Arthritis
<p>Arthritis und Enthesitis (Sehnenansatzentzündung)</p> <p>oder</p> <p>Arthritis oder Enthesitis mit mindestens 2 der folgenden Befunde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ empfindliches Kreuzdarmbeinergelenk und/oder entzündlicher Rückenschmerz⁴ ▶ HLA-B27 positiv ▶ Arthritis-Beginn bei einem Knaben im Alter von mehr als 6 Jahren ▶ Spondyloarthritis bei mindestens einem Verwandten ersten Grads ▶ Iritis 	<p>Arthritis und Psoriasis</p> <p>oder</p> <p>Arthritis mit mindestens 2 der folgenden Befunde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nagelveränderung oder Nagelablösung ▶ Daktylitis (Schwellung eines gesamten Fingers oder Zehs) ▶ Psoriasis bei einem Verwandten ersten Grades
Ausschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Psoriasis beim Patienten oder einem Verwandten ersten Grades	Arthritis bei einem HLA-B27-positiven Knaben mit Beginn im Alter von mehr als 6 Jahren
IgM-Rheumafaktor bei mindestens 2 Tests im Abstand von mindestens 3 Monaten	IgM-Rheumafaktor bei mindestens 2 Tests im Abstand von mindestens 3 Monaten
Systemische juvenile idiopathische Arthritis	Andere <i>Spondyloarthritis</i> beim Patienten oder Verwandten

⁴) *MBJ* Nr. 96 S. 20, Nr. 106 S. 8, Nr. 110 S. 11, Nr. 122 S. 13 und *DVMB-Schriftenreihe Heft 13*

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 am Fersenbein und der Achillessehne.

Traditionelle Langzeit-Antirheumatika wie Methotrexat oder Sulfasalazin erwiesen sich auch bei der *juvenilen Spondyloarthritis* als wirksam auf die Entzündung *peripherer* Gelenke (außerhalb der Körperachse). Für die *axialen* Beschwerden (Wirbelsäule und Kreuzdarmbeingelenke) erwiesen sie sich auch bei der *juvenilen Spondyloarthritis* als unwirksam. TNF-alpha-Blocker erwiesen sich auch in Bezug auf die axialen Beschwerden als wirksam. Ob sie bei Kindern auch 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 *juvenile Spondyloarthritis* sehr hilfreich.⁵

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, eine chronische Erkrankung mit all seinen Begleiterscheinungen allein zu bewältigen. Der Betroffene braucht Verständnis für seine Situation. Er braucht 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.

⁵) Quelle: S Gmuca und P. F. Weiss, *Morbus-Bechterew-Journal* Nr. 144 S. 8–10

Gemeinsam erreichen wir mehr:

- Gemeinsame Morbus-Bechterew-spezifische 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 Erkrankung,
- 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.

Unser Motto: „Bechterewler brauchen Bewegung, Begegnung und natürlich auch Beratung!“

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, dvmb@bechterew.de

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.

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.



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 dvmb@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, August 2012