



Patientenleitlinie zur S3-Leitlinie Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen

**Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew und Deutsche Rheuma-Liga in Zusammenar-
beit mit**

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) (federführend)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM)
Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG)
Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

Weitere:

Physio Deutschland

Vorwort

Dies ist die Patientenversion der wissenschaftlichen Leitlinie „Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen“ (AWMF - Register Nr. 060/003) in laienverständlicher Form. Diese Patientenleitlinie richtet sich an Menschen mit axialer Spondyloarthritis (SpA). Zu dieser Erkrankungsgruppe des rheumatischen Formenkreises gehört auch der Morbus Bechterew (auch als ankylosierende Spondylitis bezeichnet). Betroffene und weitere Interessierte an der axialen SpA können hier – zusätzlich und ergänzend zum Arztgespräch - Informationen und Antworten auf ihre Fragen in Bezug auf ihre Erkrankung finden. Um die laienverständliche Sprache zu gewährleisten, wurde die Patienten-Leitlinie in enger Zusammenarbeit mit den Patientenorganisationen durchgeführt. Dabei wurde teilweise auch auf Schriftmaterial zurückgegriffen, welches primär durch die Selbsthilfegruppen erstellt wurde. Unter anderem wurden Textpassagen aus der DVMB Schriftenreihe „Morbus Bechterew – eine Handreichung für Ärzte“ der DVMB-Schriftenreihe (Heft 16, September 2013) und Textstellen aus dem Artikel „Kurzfassung der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der axialen Spondyloarthritis“ (Morbus-Bechterew-Journal 146) in die Patientenleitlinie übernommen.

Die Patientenleitlinie soll Ihnen als Patient helfen, Ursachen, typische Krankheitszeichen, diagnostische Maßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten der axialen SpA kennen zu lernen bzw. besser zu verstehen. Diese Patientenleitlinie soll auch beschreiben, was Sie selber tun können, um mit Ihrer Erkrankung besser leben zu können. Diese Informationen sollen Ihnen bei der Bewältigung Ihrer chronischen Krankheit helfen.

Die Autoren der wissenschaftlichen Leitlinie zur axialen SpA sind Experten, die den für diese Erkrankung entscheidenden medizinischen Fachgesellschaften angehören. Die Empfehlungen berücksichtigen die Stärke der Evidenz (wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit, Risiken und Patientenakzeptanz) und der Übereinstimmung (Konsens) zwischen Ärzten, Psychologen, Physiotherapeuten und Patienten bei den Konsensuskonferenzen.

Patientenfreundliche Kurzfassung der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der axialen Spondyloarthritis (axSpA)

1. Symptome der Krankheit

Das führende Symptom bei Patienten mit axialer (vorwiegend die Wirbelsäule betreffender) Spondyloarthritis (SpA) ist der chronische (seit mehr als 12 Wochen bestehende) Rückenschmerz, der häufig als „entzündlicher Rückenschmerz“ vorliegt. Im Gegensatz zum häufiger vorkommenden mechanischen Rückenschmerz zeichnet sich der entzündliche Rückenschmerz durch das nächtliche Aufwachen in der zweiten Nachthälfte, evtl. auch durch das Vorhandensein einer so genannten Morgensteifigkeit aus, die bei Bewegung besser wird.

Neben den Wirbelsäulen-Beschwerden können Patienten mit axialer SpA zum Teil auch unter einer peripheren (außerhalb der Wirbelsäule liegenden) Arthritis (Gelenkentzündung) leiden. Diese tritt meist als asymmetrische Entzündung nur weniger, eher großer Gelenke auf (medizinischer Fachausdruck: Oligoarthritis). Eine Besonderheit der Gelenkentzündung bei Patienten mit SpA ist die Entwicklung einer Gelenkentzündung ganzer Finger oder Zehen, welche als Daktylitis bezeichnet wird. Neben der Arthritis (Gelenkentzündung) kann sich auch eine Enthesitis (Sehnenansatzentzündung) entwickeln, die insbesondere am Ansatz der Achillessehne auftreten kann. Entzündliche und knöcherne Veränderungen an Knochen und Sehnen können zu Fehlhaltungen und damit zu schmerzhaften Muskelverspannungen führen.

Neben den Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems kann es bei bis zu 50% der Patienten zu Beschwerden außerhalb des Skeletts kommen. Hier sind insbesondere die Beteiligung der Augen mit der anterioren Uveitis (Regenbogenhautentzündung des Auges), die Beteiligung der Haut mit der Psoriasis (Schuppenflechte) und/oder die Beteiligung des Darms mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa) zu nennen.

Die Mehrzahl der Patienten zeigt nach einigen Jahren Krankheitsverlauf eine Beeinträchtigung der Knochendichte (Osteopenie) bis hin zum Knochenschwund (Osteoporose). Patienten mit Verknöcherungen der Wirbelsäule (durch sogenannte Syndesmophyten, siehe Kapitel 2.1. Bildgebung) haben im Vergleich zu Gesunden ein höheres Risiko, spontan oder auch bei einem nur geringfügigen Unfall einen Wirbelbruch zu erleiden. Patienten mit einem Wirbelbruch sollten wegen der häufig anzutreffenden Instabilität des Bruchs und des damit einhergehenden (Spät)-Risikos für Lähmungen umgehend in einem spezialisierten Zentrum für Wirbelsäulen Chirurgie behandelt werden.

Bei einem Teil der Patienten leiden Familienangehörige ebenfalls unter Erkrankungen aus der Gruppe der Spondyloarthritis. Leiden Familienangehörige zum Beispiel unter einer Psoriasis vulgaris oder liegt ein Morbus Bechterew vor, spricht der Arzt von einer positiven Familienanamnese.

Zusammengefasst liegen bei Patienten mit einer axialen SpA Symptome vor, die unter dem Begriff *SpA-Zeichen* zusammengefasst werden:

- Entzündlicher Rückenschmerz
- Arthritis (Gelenkentzündung)

- Enthesitis (Sehnenansatzentzündung)
- Uveitis (Entzündung des Auges)
- Daktylitis (Entzündung der Finger oder Zehen im Strahl)
- Psoriasis (Schuppenflechte)
- Entzündliche Darmerkrankung

Bei der körperlichen Untersuchung wird empfohlen, das Augenmerk auf die Erfassung der Wirbelsäulenbeweglichkeit, von Haltungsveränderungen, der Beteiligung peripherer Strukturen (z.B. periphere Arthritis) und von Beschwerden außerhalb des Skeletts (z.B. Psoriasis) zu richten. Bei der Beurteilung der Untersuchungsergebnisse ist zu bedenken, dass die Einschränkung der Wirbelsäulenbeweglichkeit sowohl durch entzündliche (reversible) Prozesse als auch durch knöcherne Veränderungen (nicht reversibel) verursacht werden kann. Die Erfassung der Krankheitsaktivität und der körperlichen Funktionsfähigkeit (Einschränkungen bei Alltagsverrichtungen) kann mit Fragebögen, die der Patient selbst beantwortet, erfolgen. Hierzu werden häufig die sogenannten Bath-Indizes benutzt: die Krankheitsaktivität wird mit dem *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* (BASDAI) und die körperliche Funktionsfähigkeit mit dem *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index* (BASFI) erfasst.

Da bei bis zu 50% der Patienten Beschwerden außerhalb des Skeletts vorliegen, ist eine interdisziplinäre Behandlung der Patienten (d. h. die Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachärzte) notwendig.

2. Diagnostik der axialen Spondyloarthritis

Die wichtigsten Bausteine in der Diagnosestellung einer axialen SpA sind Erfassung der Beschwerden, die körperliche Untersuchung, die Bildgebung mit Röntgen- oder Magnetresonanz-(bzw. Kernspintomografie (MRT))-Bildern sowie die Blutabnahme. Im Kapitel 1 *Mögliche Symptome* ist schon auf die Beschwerdesymptomatik eingegangen worden. Das folgende Kapitel geht daher gezielt auf die Bildgebung und die Laborwerte ein.

2.1. Bildgebung

Informationen durch bildgebende Verfahren sind bei der axialen SpA sowohl für die Diagnose als auch für die Behandlung der Erkrankung (Bestimmung der Entzündungsaktivität und von Knochenveränderungen) von wesentlicher Bedeutung. Die wichtigsten Orte krankheitstypischer Veränderungen sind die Kreuzdarmbeingelenke, die Wirbelsäule und die Hüftgelenke.

2.1.1. Konventionelles Röntgen:

Knöcherne Veränderungen treten bei der axialen SpA vorwiegend in der Wirbelsäule sowie den Kreuzdarmbein- und Hüftgelenken als Folge vorausgegangener Entzündung auf. Bei mehr als der Hälfte der Patienten ist im Verlauf der Erkrankung außer den Kreuzdarmbeingelenken auch die Wirbelsäule am Krankheitsprozess beteiligt. Die Wirbelsäule kann in allen Etagen betroffen sein, am häufigsten ist jedoch der Übergang zwischen der Lenden- und der Brustwirbelsäule betroffen. Die Ausbildung von Syndesmophyten (von einer Wirbelkante ausgehende Knochenneubildungen zur Überbrückung der Bandscheibenfächer) gilt als besonders charakteristisch für Patienten mit einer schweren Verlaufsform

der axialen SpA (dem sogenannten Morbus Bechterew).

Welche Körperregion mittels Röntgenbildern untersucht wird, hängt vom Ort der Beschwerden ab. Wenn neben Gesäßschmerzen auch Rückenschmerzen vorliegen, sind Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule von vorne und von der Seite geeigneter als eine Beckenübersicht. Die Beckenübersicht hat andererseits Vorteile bei Verdacht auf eine Beteiligung der Hüftgelenke.

Das Röntgenbild mit Darstellung der Kreuzdarmbeingelenke (Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule oder Beckenübersicht) ist für die Unterscheidung zwischen fortgeschrittenen knöchernen Veränderungen und weniger stark ausgeprägten Veränderungen in den Kreuzdarmbeingelenken ausschlaggebend. Bei Vorliegen fortgeschrittener knöcherner Veränderungen in den Kreuzdarmbeingelenken wird die Diagnose eines Morbus Bechterew gestellt. Wenn keine höhergradigen Veränderungen im Röntgenbild, aber typische Symptome einer axialen SpA vorliegen, kann die Diagnose einer nicht-röntgenologischen axialen SpA gestellt werden. Das Ausmaß der Veränderungen in den Kreuzdarmbeingelenken wird nach den modifizierten New-York-Kriterien von 0 (gar keine Veränderung) bis hin zu 4 (sehr starke Veränderung) eingeteilt. Die Diagnose Morbus Bechterew (ankylosierende Spondylitis, abgekürzt AS) wird ab einem Grad II beidseits oder Grad III einseitig gestellt. Die Unterscheidung zwischen Morbus Bechterew und nicht-röntgenologischer axialer SpA ist jedoch für die Behandlung der Patienten kaum noch relevant.

Das Fortschreiten der knöchernen Veränderungen an den Kreuzdarmbeingelenken und der Wirbelsäule bei Patienten mit axialer SpA kann unterschiedlich verlaufen. Vorhersagefaktoren für ein rasches Fortschreiten der knöchernen Veränderungen sind:

- bereits vorhandene knöcherne Veränderungen,
- Nachweis von Entzündungszeichen im Blut (das heißt ein erhöhter CRP-Laborwert, siehe Kapitel 2.2.) und
- Nikotinkonsum.

Die Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule wird daher zur Feststellung der Diagnose und zur Beurteilung des Krankheitsverlaufes durchgeführt.

A Feststellung der Diagnose: es wird erfasst, ob und in welchem Ausmaß knöcherne Veränderungen in den Kreuzdarmgelenken und an der Wirbelsäule vorhanden sind, und es wird nach Hinweisen auf eine andere Erkrankung gesucht, welche die Rückenschmerzen erklären könnten (sogenannte Differenzialdiagnosen).

B Kontrolle des Krankheitsverlaufs: es wird das Ausmaß der knöchernen Veränderungen kontrolliert, die Kontrollen müssen nicht in regelmäßigen Abstand erfolgen und sollen einen Abstand von zwei Jahren nicht unterschreiten. Bei Patienten mit starken Schmerzen in der Wirbelsäule und plötzlichen Veränderungen im Krankheitsverlauf muss jedoch an einen Wirbelbruch gedacht werden und unverzüglich abgeklärt werden (siehe Kapitel 1). Die Bildgebung kann neben einer konventionellen Röntgenbildaufnahme auch eine Magnetresonanztomographie (Kernspintomografie) oder eine Computertomografie des entsprechenden Wirbelsäulenabschnittes umfassen.

2.1.2. Magnetresonanztomografie:

Die Magnetresonanztomografie (MRT) dient vor allem der Diagnostik früher und aktiver Entzündungsstadien. Die Entzündung kann in der Wirbelsäule, den Kreuzdarmbeingelenken, peripheren Gelenken oder in Sehnenansätzen dargestellt werden.

Bei einem Verdacht auf eine axiale SpA und unauffälligem Röntgenbild der Kreuzdarmbeingelenke sollte eine MRT der Kreuzdarmbeingelenke mit einer sogenannten Entzündungssequenz durchgeführt werden.

Bei einem Verdacht auf eine entzündliche Beteiligung der Wirbelsäule wird von dem betroffenen Wirbelsäulenabschnitt eine MRT ebenfalls mit Entzündungssequenz durchgeführt. Die Veränderungen können in allen Regionen der Wirbelsäule auftreten, jedoch bevorzugt in der unteren Brustwirbelsäule.

2.1.3. Andere bildgebende Verfahren:

Die Sonografie (Ultraschalluntersuchung; bei Gelenkdarstellung Arthrosonografie genannt) ist hilfreich beim Aufdecken entzündlicher Veränderungen an den Gelenken (im Sinne einer Arthritis), aber auch an den Sehnenansätzen (im Sinne einer Enthesitis).

Der diagnostische Nutzen einer Szintigrafie ist bei Patienten mit axialer SpA gering.

2.2. Laborwerte:

A Entzündungszeichen: Nur ca. 40–60% der Patienten mit axialer SpA weisen im Verlauf ihrer Erkrankung erhöhte Entzündungszeichen im Blut auf. Der CRP-Wert (C-reaktives Protein) spiegelt das Ausmaß der Entzündung im Körper wieder. Patienten mit Morbus Bechterew haben tendenziell höhere CRP- und Blutsenkungs-Werte als Patienten mit einer nicht-röntgenologischen axialen SpA.

Die Häufigkeit von Laboruntersuchungen soll auf individueller Basis gewählt werden, in Abhängigkeit von den Beschwerden, dem allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten und von den verordneten Medikamenten (als Kontrolluntersuchung).

B Erbfaktor HLA-B27: Patienten mit einer axialen SpA haben häufig einen positiven Befund für HLA-B27, einem Erbmerkmal, welches bei 5-10% der gesunden deutschen Bevölkerung vorkommt, aber bei über 80% der Morbus-Bechterew-Patienten. HLA-B27 ist ein Eiweißmolekül, welches regulatorische Aufgaben im Immunsystem übernimmt. Der HLA-B27-Nachweis erfolgt mittels einer Blutuntersuchung. Sein Nachweis ist nur einmal im Verlauf der Erkrankung notwendig.

Die Feststellung des Erbmerkmals HLA-B27 allein beweist nicht das Vorliegen einer axialen SpA. Umgekehrt beweist das Fehlen des Erbmerkmals auch nicht, dass keine axiale SpA vorliegt. Der Befund gibt dem Arzt aber einen wichtigen zusätzlichen Hinweis, ob bei dem Patienten eine axiale SpA wahrscheinlich ist.

3. Erstdiagnose, Überweisungsstrategie

Da sich die axiale SpA unter den rheumatischen Erkrankungen durch eine besonders lange Zeitdauer

zwischen den ersten Beschwerden und der Diagnosestellung auszeichnet, wird die rechtzeitige Überweisung zum Rheumatologen bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen und einem Beginn der Rückenschmerzen in einem Alter von weniger als 45 Jahren empfohlen, wenn die Patienten zudem noch mindestens an einem der folgenden Symptome, die für eine SpA sprechen, leiden:

1. entzündlicher Rückenschmerz,
2. positiver Nachweis des Erbmerkmals HLA-B27,
3. Diagnose einer Kreuzdarmbeingelenk-Entzündung in einem (bereits vorhandenen) Röntgen- oder MRT-Bild. Magnetresonanzbilder sollten vom Hausarzt zurückhaltend und nur in Abstimmung mit dem Rheumatologen veranlasst werden.

4. Therapie der axialen SpA

Die Behandlung von Patienten mit axialer SpA zeichnet sich durch ein vielseitiges Behandlungskonzept aus. Sie umfasst neben Schulungsmaßnahmen insbesondere die Kombination von physikalischen und medikamentösen Maßnahmen. Im Laufe der Erkrankung können invasive (ins Körperinnere eindringende) Maßnahmen wie Injektionen oder Operationen notwendig werden.

Die Therapie basiert auf regelmäßig durchzuführenden Bewegungsübungen, einer unter Umständen dauerhaften Einnahme nicht-steroidaler (also nicht Kortison enthaltende) Antirheumatika (NSAR) und bei Patienten, die auf diese Standardtherapie nicht oder nur gering ansprechen, auf einer Behandlung mit sogenannten Biologika (Kapitel 4.2.2.)

4.1. Bewegungstherapie: Maßnahmen der Physiotherapie und insbesondere regelmäßige Bewegungstherapie stellen neben der gewöhnlich parallel laufenden medikamentösen Therapie eine wesentliche Säule im Behandlungskonzept der axialen SpA dar. Im Vergleich zu einer alleinigen medikamentösen Behandlung führt die zusätzliche regelmäßige Bewegungstherapie zur weiteren Verbesserung der Beweglichkeit und der Funktionsfähigkeit im Alltag. Bei intensiver Bewegungstherapie können sich die Beschwerden soweit reduzieren, dass die Notwendigkeit von Medikamenteneinnahme verringert werden kann. Ziele der Bewegungstherapie sind nicht nur der Erhalt der körperlichen Beweglichkeit, sondern auch die Schmerzreduktion, eine verbesserte Haltung, verbesserte Koordination, Sturz-Vorbeugung und insgesamt der Erhalt der funktionalen Gesundheit. Wöchentliche krankheitsspezifische Krankengymnastik, Funktionstherapie und SpA-gemäßer Sport werden von der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB) an über 400 Orten in Deutschland angeboten. Dies kann Ihr Arzt zu Lasten der gesetzlichen Versicherung verordnen.

4.2. Medikamentöse Therapie: Das Ziel einer medikamentösen Therapie besteht in Schmerzreduktion, Verbesserung der Funktionsfähigkeit (weniger Steifheit und Behinderung) sowie der Reduktion von Entzündungsprozessen und dadurch Hemmung des Fortschreitens der knöchernen Einsteifung. Therapie-Entscheidungen werden vom Arzt und Patienten gemeinsam getroffen (shared decision making).

4.2.1. Nichtsteroidale Antirheumatika spielen in der Behandlung der axialen SpA eine zentrale Rolle. Für den Morbus Bechterew wurde durch Studien nachgewiesen, dass NSAR sowohl bei kurzfristiger

als auch bei längerer Behandlungsdauer hinsichtlich der Linderung von Schmerzen und Steifigkeit an der Wirbelsäule und an peripheren Gelenken wirksam sind. Auf unerwünschte Nebenwirkungen (Magen-Darm-Trakt, Nierenfunktion, Herz-Kreislauf-System) ist zu achten. Die Wirksamkeit eines bestimmten NSAR-Präparats kann beim einzelnen Patienten nach 1–2 Wochen bei einer Dosierung in Maximaldosis beurteilt werden. Wenn ein NSAR nach einem Einsatz von 2-4 Wochen nicht wirksam ist, soll stattdessen ein weiteres NSAR eingesetzt werden.

4.2.2. Biologika: Für Patienten, die unter der Standardtherapie mit NSAR (wie unter 4.2.1 beschrieben) keine ausreichende Reduktion der Entzündungs-Aktivität erfahren, sind in den vergangenen Jahren neue Medikamente (sogenannte Biologika) entwickelt worden. Mit Biologika wird eine Substanzklasse bezeichnet, die aus biotechnologisch hergestellten Präparaten mit monoklonalen Antikörper bestehen und dadurch die Wirkung bestimmter Botenstoffe verhindert. In Deutschland sind Biologika gegen Tumor-Nekrose-Faktor alpha (sogenannte TNF-Inhibitoren, TNFi) und gegen Interleukin-17 (sogenannte IL-17 Inhibitoren) zugelassen.

Die Wirksamkeit und Sicherheit der TNF-alpha-Blocker ist bei Morbus-Bechterew-Patienten und bei Patienten mit nicht-röntgenologischer axialer SpA gut belegt. Die Wirksamkeit und Sicherheit der IL-17 Inhibitoren ist bei Morbus-Bechterew-Patienten gut belegt, die Wirksamkeit der IL-17 Inhibitoren wird aktuell im Jahr 2018 bei Patienten mit nicht-röntgenologischer axialer SpA in klinischen Prüfungen untersucht. Empfehlungen zu den Voraussetzungen für eine Therapie mit TNF-alpha-Blockern wurden sowohl von der Assessment of Spondyloarthritis international Society (ASAS) als auch von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) herausgegeben (www.dgrh.de).

Die Wirkung von Biologika setzt üblicherweise relativ schnell ein und hält bei einem größeren Teil der Patienten unter fortlaufender Therapie mehrere Jahre an. Das Ansprechen auf die Therapie kann nach etwa 12 Wochen ausreichend beurteilt werden.

In der Regel ist eine kontinuierliche Therapie mit Biologika notwendig, um eine fortwährende Kontrolle der Entzündungsaktivität mit dem Ziel einer niedrigen Krankheitsaktivität zu gewährleisten. Bei Patienten mit einer dauerhaft niedrigen Krankheitsaktivität kann eine Reduktion der Dosis, eine Verlängerung des Applikationsintervalls oder ein vollständiges Absetzen der Biologika diskutiert werden. Daten aus der Patientenversorgung zeigen, dass eine Dosisreduktion bzw. Absetzen der Biologika bei manchen Patienten möglich ist. Faktoren, die eine Dosisreduktion begünstigen, sind eine kurze Erkrankungsdauer und eine voll erhaltene körperliche Funktionsfähigkeit. In älteren Studien unter Einschluss von Morbus Bechterew Patienten mit einer etablierten Erkrankung zeigte sich, dass das Absetzen der Biologika Therapie bei vielen Patienten zu einem erneuten Anstieg der Krankheitsaktivität führte. Eine Wiederaufnahme der Therapie mit Biologika scheint aber ohne wesentliche Probleme möglich zu sein und die meisten, sprechen auch erneut an. Bei nicht ausreichender Wirksamkeit einer Biologika Therapie ist ein Wechsel zu einem anderen TNF-Blocker oder zu einem IL-17 Blocker möglich.

Die unerwünschten Nebenwirkungen einer Biologika-Therapie sind potenziell vielfältig. Das Nutzen/Risikoprofil wird jedoch allgemein als günstig eingeschätzt. In der täglichen Praxis konzentriert sich die Aufmerksamkeit hinsichtlich der unerwünschten Nebenwirkungen vor allem auf die gesteigerte Infek-

tionsrate einschließlich der Reaktivierung einer latenten Tuberkulose und einer infektiösen Hepatitis (Gelbsucht), insbesondere der Hepatitis B.

4.2.3. Basistherapie: Der Begriff „Basistherapeutika“ ist bei der axialen SpA irreführend, da im Gegensatz zur rheumatoiden Arthritis diese Therapieoption nicht als „Basis“ der Therapie angesehen wird.

Sulfasalazin hat nach einer Auswertung von 12 Studien keinen relevanten Einfluss auf die Wirbelsäulensymptome, spielt aber möglicherweise eine Rolle in der Behandlung einer peripheren Gelenkentzündung. In einer Langzeitstudie über 3 Jahre traten unter Sulfasalazin weniger Episoden von peripheren Gelenkbeschwerden auf als bei den mit Placebo behandelten Patienten.

Methotrexat hat auf die Wirbelsäulenbeschwerden von Morbus-Bechterew-Patienten keine Wirkung. Ob eine Wirkung auf periphere Gelenkbeschwerden von Morbus-Bechterew-Patienten vorliegt, ist nicht klar, da keine der vorhandenen Studien eine ausreichende Fallzahl aufweist.

4.2.4. Glukokortikoide (Kortison): Von einer systemischen (auf den ganzen Körper wirkenden) Einnahme von Glukokortikoiden bei Wirbelsäulenbeschwerden wird abgeraten, da kein ausreichender Wirksamkeitsnachweis vorliegt.

Bei einer peripheren Gelenkentzündung oder einer Sehnenansatzentzündung kann eine lokale Glukokortikoid-Injektion erfolgversprechend sein. Bei einer schmerzhaften Entzündung eines Kreuzdarmbein-gelenks kann eine Glukokortikoid-Injektion in das Gelenk ebenfalls erfolgreich sein.

4.3. Operationen: Bei Patienten mit axialer SpA und einer schmerzhaften Schädigung eines Hüftgelenks ist eine Operation mit Implantation eines künstlichen Hüftgelenks (Total-Endoprothese) unabhängig vom Lebensalter angebracht.

Morbus-Bechterew-Patienten, die auf Grund ihrer Wirbelsäulenverformung die Fähigkeit zur horizontalen Sicht verloren haben, kommen für eine Aufrichtungsoperation in Frage. Dadurch kann eine Winkelverbesserung der Sichtachse um 10–60° erzielt werden. Die Operation soll in einem Zentrum für Wirbelsäulen-chirurgie von erfahrenen Operateuren vorgenommen werden.

Weil bei einem Wirbelbruch in den meisten Fällen eine Instabilität vorliegt, soll in der Regel (ebenfalls in einem spezialisierten Wirbelsäulenzentrum) operativ behandelt werden. Nur in Ausnahmefällen ist eine konservative (nicht operative) Behandlung sinnvoll.

4.4. Rehabilitation: Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen wirken sich positiv auf die körperliche Funktionsfähigkeit aus. Rehabilitationsmaßnahmen wirken besonders gut, wenn sie mit einer verhaltenstherapeutischen Komponente kombiniert sind. Rehabilitationsmaßnahmen sind bei Patienten mit einer hohen Krankheitsaktivität teilweise erst nach Einleitung medikamentöser Maßnahmen durchführbar. Der Rehabilitationsbedarf soll alle zwei Jahre erneut geprüft werden.

Bei Patienten mit funktionellen Einschränkungen sollten Rehabilitationsleistungen beantragt werden, da sie sich auf die Schmerzen, Beweglichkeit und körperliche Funktionsfähigkeit positiv auswirken. Die systematische Erfassung von funktionellen Beeinträchtigungen und Einflussfaktoren zur Beurteilung der

Krankheitslast bei Patienten mit axialer SpA kann mit der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erfolgen. Zu einer Rehabilitationsmaßnahme gehören nach Bedarf in unterschiedlicher Kombination physikalische Therapie (intensive Bewegungstherapie, ggf. auch manuelle Therapie sowie Hydrotherapie), Ergotherapie, krankheitsspezifische Patientenschulung, psychologische Angebote und berufsbezogene Therapieelemente.

Patienten sollten mit dem Rauchen aufhören, da ein stärkeres Fortschreiten der knöchernen Versteifung bei Rauchern im Vergleich zu Nichtrauchern nachgewiesen ist.

4.5. Patientenschulung: Studien zu ihrer Wirksamkeit im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen konnten zeigen, dass Teilnehmer einer krankheitsspezifischen Patientenschulung noch nach einem Jahr eine bessere Krankheitsbewältigung durch erhöhte Selbstwirksamkeit sowie geringere Krankheitskosten vor allem durch weniger Arbeitsausfälle hatten.