

SPONDYLO- ARTHRITIS

Informationen für Patient*innen



Inhalt

Diese Broschüre kann Ihnen nützliche Informationen zur Spondyloarthritis und Ihrer Therapie zur Verfügung stellen, jedoch das Gespräch mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt nicht ersetzen.

Die Broschüre erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Bitte lesen Sie auch die Gebrauchsinformation Ihres Medikaments für die Behandlung Ihrer Spondyloarthritis, die jeder Packung beiliegt.

Vorwort	5
1. Ausflug in die Geschichte	6
2. Spondyloarthritis: Was ist das?	8
Klärung der Begriffe	8
Enthesitis und Daktylitis: häufige Merkmale der SpA.....	11
Verwandtschaftliche Beziehungen: die SpA als Familie ...	11
Sonderfall reaktive Arthritis	12
Verlauf und Vorbeugung der SpA.....	12
Ist die SpA erblich?	14
Symptome der SpA	15
3. Langfristige Schäden	17
4. Zuverlässige Informationen und gute Betreuung	20
Welche Ärztinnen und Ärzte sind für mich zuständig?	20
Hilfe zur Selbsthilfe	20
5. Diagnose der SpA	22

6. Behandlung der Spondyloarthritis	24	9. Mögliche Nebenwirkungen	32
Ziele der Rheumabehandlung	24	10. Was kann ich selbst tun?	33
Eine wichtige Säule der Behandlung:		11. Schwangerschaft und Familienplanung	36
Bewegung, Bewegung, Bewegung!.....	24	12. Nicht nur Pillen und Spritzen:	
7. Medikamentöse Therapie	26	Die Therapie der SpA ist vielfältig	37
Stufe I. Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)	26	13. Planen auf lange Sicht	
Stufe II. Krankheitsmodifizierende Medikamente		Worauf kommt es in meiner Zukunft an?	38
(DMARDs)	27	14. Zukunftsmusik:	
1. Konventionelle DMARDs	27	Woran arbeitet die Wissenschaft?	38
2. bDMARDs oder Biologika	28		
3. Janus-Kinase-Inhibitoren (JAK-Inhibitoren)	29		
Weitere Medikamente	30		
– Analgetika	30		
– Andere Begleitmedikamente	30		
8. Was passiert, wenn neue Medikamente			
 nicht ausreichend helfen?	31		



Vorwort

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Diagnose einer chronischen Erkrankung zu erhalten, ist ein zwiespältiger Moment. Bei Patient*innen mit einer Spondyloarthritis (die ältere Bezeichnung lautet Morbus Bechterew) vergeht manchmal viel Zeit, bis erkannt wird, dass die hartnäckigen Rückenschmerzen Ausdruck einer entzündlichen Wirbelsäulenerkrankung sind. Da kann die Diagnosestellung für die Betroffenen eine Erleichterung bedeuten: „Endlich weiß ich, was ich habe!“ Aber gleichzeitig entstehen Fragen und möglicherweise auch Befürchtungen: „Die Erkrankung wird mich wohl ein Leben lang begleiten – was wird aus mir? Werde ich mein gewohntes Leben weiterführen können? Muss ich lebenslang Medikamente einnehmen?“

Diese Broschüre soll Ihre Fragen beantworten und Sie mit dem nötigen Wissen über die Krankheitsgruppe der Spondyloarthritiden ausstatten. Sie soll Ihnen Wege aufzeigen, die Sie selbst beschreiten können, um negative Auswirkungen der Erkrankung zu verhindern. In den letzten Jahren hat sich unser Wissen darüber, wie Spondyloarthritiden entstehen und wie man sie feststellen

kann, erfreulich vermehrt. Außerdem sind viele neue wirksame Medikamente für die Spondyloarthritiden entwickelt worden, sodass heute sehr viel effektivere Behandlungsmöglichkeiten existieren als noch vor wenigen Jahren. Es ist daher für mich als Verfasser einer solchen Informationsschrift ein großes Vergnügen, Sie mit Informationen zu versorgen, die mit Recht dafür geeignet sind, Ihnen Zuversicht und Vertrauen in die moderne Medizin zu vermitteln.

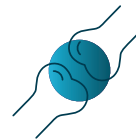
Mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit.



apl. Prof. Dr. med. Gernot Keyßer
(verantwortlich für den Inhalt)



apl. Prof. Dr. med. Gernot Keyßer
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II,
Arbeitsbereich Rheumatologie,
Universitätsklinikum Halle (Saale)



1. Ein Ausflug in die Geschichte

Die Entdeckung der Röntgenstrahlen im Jahre 1895 stellte einen Meilenstein der modernen Medizin dar. Mit Hilfe der Röntgentechnik konnten erstmals die entzündlichen und verknöchernden Veränderungen an der Wirbelsäule sichtbar gemacht werden, die typisch für die axiale Form der Spondyloarthritis (axSpA) sind (zur genaueren Beschreibung dieser Fachbegriffe siehe Kapitel 2: Klärung der Begriffe). Durch die Röntgenuntersuchung von ägyptischen Mumien weiß man, dass diese krankhaften Veränderungen bereits im alten Ägypten vor mehr als 3.000 Jahren aufgetreten sind, ohne dass man damals die Erkrankung zu benennen wusste.

Ende des 19. Jahrhunderts beschrieb Wladimir Michailowitsch Bechterew (geboren 1857, gestorben 1927) Verknöcherungen und Versteifungen der Wirbelsäule bei einer Gruppe von Patient*innen. Sein viel beachteter Aufsatz prägte im deutschsprachigen Raum den Begriff „Morbus Bechterew“, mit dem nach heutigem Verständnis besonders schwer verlaufende Formen einer axSpA bezeichnet wurden. Allerdings litten etliche der von W.M. Bechterew beschriebenen Patient*innen eigentlich an anderen Erkrankungen. Heute wird der Begriff „Morbus Bechterew“ in der wissenschaftlichen Literatur nicht mehr verwendet, auch wenn er

Ärztinnen und Ärzten, sowie Betroffenen oft noch geläufig ist.

1973 wurde entdeckt, dass Patient*innen mit einer axSpA sehr häufig ein bestimmtes Erbmerkmal aufweisen, ein Molekül, genannt HLA-B27 – eine Variante des humanen Proteinkomplexes Human Leukocyte Antigen-B (HLA-B). Damit war erstmalig der erbliche Charakter der Spondyloarthritis in einem wesentlichen Detail erklärt, und die Bestimmung dieses Erbmerkmals ist heute ein wichtiger Baustein der Krankheitserkennung.

Mit der Markteinführung der Biologika Anfang des 21. Jahrhunderts begann für die Therapie der Spondyloarthritis ein neues Zeitalter. Standen bis zu diesem Zeitpunkt nur nichtsteroidale Antirheumatika und andere, nur wenig erfolgreiche Medikamente zur Verfügung, konnte durch diese neuen Substanzen erstmals eine wirklich nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden.



2. Spondyloarthritis: Was ist das?

Klärung der Begriffe

Der Begriff „**Spondyloarthritis/Spondyloarthritiden**“ (**SpA**) kennzeichnet eine Krankheitsgruppe, die mit Entzündungen an der Wirbelsäule und an Gelenken einhergeht (Griechisch: Spondylos: der Wirbel, Arthros: das Gelenk). Bei den Betroffenen kommt es zu einer Entzündung der Wirbelsäule und der Sakroiliakalgelenke, den Gelenken zwischen dem untersten Abschnitt der Wirbelsäule – dem Kreuzbein – und den Beckenknochen. In diesem Fall spricht man von einer axialen Spondyloarthritis (axSpA), denn die Wirbelsäule wird auch als „Achsen skelett“ bezeichnet (**Abbildung 1**).

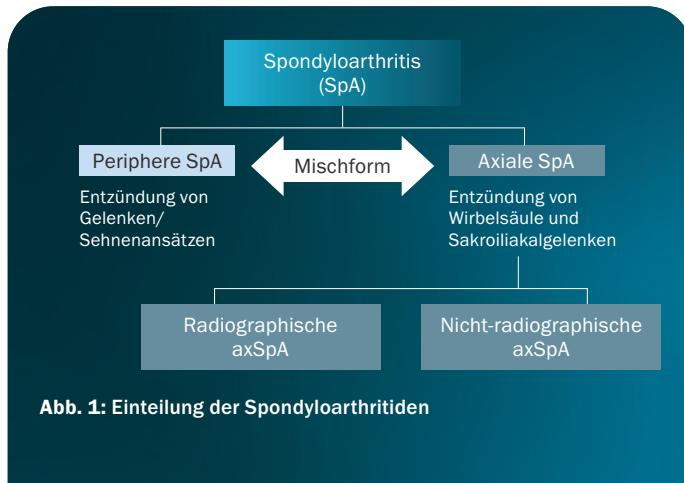


Abb. 1: Einteilung der Spondyloarthritiden

In den letzten Jahren hat es sich durchgesetzt, dass man die axSpA in zwei weitere Unterformen einteilt: radiographische und nicht-radiographische axSpA (**Abbildung 1**). Bei der radiographischen axSpA lassen sich typische Veränderungen bereits im normalen Röntgenbild erkennen: Hier liegt also das vollständige und sicher zuzuordnende Bild der axialen Spondyloarthritis vor. Das Krankheitsbild der radiographischen axSpA ist im Wesentlichen deckungsgleich mit den beiden Bezeichnungen Morbus Bechterew und **ankylosierende Spondylitis (AS)**, beides ältere Bezeichnungen. „Ankylosierend“ (Griechisch: ankylos: gebeugt, gebogen) bezeichnet dabei die Versteifung der Wirbelsäule.

Im Gegensatz zur radiographischen axSpA sind bei der nicht-radiographischen axSpA die entzündlichen Veränderungen nur im Magnetresonanztomogramm (MRT) zu erkennen oder lassen sich gar nicht sichtbar machen (**Abbildung 2**). Die nicht-radiographische axSpA kann also eine frühe oder auch eine milde Variante einer axSpA darstellen. Allerdings ist der Leidensdruck der Betroffenen oft ähnlich hoch. Patient*innen mit nicht-radiographischer axSpA benötigen oft die gleiche intensive und komplexe Behandlung wie Patient*innen mit der radiographischen Variante.

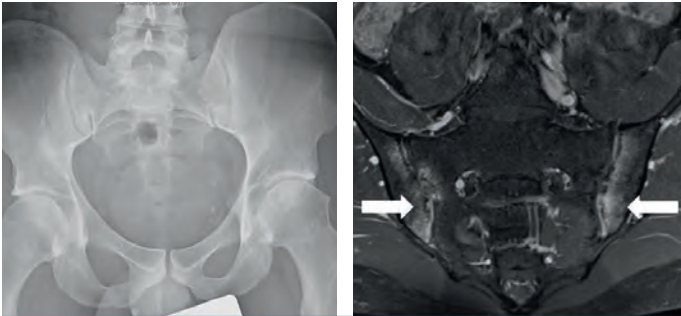


Abb. 2: Typisches Bild einer nicht-radiographischen axSpA: Das Röntgenbild zeigt einen Normalbefund, im MRT finden sich dagegen ausgeprägte Entzündungen der Sakroiliakgelenke (Pfeile)

Bei der SpA kommt es auch zur Entzündung von Gelenken. Erfahrene Rheumatolog*innen können schon an der Verteilung der betroffenen Gelenke erkennen, ob es sich um eine SpA oder um die ebenfalls häufige rheumatoide Arthritis (RA) handeln könnte. Bei der SpA schwellen oft große Gelenke an (z. B. die Knie- und Sprunggelenke), die Beine sind häufiger betroffen als die Arme (**Abbildung 3**). Es kann aber auch Verläufe geben, die einer RA sehr ähneln. Dann sind die kleinen Finger- und/oder Zehengelenke geschwollen und schmerzhaft. Steht nicht die Beteiligung der Wirbelsäule, sondern die Gelenkentzündung im Vordergrund, spricht man von einer **peripheren SpA**.

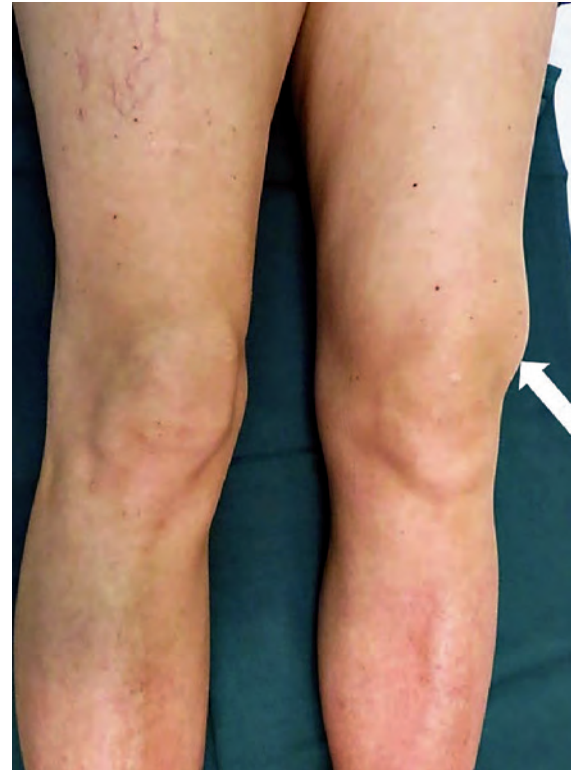


Abb. 3: Kniegelenksschwellung links bei peripherer SpA (Pfeil)

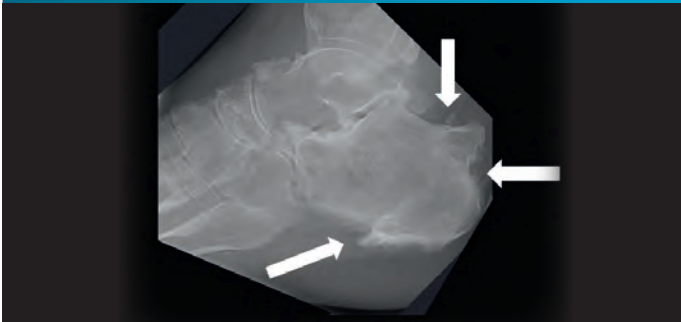
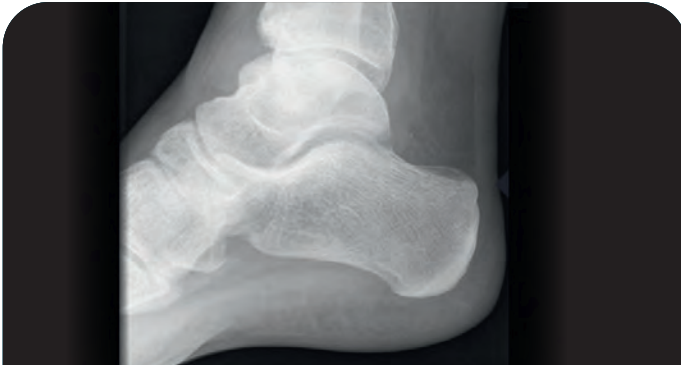


Abb. 4: Röntgenbild einer Enthesitis bei peripherer SpA: Oben normales Sprunggelenk in Seitenansicht, unten Patient mit peripherer SpA und knöchernen Anbauten der Sehnenansätze am Fersenbein als Ausdruck einer Enthesitis (Pfeile)



Abb. 5: Daktylitis der linken Großzehe, gleichzeitig Schuppenflechte an beiden Zehennägeln



Abb. 6: Entzündliche Augenveränderungen bei SpA: Links akute Entzündung, rechts chronische Veränderungen der Regenbogenhaut, die zu einem Verziehen der Pupille nach unten geführt hat.

Enthesitis und Daktylitis: häufige Merkmale der SpA

Bei der SpA kommt es zu einer Besonderheit, die für die Betroffenen sehr belastend sein kann. An jedem Körper finden sich zahlreiche Verbindungen zwischen Sehnen und Knochen, sogenannte Enthesen (Enthesis: Griechisch: der Ansatz). Auch Laien kennen die Stelle, an der die Achillessehne am Fersenknochen ansetzt. Leistungssportler*innen wissen, dass diese Ansatzstelle sehr schmerzempfindlich und bei Überlastung für lange Zeit Probleme bereiten kann. Aus bisher nur unzureichend geklärter Ursache entzündeten sich bei SpA-Patient*innen diese Enthesen auch spontan und verursachen dann als sogenannte Enthesitis hartnäckige und intensive Schmerzen (**Abbildung 4**).

Ebenfalls unangenehm ist die Entzündung ganzer Finger oder Zehen, die dann wurstförmig geschwollen aussehen (**Abbildung 5**). Diese Erscheinung wird Daktylitis genannt (Daktylos: Griechisch: der Finger).

Verwandtschaftliche Beziehungen: die SpA als Familie

Die Ausprägung und der Schweregrad einer SpA kann individuell sehr unterschiedlich sein. Darüber hinaus können sich axiale und

periphere SpA überlagern oder ineinander übergehen. Dazu kommt, dass es Patient*innen gibt, bei denen man je nach Blickwinkel eigentlich mehrere Erkrankungen feststellen könnte. So gibt es SpA-Patient*innen, die eine Schuppenflechte haben und damit auch als **Psoriasis-Arthritis** eingeordnet werden könnten. Andere hatten anfangs eine chronisch-**entzündliche Darmerkrankung** (Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa) und entwickelten später Entzündungen der Wirbelsäule. Derartige Überlappungen sind nicht ungewöhnlich: Man spricht bei der SpA von einer Krankheitsfamilie, die verwandtschaftliche Beziehungen zu anderen Erkrankungen aufweist.

Dazu passt, dass die SpA buchstäblich ins Auge gehen kann: Manche SpA-Patient*innen haben – oft schon vor ihren Entzündungen am Skelettsystem – **Entzündungen im Inneren des Auges (Uveitis) (Abbildung 6)**. Entzündet sich z. B. die Regenbogenhaut, klagten die Patient*innen über Augenschmerzen und verschwommenes Sehen. Derartige Episoden können sich wiederholen und bleibende Störungen des Sehvermögens verursachen.

Sonderfall reaktive Arthritis: heftig, lästig, aber meist mit gutem Ende

Eine besondere Spielart aus der Familie der SpA ist ganz eindeutig an bakterielle Infektionen gekoppelt: die sogenannte **reaktive Arthritis**. Dabei bedeutet „reaktiv“, dass sich die Gelenkentzündung als Reaktion auf eine bakterielle Infektion entwickelt – ohne dass die Krankheitskeime das Gelenk direkt befallen. Die Betroffenen sind oft jünger als 40 Jahre und erkranken zunächst an einer Durchfallerkrankung, einer Mandelentzündung oder einer anderen Infektion. Kurze Zeit später entwickeln sie heftige Gelenkentzündungen an wenigen großen Gelenken. Die Gelenke sind oft gerötet und sehr schmerzempfindlich. Obendrein kann es Monate dauern, bis die Schmerzen verschwunden sind. Dennoch heilt die Mehrzahl der reaktiven Arthritiden vollständig aus – Übergänge in eine chronische periphere SpA sind jedoch möglich.

Wie entsteht eine SpA? Kann man der Erkrankung vorbeugen?

Bis heute ist nicht vollständig geklärt, wie eine SpA entsteht. In den letzten Jahren ist jedoch deutlich geworden, dass Bakterien nicht nur an der Entstehung der oben genannten reaktiven Arthritis beteiligt sind, sondern auch einen Anteil an der Entstehung der

axialen und peripheren SpA haben können. Eine besondere Rolle scheint dabei die **Mikrobiota** zu spielen. Mit diesem Begriff bezeichnet man die Gesamtheit der in und auf unserem Körper lebenden Mikroorganismen. In den letzten Jahren haben wir gelernt, dass wir diese einzelligen Lebewesen nicht nur als „Krankheitserreger“ und unerwünschte Gäste ansehen sollten. Sie stellen einen wichtigen Faktor für die Stabilität unserer Lebensfunktionen dar, können sogar Verbündete sein, die uns vor manchen Eindringlingen bewahren. Ist die Mikrobiota gestört, können unerwünschte Mikroorganismen leichter ihren Weg in das Körperinnere finden und chronische Entzündungen auslösen. Das Fundament einer stabilen Mikrobiota im Darm wird schon in der frühesten Kindheit durch die Ernährung gelegt. Vor diesem Hintergrund ist es interessant, dass Kinder, die als Baby nicht gestillt worden sind, leichter an einer SpA erkranken können.

Außerdem könnte das unten beschriebene Molekül HLA-B27 zur Entstehung einer SpA beitragen, indem es verhindert, dass der Körper bestimmte Bakterien wirksam bekämpfen kann. Auf diese Weise kann sich ein Entzündungsprozess verselbstständigen, der bei Menschen, die keine HLA-B27-Gene besitzen, problemlos beendet würde.

A close-up photograph of a person's hand with light blue nail polish. The hand is holding a small, delicate green stem with a single yellow flower head at the end. The background is out of focus, showing what appears to be a window or a bright indoor space. A dark teal text box is overlaid on the bottom left of the image.

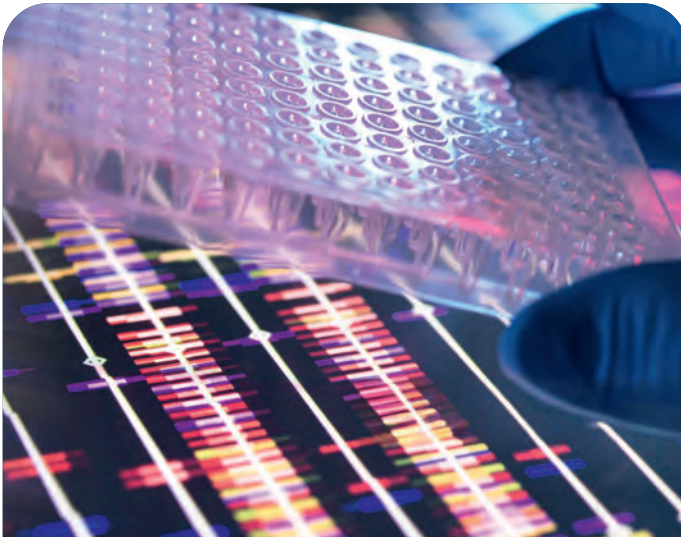
Rauchen ist ein Faktor, der die Entstehung einiger rheumatischer Erkrankungen begünstigt. Es ist auch erwiesen, dass eine SpA schwerer verläuft und wesentlich schlechter behandelbar ist, wenn die Betroffenen rauchen. Daher ist der Verzicht auf das Rauchen der wichtigste Schutz vor rheumatischen Erkrankungen.

Ist die SpA erblich?

Das Abwehrsystem spielt für die Entstehung einer SpA eine zentrale Rolle. Darum ist es nicht verwunderlich, dass der wichtigste vererbte Risikofaktor für die SpA ein Gen ist, das die Funktion des Immunsystems steuert. Ähnlich wie Blutgruppenmoleküle auf den roten Blutzellen, die jedem Menschen unveränderlich zu eigen sind, besitzen die Abwehrzellen (Leukozyten) einen für jeden Menschen typischen „Fingerabdruck“, der durch unsere Erban-

lagen festgelegt wird: das sogenannte HLA-System (HLA: humane Leukozyten-Antigene). Patient*innen mit einer SpA tragen in der überwiegenden Mehrheit der Fälle das Molekül HLA-B27 auf ihren Abwehrzellen. Gesunde Personen, die dieses Erbmerkmal tragen, haben ein deutlich höheres Risiko, eine SpA zu bekommen. Dieses Risiko erhöht sich, wenn die Betroffenen in der Familie Verwandte ersten Grades mit einer SpA haben. Das ist ein Hinweis darauf, dass außer HLA-B27 noch andere Gene an der Vererbung der SpA beteiligt sind. Außerdem erkranken Menschen, die HLA-B27-positiv sind, nicht „automatisch“ an einer SpA: Das Molekül HLA-B27 ist in der Bevölkerung weit verbreitet. An einer SpA erkrankt nur etwa jede zehnte HLA-B27-positive Person! Daher hat nicht jeder Mensch, der über Rückenschmerzen klagt und HLA-B27-positiv ist, eine SpA.

Ein anderes durch Vererbung festgelegtes Merkmal ist das Geschlecht. Aktuelle Erhebungen zeigen, dass Männer doppelt so häufig an einer SpA erkranken wie Frauen. Frauen haben häufiger milde Verläufe, daher wird ihre Erkrankung nicht selten übersehen oder anders eingeordnet.



Woran merke ich, dass ich eine SpA haben könnte?

Eine SpA kann sich auf verschiedene Weise äußern. Die Mehrzahl der an der Wirbelsäule betroffenen Patient*innen (axSpA-Patient*innen) leidet unter einem ganz speziellen Problem: dem entzündlichen Rückenschmerz. Patient*innen mit Rückenschmerzen gehören in jeder hausärztlichen Praxis zum alltäglichen Erscheinungsbild, manchmal achselzuckend vom Ausspruch begleitet: „Das ist eben der Preis für den aufrechten Gang.“ Umso wichtiger ist es, die Patient*innen zu finden, die aus dem alltäglichen Rahmen fallen.

Der entzündliche Rückenschmerz betrifft vor allem junge Menschen: Erste Symptome sind nicht selten schon im Teenageralter zu finden, selbst Kinder können an einer SpA erkranken. Dagegen ist es sehr selten, dass eine SpA erst nach dem 40. Lebensjahr auftritt. Der entzündliche Rückenschmerz der axSpA zieht sich über Monate hin und weist typische Merkmale auf:

Typische Merkmale der axSpA

Schleichender Beginn

Nächtliches Auftreten (vor allem in der zweiten Nachthälfte)

Ausgeprägte Morgensteifigkeit

Besserung bei Bewegung, KEINE Verbesserung durch Ruhe

Tiefsitzend mit Ausstrahlung in das Gesäß
(ein- oder beidseitig)

Gutes Ansprechen auf sog. nichtsteroidale Antirheumatika
(zur genaueren Beschreibung siehe Kapitel 7:
Stufe I. Nichtsteroidale Antirheumatika [NSAR])

Weitere Hinweise für eine SpA sind Entzündungen von Gelenken. Schmerzen in einem Gelenk müssen nicht unbedingt ein Hinweis auf eine Entzündung sein. Kommt aber eine sicht- oder tastbare Schwellung hinzu, fühlt sich das Gelenk warm an oder ist sogar gerötet, kann man von einer Gelenkentzündung ausgehen.

Beim Vorliegen von entzündlichem Rückenschmerz oder einer Gelenkentzündung sollte von der Hausärztin bzw. vom Hausarzt eine Überweisung in eine rheumatologische Praxis veranlasst werden, vor allem dann, wenn zusätzlich die Entzündungswerte (Blutsenkungsgeschwindigkeit und/oder das C-reaktive Protein) erhöht sind. Auch eine anhaltende Enthesitis oder Daktylitis (zur genaueren Beschreibung dieser Fachbegriffe siehe Kapitel 2: *Enthesitis und Daktylitis: häufige Merkmale der SpA*) sollten Anlass zur Überweisung sein.

Leider wird im Alltag die Diagnose oft mit Verzögerung gestellt. Im statistischen Durchschnitt vergehen von den ersten Symptomen an gerechnet 5 – 10 Jahre, bis die SpA festgestellt wird. Bei Frauen kann es sogar noch länger dauern. Ein Grund dafür scheinen die oft milderen Verläufe zu sein, welche verspätet zur Diagnose SpA führen können. Wichtiger als „Schuldige“ dafür zu suchen ist, das Bewusstsein über diese Erkrankung immer wieder wach zu halten.



3. Langfristige Schäden

Beide Formen der SpA – ob die Wirbelsäule (axSpA) oder die peripheren Gelenke betreffend – können sich über die Zeit ganz unterschiedlich entwickeln und ausprägen.

Eine axSpA verläuft in vielen Fällen mild. Die Erkrankung kann auf die Sakroiliakgelenke beschränkt bleiben und gut mit nichtsteroidalen Antirheumatika behandelbar sein. Bei etwa jeder 3. axSpA-Patientin bzw. jedem 3. axSpA-Patienten kann die aufsteigende Entzündung der Wirbelsäule jedoch zu erheblichen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen führen. Im Verlauf der Entzündung können sich zwischen den Wirbeln Knochenspannen ausbilden, die im schlimmsten Fall zu einer völligen Versteifung der Wirbelsäule führen (**Abbildung 7**). Diese kann auch von einer Verkrümmung begleitet sein, die für die Patient*innen sehr hinderlich ist (**Abbildung 8**): Ein Blick nach hinten (z. B. beim Autofahren), das Bücken nach einem heruntergefallenen Gegenstand, das Liegen auf einer ungeeigneten Unterlage: All das kann unmöglich werden oder große Probleme verursachen. Außerdem fehlt einer versteiften Wirbelsäule die Elastizität. Das führt dazu, dass bei kleineren Unfällen (z. B. bei einem Auffahrunfall) Erschütterungen nicht abgefangen werden können und die Wirbelsäule leichter bricht. Brüche der Wirbelsäule werden auch

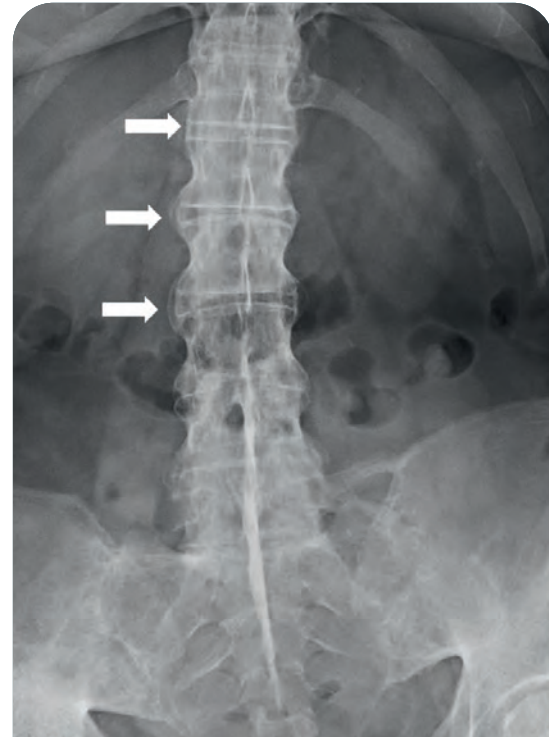


Abb. 7: Vollständige Einsteifung der Wirbelsäule durch Knochenspannen (Pfeile). Die Sakroiliakgelenke sind vollständig verknöchert.



Abb. 8: Langjährige axSpA mit starker Verkrümmung und völliger Einsteifung der Wirbelsäule

durch die Tatsache begünstigt, dass schwere SpA-Fälle mit der Zeit eine Osteoporose entwickeln können. Darunter versteht man einen Schwund der Knochenmasse, unter dem die Knochenfestigkeit und -elastizität zusätzlich leiden.

Die Gelenkentzündungen bei der peripheren SpA haben ebenfalls eine große Bandbreite: von geringer Belastung durch leichte Schmerzen bis zu schweren, die Gelenkfunktion massiv beeinträchtigenden Entzündungen und Zerstörungen. Auch Enthesi-

tiden (Entzündungen im Bereich der Sehnenansätze zwischen Sehnen und Knochen) (zur genaueren Beschreibung dieser Fachbegriffe siehe Kapitel 2: Enthesitis und Daktylitis: häufige Merkmale der SpA) können sehr hartnäckig und schwer zu behandeln sein.

Darüber hinaus können SpA-Patient*innen zusätzlich belastet werden: Immer wieder auftretende Augenentzündungen, Schübe einer Schuppenflechte oder einer Darmentzündung können komplizierte medizinische Probleme darstellen.

In früheren Jahrzehnten führte eine schwere SpA nicht selten zu weiteren Organschäden: Durch Ablagerung von Entzündungseiweißen oder durch begleitende Gefäßentzündungen konnte es zu Schäden des Herzens, der Lunge und der Niere kommen. Diese konnten im Verlauf der Erkrankung gefährlicher werden als die Beteiligung des Bewegungsapparats. Moderne Therapien haben diese schwerwiegenden Probleme jedoch deutlich seltener werden lassen.

Erst in den letzten Jahren wurde deutlich, dass SpA nach jahrelangem Verlauf die Entstehung von Herzinfarkten und Schlaganfällen begünstigen. In seltenen Fällen kann eine schwere SpA

Herz und große Blutgefäße (z. B. die Aorta, die Hauptschlagader) auch direkt schädigen z. B. durch Entzündungen an den Herzklappen und durch Herzrhythmusstörungen. Eine gute Behandlung der SpA senkt auch das Risiko dieser Herz- und Gefäßschäden.

Über diese klar zu benennenden typischen Symptome hinaus leiden viele Betroffene unter Erscheinungen, die schlechter fassbar sind. Dazu gehören ein ausgeprägtes Müdigkeitsgefühl, depressive Verstimmungen, der Verlust von Muskelmasse, Schlafstörungen und andere Beeinträchtigungen des Alltagslebens. Auch hier gilt: Eine gute Therapie verbessert das Wohlbefinden, auch abseits von Rückenschmerz und Gelenkschwellung.



4. Zuverlässige Informationen und gute Betreuung

Welche Ärztinnen und Ärzte sind für mich zuständig?

Erste Ansprechpartnerin bzw. erster Ansprechpartner für SpA-Patient*innen ist die Hausärztin bzw. der Hausarzt. Diese werden feststellen, ob der Verdacht auf eine rheumatische Erkrankung berechtigt ist, und zur weiteren Abklärung eine Überweisung zur rheumatologischen Praxis veranlassen. Rheumatologisch tätige Ärztinnen und Ärzte kommen in der Mehrzahl aus der Inneren Medizin. Auch orthopädische Kolleg*innen mit der Zusatzbezeichnung Rheumatologie betreuen Rheumapatient*innen dauerhaft. Eine rheumatologische Betreuung sollte so schnell wie möglich erfolgen, wenn der Verdacht auf eine SpA besteht. Deshalb bieten eine Reihe von rheumatologischen Praxen, aber auch Rheumazentren, Früharthritis-Sprechstunden an, in die akut und kurzfristig überwiesen werden kann. Dies ist sehr wichtig, um durch einen frühzeitigen Behandlungsbeginn die Entstehung von Schäden an Wirbelsäule und Gelenken zu verhindern.

Viele rheumatologisch tätige Ärztinnen und Ärzte sind in **Rheumazentren** zusammengefasst. Dabei sollten Hilfesuchende darauf achten, dass es sich bei dem so bezeichneten Zentrum um ein Mitglied der Arbeitsgemeinschaft regionaler kooperativer Rheuma-

zentren (AGRZ) handelt, da diese Rheumazentren besonderen Qualitätsansprüchen genügen und alle Anforderungen erfüllen, die für die Versorgung von Rheumakranken notwendig sind.

Hilfe zur Selbsthilfe – wo finde ich Rat und Hilfe von anderen Betroffenen?

Die größte **Selbsthilfeorganisation** für Rheumakranke ist die „**Deutsche Rheuma-Liga**“, eine der mitgliederstärksten Organisationen für Patient*innen dieses Landes. Seit Jahrzehnten arbeitet sie eng mit den rheumatologischen Fachorganisationen, den Kostenträgern (Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern) sowie mit Politiker*innen und Behörden zusammen. Daher sind Patient*innen mit einer SpA gut beraten, wenn sie sich Informationen über die Erkrankung, über Hilfs- und Gesprächsangebote sowie über Möglichkeiten von Bewegungsangeboten bei der Rheuma-Liga beschaffen. Jedes Bundesland hat einen eigenen Landesverband. Auch in kleineren Städten finden sich Selbsthilfegruppen der Rheuma-Liga, die gemeinsame Gesprächsnachmittage veranstalten, kulturelle Angebote unterbreiten und Physiotherapie-Angebote organisieren.



Patient*innen mit einer SpA haben darüber hinaus die Möglichkeit, sich der **Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V. (DVMB)** anzuschließen. Auch diese gemeinnützige Organisation ist bundesweit aufgestellt und dient in 14 Landesverbänden und über 330 örtlichen Selbsthilfegruppen als Anlaufstelle für Patient*innen mit SpA.

Natürlich existieren für SpA-Patient*innen zahlreiche **Internetangebote**. Auch hier sei zunächst auf die Homepages der Rheuma-Liga (www.rheuma-liga.de) und der DVMB (www.bechterew.de) verwiesen. Die meisten Landesverbände haben ihre eigene Homepage, auch zahlreiche vor Ort befindliche Rheumazentren bieten eigene Webseiten an. Die Homepage der Deutschen Rheuma-Liga bietet zudem die Möglichkeit zur Suche von Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeut*innen. Zusätzlich bietet die **Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh)** auf ihrer Homepage gut verständliche Informationen zu allen üblichen Rheumamedikamenten an (dgrh.de/Start/Versorgung/Therapieinformationen/Therapieinformationsbögen.html).

Achtung!

Nicht jedes Angebot aus dem Internet, welches bei rheumatischen Erkrankungen Erleichterung verspricht, stammt aus einer seriösen Quelle. Vorsicht geboten ist bei Anbieterinnen und Anbietern, die „Heilung“ verheißen, geheimnisvoll oder exotisch klingende Heilmittel oder Diäten anbieten oder Hilfe „ganz ohne Nebenwirkung“ bewerben. Im Zweifelsfall sollten die Betroffenen derartige Angebote immer mit ihren behandelnden Rheumatolog*innen besprechen.

5. Diagnose der SpA

Die ersten Weichen in Richtung Diagnose werden häufig bereits in der hausärztlichen oder orthopädischen Praxis gestellt. Blutentnahmen können dabei feststellen, ob die Entzündungswerte erhöht sind oder nicht. In der Regel wird die Patientin bzw. der Patient danach zur internistischen oder orthopädischen Praxis für Rheumatologie überwiesen.

In der rheumatologischen Praxis wird eine gründliche Befragung erfolgen. Außer nach der Art der Symptome wird gezielt nach ähnlichen Fällen bei Verwandten ersten Grades (Eltern, Geschwister, eigene Kinder) gefragt, da die SpA eine familiäre Häufung aufweist. Danach erfolgt eine körperliche Untersuchung von Gelenken und Wirbelsäule, aber auch der Sehnenansätze und der Haut.

Zu den veranlassten Blutentnahmen gehört die Bestimmung von HLA-B27 (zur genaueren Beschreibung dieses Fachbegriffes siehe Kapitel 2: *Ist die SpA erblich?*). Bitte wundern Sie sich nicht, wenn Sie dafür ein umfangreiches Einverständnisformular unterschrei-

ben müssen: Das deutsche Gendiagnostik-Gesetz erfordert es so, auch wenn Sie auf ein Merkmal ähnlich einer Blutgruppe und nicht auf einen genetischen Defekt hin untersucht werden.

Zum Standard der rheumatologischen Erstuntersuchung gehören weiterhin **bildgebende Verfahren**. Bereits wenn Sie auf der Untersuchungsliege liegen, kann Ihre Rheumatologin bzw. Ihr Rheumatologe mittels **Ultraschall** feststellen, ob Sehnenansätze oder Gelenke entzündet sind. Eine hohe Aussagekraft für entzündliche Veränderungen hat die **Magnetresonanztomographie (MRT)**. Diese ist in der Lage, Entzündungen an den Sakroiliakalgelenken, der gesamten Wirbelsäule, aber auch an Gelenken und Sehnenansätzen sichtbar zu machen. Die Beurteilung von MRT-Aufnahmen bei axSpA-Patient*innen ist eine Aufgabe, die ein hohes Maß von Kenntnissen und eine gute Kooperation zwischen der radiologischen und rheumatologischen Praxis erfordert: Nicht jede von der Norm abweichende Veränderung auf dem MRT-Bild ist tatsächlich ein Hinweis für eine axSpA.

Mit Hilfe von konventionellen Röntgenaufnahmen können medizinische Fachkräfte wichtige Aussagen über Becken und Wirbelsäule treffen, vor allem bei der Entdeckung einer Entzündung der Sakroiliakgelenke (**Abbildung 9**). Frühe Veränderungen bleiben

auf dem normalen Röntgenbild jedoch oft unentdeckt. Außerdem sollte man gerade jüngeren Menschen und Frauen im gebärfähigen Alter die Strahlenbelastung ersparen.

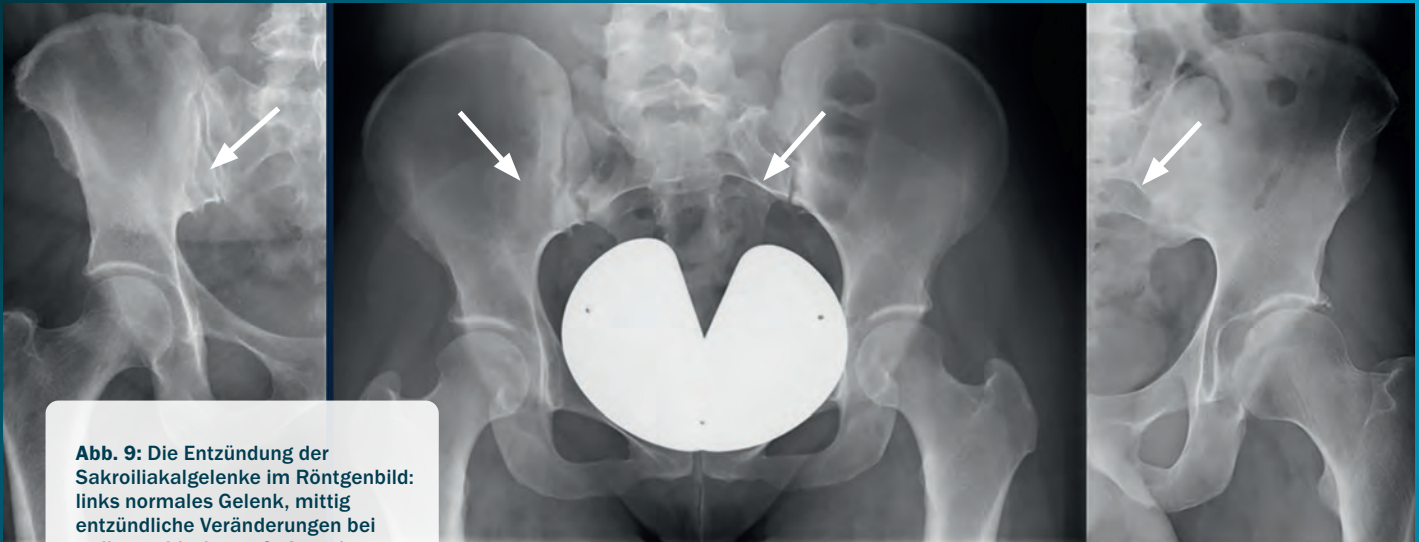


Abb. 9: Die Entzündung der Sakroiliakgelenke im Röntgenbild: links normales Gelenk, mittig entzündliche Veränderungen bei radiographischer axSpA, rechts vollständige Verknöcherung.

6. Behandlung der Spondyloarthritis

Haben die Rheumatolog*innen die Diagnose zweifelsfrei gestellt, sollte unverzüglich mit einer Therapie begonnen werden.

Die Behandlung hat folgende Ziele:

Rasche Linderung von Rücken- und/oder Gelenkschmerz und Gelenkschwellung

Verhinderung von Beeinträchtigungen der Wirbelsäulen- und Gelenkfunktion

Verhinderung von Spätschäden der Erkrankung

Gewährleistung einer vollständigen Teilhabe am bisherigen Berufs- und Alltagsleben

Verhinderung von Begleiterkrankungen (insbesondere Herz- und Gefäßerkrankungen)

Sicherung einer normalen Lebenserwartung

Die Ziele der rheumatologischen Behandlung lassen sich in einem einzigen Wort definieren: Remission! Der Begriff bedeutet, dass sich sämtliche Krankheitszeichen zurückgebildet haben, auch die unangenehmen Begleiterscheinungen wie Müdigkeit und Abge-

schlagenheit. Auch wenn dieses Ziel heute noch nicht für alle SpA-Patient*innen erreicht werden kann, ist in den letzten Jahren der Anteil derer, bei denen eine Remission erreicht wurde, beständig gestiegen.

Eine SpA-Therapie gelingt nur, wenn Patient*innen und behandelnde Ärztinnen und Ärzte einen langen Atem haben. Für eine moderne Rheumatherapie müssen mehrere Fachdisziplinen zusammenarbeiten. Der Erfolg einer Behandlung muss in regelmäßigen Abständen kontrolliert werden. Neben dem ausführlichen Arzt-Patientengespräch helfen dabei wissenschaftlich geprüfte Methoden, z. B. in Form von Fragebögen, die erfassen, ob die SpA ausreichend behandelt wird und die Entzündungen unter Kontrolle sind. Nur so kann erkannt werden, ob ein Behandlungskonzept überdacht und geändert werden muss.

Eine wichtige Säule der Behandlung: Bewegung, Bewegung, Bewegung!

Gerade bei Patient*innen mit axSpA ist es mit der Verschreibung von Arzneimitteln allein nicht getan. Eine konsequente **Physiotherapie** (z. B. aktive Krankengymnastik, manuelle Therapie) ist Kernbestandteil der SpA-Therapie. Daher gehört die Zusammen-

arbeit mit Physio- und Ergotherapeut*innen, die **Versorgung mit rehabilitativen Maßnahmen**, wie ambulanten und stationären Heilkuren, sowie eine qualifizierte **Information und Schulung der Patient*innen** in das Behandlungskonzept. Mindestens ebenso wichtig ist eine disziplinierte und regelmäßige Durchführung von den erlernten Übungen durch die Betroffenen selbst. Diese Übungen sollen nicht nur auf den Erhalt der **Wirbelsäulenbeweglichkeit** gerichtet sein, sondern auch die **Kondition und Fitness schulen** und helfen, Stürze zu verhindern.

Die Möglichkeiten zu körperlicher Betätigung sind dabei vielfältig und natürlich von den Möglichkeiten vor Ort abhängig. Ob Gruppen- oder Einzelgymnastik, Trockengymnastik oder Übungen im Bewegungsbad: Für jeden Betroffenen gibt es Möglichkeiten. Rat und Hilfe gerade beim Thema Bewegung bieten in jedem Fall die Selbsthilfegruppen (siehe Kapitel 4: *Hilfe zur Selbsthilfe – wo finde ich Rat und Hilfe von anderen Betroffenen?*).



7. Medikamentöse Therapie

Die Behandlung der SpA-Patient*innen mit Medikamenten folgt einem Stufenplan. Handlungsempfehlungen zur Behandlung der SpA werden von nationalen und internationalen rheumatologischen Fachgesellschaften erarbeitet und ständig auf den neuesten Stand gebracht. In Deutschland existiert seit Ende 2018 eine Leitlinie, deren wesentliche Inhalte in diese Broschüre eingeflossen sind.

Stufe I. Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)

Diese Medikamente werden in der gesamten Medizin häufig angewendet. Bei der axSpA bilden sie die erste Stufe der Behandlung. Patient*innen mit axSpA sprechen im Vergleich zu denen mit unspezifischen Rückenschmerzen deutlich besser auf die NSAR-Therapie an. Dieser therapeutische Effekt kann einen gewissen Hinweis darauf erlauben, ob es sich bei den beklagten Rückenschmerzen tatsächlich um eine axSpA handelt oder nicht. Grundsätzlich werden NSAR zur Linderung von Schmerzen und Steifigkeit an der Wirbelsäule eingesetzt.

Dennoch gibt es einen nicht unbeträchtlichen Teil von Patient*innen, bei denen NSAR nicht ausreichend wirksam sind.

Außerdem muss berücksichtigt werden, dass ihr langfristiger Gebrauch Nebenwirkungen mit sich bringen kann. Dazu gehören Einschränkungen der Nierenfunktion und die Steigerung des Blutdrucks sowie Störungen der Blutgerinnung. Auch Schäden an der Magen- und Darmschleimhaut sind bekannt. Daher werden NSAR heute in der Regel mit einem Medikament zum Magenschutz kombiniert. Zu häufig verschriebenen NSAR gehören Ibuprofen oder Diclofenac und die moderneren Coxibe. Coxibe sind für den Magen- und Darmtrakt besser verträglich, Nebenwirkungen an Niere und Blutdruck können jedoch ebenfalls auftreten. Während daher bei jungen, ansonsten gesunden Patient*innen die Behandlung mit NSAR wenig Probleme bereitet, sind diese Medikamente für ältere Personen oft ungeeignet, vor allem wenn sie unter Bluthochdruck und Nierenschäden leiden.

Die Auswahl des NSAR richtet sich danach, wie stark die Schmerzen sind, und wie lange sie andauern. Einige NSAR wirken nur wenige Stunden, andere den ganzen Tag – was aber auch bedeutet, dass die Nieren sehr lange dem ungünstigen Einfluss des Medikaments ausgesetzt ist. NSAR sollten daher nur in der geringstmöglichen Dosis und nach Möglichkeit nur bei Bedarf gegeben werden.

Bei peripherer SpA können NSAR in wenigen Einzelfällen ausreichen, um Gelenkschmerzen und -entzündungen zu lindern. In den meisten Fällen werden jedoch andere Medikamente notwendig sein.



Stufe II. Krankheitsmodifizierende Medikamente (DMARDs)

Reicht ein NSAR nicht aus, um die Krankheitsaktivität zu kontrollieren, wird zunächst versucht, mit einem anderen NSAR-Präparat doch noch eine Schmerzfreiheit zu erzielen. Der Erfolg dieser Umstellung sollte aber nach spätestens 4 Wochen eingetreten sein. Bleibt der Therapieeffekt mit NSAR Präparaten aus, ist es Zeit für die zweite Stufe der SpA-Therapie: die Gabe von DMARDs. Diese Abkürzung kommt aus dem Englischen: Disease modifying antirheumatic drugs, krankheitsmodifizierende antirheumatische Medikamente. Diese Substanzen werden in Deutschland oft „Basistherapeutika“ genannt, da sie die Basis der rheumatologischen Behandlung bilden. International üblich ist jedoch der englische Begriff, der ausdrückt, dass diese Präparate nicht nur die oberflächlichen Krankheitszeichen lindern, sondern grundsätzlich und tiefgehend in den Entzündungsprozess eingreifen. Dabei werden drei Gruppen voneinander unterschieden:

1. Konventionelle DMARDs: Sie werden schon seit Jahrzehnten erfolgreich für Patient*innen mit rheumatoider Arthritis (RA) eingesetzt. Bei den Spondyloarthritis spielen sie jedoch nur eine geringe Rolle, da sie keine erkennbare Wirkung auf die

Entzündung der Wirbelsäule zeigen. Bei milden Verlaufsformen der peripheren SpA wird auch heute noch das altbewährte Präparat Sulfasalazin eingesetzt, das in Tablettenform gegeben wird.

2. bDMARDs oder Biologika: Bei diesen Medikamenten handelt es sich um neuere, biotechnologisch hergestellte Substanzen, die vollständig oder weitgehend menschlichen Eiweißen entsprechen. Sie werden entweder als Spritze unter die Haut oder in eine Vene verabreicht. Biologika hemmen gezielt Botenstoffe der Entzündung. Diese Medikamente sind seit Beginn des 21. Jahrhunderts für SpA-Patient*innen immer bedeutsamer geworden. Die zurzeit dafür auf dem Markt befindlichen Biologika sind gegen wichtige Botenstoffe gerichtet: Tumornekrosefaktor und Interleukin-17 sind Botenstoffe, die im Mittelpunkt aller Entzündungsvorgänge von Gelenken und der Wirbelsäule stehen. Deren Hemmung durch Biologika führt bei SpA-Patient*innen zu einem raschen Nachlassen der Rückenschmerzen und – vor allem in frühen Krankheitsstadien – zu einer Verbesserung der Wirbelsäulenbeweglichkeit. Eine Liste der aktuellen, für die Behandlung der Spondyloarthritis zugelassenen Biologika findet sich in

Darüber hinaus wirken sie auf zahlreiche Aspekte der SpA:

Sie bringen entzündete Gelenke zum Abschwellen

Sie unterdrücken die Entzündung von Sehnenansätzen (Enthesen)

Sie verringern z.T. die Häufigkeit von Augenentzündungen

Sie bringen die Hautveränderungen bei Schuppenflechte zum Abklingen

Sie helfen z. T. bei entzündlichen Darmerkrankungen und beugen einer Osteoporose vor

Sie lindern Müdigkeit und allgemeine Abgeschlagenheit

Tabelle 1. Diese Liste wird wahrscheinlich aufgrund der intensiven Forschung für die Entwicklung neuer Medikamente in der nächsten Zeit noch länger werden.

Patient*innen mit SpA, die Biologika erhalten, werden seltener arbeits- oder erwerbsunfähig. Langzeitbeobachtungen bescheinigen diesen Medikamenten eine Schutzwirkung auf Herz und Gefäße und sprechen dafür, dass Biologika das Leben der Behandelten verlängern. Die Biologika sind insgesamt gut verträglich

und anwenderfreundlich. Zu den Nebenwirkungen dieser Therapien kommen wir weiter unten im Kapitel 9. In den letzten Jahren konnten nach Ablaufzeit von bestimmten Patentrechten auf bDMARDs sogenannte Biosimilars („similar“ heißt übersetzt ins Deutsche „ähnlich“) entwickelt werden, die genauso sicher und wirksam wie die Originalpräparate sind, jedoch deutlich weniger Kosten verursachen.

Einzelne Biologika unterscheiden sich in ihrer Anwendung durchaus: Einige wirken besser auf die Haut, andere sind erfolgreicher bei begleitenden Augen- oder Darmentzündungen. Auch die möglichen unerwünschten Wirkungen und Warnhinweise können sich von Präparat zu Präparat unterscheiden.

3. Janus-Kinase-Inhibitoren (JAK-Inhibitoren):

Hierbei handelt es sich um eine Substanzgruppe, die erst vor einigen Jahren in die Rheumatherapie eingeführt wurde. JAK-Inhibitoren (JAKi) hemmen Entzündungsprozesse, indem sie sehr gezielt in den einzelnen Zellen Signalwege zwischen Zelloberfläche und Zellkern blockieren. Mittlerweile haben auch die JAK-Inhibitoren Eingang in das Therapiekonzept der SpA gefunden. Die hier aktuell zugelassenen Präparate finden sich in **Tabelle 1**.

Tabelle 1: Aktuell für die Behandlung der axSpA zugelassene Biologika und JAK-Inhibitoren

	Präparat	Gerichtet gegen:	Biosimilars vorhanden?
Biologika	Infliximab	TNF	Ja
	Adalimumab	TNF	Ja
	Etanercept	TNF	Ja
	Golimumab	TNF	Nein
	Certolizumab Pegol	TNF	Nein
	Secukinumab	Interleukin-17A	Nein
	Ixekizumab	Interleukin-17A	Nein
JAK-Inhibitoren	Bimekizumab	Interleukin-17A/F/AF	Nein
	Tofacitinib	JAK1/3	Nein
	Upadacitinib	JAK1	Nein

TNF: Tumornekrosefaktor; JAK: Janus-Kinase

JAK-Inhibitoren sind ebenfalls relativ gut verträglich, in ihrer Wirksamkeit den Biologika offenbar gleichwertig und durch die orale Einnahme anwenderfreundlich. Bezüglich der Sicherheitsdaten ähneln diese Medikamente den Biologika, allerdings traten in einigen klinischen Studien etwas häufiger Fälle von Varicella-Zoster-Infektionen (Gürtelrose) auf. Die Anwendung der JAKi unterliegt bei Patient*innen mit bestimmten Risikofaktoren (Alter ≥ 65 Jahre, kardiovaskuläre oder maligne Risikofaktoren) besonderen Empfehlungen sowie entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen.

Weitere Medikamente

Analgetika: Darunter verstehen wir reine Schmerzmittel, die keine eigenständige entzündungshemmende Funktion haben. In diese Gruppe fallen Präparate, die rezeptfrei in Apotheken erhältlich sind, wie Paracetamol, aber auch sehr starke, verschreibungs-

pflichtige Schmerzmittel, die Verwandte des Morphiums sind. Analgetika finden vor allem bei Patient*innen Anwendung, die bereits starke Schäden an Wirbelsäule und Gelenken aufweisen und einen langjährigen Krankheitsverlauf haben. Eine frühzeitige Anwendung von Basistherapeutika sollte die Verschreibung von Analgetika überflüssig machen.

Andere Begleitmedikamente: In diese Gruppe fallen Medikamente, die unangenehme Begleiterscheinungen der Erkrankung oder auch der antirheumatischen Medikamente auffangen sollen. Dazu gehören z. B. Präparate, die gegen die Osteoporose gerichtet sind, wie Vitamin D, Eisenpräparate bei einem echten begleitenden Eisenmangel, Präparate zum Magenschutz bei gleichzeitiger Verschreibung von nichtsteroidalen Antirheumatika und viele andere mehr.

8. Was passiert, wenn Medikamente nicht ausreichend helfen?

In den rheumatologischen Praxen wird mittlerweile sehr genau kontrolliert, ob die Medikamente ihre Wirkung tatsächlich entfalten. Dazu stehen den Rheumatolog*innen wissenschaftlich geprüfte Messinstrumente zur Verfügung. So wird mit Fragebögen die Stärke der Rückenschmerzen und der Morgensteifigkeit sowie die von Patient*innen persönlich empfundene Stärke der Krankheitsaktivität und Entzündung erfasst. Zusätzlich wird die Höhe der Entzündungswerte im Labor gemessen. Daher kann bereits nach einem Vierteljahr festgestellt werden, ob der eingeschlagene Weg richtig ist oder ob auf ein anderes Präparat umgestellt werden sollte. In längerfristigen Zeiträumen wird auch die Beweglichkeit der Wirbelsäule geprüft. Zusätzlich kann die Betrachtung der MRT- und Röntgenbilder zeigen, ob die Erkrankung unter Kontrolle ist. Auf diese Weise kann bei den meisten Patient*innen heutzutage eine Remission erreicht werden.



9. Mögliche Nebenwirkungen

Die modernen Rheumamedikamente werden von den meisten Patient*innen gut vertragen. Grundsätzlich gilt, dass die Nebenwirkungen der SpA – Schäden an Wirbelsäule und Gelenken, Beeinträchtigung der Lebensqualität und langfristige Schäden an Blutgefäßen und Organen – wesentlich stärker ins Gewicht fallen als die Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie. Dennoch sollte jeder Betroffene über mögliche unerwünschte Effekte einer Behandlung Bescheid wissen. Dies geschieht durch ein ausführliches Gespräch mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und mit Hilfe von Informationsmaterial, wie es z. B. durch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie für jedes einzelne Präparat in verständlicher Form zur Verfügung gestellt wird.

Vor allem die nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) sind nicht für jeden Betroffenen geeignet (siehe Kapitel 7: *Stufe I. Nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR)*). Biologika und JAK-Inhibitoren gelten als weitgehend sicher. Leichte Hautreizungen an der Einstichstelle können bei der Anwendung von Biologika auftreten, stellen jedoch selten ein Problem dar. Biologika und JAK-Inhibitoren können eine vermehrte Infektneigung bewirken. Diese spielt bei jüngeren Patient*innen ohne Begleiterkrankungen kaum eine

Rolle. Bei älteren Patient*innen mit Schädigungen der Niere und Lunge oder auch Risikofaktoren für kardiovaskuläre sowie Tumorerkrankungen müssen Risiken und Nutzen gegeneinander abgewogen werden. Auch wenn es in Deutschland ein sehr seltenes Problem ist: Manche Biologika und JAK-Inhibitoren können zum Wiederaufflammen einer Tuberkulose und einer viralen Leberentzündung (Hepatitis) führen. Daher erhalten die Patient*innen vor dem Therapiestart u. a. einen Tuberkulose- und Hepatitistest und eine Röntgenaufnahme der Lunge.

Richtig angewendet überwiegen die positiven Auswirkungen der Medikamente bei weitem die möglichen Nachteile. Eine unbehandelte SpA kann das Leben erheblich verkürzen, und es ist nicht angebracht, aus Angst vor Nebenwirkungen eine antirheumatische Therapie zurückzuhalten.



10. Was kann ich selbst tun?

Der wichtigste Rat für Patient*innen ist sicher der, sich frühzeitig in eine qualifizierte rheumatologische Betreuung zu begeben. Allerdings können Patient*innen in der Tat selbst einiges zum Gelingen der Behandlung beitragen. Der wichtigste Punkt ist dabei der Verzicht auf das Rauchen. Es ist erwiesen, dass Raucher*innen häufiger versteifende Veränderungen der Wirbelsäule entwickeln als Nichtraucher*innen. Rauchen schwächt die Wirkung von Rheumamedikamenten ab und verstärkt die schädigende Wirkung der SpA auf Herz und Gefäße.

Auf die enorme Bedeutung aktiver Bewegung wurde bereits hingewiesen. Man kann dieses Thema nicht genug betonen, denn Bewegung wirkt positiv auf alle Aspekte der SpA: Beweglichkeit, Gefäßgesundheit, Osteoporoserisiko und hilft, Übergewicht zu verhindern oder zu reduzieren. Bluthochdruck und Diabetes treten seltener auf.

Patient*innen mit SpA sollten auch eine Umstellung ihrer Ernährungsweise bedenken. Bei fettleibigen SpA-Patient*innen sind Biologika schwächer wirksam. Gegen überflüssige Pfunde hilft neben Bewegung auch eine Ernährungsumstellung: Das Einhalten einer sogenannten Mittelmeerdiät unterdrückt möglicherweise



die Stärke der Entzündungen am Skelettsystem, auch wenn ein derartiger Effekt nur für die „große Schwester“ der Spondyloarthritis, die rheumatoide Arthritis wissenschaftlich nachgewiesen wurde. Bei SpA-Patient*innen liegen dazu noch keine Untersuchungen vor. Sicher ist jedoch, dass diese Kostform positive Effekte auf Herz und Kreislauf hat. Eine Mittelmeerdiät entspricht der Ernährung, wie sie vor etwa 100 Jahren in Griechenland und Italien üblich war. Dort kam „rotes Fleisch“ (Schwein und Rind) nur höchstens einmal wöchentlich auf den Teller. Stattdessen kochte man mit reichlich Gemüse und Obst und trank in kleinen Mengen Rotwein zu den Mahlzeiten. Auf dem Speiseplan fanden sich Fisch und Meeresfrüchte sehr häufig, dagegen nur selten fette Milchprodukte. Süßes kam in Form von Trockenfrüchten, Nüssen und Honig auf den Tisch. Hauptlieferant von Fetten war das Olivenöl.

Besondere Beachtung beim Thema „Ernährung“ findet der Umgang mit Alkohol. Die Mittelmeerkost beinhaltet durchaus den Genuss von Alkohol zu den Mahlzeiten, meist in Form von Rotwein. Entscheidend ist jedoch die Menge: Die Menge von 10 Gramm Alkohol an 5 Tagen in der Woche sollte nicht überschritten werden. Diese Menge entspricht einem kleinen Glas Bier (0,25 l) oder einem

halben Schoppen Weißwein (0,1 l). Bei höheren Mengen überwiegen eindeutig nachteilige Wirkungen.

10 gr =  **0,25 l** **oder**  **0,1 l**
Alkohol Bier Wein

Für SpA-Patient*innen gilt wie für andere rheumatische Erkrankungen: Patient*innen mit einer chronisch-entzündlichen Erkrankung haben ein erhöhtes Risiko für Ereignisse wie Herzinfarkt und Schlaganfall, und die Ernährung hat auf dieses Risiko einen wichtigen Einfluss. So ist bekannt, dass eine Mittelmeerkost das Diabetes-Risiko senkt, dass Ballaststoffe, Nüsse und Olivenöl das Risiko von Herz-Kreislaufkrankungen vermindern und dass eine stark salz- oder zuckerhaltige Diät zur Entstehung von Stoffwechselerkrankungen beiträgt. **Tabelle 2** zeigt eine Aufstellung von Nahrungsmitteln, die eher vorteilhaft sind, also möglichst häufig auf dem Speiseplan stehen sollten, und von Nahrungsmitteln, die bei sehr häufigem Genuss zu Problemen führen können, und daher in möglichst geringer Menge aufgenommen werden sollten.

Genauere Angaben finden sich in der Ernährungsbroschüre der Deutschen Rheuma-Liga (rheuma-liga.de/ernaehrung/).



Tabelle 2: Liste empfehlenswerter und zu vermeidender Nahrungsmittel

Vorteilhafte Nahrungsmittel	Nachteilige Nahrungsmittel
Vollkornbrot, Vollkornmüsli	Weizenbrot, Kuchen aus Weißmehl
Oliveöl, Leinöl, Walnussöl, Rapsöl	Schmalz, Kokosfett, Maiskeimöl
Pflanzliche Margarine	Butter
Fetter Seefisch, Meeresfrüchte	Rind- und Schweinefleisch
Grüner Tee, Leitungswasser	Softdrinks, stark zuckerhaltige Fruchtsäfte
Rohes Gemüse, Blattsalate	Stark gesalzene Snacks
Obst, getrocknetes Obst, Nüsse	Süßigkeiten mit hohem Anteil von Weißzucker
Magermilchprodukte, Molkenprodukte	Schlagsahne, Vollfettkäse
	Alkohol in höheren Mengen

11. Schwangerschaft und Familienplanung

Patientinnen mit SpA können selbstverständlich Kinder bekommen. Es gibt bisher auch keine Hinweise darauf, dass ihre Schwangerschaft mit mehr Komplikationen verläuft als bei Frauen ohne SpA. Es sollte jedoch mit den Patientinnen besprochen werden, dass einige Medikamente nicht oder nur teilweise in der Schwangerschaft eingenommen werden dürfen. Bei anhaltender Krankheitsaktivität müssen individuelle Lösungen gefunden werden. Daher sollten Frauen mit Kinderwunsch möglichst vor Beginn der Schwangerschaft Rücksprache mit ihrer behandelnden Rheumatologin bzw. ihrem behandelnden Rheumatologen halten.

Sollte durch verknöchernde oder entzündliche Veränderungen des Beckens oder der Hüftgelenke eine Beeinträchtigung der Geburtswege vorliegen, kann eine Entbindung per Kaiserschnitt erfolgen. Dies ist jedoch kein Automatismus: Selbst wenn die Sakroiliakgelenke weitgehend versteift sind, heißt das nicht, dass eine Geburt nur per Kaiserschnitt erfolgen kann. Hier wird jeder Fall individuell entschieden. Kinder, die von Müttern mit SpA geboren werden, sind nach bisherigen Erkenntnissen genauso gesund wie Kinder gesunder Mütter und können ebenso lange gestillt werden.

Die Zeugungsfähigkeit von Männern ist durch die meisten Medikamente, die bei SpA angewendet werden, nicht beeinträchtigt. Eine Ausnahme bildet jedoch die Behandlung mit Sulfasalazin.

Für dieses Präparat wurde nachgewiesen, dass für die Dauer der Einnahme weniger befruchtungsfähige Spermien gebildet werden. Nach Absetzen des Medikaments normalisiert sich dieses Phänomen allerdings wieder.



12. Nicht nur Pillen und Spritzen

Die Therapie der SpA ist vielfältig

Patient*innen mit einer langjährig bestehenden SpA benötigen Hilfe von mehreren Fachdisziplinen. Liegen schwere Wirbelsäulenschäden vor, ist auch orthopädische Mithilfe gefragt. In spezialisierten orthopädischen Kliniken können Wirbelsäulenverkrümmungen operativ korrigiert, zerstörte Gelenke umgeformt oder durch eine Gelenkprothese ersetzt werden.

In Rehabilitationseinrichtungen lernen Patient*innen mit Hilfe von Ergotherapeut*innen die Bewältigung von Hürden im Alltag und, wenn nötig, den Gebrauch von Hilfsmitteln. Durch die behandelnden Rheumatolog*innen, Reha-Einrichtungen und Mitarbeiter*innen der Selbsthilfegruppen erfolgt die Beratung zu Fragen der Arbeitsfähigkeit, der Familienplanung, der Gestaltung von Freizeitaktivitäten und vielem anderen mehr.



13. Planen auf lange Sicht

Worauf kommt es in meiner Zukunft an?

Das heutige Ziel der Rheumatherapie ist die komplette Teilhabe der Patient*innen am Alltagsleben. Dazu gehört sowohl der Erhalt der Arbeitsfähigkeit als auch die Gestaltung eines normalen Freizeit- und sozialen Lebens. Eine unbehandelte Spondyloarthritis führt nicht nur zu frühzeitiger Invalidität, sondern auch zu einer Verkürzung der Lebensspanne. Die antirheumatische Therapie in ihrer gesamten Komplexität wird dieser Lebenszeitverkürzung entgegensteuern. Sie wird dafür sorgen, dass Betroffene eine normale Lebenserwartung haben und ihr Alter in guter Gesundheit und mit intaktem sozialem Umfeld erleben können.



14. Zukunftsmusik

Woran arbeitet die Wissenschaft?

Trotz aller Fortschritte in der modernen Medizin gelingt es noch nicht, eine Spondyloarthritis endgültig zu heilen. Ein enormer Fortschritt wäre eine Therapie, die nach einer gewissen Zeit beendet werden könnte, weil die Erkrankung ausgeheilt ist. Dies ist heute noch Zukunftsmusik. Moderne Therapiestrategien sind jedoch darauf ausgelegt, die Dosierung der Medikamente so niedrig wie nötig zu halten, wenn die Patient*innen frei von Krankheitszeichen sind. Biologika und JAK-Inhibitoren vermindern Schmerzen und Entzündungszeichen bei axSpA. Die Wissenschaft sucht zur Zeit noch eine Antwort auf die Frage, ob und wie auch Verknöcherungen der Wirbelsäule und der Sakroiliakalgelenke durch diese modernen Medikamente verhindert werden können. Es zeichnet sich dabei ab, dass eine Biologika- oder JAK-Inhibitor-Therapie frühzeitig gestartet und lange genug erfolgen sollte, damit ein derartiger Effekt eintritt. Ob eines dieser Präparate besser als ein anderes ist, wenn es um die Behandlung der SpA geht? Darüber wird in den nächsten Jahren sicher viel geforscht werden. Die Behandlung der Spondyloarthritis ist eine Erfolgsgeschichte der Rheumatologie und mit Sicherheit werden in den nächsten Jahren neue Medikamente ihren Weg zu den Patient*innen finden.

Notizen



Biogen GmbH
Riedenburger Straße 7 • 81677 München • www.biogen.de

