

Poddubnyy D, Rudwaleit M, Sieper J. Chronischer Rückenschmerz – wann an entzündlich-rheumatische Ursachen denken?

Z Allg Med 2011; 87: 317–323

Leserbrief von Dr. med. Günther Egidi

Der Artikel zu Diagnose und Therapie der chronischen Spondylarthritis ist m.E. sehr lesenswert. Insbesondere erscheint es mir nachvollziehbar, dass – wie bei der rheumatoiden Arthritis – Ergebnisse radiologischer Untersuchungen bei der Diagnose-Definition in den Hintergrund geraten, will man doch so frühzeitig diagnostizieren und behandeln, bevor überhaupt radiologische Krankheitsfolgen sichtbar werden.

Die Schnittstellendefinition der Überweisung zum Rheumatologen befremdet dann aber doch.

Zunächst zur Epidemiologie: Die Prävalenz der Spondylarthritiden liege bei 1–2% der Bevölkerung. Sollen tatsächlich 1–2% der Bevölkerung zum Rheumatologen geschickt werden – zusätzlich zu den Patienten mit rheumatoider Arthritis und denen mit Kollagenosen?

Beim Betrachten der – in der Göttinger Universitätsbibliothek leider nur als Abstract verfügbaren – Literaturstelle [1] ergibt sich folgende Information: 113 Patienten mit Rückenschmerzen wurden hinsichtlich entzündlicher Kreuzschmerzen befragt. Ein positives Testresultat fand sich bei 46 (15%). Nur bei 2 Patienten fand sich schlussendlich eine ankylosierende Spondylitis. Glaubt man tatsächlich, aus einer solch kleinen Erhebung auf eine populationsbezogene Prävalenz schließen zu können? Der prädiktive Wert eines Tests hängt aber

entscheidend von der Prävalenz als Vor-test-Wahrscheinlichkeit ab.

Die Empfehlung, Bechterew-Patienten möglichst früh einem Rheumatologen vorzustellen, wird damit begründet, eine Behandlung mit den Biologika Infliximab und Etanercept, die in der Lage seien, bei der Hälfte der Betroffenen eine 50%ige Verbesserung hinsichtlich von krankheitsbezogenen Aktivitäts-Indices zu erreichen, wirke besser, wenn diese Substanzen frühzeitig eingesetzt würden. Die zur Begründung angeführte Evidenz [2] erscheint aber mager. In einer – von derselben engagierten rheumatologischen Arbeitsgruppe an der Charité, welcher der Autor des ZFA-Artikels auch entstammt, erstellten – Subgruppenanalyse von 2 RCTs zum Nachweis der Wirksamkeit von Infliximab [3] (35 Patienten in der Verum-Gruppe) und Etanercept [4] (14 Patienten in der Verum-Gruppe) ergab sich, dass u.a. ein früher Behandlungsbeginn Prädiktor für eine erfolgreiche Behandlung mit TNA- α -Agonisten sei. Die Analyse endet aber mit dem Satz „These data need to be confirmed in further studies.“

Eine Schnittstellen-Definition aus Subgruppen-Daten von 49 behandelten Patienten ableiten zu wollen, erscheint doch recht mutig.

Bis zu einem eindeutigeren Beweis, dass eine früher einsetzende Therapie mit Biologika den Patienten nicht nur hinsichtlich des symptomatischen Ansprechens, sondern auch, hinsichtlich der Gelenkdestruktion nützt (was offensichtlich – anders als bei der rheumatoiden Arthritis – nicht belegt ist), werde

ich Patienten mit Zeichen eines entzündlichen Kreuzschmerzes erst dann zu einem Rheumatologen überweisen, wenn die Behandlung mit NSAR nicht mehr ausreicht – zumal ja in der zitierten Literatur angedeutet wird, dass auch NSAR möglicherweise die Krankheitsprogression bremsen können.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Günther Egidi
Arzt für Allgemeinmedizin
Huchtinger Heerstraße 41
28259 Bremen
Tel.: 0421 5797675
E-Mail: familie-egidi@nord-com.net

Literatur

1. Underwood NR, Dawes P. Inflammatory back pain in primary care. Br J Rheumatol 1995; 34: 1074–77
2. Sieper J, Rudwaleit M. Early referral recommendations for ankylosing spondylitis (including pre-radiographic and radiographic forms) in primary care. Ann Rheum Dis 2005; 64: 659–63
3. Braun J, Brandt J, Listing J et al. Treatment of active ankylosing spondylitis with infliximab: a randomised controlled multicentre trial. Lancet 2002; 359: 1187–93
4. Brandt J, Khariouzov A, Listing J et al. Six-month results of a double-blind, placebo-controlled trial of etanercept treatment in patients with active ankylosing spondylitis. Arthr Rheumat 2003; 48: 1667–75

Antwort von Prof. Dr. Joachim Sieper und Dr. Denis Poddubnyy

Herzlichen Dank für Ihre Kommentare zu unserem Artikel. Sowohl die Limitation in der Länge des Artikels als auch die Limitation in der Anzahl der angegebenen Referenzen haben es leider nicht möglich gemacht, auf alle in unserem Artikel angegebenen Aspekte ausführ-

lich einzugehen. Das Hauptthema unseres Artikels war ja, an eine entzündlich-rheumatische Ursache bei chronischen Rückenschmerzen zu denken und hier wollten wir gerne auch einige Hintergrundinformationen zur Epidemiologie, Diagnose und Therapie geben, die jedoch leider etwas kürzer ausfallen mussten. Im Folgenden versuchen wir, auf die von Ihnen aufgeworfenen Fragen/Aspekte einzugehen.

Studie von Underwood et al. zu klein, um daraus auf die mögliche Prättestwahrscheinlichkeit schließen zu können.

In der Tat gibt es zu dieser Frage nicht viele Untersuchungen. In dieser in einer Allgemeinpraxis durchgeführten Studie fanden sich bei 313 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen bei insgesamt 5% dieser Patienten dann Hin-

weise für das Vorliegen einer axialen Spondyloarthritis, der größere Anteil dieser Patienten hatte noch keine typischen Röntgenveränderungen im Sinne einer ankylosierenden Spondylitis. Wenn wir diese hier angenommene Prätestwahrscheinlichkeit von 5% in den von uns mit organisierten Untersuchungen zum Screening von Patienten mit früher ankylosierender Spondylitis in orthopädischen oder allgemeinärztlichen Praxen zugrunde gelegt haben, lag die tatsächliche Zahl der Patienten mit einer richtigen Diagnose sogar noch etwas höher als die kalkulierte Post-Test-Wahrscheinlichkeit (Literatur 21 und 22 in unserem Artikel), sodass wir davon ausgehen, dass diese Prätest-Wahrscheinlichkeit einigermaßen akkurat ist.

Die Aussage, dass Patienten in der Anfangsphase ihrer Erkrankung besser auf einen TNF- α -Blocker ansprechen, basiert nur auf einer sehr kleinen Patientenzahl.

Für diese Aussage hatten wir in unserem Artikel gar keine Referenzen angegeben. In der Tat gibt es inzwischen eine Reihe von Untersuchungen zu diesem Thema, die in der Summe deutlich über 100 Patienten umfassen, in einer Studie wurden sogar mehr als 1000 Patienten untersucht. Die Referenzen für diese Studien sind wie folgt:

1. Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis 2005; 64: 1305–10
2. Rudwaleit M et al. J Rheumatol 2009; 36: 801–8

3. Haibel H et al. Arthritis Rheum 2008; 58: 1981–91
4. Barkham N et al. Arthritis Rheum 2009; 60: 946–54
5. Song IH et al. Ann Rheum Dis 2011; 70: 590–6

Frühdiagnose ist nicht essentiell, solange Patienten mit chronischem Rückenschmerz noch auf eine Behandlung mit NSAR gut ansprechen.

Dies ist im Prinzip richtig und wir plädieren auch nicht dafür, dass alle Patienten mit einer frühen axialen Spondyloarthritis mit einem TNF- α -Blocker behandelt werden sollen, sondern nur, wenn eine Behandlung mit einem NSAR nicht mehr ausreichend wirksam ist. Bei chronischen Rückenschmerzen ist jedoch die gängige Praxis, NSAR nur zurückhaltend und bei Bedarf einzusetzen, um Nebenwirkungen zu vermeiden. Dies ist unserer Ansicht nach jedoch völlig anders, sobald die Diagnose einer axialen Spondyloarthritis gestellt worden ist. In diesem Fall sollte eine konsequente Therapie mit einem NSAR erfolgen mit dem Ziel der Beschwerdefreiheit. Von daher denken wir, dass zur Entscheidung, konsequente NSAR-Therapie oder nur gelegentliche NSAR-Therapie, bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen die Diagnose einer axialen Spondyloarthritis auch essentiell ist. Diese Problematik hatten wir kürzlich auch in einem ausführlichen Übersichtsartikel diskutiert (Literatur 12 in unserem Artikel). Außerdem erfolgt

die Therapieeskalation erfahrungsgemäß rascher, wenn die Diagnose bei chronischen Beschwerden klar ist.

Wollen wirklich die Rheumatologen alle Patienten mit einer axialen Spondyloarthritis sehen?

Die geschätzte Prävalenz für die axiale Spondyloarthritis liegt ca. bei 0,3 bis 0,5%, die angegebenen 1–2% beziehen sich auf die Gesamtgruppe der Spondyloarthritiden einschließlich der peripheren Formen. Da es sich bei der axialen Spondyloarthritis um eine chronisch-entzündliche rheumatische Erkrankung handelt, finden wir es durchaus adäquat, dass diese Patienten auch von einem Rheumatologen mit eingeschätzt werden. Die kontinuierliche Betreuung muss ja dann durchaus nicht durch einen Rheumatologen erfolgen.

Wir hoffen, mit unseren Antworten einige der Fragen klären zu können.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Joachim Sieper
 Dr. Denis Poddubnyy
 Med. Klinik I, Rheumatologie
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Campus Benjamin Franklin
 Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin
 Tel.: 030 8445–4414, Fax: 030 8445–4149
 E-Mail: joachim.sieper@charite.de;
 denis.poddubnyy@charite.de