

Axiale Spondyloarthritiden früh erkennen

Bei ankylosierender Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) und anderen Formen der axialen Spondyloarthritiden (axSpA) ist eine zeitnahe Diagnosestellung von entscheidender Bedeutung, um das „Window of Opportunity“ nutzen und strukturellen Schäden am Achsenskelett vorbeugen zu können. Häufigstes Frühsymptom sind chronische Rückenschmerzen, oft auch bei Jüngeren. Mit der richtigen Fragestellung und zielgerichteter Magnetresonanztomografie (MRT) kann es frühzeitig zur korrekten Diagnose und leitliniengerechten Therapie kommen.

Bei axialen Spondyloarthritiden (axSpA) wie ankylosierender Spondylitis (AS, Morbus Bechterew) ist die frühe Diagnose entscheidend. Für Spondyloarthritiden insgesamt wird eine Prävalenz von 0,4 – 2,0 % geschätzt [1]. Die AS hat in Deutschland eine Prävalenz von 0,3 – 0,5 %. Als Frühsymptom der axSpA treten häufig in der 2. oder 3. Lebensdekade Rückenschmerzen auf. Wegen unbehandelt häufig schwerer Verläufe ist bei über 3 Monate und länger anhaltenden Rückenschmerzen bei unter 45-Jährigen die AxSpA eine wichtige Differenzialdiagnose [1]. Die zeitnahe Diagnose kann eine wirksame Therapie ermöglichen und so strukturellen Schäden vorbeugen.

Die richtigen Fragen stellen

Die Röntgenuntersuchung sichert die Diagnose mit einer Sakroiliitis, die kombiniert mit mindestens einem klinischen Zeichen der axSpA (entzündlicher Rückenschmerz, Arthritis oder Enthesitis-Symptomen, wenn keine axiale Beteiligung vorliegt) vorliegt [1], häufig erst im Spätstadium. Gezieltes Nachfragen ermöglicht jedoch eine frühere Diagnose. Treten Rückenschmerzen in den frühen Morgenstunden auf und bessern sich mit Bewegung? Auch Ansprechen auf nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) kann auf entzündliche Prozesse und eine mögliche axSpA deuten.

STIR-MRT bildet abgelaufene Entzündung ab

Bildgebung mit MRT der Lendenwirbelsäule (LWS) und zusätzlicher STIR-MRT-Sequenz (Short-Tau Inversion Recovery) des Beckens können dann die entzündliche Komponente der axSpA darstellen: Knochenmarködeme deuten auf aktive Entzündungen, Fettmetaplasien in den T1-MRT-Sequenzen deuten auf abgelaufene Entzündungen. Gemeinsam mit entsprechenden Symptomen unterstützt dies die axSpA-Diagnose.

MRT korreliert nicht mit der Krankheitsaktivität

Knochenmarködeme der Sakroiliakalgelenke können im MRT jedoch auch ohne axSpA gesehen werden [2]. Die wichtigste Neuerung der letzten Jahre ist daher eine Beurteilung der Morphologie der Läsionen. Eine mittige Lokalisation des Knochenmarködems in der axialen Schnittführung deutet auf axSpA. Ein Knochenmarködem vorne Bänder-Bereich deutet hingegen auf Knochenstress. Das Ausmaß der Entzündung im spinalen MRT korreliert nicht mit der axSpA-Krankheitsaktivität [3], dient also nur der Diagnose-Sicherung. Für Verlaufsbeobachtung und Therapiekontrolle ist hingegen die Patienten-berichtete klinische Symptomatik zentral.

Leitlinien und Empfehlungen zur Therapie

Die Therapie orientiert sich an den Leitlinien [1, 4], mit 1. Stufe der medikamentösen Therapie mit NSAR und Coxibe [1, 4]. Jedoch genügt dies nicht immer. Wird auch nach Wechsel auf ein anderes NSAR oder Coxib über 2 Wochen keine Symptombefreiung erreicht, sollte eskaliert werden, betont Baraliakos.

Rasches Ansprechen auf Tofacitinib

Nach Versagen konventioneller Therapien steht zur Eskalation unter anderem der JAK-Inhibitor Tofacitinib (Xeljanz®) zur Verfügung. In einer Phase III Studie zeigten unter Tofacitinib nach 2 Wochen mit 28,6 % signifikant mehr Personen eine mindestens 20 %ige Symptom-Verbesserung (ASAS-Kriterien) als im Placeboarm (10,3 %; $p < 0,0001$) [5]. In Woche 16 ergaben sich ASAS20-Ansprechraten (primärer Endpunkt) von 56,4 % unter Tofacitinib gegenüber 29,4 % unter Placebo ($p < 0,0001$). Ein ASAS40-Ansprechen nach 16 Wochen (sekundärer Endpunkt) erreichte die Tofacitinib-Behandlung bei 40,6 %, signifikant häufiger als das Placebo bei 12,5 % ($p < 0,0001$). Der Anteil mit einem ASAS20 oder ASAS40 Ansprechen stieg bei ab Studienbeginn mit Tofacitinib Behandelten bis Woche 48 weiter auf 65,4 bzw. 50,4 % an. Die Placebo-Gruppe wurde in Woche 16 auf Verum umgestellt, woraufhin auch sie aufholte: In Woche 48 erreichten 60,3 bzw. 44,9 % von ihnen ein ASAS20- bzw. ASAS40-Ansprechen [5].

Neben dem Vorteil der oralen Therapieform bietet Tofacitinib als einziger JAK-Inhibitor mit einer 1 mal täglich einzunehmenden Retardtablette (11 mg Tofacitinib) oder 2-mal täglichen Einnahme einer Filmdröge (5 mg Tofacitinib) die Möglichkeit der flexiblen Dosierung [6].

Dr. Matthias Herrmann, Berlin (gekürzte Fassung: MedWiss.Institut)

Mit freundlicher Unterstützung durch Pfizer

Quelle: Symposium „Hilfe – Ein Rheumapatient beim Orthopäden!“ am 26. Oktober 2022 im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU), Berlin; Veranstalter: Pfizer Pharma GmbH, Berlin

Literatur

- [1] S3-Leitlinie „Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen“, Stand: 09.11.2018, gültig bis 08.11.2023, AWMF Register-Nr. 060-003
- [2] Baraliakos X et al. Ann Rheum Dis 2020; 79: 186-192
- [3] Kiltz U et al. Ann Rheum Dis 2012; 71: 1207-1211
- [4] Ramiro S et al. Ann Rheum Dis 2022; 0: 1-16. doi:10.1136/ard-2022-223296
- [5] Deodhar A et al. Ann Rheum Dis 2021; 80: 1004-1013
- [6] [Link zur Fachinformation Xeljanz](#); Stand März 2023