

Der «senile Rückenschmerz» – Spätform eines M. Bechterew

Britta Massmann^a, Stefan Mariacher-Gehler^b




^a Praxis Dr. Auer, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie, Aarau

^b aarReha Schinznach, Klinik für Rehabilitation, Rheumatologie, Osteoporose, Schinznach Bad

Fallbeschreibung

Eine 76-jährige Patientin wurde wegen seit 4 Jahren bestehenden chronischen lumbalen Rückenschmerzen zugewiesen. Bisher wurde die Schmerzsymptomatik als mechanischer Rückenschmerz interpretiert bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit mehrsegmentalen Spondylophyten im Sinne eines DISH (Diffuse Idiopathische Skelettale Hyperostose, auch M. Forestier genannt). Die Schmerzen waren im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) und Sakroiliakgelenk (SIG) beidseits lokalisiert, mit Ausstrahlung nach inguinal und in die Oberschenkel dorsal beidseits. Die Patientin gab unter anderem nächtliche Schmerzen an, welche sich nach Bewegung besserten, ansonsten waren keine Gelenksbeschwerden vorhanden. Wiederholt fielen erhöhte Entzündungsparameter auf. Der Einsatz von NSAR und physikalischen Therapien erbrachten keine Beschwerdebesserung. Einzig die seit ca. 2 Jahren durchgeführten lokalen Steroidinfiltrationen im Bereich der SIG haben eine kurzzeitige Schmerzfremheit für 2 bis 3 Wochen bewirkt. Die Familienanamnese war negativ für eine entzündliche Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis.

Klinisch präsentierte sich eine schmerzgeplagte Patientin mit dadurch bedingter Immobilität, die Beweglichkeit der BWS und LWS war erheblich eingeschränkt, zudem fielen periphere Ödeme an beiden Unterschenkeln auf.

Als weitere relevante Nebendiagnosen konnten ein Diabetes mellitus Typ 2, eine arterielle Hypertonie und ein St. n. starkem Nikotinkonsum (100 py, Stopp vor 18 Monaten) eruiert werden. Im Labor zeigten sich erhöhte Entzündungsparameter (BSR 106 mm/h, CRP 233 mg/l) und eine normochrome, normozytäre Anämie (Hb 111 g/l), das HLA-B27 war negativ, ebenso RF, ANA, ANCA, Anti-PR3, Anti-MPO, HIV und Hepatitis-Serologie. Hinweise für eine parainfektiose oder neoplastische Ätiologie ergaben sich zu diesem Zeitpunkt nicht. In der Röntgenaufnahme des Beckens von 2001 waren die SIG beidseits noch unauffällig (Abb. 1 ). Vier Jahre später waren in der Beckenübersicht die SIG-Abgrenzungen nicht mehr möglich (Abb. 2 ). Im CT der SIG zeigten sich erosive, usurierende Defekte, vereinbar mit einer Sakroiliitis (Abb. 3 ). Des Weiteren waren im Röntgen der LWS Spondylophyten und mögliche Syndesmophyten auffällig. Aufgrund der klinischen, laborchemischen und radiologischen Befunde wurde der Verdacht auf eine Spätform eines M. Bechterew gestellt und zunächst eine systemische Steroidtherapie begonnen, initial 25 mg/d mit deutlicher Reduktion des BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) von 8,8 auf 1 und des BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Activity Index) von 8,3 auf 6,5. Zusätzlich konnte in der DXA-Messung die Diagnose einer Osteoporose gestellt werden, mit entspre-

chend initiiert Therapie. Im weiteren Verlauf wurde aufgrund der erhöhten Entzündungsparameter und Interpretation eines aktiven M. Bechterew eine Therapie mit einem anti-TNF- α -Hemmer (Etanercept) begonnen, worunter eine rasche und vollständige Schmerzfremheit erreicht werden konnte und die systemische Steroidtherapie vollständig sistiert wurde. Zudem war nach 6 Wochen eine deutliche Regredienz der BSR auf 13 mm/h zu verzeichnen.

Kommentar

Ankylosierende Spondylitis oder axiale Spondyloarthritis kommen vor allem bei jungen Patienten vor, wurden aber auch bei über 50-jährigen Patienten beobachtet. Die Diagnosestellung in dieser Altersgruppe ist aufgrund der schon vorhandenen radiologischen, meist degenerativen Veränderungen der LWS und der SIG deutlich erschwert. Eine *Late onset Spondylarthropathy* ist charakterisiert als eine schwere Erkrankung mit sehr hohen Entzündungsparametern, einer Oligoarthritis und peripheren Ödemen [1]. 1989 wurden sowohl von Dubost [2] 10 Patienten [2] als auch 1993 zwei Fälle von Olivieri [3] mit einer Late-onset-peripheral-Spondylarthropathy beschrieben. Diese erfassten nur Fälle von männlichen Personen, mit Erstmanifestation in der 6. und 7. Lebensdekade, Frauen wurden dabei nicht erwähnt, zudem waren diese alle positiv für HLA-B27. Die Patienten klagten mehrheitlich über periphere Oligoarthritis, periphere Ödeme und begleitende Synovitiden und erst im Verlauf, mit einer maximalen Zeitspanne von fast 10 Jahren, über axiale Skelettsymptome mit lumbalen Schmerzen. Allen gemeinsam waren eine erhöhte BSR und ein zum Teil nur mässiges Ansprechen auf NSAR. In 4 von 10 Fällen konnte nach Jahren eine Sakroiliitis diagnostiziert werden.

Die hier präsentierte Patientin war, wie die beschriebenen Patienten bei Dubost [1], über 50 Jahre alt, hatte eine erhöhte BSR, periphere Ödeme, keine Oligoarthritis, klagte aber schon seit 4 Jahren über zunehmende lumbale Schmerzen ohne positives Ansprechen auf NSAR, jedoch auf lokale Steroidinfiltration im SIG-Bereich. Initial zeigten sich radiologisch im Bereich der Sakroiliakgelenke noch keine Gelenkveränderungen, aber im Bereich der LWS eine beginnende *Spondylosis hyperostotica* (diffuse idiopathische skelettale Hyperostose [DISH], M. Forestier). Die wichtigste Differentialdiagnose einer *Spondylosis hyperostotica* ist die *Spondylitis ankylosans* (M. Bechterew). Die Trennung dieser beiden Erkrankungen kann sich schwierig gestalten, da das gleichzeitige Auftreten dieser Erkrankungen möglich ist und vermutlich unterschätzt wird. Zudem können die Röntgenbefunde die Diagnose erschweren. Als wegweisend sind vor allem die

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.



Abbildung 1
Initiale Röntgenaufnahme des Beckens mit beidseitig unauffälligen Sakroiliakgelenken, aber im Bereich der LWS ist bereits eine beginnende *Spondylosis hyperostotica* sichtbar.



Abbildung 2
Vier Jahre später waren in der Beckenübersicht die SIG-Abgrenzungen nicht mehr möglich. Im LWS-Bereich sind Spondylophyten und Syndesmophyten sichtbar.

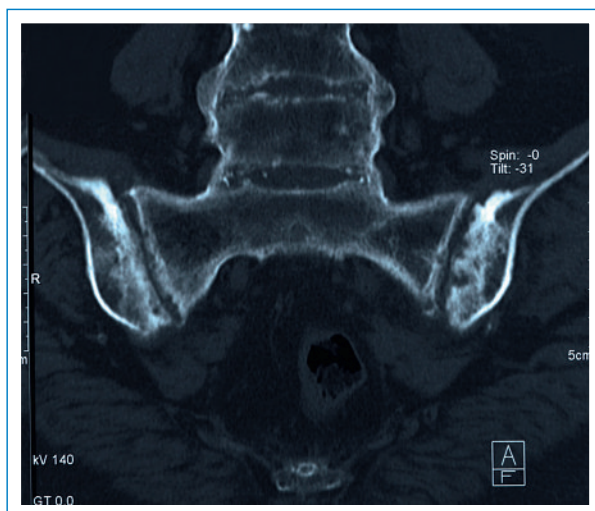


Abbildung 3
Im CT der Sakroiliakgelenke zeigten sich erosive, usurierende Defekte, vereinbar mit einer Sakroiliitis.

klinischen Befunde zu interpretieren (typischer Entzündungsschmerz, welcher sich nach Bewegung bessert und in Ruhe eher zunimmt), als weitere wichtige Indizien einer *Spondylitis ankylosans* wären erhöhte Entzündungsparameter sowie begleitende Arthritiden zu nennen. Beweisend ist der Nachweis einer Sakroiliitis, welche eine vermutete *Spondylosis hyperostotica* praktisch ausschliesst. Schilling [4] hatte darauf hingewiesen, dass bei der seltenen, erst im höheren Alter auftretenden *Spondylitis ankylosans* auch der sakroiliakale Gelenksumbau fehlen kann, was die Differentialdiagnose noch weiter erschwert. Bei der dargestellten Patientin konnten zu Schmerzbeginn schon radiologische Veränderungen der LWS mit einer *Spondylosis hyperostotica* diagnostiziert werden, die SIG-Veränderungen waren erst 3 Jahre später abgrenzbar. Die Entzündungsparameter waren über diese Zeitspanne jedoch schon rezidivierend erhöht und die Schmerzen von Beginn an eher von entzündlichem Charakter. Nach den modifizierten New-York-Kriterien der *Spondylitis ankylosans* [5] wäre bei dieser Patientin aufgrund der klinischen und radiologischen Befunde schon ein Jahr vor endgültiger Diagnosestellung eine *definitive Spondylitis ankylosans* postulierbar gewesen.

Dieser Fall zeigt die Schwierigkeiten der Diagnosestellung des «senilen Rückenschmerzes» auf, bedingt durch die Differentialdiagnosen der *Spondylosis hyperostotica* und damit verbundenen radiologischen Befunde. Wichtig ist, dass allein aufgrund eines höheren Alters ein entzündlicher Rückenschmerz nicht ausgeschlossen ist, bei zudem begleitenden erhöhten Entzündungsparametern und entsprechender Anamnese. Die vor allem medikamentösen Therapieoptionen sind ebenso möglich bei einer *Late onset Spondylarthropathy* wie bei normalen Beginn dieser Erkrankung, das Risiko gastrointestinaler Nebenwirkungen bei NSAR und älteren Patienten ist jedoch höher und das Ansprechen eher mild. Die Komorbiditäten bei älteren Patienten schränken die Therapiewahl zudem ein. NSAR, Sulfasalazin und Methotrexat sind unter regelmässigen Monitoring einsetzbar. Neue Behandlungsmethoden, wie mit anti-TNF- α -Hemmern, sind bei *Late onset Spondylarthropathy* noch nicht hinreichend getestet, und weitere Studien wären angebracht, im Hinblick auf Effektivität und Sicherheit in dieser Patientenpopulation.

Literatur

- 1 Toussiro E, Wendling D. Late onset Ankylosing Spondylitis and related Spondylarthropathies. *Drugs Aging*. 2005;22(6):451–69.
- 2 Dubost JJ, Sauvezie B. Late onset peripheral Spondylarthropathy. *J Rheumatol*. 1989;16(9):1214–7.
- 3 Olivieri I, Oranges GS, et al. Late onset peripheral seronegative Spondylarthropathy. Report of two additional cases. *J Rheumatol*. 1993; 20(2):390–3.
- 4 Schilling F. Spondylitis ankylopoetica-die sogenannte Bechterew'sche Krankheit und ihre Differentialdiagnose (einschliesslich Spondylosis hyperostotica, Spondylitis psoriatica und chronisches Reiter-Syndrom). In: Diethelm L, et al. *Handbuch der medizinischen Radiologie*. Heidelberg: Springer-Verlag; 1974. p. 452.
- 5 Halder W. Der Alte Mensch mit Morbus Bechterew. In: Falkenbach A, Hrsg. *Morbus Bechterew*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2005. p. 361–74.

Korrespondenz:

Dr. med. Britta Massmann
Bahnhofstrasse 94
CH-5000 Aarau
b.massmann@hin.ch