

Spondylitis-ankylosans-Therapie aus Patientensicht

Ergebnisse der DVMB-Patientenbefragung vom Dezember 2005

von Prof. Dr. rer. nat. Ernst Feldtkeller, München, Ludwig Hammel, Schweinfurt, und Prof. Dr. med. Herbert Kellner, München

Einleitung

Der im *MBJ Nr. 103* abgedruckte Fragebogen galt wiederum in erster Linie der Versorgungssituation der Morbus-Bechterew-Patienten in Deutschland. Die sozialpolitischen Ergebnisse dieser Befragung sind eine wichtige Grundlage für die DVMB als Interessenvertretung der Morbus-Bechterew-Patienten in Politik und Öffentlichkeit.

Der Fragebogen wurde von 908 Patienten beantwortet, also von 5,9% der Patientenmitglieder der DVMB (bei der Befragung vor 1½ Jahren waren es noch 9,6% der Patientenmitglieder, siehe *MBJ Nr. 100 S. 22–25 und 27–28*). Das ist zwar kein gutes Ergebnis. Umso mehr danken wir allen Mitgliedern, die sich der Mühe unterzogen, den Fragebogen auszufüllen und zurückzusenden.

Wir nutzten auch diesmal wieder die Gelegenheit, die Antworten auf einige medizinisch relevante Fragen hin auszuwerten. Beide Befragungen stellen eine wichtige Ergänzung der DVMB-Patientenbefragung des Jahres 1996

dar, deren Ergebnisse in wissenschaftlichen Vorträgen und Veröffentlichungen seither immer wieder zitiert werden.

Altersstruktur und Spektrum der Spondyloarthritis

Ein auffälliger Unterschied zwischen den Ergebnissen aus dem Jahr 1996 und der neueren Befragungen betrifft das Alter der antwortenden Patienten und ihre Krankheitsdauer (*Tabelle 1*). Wie wir wissen (*MBJ Nr. 102 S. 37*), hat sich die Altersstruktur der DVMB zu höherem Alter hin verschoben. Das heißt, dass sie heute eher repräsentativ für die Gesamtheit der Morbus-Bechterew-Patienten ist, denn vor 10 Jahren mussten wir feststellen, dass ältere Morbus-Bechterew-Patienten in der DVMB deutlich unterrepräsentiert waren (*Bechterew-Brief Nr. 70 S. 14–15*).

Das Ergebnis, dass bei rund einem Drittel der DVMB-Mitglieder die Spondylitis ankylosans mit einer anderen Krankheit (Schuppenflechte, entzündliche Darmerkrankung oder reaktive Arthritis) verknüpft ist, wurde bei

der neuen Befragung bestätigt (*Tabelle 1*). Wir werden uns also auch in Zukunft bemühen, in unserer Mitgliederzeitschrift auch auf diese assoziierten Erkrankungen einzugehen.

Diagnoseverzögerung

Wie bei früheren DVMB-Befragungen betrug der zeitliche Abstand zwischen den ersten Symptomen und der endgültigen Diagnose „Morbus Bechterew“ im Mittel fast 10 Jahre (*Tabelle 1*). Die Verteilung des Alters bei den ersten Symptomen und bei der Diagnose ist im *Bild 1* dargestellt.

Begleitsymptome

Bei der Frage nach Begleitsymptomen wurde im neuen Fragebogen erstmals auch nach Sehnenansatzentzündungen und nach Osteoporose gefragt. Die Häufigkeit verschiedener Begleitsymptome unter den antwortenden Patienten ist in der *Tabelle 2* zusammengestellt. Besonders häufig ist mit 70% die Entzündung eines oder mehrerer peripherer Gelenke (außerhalb der Körperachse: Hüftgelenke, Kniegelenke usw.). Aber auch andere Begleitsymptome machen einem beträchtlichen Anteil der Morbus-Bechterew-Patienten zu schaffen.

Stationäre Behandlungen

In *Tabelle 3* ist zusammengestellt,

Tabelle 1: Altersangaben der antwortenden Patienten und Anteile unterschiedlicher Diagnosen bei den DVMB-Patientenbefragungen in den Jahren 1996, 2000, 2004 und 2005 im Vergleich

	Befragung im	Juli 1996	September 2000	Juni 2004	Dezember 2005
mittleres Alter bei der Befragung (Jahre)		48,8	49,8	54,0	54,6
mittleres Alter bei den ersten Symptomen (Jahre)		25,7	25,2	25,3	25,1
mittleres Alter bei der Diagnose (Jahre)		34,7	33,9	35,3	34,8
mittlere Krankheitsdauer (Jahre)		23,0	24,6	29,1	29,6
mittlere Diagnoseverzögerung (Jahre)		8,9	8,8	10,4	9,7
primäre Spondylitis ankylosans (ohne assoziierte Erkrankung)		72%	74%	65%	67%
sekundäre Spondylitis ankylosans (mindestens eine assoziierte Erkrankung)		28%	26%	35%	33%
darunter Psoriasis (Schuppenflechte)		19%	14%	19%	19%
darunter eine entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa)		11%	9%	14%	13%
darunter reaktive Arthritis	nicht gefragt		6%	5%	5%

Tabelle 2: Anteil der Patienten mit Begleitsymptomen

Iritis (Regenbogenhautentzündung)	30%
Enthesitis (Sehnenansatzentzündung)	41%
periphere Arthritis (Gelenkentzündung außerhalb der Körperachse)	71%
Osteoporose (Knochenporosität)	20%
sonstige Begleitsymptome	29%
keine Begleitsymptome	10%

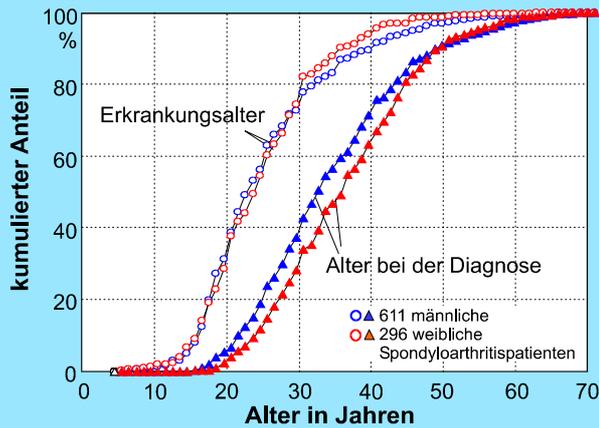


Bild 1: Kumulierte Verteilung des Alters bei den ersten Krankheitssymptomen und bei der Diagnose. Bei 50% der Patienten traten die ersten Symptome vor dem 24. Lebensjahr auf. Die Diagnose erfuhren 50% der männlichen Patienten vor dem 33. Lebensjahr, 50% der weiblichen Patienten vor dem 36. Lebensjahr.

rew-spezifische Patientenschulungsprogramm der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie anbietet, und lassen Sie sich gegebenenfalls in eine andere Klinik einweisen.

Manche Kliniken bieten nur eine allgemeine Informationsstunde über gesunde Lebensweise für alle Patienten der Klinik gemeinsam an, bei der auf die Probleme einzelner Krankheiten nicht eingegangen wird und bei der auch kein krankheitsspezifischer Erfahrungsaustausch zustande kommen kann. **Dies ist keine Patientenschulung!**

Radon-Therapie

28% der antwortenden Patienten (32% der männlichen und 22% der weiblichen) nahmen schon mindestens einmal an einer Radon-Therapie teil (Tabelle 4). Wie Sie im *Bechterew-Brief* Nr. 88 S. 3–10 und im *MBJ* Nr. 98 S. 25–26 lesen konnten, gehört die Radon-Therapie zu den wenigen nachhaltig wirksamen Therapieformen beim Morbus Bechterew (im Radon-Stollen behandelte Morbus-Bechterew-Patienten hatten noch ein halbes Jahr nach der Behandlung im Mittel signifikant weniger Schmerzen als Patienten einer Vergleichsgruppe, die an einer Reha-Maßnahme ohne Radon teilgenommen hatten, und benötigten entsprechend weniger Medikamente).

Die männlichen dieser Patienten nahmen im Mittel seit 16,6 Jahren mehr oder weniger regelmäßig eine Radon-Therapie in Anspruch, und zwar durchschnittlich alle 2,6 Jahre (Tabelle 4). Bei weiblichen Patienten liegt die erste Radon-Kur im Mittel 11,5 Jahre zurück. Das überrascht zunächst, ist aber kein Wunder, denn die weiblichen Antwortenden sind im Mittel 5 Jahre jünger, wahrscheinlich wegen der häufigeren Fehldiagnosen bei Frauen in früheren Jahrzehnten

welcher Anteil der Patienten in den Jahren 2004 und 2005 zur stationären Behandlung in einer Klinik war. Unter allen Antwortenden wurden 30% mindestens in einem dieser Jahre stationär behandelt, wie zu erwarten ein größerer Anteil in einer Rehabilitationseinrichtung als in einem Akutkrankenhaus. Die Häufigkeit hängt nur wenig davon ab, ob die Krankheit mit einer Psoriasis oder mit einer entzündlichen Darmerkrankung verknüpft ist oder ob es sich um eine „primäre“ Spondylitis ankylosans (ohne eine solche Verknüpfung) handelt. Lediglich bei der *reaktiven Arthritis* (ebenfalls zur Krankheitsgruppe der *Spondyloarthritiden* gehörende, wenige Wochen nach einer Infektion des Magen-Darm-Trakts oder der Harn- und Geschlechtsorgane auftretende Gelenkentzündung) verschiebt sich der Schwerpunkt mehr zur Behandlung in einem Akutkrankenhaus.

Von größerem Einfluss auf die Notwendigkeit einer stationären Behandlung ist das Vorliegen von Begleitsymptomen (Tabelle 3). Von den Patienten ohne solche Begleitsymptome wurden in den Jahren 2004 und 2005 nur 16%

stationär behandelt.

Patientenschulung

Im *Bechterew-Brief* Nr. 92 S. 3–12 berichtete Dr. Inge EHLEBRACHT-KÖNIG, Trägerin des DVMB-Forschungspreises 2002, über die Bedeutung der Patientenschulung im Rahmen der Morbus-Bechterew-Therapie. Auch die Empfehlungen der *Assessment in Ankylosing Spondylitis international working group* (ASAS, *MBJ* Nr. 103 S. 24) enthalten den Hinweis auf die Patientenschulung als wichtigen Bestandteil der Spondylitis-ankylosans-Therapie.

Unter den antwortenden Patienten hatten 44% mindestens einmal anlässlich einer Reha-Maßnahme an einer Morbus-Bechterew-spezifischen Patientenschulung teilgenommen, durchschnittlich sogar bei 3,2 Reha-Maßnahmen. Die Dauer der Schulung betrug bei diesen Patienten insgesamt durchschnittlich 7,9 Stunden, also jedesmal durchschnittlich 2½ Stunden.

Erkundigen Sie sich vor Ihrem nächsten Rehabilitationsaufenthalt, ob die Klinik das Morbus-Bechte-

Tabelle 3: Stationäre Klinikaufenthalte wegen des Morbus Bechterew unter 907 auf diese Fragen antwortenden Patienten.

	alle Patienten	mit Begleitsymptomen	ohne Begleitsymptome	primäre Spondylitis ankylosans	mit Psoriasis-Arthritis	mit entzündlicher Darmerkrankung	mit reaktiver Arthritis
Anzahl Antwortende	907	814	93	609	175	121	47
2004 in einem Akutkrankenhaus	10%	11%	0%	10%	9%	8%	19%
2005 in einem Akutkrankenhaus	8%	8%	3%	6%	12%	12%	21%
2004 in einer Rehabilitationseinrichtung	15%	16%	10%	15%	13%	16%	11%
2005 in einer Rehabilitationseinrichtung	15%	15%	8%	15%	14%	16%	13%
kein stationärer Aufenthalt wegen Morbus Bechterew	70%	68%	84%	69%	74%	70%	68%

Tabelle 4: Inanspruchnahme von **Radon-Behandlungen** jemals und im Jahr 2005

	alle Patienten	männliche Antwortende	weibliche Antwortende	primäre Spondylitis ankylosans	mit Psoriasis-Arthritis	mit entzündlicher Darm-erkrankung	mit reaktiver Arthritis
jemals eine Radon-Therapie genommen	28%	32%	22%	28%	29%	33%	34%
durchschnittlich seit ... Jahren	15	17	11	15	16	16	16
mittlere Zahl der Aufenthalte im Radon-Kurort	5,9	6,3	4,8	5,8	7,1	5,1	7,7
daraus resultierender mittlerer Abstand (Jahre)	2,6	2,6	2,4	2,7	2,3	3,0	2,1
Radon-Therapie im Jahre 2005	10%	11%	6%	9%	11%	12%	15%
davon in einem Radon-Stollen	74%	74%	72%	78%	63%	67%	71%
und zwar an durchschnittlich ... Tagen	11	10	12	10	11	10	13
davon Radon-Wannenbäder	34%	33%	39%	30%	47%	40%	29%
und zwar an durchschnittlich ... Tagen	16	16	17	16	18	10	16

(*Bechterew-Brief* Nr. 74 S. 3–7), so dass auch die Diagnose bei gleichem gegenwärtigem Alter im Mittel weniger weit zurückliegt. Im zeitlichen Abstand zwischen aufeinander folgenden Aufenthalten in einem Radon-Kurort unterschieden sich weibliche Patienten kaum von männlichen Patienten.

Die in *Tabelle 4* gezeigten Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme einer Radon-Therapie durch Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen waren statistisch nicht signifikant.

Im Jahr 2005 nahmen 10% aller Antwortenden eine Radon-Therapie in Anspruch (11% der männlichen und 6% der weiblichen Patienten, *Tabelle 4*). Rund drei Viertel dieser Patienten inhalierte das Radon in einem Radon-Stollen, und zwar durchschnittlich an 11 Tagen. Rund ein Drittel nahm stattdessen oder außerdem Radon-Wannenbäder, und zwar an durchschnittlich 16 Tagen (*Tabelle 4*).

Verordnete Medikamente

Ein Motiv für den Abdruck des Fragebogens war die Frage, wie weit sich

der Gebrauch antirheumatischer Medikamente in diesen 1½ Jahren verändert hatte, da einerseits die Politik zunehmend Einfluss auf die Verschreibungspraxis zu nehmen versucht, andererseits sich die medikamentöse Rheuma-Therapie durch die Einführung TNF-alpha-hemmender Medikamente und COX-2-selektiver Antirheumatika im Umbruch befindet.

49% der Patienten gaben an, in den vergangenen 12 Monaten regelmäßig antirheumatische Medikamente verwendet zu haben (vor 1½ Jahren waren es noch 54%), weitere 32% gelegentlich. 20% (im Juni 2004 nur 12%) der Patienten bekamen in den davorliegenden 12 Monaten keine Antirheumatika verschrieben. Von den Patienten mit *peripherer* Gelenkbeteiligung bekamen im Jahr 2005 15% keine Antirheumatika verschrieben gegenüber 8% in den 12 Monaten vor dem Juni 2004 (*Tabelle 5*).

Im Vordergrund der medikamentösen Morbus-Bechterew-Therapie stehen weiterhin die bewährten entzündungshemmenden nichtsteroidalen

Antirheumatika (NSAR). Ihr Gebrauch ging gegenüber 2004 nur geringfügig zurück.

Während 2003/04 fast ein Drittel aller Morbus-Bechterew-Patienten *COX-2-selektive Antirheumatika* verwendeten (z.B. *Celebrex*, *Vioxx*, *Bextra*, siehe *Bechterew-Brief* Nr. 81 S. 8, Nr. 83 S. 87–88, Nr. 92 S. 26–27, *MBJ* Nr. 94 S. 12–13, Nr. 96 S. 11–13, Nr. 98 S. 15–16), ging deren Anteil nach den Meldungen über häufige Herz-Kreislauf-Nebenwirkungen und der Rücknahme von *Vioxx* um fast die Hälfte zurück.

Der Gebrauch von langsam wirkenden Antirheumatika (Basismedikamente, oft abgekürzt als DMARDs von englisch „*Disease Modifying Antirheumatic Drugs*“, *Bechterew-Brief* Nr. 78 S. 3–6, *MBJ* Nr. 94 S. 14–15) blieb gegenüber 2004 nahezu unverändert. Innerhalb dieser Medikamentengruppe verschob sich aber die Verteilung zu Gunsten des Medikaments *Methotrexat*. *Sulfasalazin* blieb jedoch das am häufigsten verwendete DMARD, nicht nur bei einer *peripheren* Gelenkbetei-

Tabelle 5: In den vergangenen 12 Monaten regelmäßig oder gelegentlich verwendete **antirheumatische Medikamente** unter allen 901 Patienten, die diese Fragen im Dezember 2005 beantworteten, und zum Vergleich unter allen 1479 Patienten, die diese Fragen im Juni 2004 beantwortet hatten (Mehrfachnennungen zugelassen).

Anzahl Antwortende	Dezember 2005					Juni 2004 zum Vergleich				
	alle Antwortenden	männlich	weiblich	periphere Gelenkbeteiligung	rein axiale Spondylitis ankylosans	alle Antwortenden	männlich	weiblich	periphere Gelenkbeteiligung	rein axiale Spondylitis ankylosans
	901	607	293	639	262	1479	961	517	939	540
nichtsteroidale Antirheumatika	60%	60%	61%	64%	52%	63%	63%	62%	66%	58%
COX-2-selektive Antirheumatika	15%	13%	20%	18%	10%	27%	24%	34%	30%	22%
Sulfasalazin	9%	8%	13%	11%	6%	11%	10%	15%	13%	9%
Methotrexat	6,7%	4,8%	10,6%	7,8%	3,8%	5,7%	4,7%	7,7%	6,8%	3,9%
Gold-Präparate	0,3%	0,2%	0,7%	0,3%	0,4%	0,3%	0,2%	0,6%	0,4%	0,2%
DMARDs insgesamt	16%	13%	24%	19%	10%	16%	14%	21%	18%	13%
Corticosteroide	14%	12%	19%	16%	10%	17%	14%	24%	21%	11%
Radium-224-Chlorid	0,3%	0,3%	0,3%	0,5%	0,0%	0,8%	0,8%	0,8%	1,2%	0,2%
TNF-alpha-Blocker	8,5%	7,4%	10,9%	8,9%	7,6%	5,5%	4,6%	7,2%	6%	5%
keine Antirheumatika	20%	22%	15%	15%	32%	12%	14%	9%	8%	19%

Tabelle 6: Anteil der Patienten, die jemals mit einem TNF-alpha-blockierenden Medikament behandelt wurden, und Verteilung auf die drei derzeit verfügbaren Medikamente (Mehrfachnennungen zugelassen)

	alle Patienten	mit Begleitsymptomen	ohne Begleitsymptome	primäre Spondylitis ankylosans	mit Psoriasis-Arthritis	mit entzündlicher Darmerkrankung	mit reaktiver Arthritis
mit einem TNF-alpha-Inhibitor behandelt	10%	11%	4,3%	10%	8,6%	12%	15%
davon mit Infliximab	6,2%	6,5%	3,2%	6,1%	5,1%	7,4%	6,4%
davon mit Etanercept	5,0%	5,4%	1,1%	4,8%	4,6%	4,1%	6,4%
davon mit Adalimumab	0,8%	0,9%	0,0%	0,3%	0,6%	3,3%	4,3%

ligung, sondern auch beim rein *axialen* (auf die Wirbelsäule beschränkten) Morbus Bechterew.

Ein leichter Rückgang war auch beim Gebrauch von *Corticosteroiden* (cortison-ähnlichen Medikamenten) zu verzeichnen.

Während der Rückgang bei den NSAR, beim *Sulfasalazin* und bei den *Corticosteroiden* einerseits mit den Restriktionen im Gesundheitswesen, andererseits aber auch mit dem Vordringen TNF-alpha-hemmender Medikamente zusammenhängen dürfte, dürfte der Rückgang beim *Radium-224-Chlorid* eher damit zusammenhängen, dass die Herstellerfirma dieses nachhaltig wirksamen Medikaments die Produktion wegen fehlender Studien einschränken musste. Auf die Erfahrungen der Patienten mit der Radium-224-Therapie kommen wir in einem eigenen Kapitel zu sprechen.

Gegenüber 2003/2004 wurden 4,6% der männlichen und 7,2% der weiblichen Spondylitis-ankylosans-Patienten bereits mit den hochwirksamen aber auch teuren Medikamenten behandelt, die den Entzündungsvermittler *TNF-alpha* blockieren. Zum Jahr 2005 stieg der Anteil um den Faktor 1,5 auf 7,4%

der männlichen und 10,9% der weiblichen Spondylitis-ankylosans-Patienten.

Dass der Anteil bei weiblichen Spondylitis-ankylosans-Patienten signifikant höher liegt als bei männlichen Patienten, widerlegt wiederum eindrucksvoll das Gerücht vom „milderen“ Verlauf bei weiblichen Spondylitis-ankylosans-Patienten, denn die Notwendigkeit dieser Medikamente wird in Anbetracht der hohen Kosten besonders sorgfältig abgewogen.

Erfahrungen mit TNF-alpha-Hemmern

Während in *Tabelle 5* die Morbus Bechterew-Therapie in den 12 Monaten vor der Befragung dargestellt ist, sind in *Tabelle 6* alle Patienten erfasst, die jemals mit einem TNF-alpha-Hemmer behandelt wurden.

Unter den antwortenden Patienten gaben 10,2% an, jemals mit einem TNF-alpha-Hemmer behandelt worden zu sein. Wie sich diese Patienten auf die drei derzeit verfügbaren Medikamente verteilen, ist in *Tabelle 6* eingetragen. Die Medikamente sind in der Reihenfolge aufgeführt, in der sie in Deutschland auf den Markt kamen. Da manche Patienten nacheinander mit

mehr als einem dieser Medikamente behandelt wurden, ist die Summe der Anteile der einzelnen Medikamente größer als der Anteil aller jemals mit einem TNF-alpha-Hemmer behandelten Patienten.

Ergebnisse zur Wirksamkeit und Verträglichkeit der TNF-alpha-Hemmer sind in der *Tabelle 7* wiedergegeben. 31% der mit TNF-alpha-Hemmern behandelten Morbus-Bechterew-Patienten mussten die Therapie abbrechen, zum Teil wegen zu geringer Wirkung, zum Teil aber auch wegen schwerer Nebenwirkungen. Die Abbruchrate war bei einer Verknüpfung der Spondylitis ankylosans mit Psoriasis, mit einer entzündlichen Darmerkrankung oder mit reaktiver Arthritis signifikant größer als bei Patienten mit einer primären Spondylitis ankylosans (ohne verknüpfte Krankheit). Besonders groß war die Abbruchrate mit 71% bei Patienten mit *reaktiver Arthritis*. Aber auch bei Patienten mit einer *primären Spondylitis ankylosans* betrug die Abbruchrate 20% (*Tabelle 7*).

Bei 54% aller mit einem TNF-alpha-Hemmer behandelten Patienten hat sich die Stärke der Schmerzen um mehr als 50% gebessert. Bei Patienten

Tabelle 7: Mittlere Stärke der Schmerzen vor und nach einer Anti-TNF-alpha-Therapie (0 = keine Schmerzen, 10 = unerträgliche Schmerzen), Anteil der Patienten, bei denen die Schmerzen um mindestens 50% reduziert wurden, Anteil der Patienten, welche die Therapie abbrachen, und Gründe für das Absetzen des Medikaments.

	alle Patienten	primäre Spondylitis ankylosans	mit Psoriasis-Arthritis	mit entzündlicher Darmerkrankung	mit reaktiver Arthritis
Anzahl behandelter Patienten	93	60	15	15	7
Therapie abgebrochen	31%	20%	47%	47%	71%
wegen Wirkungslosigkeit	12%	10%	13%	7%	29%
wegen Nebenwirkungen	15%	10%	20%	20%	43%
aus anderen Gründen	9%	5%	13%	20%	14%
weiterhin damit behandelt	69%	80%	53%	53%	29%
durchschnittliche Schmerzen vor Behandlungsbeginn	8,2	8,2	8,1	8,4	8,0
Schmerzen zwei Monate nach Behandlungsbeginn	3,5	3,5	3,9	3,6	4,0
Schmerzen zum Zeitpunkt der Befragung	3,4	3,5	3,0	2,9	3,0
Anteil mit mindestens 50%iger Besserung unter allen Behandelten	54%	62%	40%	47%	29%

Tabelle 8: Mittlere Stärke der Schmerzen vor und nach der Therapie mit Radium-224-Chlorid (0 = keine Schmerzen, 10 = unerträgliche Schmerzen), Anteil der Patienten, bei denen die Schmerzen um mindestens 50% reduziert wurden, Anteil der Patienten, die die Therapie abbrachen und Gründe für das Absetzen des Medikaments.

	alle Patienten	mit peripherer Gelenkbeteiligung	ohne periphere Gelenkbeteiligung	primäre Spondylitis ankylosans	mit Psoriasis	mit entzündlicher Darm-erkrankung	mit reaktiver Arthritis
Anzahl behandelter Patienten	49	37	12	33	13	8	2
Anteil der jemals mit Radium-224-Chlorid behandelten Patienten	5,4%	5,7%	4,6%	5,4%	7,4%	6,6%	(4,3%)
davon die Therapie vorzeitig abgebrochen	10%	14%	0%	9%	8%	25%	(50%)
wegen Wirkungslosigkeit	2%	3%	0%	0%	0%	13%	(0%)
wegen Nebenwirkungen	2%	3%	0%	0%	8%	13%	(50%)
aus anderen Gründen	6%	8%	0%	9%	0%	0%	(0%)
alle 10–12 Injektionen bekommen	90%	86%	100%	91%	93%	75%	(50%)
durchschnittliche Schmerzen vor Behandlungsbeginn	7,8	7,8	7,7	7,9	7,7	7,2	(7,0)
Schmerzen nach der letzten Injektion	4,2	4,2	4,2	3,7	5,3	5,8	(7,0)
Schmerzen in der Woche vor der Befragung	4,0	4,1	3,7	3,9	4,4	6,0	(3,0)
Anteil mit mindestens 50%iger Besserung bis zur Befragung unter allen Behandelten	47%	49%	42%	48%	46%	13%	(50%)

mit einer *primären Spondylitis ankylosans* (ohne Verknüpfung mit einer weiteren Krankheit) waren es sogar 62%, bei Patienten mit einer *reaktiven Arthritis* dagegen nur 29%.

Eine Aufschlüsselung der Ergebnisse zur Wirksamkeit und Verträglichkeit nach den drei verfügbaren Medikamenten war uns leider nicht möglich, weil bei der Nennung von mehr als einem Medikament nicht gefragt wurde, ob die Anti-TNF-alpha-Therapie insgesamt abgebrochen wurde oder ob ein Medikament zu Gunsten eines anderen Medikaments abgesetzt wurde und welches das abgesetzte Medikament war. Da hätte der Fragebogen ausführlicher getestet werden müssen.

Langzeit-Erfahrungen mit der Radium-224-Therapie

Dieselben Fragen zur Wirksamkeit und Verträglichkeit wie bei der Anti-TNF-alpha-Therapie wurden auch zur Therapie mit dem radioaktiven Radium-224-Chlorid (*Bechterew-Brief Nr. 33 S. 12–15, Nr. 80 S.10–13, Nr. 81 S. 16, MBJ Nr. 98 S. 22 und Nr. 102 S. 33*) gestellt. Die Radium-224-Therapie ist neben der Neurokognitiven Therapie (*MBJ Nr. 100 S. 30–31*) die einzige Therapieform, durch die Morbus-Bechterew-Patienten eine dauerhafte Besserung ohne dauernde Weiterbehandlung erfahren. Die Ergebnisse sind in der *Tabelle 8* wiedergegeben, wiederum auch aufgeschlüsselt nach Diagnosen. Mit reaktiver Arthritis sind allerdings nur zwei Patienten enthalten, so dass das dort eingetragene Ergebnis

eher ein Zufallsergebnis darstellt.

Insgesamt ließen sich unter den 908 antwortenden Patienten 49 (5,4%) mit Radium-224 behandeln, davon 22 Patienten in den Jahren 1932 bis 1987 und 28 Patienten in den Jahren 1995 bis 2005 (ein Patient ließ sich 1986 und nochmals 2005 damit behandeln).

Fünf Patienten (10% der mit Radium-224 Behandelten) brachen die Behandlungsserie, die normalerweise aus 10–12 Injektionen in wöchentlichem Abstand besteht, vorzeitig ab, darunter einer wegen Wirkungslosigkeit, einer wegen Nebenwirkungen und drei aus „sonstigen“ Gründen.

Auch hier hat sich bei rund der Hälfte aller behandelten Patienten die Stärke der Schmerzen um mehr als 50% gebessert. Die Wirksamkeit der Therapie mit Radium-224-Chlorid ist also mit der Wirksamkeit der Anti-TNF-alpha-Therapie vergleichbar (der Unterschied ist statistisch nicht signifikant). Wie JAHN 1987 in einer umfangreichen Studie nachwies, wird auch das Fortschreiten der Wirbelsäulenkyphose durch die Radium-224-Therapie erheblich verlangsamt.

Die Verträglichkeit der Radium-224-Therapie ist erheblich besser, wie man an der signifikant geringeren Abbruchrate erkennen kann. Vor allem die Rate der Therapieabbrüche wegen Nebenwirkungen beträgt nur einen Bruchteil von derjenigen bei der Anti-TNF-alpha-Therapie.

Das Langzeitrisko der Radium-224-Therapie wurde von Dr. Roland WICK in Neuherberg genauestens untersucht

(*Bechterew-Brief Nr. 80 S.10–13, MBJ Nr. 98 S. 22*) und als sehr gering bewertet¹, während es bei der Anti-TNF-alpha-Therapie noch unbekannt ist. Da auch die Kosten der Radium-224-Therapie erheblich geringer sind als die Kosten der Anti-TNF-alpha-Therapie, ist nicht recht verständlich, warum die Radium-224-Therapie in so viel geringerem Umfang verordnet und von den Krankenkassen genehmigt wird. Liegt der Unterschied darin, dass Rheumatologen die Anti-TNF-alpha-Therapie selbst durchführen dürfen und keinen Nuklearmediziner einschalten müssen? Oder gibt es dafür andere Gründe?

Spielt evtl. die von der Boulevardpresse am Kochen gehaltene Strahlenangst bei der Genehmigungspraxis der Krankenkassen die Hauptrolle? *Siehe dazu auch S. 10–16 in diesem Heft.*

Auswirkungen auf die Bereitschaft zur Bewegungstherapie

Im Zusammenhang mit der Anti-TNF-alpha-Therapie und der Radium-224-Therapie wurde gefragt, wie sich die Erfolge dieser Therapieformen auf die Bereitschaft auswirken, weiterhin an der Krankengymnastik teilzunehmen.

¹) Bei 1473 mit Radium-224 behandelten Patienten wurden 118 Tumoren (8%) beobachtet, in der Vergleichsgruppe ohne Radium-Therapie 11%. Ein möglicherweise strahlenbedingter Unterschied ergab sich nur bei den Knochentumoren. Hier standen 4 in der Radium-Gruppe einem einzigen in der Vergleichsgruppe gegenüber. Auf Grund der Häufigkeit in der Gesamtbevölkerung waren in jeder Gruppe 1–3 Fälle erwartet worden. Ein diesbezügliches Risiko ist somit sicher auszuschließen, erscheint jedoch als sehr gering.

men. Bereits im *Bechterew-Brief* Nr. 86 S. 34–36 wurde betont, wie wichtig es ist, den durch die Radium-224-Therapie erreichten schmerzarmen Zustand für eine intensive Bewegungstherapie auszunutzen.

Wie im *Bild 2* zu sehen ist, gaben 75% der mit einem TNF-alpha-Hemmer oder mit Radium-224 behandelten Patienten an, gleich viel oder sogar mehr Krankengymnastik zu machen als vor der Therapie. Nur 25% der behandelten Patienten haben nach der TNF-alpha-Therapie bzw. der Radium-224-Therapie in der Teilnahme an der Krankengymnastik nachgelassen.

Schlussbemerkung

Die Ergebnisse dieser neuen Patientenbefragung sind nicht nur für Ärzte interessant, die wissen möchten, wie ihr Tun beim Patienten ankommt und wo sie mit ihrer Verschreibungspraxis im Vergleich zu anderen Ärzten liegen. Die Ergebnisse sind auch für Morbus-

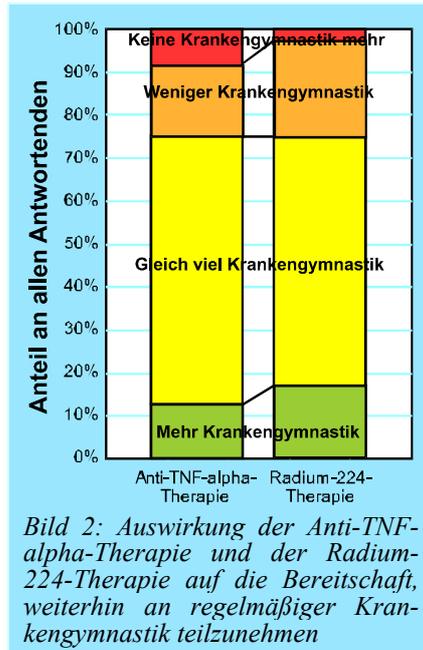
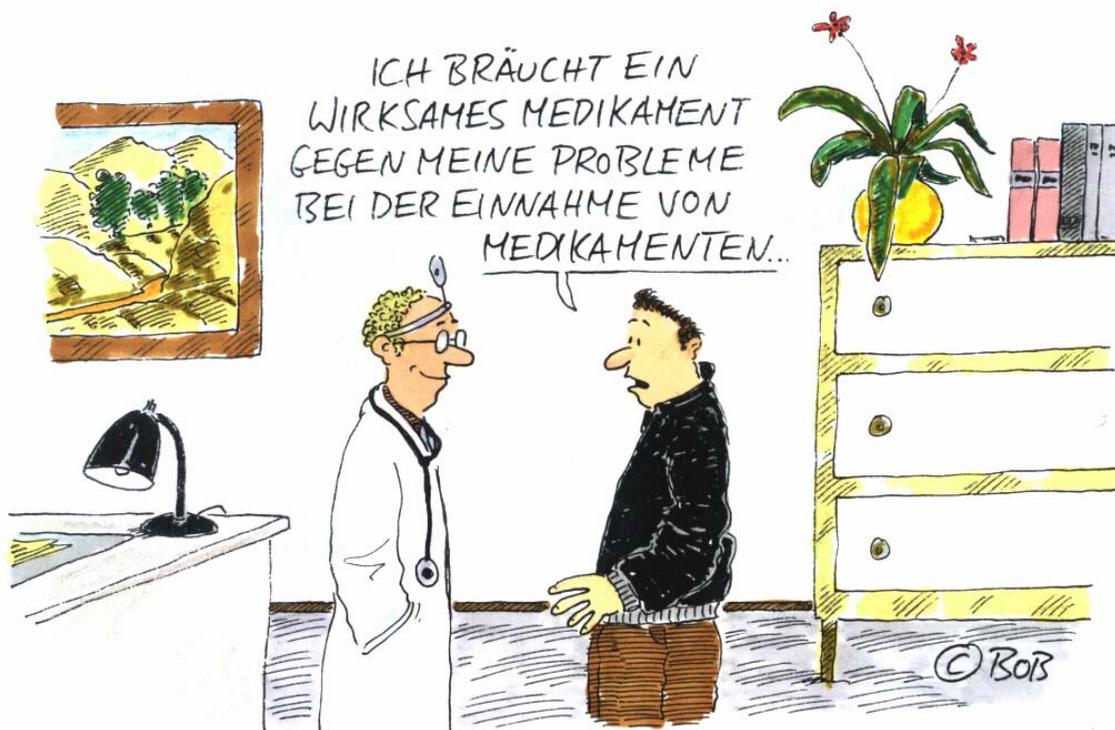


Bild 2: Auswirkung der Anti-TNF-alpha-Therapie und der Radium-224-Therapie auf die Bereitschaft, weiterhin an regelmäßiger Krankengymnastik teilzunehmen

Bechterew-Patienten interessant, die wissen möchten, wo sie sich im Spektrum der Krankheitsverläufe wiederfin-

den und wie andere Patienten mit der Krankheit zurechtkommen. Dabei bleibt es keinem Patienten erspart, sich mit seiner eigenen Situation auseinanderzusetzen und für sich selbst die richtigen Entscheidungen zu treffen.

Festzuhalten bleibt nach allem, dass eines wirklich hilft und bei richtiger Durchführung keine schädlichen Nebenwirkungen hat:



© Copyright Christian BOB Born, Freiburg