



# Die Bechterew'sche Krankheit

3. Auflage

## Was ist Morbus Bechterew?

Es handelt sich um eine chronische entzündlich-rheumatische Erkrankung, die vorwiegend die Wirbelsäule befällt. Wie die wissenschaftliche Bezeichnung **Spondylitis ankylosans** oder auch ankylopoetica (d. h. mit Versteifung einhergehend) signalisiert, können die entzündlichen Vorgänge an der Wirbelsäule zu Verfestigungen, Bewegungseinschränkungen und zur Fehlstellung führen. Die im deutschen Sprachraum übliche Bezeichnung als Morbus Bechterew ist zurückzuführen auf den angeblichen Erstbeschreiber, den russischen Arzt Vladimir Bechterew (1857-1927).

## Krankheitsverlauf

Ein Erkrankungsbeginn ist praktisch in jedem Alter möglich, jedoch weitaus am häufigsten im 2. und 3. Lebensjahrzehnt. Typisch ist der Beginn mit größtenteils belastungsunabhängigen, d.h. auch in Ruhe auftretenden Schmerzen im unteren Lendenwirbelsäulenabschnitt sowie den Kreuzdarmbeingelenken, meist in die Oberschenkel und Hüftregion ausstrahlend, die als **frühmorgendlicher Nachtschmerz** den Betroffenen aufwecken, ihn zum Aufstehen und Umhergehen veranlassen und sich hierunter bessern. Der weitere Verlauf kann sehr unterschiedlich sein. Bei Fortschreiten der Erkrankung treten Schmerzen dann meist aufsteigend in höheren Lendenwirbelsäulen-, Brustwirbelsäulen- und auch Halswirbelsäulenabschnitten auf. Typisch ist auch ein Schmerz beim Husten und Niesen sowie bei Erschütterung mittels gürtelförmiger Ausstrahlung, evtl. auch druckschmerzhafte Schwellungen im Bereich der Verbindungen der Rippen und des Schlüsselbeins mit dem Brustbein. Bei einigen Patienten kann es auch zu meist nur vorübergehenden Entzündungen im Bereich von mittelgroßen und großen Gelenke (Schulter-, Ellenbogen-, Knie- und Sprunggelenke, Hüftgelenke), extrem selten von Hand-, Finger- und Zehengelenken kommen. Bekannt sind weiterhin Entzündungen von Sehnenansätzen wie z. B. im Bereich der Achillessehne (Fersenschmerz) sowie Entzündungen der Regenbogenhaut am Auge bei etwa 30 % der Patienten (Iritis oder Iridozyklitis). Gelegentlich ist die Bechterew'sche Erkrankung kombiniert mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.

Prinzipiell handelt es sich um eine chronische, d. h. über Jahre und Jahrzehnte verlaufende Erkrankung. Bei einigen Patienten kann jedoch bereits im frühen Stadium spontan ein Stillstand eintreten ohne wesentliche Beeinträchtigungen zu hinterlassen. In anderen Fällen verläuft die Erkrankung schubartig mit Phasen vermehrter

Schmerz- und Entzündungsaktivität, die von weitgehend beschwerdefreien Intervallen unterbrochen werden, bei anderen Patienten wiederum eher kontinuierlich. Ein **Krankheitsstillstand** kann in jeder Phase der Erkrankung spontan eintreten. Charakteristischweise besteht die Tendenz, dass sich die von der Entzündung befallenen Bereiche der Wirbelsäule verfestigen und nachfolgend verknochern. Diese knöcherne Durchbauung ist dann meist mit einem Rückgang der Schmerzintensität verbunden. Gelegentlich kommt es auch zu Entzündungen im Raum zwischen einzelnen Wirbelkörpern, der von der Bandscheibe ausgefüllt ist (sogenannte Spondylodiszitis). Aus diesen verfestigenden Vorgängen resultiert die im Spätstadium nicht mehr rückgängig zu machende **Bewegungseinschränkung**. Durch entsprechende Behandlung kann eine solche Entwicklung aber oft verhindert oder zumindest aufgehalten werden. Bei vielen Betroffenen kommt es erfreulicherweise auch nach jahrelangem Verlauf zu keiner erkennbaren Bewegungseinschränkung, Fehlstellung oder gar Funktionsbehinderung. Wie bei anderen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen kann jedoch eine mehr oder weniger ausgeprägte **Störung des Allgemeinbefindens und der Leistungsfähigkeit** die entzündlichen Phasen der Erkrankung begleiten. Die meisten Morbus Bechterew-Betroffenen können ihren Beruf bis zum Erreichen des normalen Rentenalters ausüben, eine vorzeitige Berentung ist nur in Ausnahmefällen bei sehr schwerem Verlauf zu befürchten. Bei sehr ungünstigen Verufen muss evtl. frühzeitig an eine Umschulung gedacht werden. Die durchschnittliche Lebenserwartung unterscheidet sich statistisch praktisch nicht von der der Gesamtbevölkerung.

## Ursachen und Häufigkeit

Die genauere Ursache des Morbus Bechterew ist bislang nicht in allen Einzelheiten bekannt. Wie bei anderen entzündlichen Erkrankungen muss jedoch eine **Störung des körpereigenen Abwehrsystems** (Immunsystem) angenommen werden, bei der sich Antikörper gegen körpereigenes Gewebe bilden und hierdurch die Entzündungsreaktion hervorrufen. Das gehäufte Vorkommen dieser Erkrankung in einzelnen Familien sowie der überproportional häufige Nachweis des HLA-B 27 Faktors deutet darauf hin, dass zwar nicht die Erkrankung selbst, jedoch die Disposition (Veranlagung) hierzu als Erbmerkmal genetisch bedingt, also angeboren ist. Das HLA-B 27-Merkmal ist bei 96% aller Bechterew-Patienten nachweisbar, in der nicht Morbus Bechterew erkrankten Gesamtbevölkerung jedoch nur in 8%. Ähnlich wie eine Blutgruppe ist das Vorkommen oder Fehlen des HLA-B27 bereits von Geburt an festgelegt und ändert sich zeitlebens nicht mehr. Was

neben der genetischen Veranlagung im Einzelfall das Immunsystem zu der geschilderten Fehlreaktion veranlasst, ist nicht bekannt. Da nach viralen oder bakteriellen Infektionen ähnliche, meist jedoch zeitlich begrenzte Krankheitsbilder auftreten können, vermutet man, dass auch beim Morbus Bechterew Infektionen eine bahnbrechende Rolle spielen können. Ebenfalls diskutiert werden als möglicher Auslöser der Erkrankung bei vorgegebener Veranlagung extreme Kälte- und Nässeeinwirkungen und anderweitige extreme körperliche oder seelische Belastungen. Ein spezieller infektiöser Krankheitserreger konnte jedoch bisher nicht ermittelt werden, auch ist die Erkrankung nicht etwa ansteckend. Morbus Bechterew tritt etwa bei 1 % der mitteleuropäischen Bevölkerung auf, wobei entgegen früherer Ansicht Frauen und Männer wohl gleich häufig erkranken. Da die Erkrankung bei Frauen, von wenigen Ausnahmen abgesehen, leichter verläuft, wird sie bei diesen seltener erkannt.

## Behandlungsmöglichkeiten

Von größter Bedeutung ist die regelmäßige, dem jeweiligen Krankheitsstadium angepasste **krankengymnastische Therapie**. Sie soll die Beweglichkeit erhalten, die Versteifung von Wirbelsäulenabschnitten in ungünstiger Fehlstellung vermeiden und wenig beanspruchte Muskeln trainieren. Unterstützend können physikalische Maßnahmen, wie **Wärmebehandlung** (z. B. Moor- oder Fangobäder) und Massagen, eingesetzt werden, die die Durchblutung des Gewebes fördern sowie schmerzbedingten Muskelverspannungen entgegenwirken. Vereinzelt wird auch die Kältebehandlung mit gutem Effekt eingesetzt. Diese passiven Behandlungsmaßnahmen können jedoch die Krankengymnastik keinesfalls ersetzen. Unterstützend sind auch **spielerisch sportliche Tätigkeiten** äußerst hilfreich und unterstützen die Krankengymnastik wesentlich, wirken darüber hinaus ebenso wie die Gymnastik oft auch schmerzlindernd (Stichwort: **Bechterew'ler brauchen Bewegung**). Sinnvoll ist, insbesondere bei aktivem Krankheitsverlauf, diese genannten Therapiemaßnahmen gelegentlich unter stationären Bedingungen durchzuführen bzw. zu intensivieren. Neben der stationären Behandlung über die Krankenkasse kommen hierfür auch stationäre Heilverfahren über die Rentenversicherungsträger in Frage. Welche sportlichen Tätigkeiten günstig sind, dazu berät der Arzt und der Krankengymnast.

Für die **medikamentöse Therapie** kommen in erster Linie cortisonfreie Antirheumatika in Frage, die schmerzlindernd bzw. -beseitigend und auch direkt entzündungshemmend wirken, wodurch sie sich von reinen Schmerzmitteln (sog. Analgetika) unterscheiden. Da die **Antirheumatika** schmerzbedingte Schonhaltungen verhindern helfen und

oft eine intensivierte krankengymnastische und sportliche Therapie erst ermöglichen, tragen sie wesentlich zu einem günstigen Verlauf der Erkrankung bei. Darüber hinaus ist oft nur durch Antirheumatika-Einnahme ein ungestörtes Durchschlafen möglich, was sich positiv auf den Allgemeinzustand und die allgemeine Leistungsfähigkeit auswirkt. Die heute verfügbaren Antirheumatika sind in der Regel gut verträglich, Probleme bestehen am ehesten bezüglich des Magens und Zwölffingerdarms. Die heute verfügbaren Antirheumatika sind in der Regel gut verträglich. Durch gleichzeitige Gabe von hochwirksamen magenschützenden Medikamenten oder den neuen sog. Cox-2-selektiven Antirheumatika gibt es selten Probleme. Für seltene Fälle mit hochaktivem Krankheitsverlauf eröffnen sich durch die Gabe von Radium-224-Chlorid und die neuen sog. **Biologicals** (TNF-Alpha-Antagonisten) neue erfolgversprechende Therapiemöglichkeiten. Der Einsatz von **Cortison** (ein auch im Körper produziertes, sehr stark entzündungshemmendes Hormon) ist hingegen bei der Bechterew'schen Erkrankung nur in Ausnahmesituationen (hochaktive, anders nicht beherrschbare Schubsituationen, Gelenkbeteiligung, hier evtl. auch als Injektion in das entzündete Gelenk und bei der Regenbogenhautentzündung) angebracht. Da, von diesen Situationen abgesehen, Cortison im Vergleich zu cortisonfreien Antirheumatika keinen Vorteil bietet, bei längerer Anwendung insbesondere in höherer Dosierung jedoch fast stets mit Nebenwirkungen verbunden ist, sollte sonst hierauf verzichtet werden. Gut verträgliche reine Schmerzmittel oder muskelentspannende Präparate können evtl. zusätzlich eingenommen werden.

**Operative Maßnahmen** (z. B. Aufrichtungsoperationen bei erheblich funktionsbeeinträchtigender fixierter Fehlstellung der Wirbelsäule) werden bei konsequenter Durchführung der geschilderten Therapiemaßnahmen nur extrem selten erforderlich. Bei Auftreten einer Regenbogenhautentzündung, an die immer bei Rötung, Schmerzen des Auges und Sehstörungen gedacht werden muss, sollte sofort der Augenarzt aufgesucht werden, da nur sofortige Therapie eine bleibende Sehbeeinträchtigung verhindern kann. Alle medikamentösen, krankengymnastischen und physikalischen Therapiemaßnahmen sollten mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden. Hilfe zur Selbsthilfe und Beratung bieten die Selbsthilfeorganisationen Deutsche Rheuma-Liga und Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew. Hier erfährt man auch die nächstgelegene Bewegungs- und Therapiegruppe.

Verfasser: Dr. med. Ortwin Rave, Arzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Rheumaklinik Oberammergau, Hubertusstr. 40, 82487 Oberammergau, Telefon 08822 / 914-0, Fax 08822 / 914-222

Wenn Sie weitere Informationen benötigen oder Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe suchen, wenden Sie sich an:

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.  
Maximilianstr. 14 • 53111 Bonn

Telefon 0228 - 7 66 06 0  
Fax 0228 - 7 66 06 20

Internet [www.rheuma-liga.de](http://www.rheuma-liga.de)  
eMail [bv@rheuma-liga.de](mailto:bv@rheuma-liga.de)

Herausgeber:  
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

3. Auflage - 10.000 Exemplare  
Drucknummer: MB 1.4/BV/07/03

Mit freundlicher Unterstützung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)

