

Bildgebung bei rheumatologischen Erkrankungen

Dicke und heiße Gelenke sind Anzeichen von entzündlichen Gelenkerkrankungen.

■ Dass rheumatologischen Entzündungsherde auch Muskeln, Sehnen, Gefäße und viele Organe befallen können, wird oft übersehen. Priv.-Doz. Dr. Valentin Schäfer, Leiter der Rheumatologie und klinischen Immunologie der Medizinischen Klinik III am Universitätsklinikum Bonn (UKB), erklärt die Einsatzmöglichkeiten der Bildgebung zur Diagnostik und Therapie bei rheumatologischen Erkrankungen.

M&K: *Wie viele Menschen sind in Deutschland von rheumatologischen Erkrankungen betroffen?*

Priv.-Doz. Dr. Valentin Schäfer: In Deutschland sind etwa 5 Mio. Menschen von einer rheumatologischen Erkrankung betroffen.

Welchen Stellenwert nimmt die Bildgebung in der Diagnostik und Therapie rheumatologischer Erkrankungen ein?

Schäfer: Der Stellenwert der Bildgebung in der Rheumatologie ist inzwischen vor allem in der Frühdiagnose sehr hoch. Bereits stark entzündete Gelenke werden zumeist in der klinischen Untersuchung diagnostiziert. In der Bildgebung zeigen sich jedoch erste Anzeichen schon, bevor eine massive Gelenkentzündung eintritt und eventuell einen Schaden verursacht hat. Hier ist vor allem der Gelenkulterschall hervorzuheben, der mit einer sehr hohen Auflösung Gelenke um das Vielfache besser darstellt als z. B. das MRT (Magnetresonanztomografie). Zudem ist die Ultraschalldiagnose natürlich zeitsparend und sofort verfügbar, was für die Patienten einen relevanten Vorteil darstellt. Demgegenüber eignet sich das MRT aber, um auch Knochenveränderungen darzustellen. Bei alledem ist natürlich eine gute Expertise des Rheumatologen vorausgesetzt, die inzwischen fast überall in Deutschland besteht.

Welche Bildgebungstechniken kommen bei welchen rheumatischen Erkrankungen sinnvollerweise zum Einsatz? Gibt es einen Goldstandard?

Schäfer: Der Goldstandard variiert in Bezug auf die jeweilige Erkrankung. Insgesamt gibt es mehr als 400 rheumatologische Erkrankungsbilder. Man kann aber im Allgemeinen sagen, dass entzündliche Gelenkerkrankungen (Arthritiden), wie die rheumatoide Arthritis oder die Psoriasis Arthritis, sehr



Priv.-Doz. Dr. Valentin Schäfer

Foto: Universitätsklinikum Bonn, R. Müller

Zur Person

Priv.-Doz. Dr. Valentin Schäfer hat sein Medizinstudium an der Karls-Universität zu Prag absolviert. Schon seine Promotion, die er 2011 mit Bestnote an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg abschloss, behandelte die Riesenzellarteriitis und deren Risiken für Infektionen und maligne Erkrankungen. Schäfer ist nach klinischen Stationen in Erlangen-Nürnberg, Regensburg, Berlin und Mainz seit März 2018 Leiter der Rheumatologie und klinischen Immunologie an der Medizinischen Klinik III am Universitätsklinikum Bonn (UKB). 2019 schloss er seine Habilitation an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn zu „Bildgebende Verfahren bei Arthritiden und Vaskulitiden“ ab. Seit November 2018 leitet er zudem das Sonografie-Zentrum der Medizinischen Klinik III und ist Sprecher des Zentrums für seltene rheumatologische Erkrankungen am UKB.

gut im Ultraschall frühdiagnostiziert werden können. Kommt man zu den Entzündungen großer Gefäße (Vaskulitiden), wie der Riesenzellarteriitis, hat die Ultraschalldiagnostik der betroffenen Arterien sogar inzwischen die Biopsie als erstes bildgebendes Verfahren und Goldstandard abgelöst. Genau an

dieser Entwicklung war ich mit meinen Forschungsarbeiten beteiligt. Entsprechend freue ich mich natürlich, dass durch den wegfallenden Eingriff auch hier eine wesentliche Erleichterung für die Patienten erreicht wurde. Schaut man sich die entzündlichen Wirbelsäulenerkrankungen an (Spondyloarthritiden, früher Morbus Bechterev genannt), so ist das MRT hier der Goldstandard, um Entzündungen der Wirbelsäule oder des Kreuzdarmbeins (Sakroileakalgelenk) gut darzustellen.

Was passiert bei atypischen Krankheitsverläufen?

Schäfer: Bei atypischen Verläufen von rheumatologischen Erkrankungen kommt es häufig zu einer verzögerten Diagnose. Ein atypischer Verlauf spielt sich beispielsweise oft in den großen Gelenken ab. So ist bei Schmerzen an der Schulter die Diagnose oft verzögert, weil die Patienten zunächst zum Orthopäden gehen und dieser sie auf Schulterimpingement – also auf eingeklemmte Sehnen im Schultergelenk – behandelt. Da die Behandlung aber keine langfristige Besserung mit sich bringt, landen die Patienten irgendwann beim Rheumatologen. Dieser untersucht klinisch und vor allem mit Ultraschall und erkennt: Diese Schulterschmerzen sind ein erstes Zeichen für eine rheumatoide Erkrankung. Ein

weiterer atypischer Verlauf betrifft die Lunge – dieser ist bei der rheumatoiden Arthritis auch gar nicht so selten. Man geht davon aus, dass zwischen 30 und 60% der Patienten mit rheumatoider Arthritis auch einen Lungenbefall haben, der zum Teil unentdeckt bleibt. Zur genaueren Untersuchung dieser Verläufe plane ich gerade eine größere Studie. Im Falle eines Verdachts auf einen atypischen Verlauf ist immer eine Überweisung an die akademische Rheumatologie an einer Universitätsklinik zu empfehlen, um Differentialdiagnosen auszuschließen.

Herr Dr. Schäfer, kürzlich wurden Sie als nationaler Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie in das Standing Committee zur muskuloskelettalen Bildgebung der Europäischen Liga gegen Rheumatismus (EULAR) berufen. Was bedeutet dies für Sie?

Schäfer: Mich freut es sehr, diese Position zu bekleiden, da ich hier meinem Forschungsschwerpunkt nachgehen und die Diagnose von rheumatologischen Erkrankungen auf einem europäischen Niveau angehen kann. Man lernt immer dazu, das Ziel ist das Wohl der Patienten. ■■

Autor:

Dr. Jutta Jessen, Weinheim