

# Braucht der Rheumatologe den Pathologen

Vortrag am 23.09.2011 um 13.10 Uhr

Die rheumatoide Arthritis und weitere chronisch entzündliche Erkrankungen wie die Spondylarthritis, die reaktiven Arthritiden, die Psoriasisarthritis und die Kollagenosen kommen weltweit in einer Inzidenz von etwa 1 – 2 % vor. Im Zentrum der Betrachtung steht die RA als häufigster Vertreter der Erkrankungen, deren Genese nicht sicher bekannt ist. Das Erfolgsorgan der entzündlichen Prozesse ist die Tunica synovialis sowohl in Gelenken als auch an Sehnen. Chronische Entzündungen haben teilweise einen infiltrativen Charakter und können Knorpel, Kapselgewebe, Knochen als auch Sehnen im Laufe der Zeit destruieren.

Im Vordergrund der Behandlung steht neben der Physiotherapie und Kryotherapie die medikamentöse Einstellung mit NSAR, Kortison und Basistherapeutika wie MTX und Leflunomid. Bei Progression der Erkrankung und hoher Aktivität sowie Versagen der Basistherapeutika werden zunehmend auch sog. Biologicals eingesetzt, die auf zellulärer Ebene in den Stoffwechsel der TNF Alpha Antikörper Cytokine, Interleukine, B- und T-Zellen eingreifen. Diese Therapie ist oft sehr effektiv, aber heutzutage noch sehr teuer und nicht ohne Nebenwirkungen.

Operative Eingriffe gliedern sich auf in prophylaktische Synovialektomien und rekonstruktive Eingriffe wie z. B. der Ersatz von postentzündlich arthrotischen oder mutilierten Gelenken. Dabei fallen als Präparate für den Pathologen in erster Linie das synoviale Gewebe, in zweiter Linie aber auch Sehnen, Knorpel, Knochen, Menisken und Abrasionsmaterial aus rheumatischen, subchondralen Zysten an. Ebenfalls ist ein typisches Präparat der subkutan gelegene Rheumaknoten, der dort eng mit dem sensiblen Nerv oder dem Periost angehaftet sein kann.

Der Rheumatologe, sowohl der orthopädische Chirurg als auch der Internist möchten von dem Pathologen oft folgende Differenzialdiagnosen entschlüsselt haben:

1. Liegt überhaupt ein rheumatisches Geschehen vor?
2. Kann man histologisch zwischen einer rheumatoiden Arthritis, einer Psoriasisarthritis, reaktiven Arthritis oder aktivierten Arthrose unterscheiden?
3. Wie hoch ist die rheumatische Aktivität, müssen die Basistherapeutika verändert werden?
4. Kann es sich um einen Low-grade-Infekt handeln?

5. Liegt eine allergische Synovialitis auf ein bestehendes Implantat vor, z. B. auf Chrom, Kobalt, Molybden?
6. Handelt es sich um eine Abriebsynovialitis aufgrund von Metall-, Polyäthylen- oder Zementpartikeln?

In der Zukunft wird die Frage größere Bedeutung erlangen, ob es durch histologische oder serologische Untersuchung möglich sein wird, im Vorfeld zu erkennen, ob bestimmte Medikamente bei dem individuellen einzelnen Patienten überhaupt wirken werden, also der Aspekt der personalisierten Medizin. Dieses ist besonders im Hinblick auf die hochpreisigen Biologicals auch von volkswirtschaftlicher Bedeutung.

Oberarzt Dr. Burkhard Mai  
Orthopäde, Chirurg, Rheumatologe  
Fachgebietsleiter orthopädische Rheumatologie  
In der VITOS Orthopädische Klinik Kassel