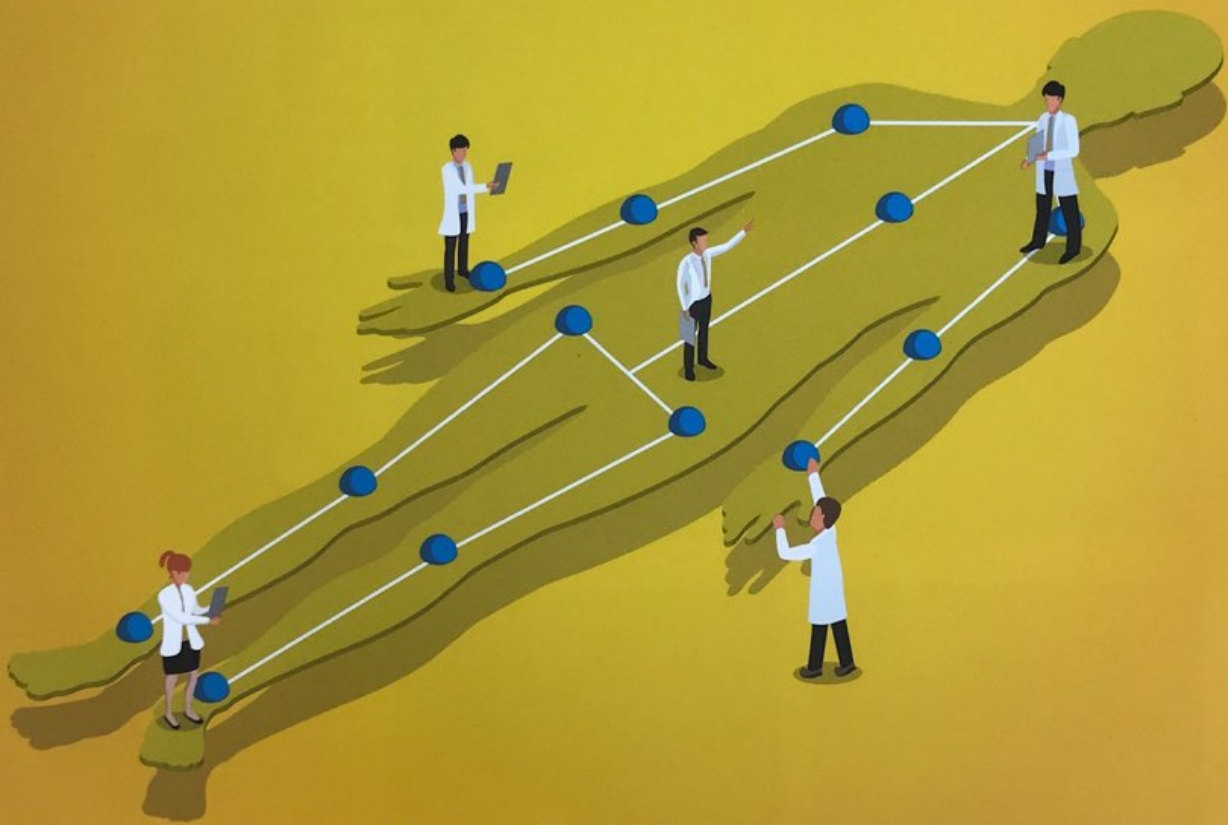


# infobrief



## Versorgungsrealität der Orthopädischen Rheumatologie

24

TSVG – Honorarplus lockt  
in die Bereinigungsfalle

27

Stoßwelle bei Fersenschmerz:  
über Regeln und Verfahren

56

Videosprechstunden in O und U  
– Kann man oder muss man?

# Orthopädische Rheumatologie bei Kindern und Jugendlichen

Bei der Arthritis rheumatischer Genese besteht eine entzündlich bedingte Schwellung und/oder entzündlich bedingte schmerzhaftige Bewegungseinschränkung an einem oder mehreren Gelenken. Die Ursache der Autoimmunerkrankung ist trotz der intensiven Forschung bisher noch nicht eindeutig identifiziert. Die Autoimmunreaktion wird über die T-Tell sezernierenden Antikörper induziert. Auslösende Faktoren könnten eine genetische Disposition, Infektionen, Traumata, hormonelle Faktoren oder Medikamente sein. Bei Ausbruch der Erkrankung kommt es zum Zusammenbruch der peripheren Immuntoleranz. Das Gelenk-Rheuma im Kindes- und Jugendalter wird als juvenile idiopathische Arthritis bezeichnet (JIA: Erkrankungsbeginn < 16. Lebensjahr, Arthritis chronisch bestehend länger als sechs Wochen). Die einzelnen sieben Subgruppen der JIA nach Leitlinie für JIA (ILAR/AWMF-Leitlinie IJA):

1. Oligoarthritis: Arthritis in 1–4 Gelenken, Altersgipfel: 2–4.
2. Polyarthritis, seronegativ (RF-): Arthritis in mehr als vier Gelenken und RF-Test negativ. Altersgipfel: 4–7.
3. Polyarthritis, seropositiv (RF+): Arthritis in mehr als vier Gelenken und RF-Test zweimal im Abstand von drei Monaten positiv. Altersgipfel: 12–13.
4. Psoriasisarthritis: Arthritis und mindestens zwei der folgenden Kriterien:  
Daktylitis, Psoriasis bei einem Verwandten 1. Grades, Nagelveränderungen (Tüpfelung oder Onycholyse). Auch bestehen häufig Hautveränderungen hinter den Ohren und an der Rima ani. Altersgipfel: 6–9.
5. Enthesitis-assoziierte Arthritis: Arthritis und zwei Kriterien: lumbosakraler Rückenschmerz; Sakroiliitis, ankylosierende Spondylitis, HLA-B27 positiv, akute Uveitis, Reiter Syndrom. Altersgipfel: 12–13.
6. Systemische Arthritis: Arthritis und Fieber über zwei Wochen intermittierend und als ein weiteres Kriterium: flüchtiges erythematöses Exanthem, generalisierte Lymphadenopathie, Hepatosplenomegalie, Serositis. Altersgipfel: 4–7.
7. Andere Arthritis: nicht eindeutig zu 1–6 einteilbar.

Bei Verdacht auf eine JIA sind Differenzialdiagnosen auszuschließen. Die Therapieziele sind entsprechend der Leitlinie für JIA (AWMF-Leitlinie JIA): Keine Arthritis-anzeichen, keine Hautveränderungen oder internistische Beteiligung, keine Uveitis, normale Laborparameter (JIA Core-Set-Kriterien nach Giannini et al 1997).

Initial erfolgt ambulant eine Behandlung mit NSAR (Naproxen, Ibuprofen). Glucocorticoide (i.a., p.o., i.v.) sind rasch entzündungshemmend und bei initialer Therapie sowie mittelfristig bis zum Wirkungseintritt der Basismedikamente wie z.B. Metorexat (MTX) etc. hilfreich. Insbesondere bei Oligoarthritis großer und kleiner Gelenke ist eine lokale Infiltration mit Corticoiden (Triamcinolonhexacetonid) sehr wirksam. DMARD (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs) sind die wichtigsten Basismedikamente und es werden die modernen Biologika eingesetzt. Die Behandlung der schmerzhaften Gelenke ist immer und zu allen Phasen der Erkrankung wichtig. Die Bewegungseinschränkung und Schonung der Gelenke führt unbehandelt zu rigiden Einschränkungen mit Zunahme der Schmerzen. In spezialisierten Zentren ist eine multimodale Schmerztherapie möglich und indiziert. Es werden Patienten mit chronischen Schmerzzuständen wie M. Perthes (prä- und postoperativ), Hüftdysplasie (postoperativ), muskuläre Dysbalance, Zerebralparese, Skoliose, M. Scheuermann, Rh. Arthritis etc. aufgenommen. Während des stationärem Aufenthaltes erfolgen täglich:

1. Ärztliche Therapiemaßnahmen:  
Medikamentenverordnung, Manuelle Therapie, intraartikuläre Infiltrationen
2. Physiotherapie
3. Ergotherapie
4. Physikalische Therapie
5. Bewegungstherapie
6. Psychologischer Dienst

Die Behandlung der JIA hat das Ziel, den betroffenen Patienten einen schmerzfreien, normalen Bewegungsablauf sowie eine normale körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu ermöglichen.

Dr. med. Markus Stücker,  
leitender Arzt des Departments für  
Kinderorthopädie/Neuroorthopädie,  
Orthopädische Universitätsklinik  
für Orthopädie und Orthopädische Rheumatologie  
am Klinikum Bad Bramstedt