

# Polyarthrititis & Kinderwunsch

*Anita C, 38, leidet seit ihrer Jugend unter rheumatoider Arthritis. Trotz Hüft-TEP und den extraartikulären Komplikationen lehnte sie Basistherapeutika bislang ab. Von Ihnen möchte Frau C. wissen, ob ihr Kinderwunsch durch die Erkrankung in Frage gestellt wird. Raten Sie der Patientin von einer Schwangerschaft ab? Wie behandeln Sie bis zur Geburt, und welche Veränderungen der Krankheitsaktivität sind zu erwarten? Drei Experten nehmen sich des Falles an.*

## „Die Schwangerschaft sollte möglichst bald eintreten“



Von Dr. Peter Bitzan

Die Anforderungen, die Frau Anita an den Rheumatologen stellt, lassen sich in 3 Problembereiche einteilen: Zum Ersten die aktuellen lokalen Beschwerden (Schwellung am Unterschenkel, Atemprobleme), zweitens die Wahl einer adäquaten Basistherapie und drittens die Beratung hinsichtlich einer möglichen Schwangerschaft. Darüber hinaus ist besonders zu beachten, dass diese Frau von „der Ärzteschaft“ offensichtlich schon mehrmals enttäuscht wurde und nun einen neuen Anlauf wagt. Diesen Vertrauensvorsprung möchte ich nicht verspielen.

Bezüglich der abgelaufenen Pleuritis und der anhaltenden Beschwerden sind ein Lungenröntgen und eine Lungenfunktionsprobe angezeigt, die über die Notwendigkeit einer eventuellen pulmonologischen Zusatztherapie Aufschluss geben. Die Schwellung im Sprunggelenkbereich könnte auf eine Tenosynovitis hindeuten, welche zumindest eine Sonografie, besser jedoch eine MRT erfordert. Letztere gibt nicht nur Hinweise auf den Zustand des oberen Sprunggelenkes und des Subtalgelenkes (Knorpelüberzug, Bandbeschaffenheit), sondern im Falle einer (Teno-)Synovitis auch indirekt auf die Aktivität des entzündlichen Geschehens (Pannus, Erguss).

Die Fragen Basistherapie und Kinderwunsch sind eng miteinander verknüpft. Aufgrund der polyarthritischen und destruktiven Form (multiple Synovektomien, Hüft-TEP), der pulmonalen Symptome und der erhöhten Entzündungszeichen möchte ich die Patientin prinzipiell von der Notwendigkeit einer Basistherapie überzeugen. Nach einer ausgedehnten Laborkontrolle (Blutbild, Leber- und Nierenwerte, Albumin, Harn) wäre Methotrexat meine erste Wahl, bis zum Wirkungseintritt kurzfristig ein orales Kortikoid und NSAR. In diesem speziellen Fall würde ich jedoch zuerst einen Therapieversuch mit Sulfasalazin starten, da dies die einzige potente Substanz darstellt, die neben NSAR (mit Ausnahme des letzten Trimenons) und Kortikosteroiden auch während der Schwangerschaft verabreicht werden kann.

Falls diese Therapie nicht erfolgreich ist, so sollte die erwünschte Schwangerschaft - hoffentlich - möglichst bald eintreten. Drei Viertel aller Polyarthritispatientinnen erfahren eine Suppression der Krankheitsak-

tivität während der Gravidität, die jedoch weniger Monate postpartum wieder ihr ursprüngliches Niveau erreicht. Nach erfolgter Geburt und Laktation könnte dann eine MTX-Medikation starten.

Im Gespräch werde ich Frau Anita C. er-suchen, ihren Kinderwunsch genau abzu-wägen. Einerseits besteht keine erhöhte Komplikationsrate für Mutter und Kind während Schwangerschaft und Geburt durch die rheumatoide Arthritis. Andererseits sollten das Alter der Patientin, eine mögliche familiäre Belastung im Hinblick auf rheumatische Erkrankungen und die Tatsache bedacht werden, dass die Betreuung von Klein(st)kindern oftmals keine „ge-lenkschutzkonforme“ Tätigkeit darstellt. Eine Vorstellung bei der Ergotherapeutin, ein Kontrollröntgen der Hüften, der HWS inklusive Funktionsaufnahmen (atlanto-axiale Stabilität) und beider Hände (radio-



# - raten Sie ab?

logische Verlaufskontrolle, Larssonstadium) komplettieren die diagnostischen Maßnahmen.

Dr. Peter Bitzan ist FAflir Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Additivfacharzt für Rheumatologie in Wien, Zentrum für Orthopädie und Rheumatologie, bitzan@orthopacdic-zentrum.at

„Der Kinderwunsch der Patientin ist meiner Meinung nach leider kritisch zu hinterfragen“



Von Prim. Dr. Ferdinand Aglas

Vorgestellt wird eine 38-jährige Patientin mit juvenilem Beginn einer chronischen Polyarthrit (JCA) und bereits 22-jähriger Krankheitsdauer, wobei bis dato compliancebedingt keine systemisch wirksamen krankheitsmodifizierenden Medikamente verabreicht wurden. Multiple Synovektomien und auch eine H-TEP wurden notwendig. Trotz regelmäßiger Physiotherapie bestehen Bewegungseinschränkungen. Allein diese Anamnese lässt Schwierigkeiten in der hinkünftigen Patientenführung erwarten. Basis des weiteren Vorgehens ist eine ausführliche

## Die Patientin & ihre Fallgeschichte

Frau Anita C. ist jetzt 38 und hat seit ihrem 16. Lebensjahr eine chronische Polyarthrit. Ihre Geschichte mit der Medizin und der Ärzteschaft ist wechselhaft - sie war nicht immer optimal rheumatologisch betreut, hat andererseits auch selbst jahrelang Basistherapie verweigert. Nun hat sich ihr Leben insofern verändert, als sie seit einiger Zeit wieder eine stabile Partnerschaft hat, und neuerdings gibt es da auch einen Kinderwunsch. Frau C. hat viele Jahre lang nur ein NSAR genommen und keine Basistherapie. „Ich hab auch das Gefühl, dass meine Krankheit sich in letzter Zeit verändert“, sagt sie Ihnen. Sie zeigt Ihnen eine offensichtlich nicht dem Sprunggelenk zugehörige Entzündung im Bereich des linken distalen Unterschenkels, auch hatte sie vor mehreren Monaten eine Pleuritis, die ihr immer noch Probleme beim Atmen macht. Ihre Senkung beträgt 48/89, das CRP war zuletzt 8,4mg/dl. Weitere Befunde liegen derzeit nicht vor. Frau C. ist ihre Bewegungseinschränkungen gewöhnt, sie ist eigentlich trotz ihrer Krankheit erstaunlich beweglich, weil sie immer aktiv unter Anleitung von Physiotherapeutinnen Bewegungsübungen gemacht hat. Sie hat diverse Synovektomien hinter sich und trägt eine HTEP links. Wie gehen Sie, in Anbetracht des Kinderwunsches, bei dieser Patientin diagnostisch und therapeutisch weiter vor?

# Sie sind ja auch nicht dort, wo man Sie nicht braucht

Mehr als 90% des ACE sind an das Endothel gebunden. Und Accuzide® wirkt genau dort, wo man es braucht - am Gefäß.

Die hohe Ansprechrate\* von 88% der Patienten mit ausgezeichneter Verträglichkeit spricht für sich.



Senkt den Blutdruck und entlastet das Herz.



Life in our life's work



compliancefördernde Aussprache mit der Patientin, wobei Ihr nochmals die dringliche Notwendigkeit einer Basistherapie erklärt werden sollte, Bewegungsübungen alleine sind sicherlich zu wenig.

Die Art der Erkrankung hat sich unter der symptomatischen NSAR-Therapie in letzter Zeit verändert - und ist es zu extraartikulären Komplikationen (Pleuritis, Vaskulitis?) gekommen. Interessant wäre, ob es sich um die Rheumafaktor-positive oder -negative Form der JCA handelt. Bei beiden Varianten besteht eine genetische Assoziation: Bei der RF-negativen Variante mit HLA-DRW8, bei der RF-positiven Form der JCA beobachtet man gehäuft HLA-DR4, -DW4 und DW14. In Hinblick auf den Kinderwunsch der Patientin scheint eine HLA-Typisierung empfohlen, bei gegebener genetischer Prädisposition ist ein deutlich erhöhtes JCA-Risiko für die Deszendenten anzunehmen. Dazu kommt das Risiko einer Erstgebärenden knapp vor dem 40. Lebensjahr. Abschließend empfehle ich die Bestimmung der antinukleären Antikörper (ANA), da erhöhte Werte Prädiktoren einer extraartikulären Manifestation und gelenkdestruktiveren JCA-Form sind.

Therapeutisch würde ich in erster Linie unter gleichzeitiger Kalziumsupplementation an eine primäre Low-dose-Steroiddauertherapie mit etwa 5mg Prednisolonäquivalent täglich denken und nur bei erhöhten ANA mit 25mg tgl. beginnen und schrittweise die Dosis bis zur niedrigst notwendigen Erhaltungsdosis von jedenfalls unter 7,5 mg tgl. reduzieren. Eine Basistherapie wäre sicherlich indiziert, und ich würde Sulfasalazin in einschleichender Dosis empfehlen. Sowohl die Steroidtherapie als auch die Basistherapie bedürfen jedoch einer ausführlichen und einfühlsamen Patientinformation. Generell erachte ich, entsprechend der extraartikulären Manifestationen, im gegebenen Falle die Steroidtherapie wichtiger als die Basistherapie. Bei einge-

treter Schwangerschaft ist manchmal eine spontane Besserung der Grunderkrankung zu beobachten und könnte die Steroiddosis weiter reduziert werden. NSAR sind im 1. und 3. Trimenon kontraindiziert. Die gesamte Schwangerschaft ist als Risikogravidität zu werten. Postpartal muss das basistherapeutische Management überdacht werden (Methotrexat o.a.). Dies setzt aber wiederum ein vertrauensvolles

Verhältnis mit der Patientin voraus.

Ich meine zusammenfassend, dass das Patientenanliegen - Kinderwunsch trotz aktiver Grunderkrankung JCA - bei schwieriger Ausgangssituation prinzipiell medizinisch lösbar ist, möchte aber insbesondere auf die soziale Verantwortung der werdenden Mutter hinweisen. Abgesehen von dem erhöhten genetischen Risiko einer Spätgebärenden und der genetischen JCA-Prädisposition wird auch die Kinderbetreuung hauptsächlich zu Lasten der Mutter gehen und ist in Zukunft mit vermehrter körperlicher (gelenkbelastender) und psychischer Beanspruchung zu rechnen. Die Bereitschaft zu einem bedarfsweisen sozialen Support sollte durch das private Umfeld der Patientin stabil gegeben sein. Der Kinderwunsch ist meiner Meinung nach leider eher kritisch zu hinterfragen.

*Prim. Dr. Ferdinand Aglas ist Facharzt für innere Medizin und Rheumatologie in der Klinik St. Barbara in Vigaun/Tirol.*

## „Es sollte ihr eine genetische Beratung angeboten werden“



**Von Prim. Dr. Katharina Pils**

Der Kinderwunsch einer Frau, die bereits eine längere Leidensgeschichte durchlebt hat, deren partnerschaftliche Situation stabilisiert ist, die sich bewusst ist, dass die Zeit für eine Schwangerschaft knapp wird, ist verständlich. Auf Grund der vielfältigen Veränderungen, der Krankheitsaktivität und der scheinbar eher geringen Compliance bezüglich therapeutischer Interventionen ist die Ernsthaftigkeit und Dringlichkeit des Kinderwunsches zu prüfen. Sollte dieser trotz intensiver Beratungsgespräche bestehen bleiben, sollten folgende Maßnahmen empfohlen werden: Staging der Krankheitsaktivität und Stabilisierung der Ent-

zündungsparameter, die Hinweis auf eine krankheitsaktive Phase geben. Die Pleuritis und die damit möglicherweise verbundene Einschränkung des Lungenvolumens ebenso wie die Veränderung im linken Sprunggelenk sollten abgeklärt werden. Eine andere Ursache muss ausgeschlossen werden. Darüber hinaus ist die Untersuchung der Herzfunktion mittels Ultraschall sinnvoll.

Die Veränderungen in den Gelenken, entzündliche Veränderungen des dens axis und eine damit verbundene Instabilität der oberen HWS, das Ausmaß der Osteoporose und der funktionellen Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens sollten evaluiert werden.

Auf Grund der Hüftendoprothese und der Bewegungseinschränkungen in den anderen Gelenken scheint eine Sektio einer natürlichen Geburt vorzuziehen. Dies erfordert eine intensivere Abklärung der Organfunktionen.

Da ein etwa 20%iges Risiko für das zu erwartende Kind besteht, ebenfalls an rheumatoider Arthritis zu erkranken, sollte eine genetische Beratung angeboten werden. Abhängig von der genetischen Prädisposition, sollte über weitere verhaltensabhängige Risikofaktoren gesprochen werden.

Da Frau Anita C. bisher keine Basistherapeutika genommen hat, könnte auf eine „Ausschleichphase“ verzichtet werden. Auf Grund des Alters der Patientin kann kein Versuch mit einem Basistherapeutikum zur Stabilisierung der Krankheitsaktivität vor einer geplanten Schwangerschaft unternommen werden.

Grundsätzlich ist Frau Anita C. darüber aufzuklären, da sie während der Schwangerschaft wegen der Veränderung der Immunlage weniger entzündliche Veränderungen und Schmerz haben wird, dass aber nach der Geburt und der neuerlichen Umstellung des Immunsystems, mit einer deutlichen Zunahme der Entzündungsparameter zu rechnen ist. Diese können durch Gelenkschwellungen und Schmerzen zu funktionellen Behinderungen und somit zu Schwierigkeiten bei der Versorgung der Kindes führen. Auf den gesamten Krankheitsverlauf hat die Schwangerschaft keinen wesentlichen Einfluss.

Da Schulungsprogramme für Patienten mit Rheumatoider Arthritis effizient vor allem in Hinsicht auf Schmerzreduzierung und Erhalt von Alltagsfunktionen sind, sollte Frau Anita C. die Teilnahme an einem entsprechenden Programm vor oder während der Schwangerschaft nahegelegt werden. Im Anschluss an die Geburt wäre eine Basistherapie dringend zu empfehlen. Durch den steigenden Medikamentenbedarf wird sie nicht stillen können.

*Prim. Dr. Katharina Pils, Institut für physikalische Medizin, Ludwig- Boltzmann-Institut für Interdisziplinäre Rehabilitation in der Geriatrie, Wien.*