

Z Rheumatol 2010 · 69:213–219
 DOI 10.1007/s00393-009-0572-x
 Online publiziert: 24. März 2010
 © Springer-Verlag 2010

Redaktion

W. Graninger, Graz,
 W.L. Gross, Lübeck/Bad Bramstedt,
 H. Raspe, Lübeck

J. Hermann

Klinische Abteilung für Rheumatologie und Immunologie,
 Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz

Spondyloarthritis und Lebensqualität

In die Beurteilung der Krankheitsaktivität der Spondyloarthritiden (SpA) werden neben den Aktivitätsparametern auch die körperliche Funktion und die Lebensqualität einbezogen. Die Lebensqualität kann als vom Patienten subjektiv empfundener Nettoeffekt aus Erkrankung und Behandlung betrachtet werden, sie muss den Wunsch des Patienten nach einem sinnerfüllten Leben berücksichtigen [1]. Die Lebensqualität wird üblicherweise anhand mehrerer Domänen wie Symptome, körperlicher und psychischer Funktionszustand, Arbeitsfähigkeit, soziale Integration und Nebenwirkungen der Behandlung sowie Kosten der Erkrankung beurteilt. Um die Lebensqualität von an SpA erkrankten Patienten zu messen, wurden Fragebögen entwickelt, die entweder Lebensqualität allgemein und damit krankheitsübergreifend oder krankheitsspezifisch messen. Da bisher nur bei der ankylosierenden Spondylitis (AS) und der Psoriasisarthritis (PsA) die Lebensqualität wissenschaftlich hinreichend gut erfasst wurde, soll nachfolgend auf die Lebensqualität bei diesen Krankheitsbildern eingegangen werden.

SpA sind chronisch entzündliche Erkrankungen die entweder vorwiegend die Wirbelsäule (prädominant axiale SpA) oder vorwiegend periphere Gelenke (prädominant periphere SpA) befallen (<http://www.asas.org>). Zu den prädominant axialen SpA zählen die axiale SpA als prä-radiographisches Stadium der AS (Spondylitis ankylosans, M. Bechterew) und die

AS. Im Gegensatz dazu werden die mit der Psoriasis assoziierte PsA, die reaktive Arthritis (ReA) und die enteropathische SpA als prädominant periphere SpAs zusammengefasst.

Lebensqualität bei Patienten mit ankylosierender Spondylitis

Krankheitsübergreifende Fragebögen

Bisher wurden zur Messung der Lebensqualität bei AS die krankheitsübergreifenden patientenzentrierten Fragebögen „36-Item Short-Form Health Survey“ (SF-36), die auf 12 Parameter verkürzte Version des SF-36, SF-12, und der „EuroQol – 5 Dimensions“ (EQ-5D) eingesetzt [2, 3, 4]. Sowohl der SF-36 als auch der SF-12 und der EQ-5D wurden auf Deutsch übersetzt und validiert [5, 6, 7].

➤ In deutscher Sprache liegen zur Beurteilung der Lebensqualität der SF-36, SF-12 und EQ-5D vor

Der SF-36 beurteilt die Lebensqualität der letzten 4 Wochen und umfasst 8 Domänen mit 36 Fragen, die sich in die Bereiche körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperlicher Schmerz, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion, psychisches Wohlbefinden und Veränderung der Gesundheit einordnen lassen [4]. Die Ergebnisse in den einzelnen Subdomänen werden auf einer Skala von 0 bis 100 angegeben, wobei höhere Werte einen besseren Gesundheitszustand anzeigen.

Der SF-12 ist ebenfalls ein validierter, patientenzentrierter Fragebogen, für dessen Beantwortung jedoch nur etwa 2 Minuten erforderlich sind. Er beinhaltet dieselben 8 Domänen wie der SF-36; für die Auswertung werden jedoch nur 12 Fragen aus den einzelnen Domänen herangezogen [3].

Der EQ-5D wurde von Forschern aus 7 Zentren in England, Holland, Norwegen, Finnland und Schweden entwickelt und 1992 publiziert (<http://www.euroqol.org>; [2]). Er ist ein zweiteiliger patientenzentrierter Fragebogen, für dessen Beantwortung etwa 5 Minuten veranschlagt werden. Der 1. Teil (EuroQol-Gesundheitsprofil) besteht aus den 5 Domänen Mobilität, Selbstfürsorge, Alltagsaktivitäten, Schmerz und Ängstlichkeit. Jede Domäne wird von 1 (keine Probleme) bis 3 (sehr starke Probleme) bewertet. Der 2. Teil (EuroQol-Bewertungsskala) besteht aus einer Bewertung des Gesundheitszustandes auf einer thermometerähnlichen visuellen Analogskala von 0 (schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand) bis 100 (bester vorstellbarer Gesundheitszustand). Der EQ-5D ist mit Ausnahme des kommerziellen Gebrauchs durch die pharmazeutische Industrie und durch die Hersteller von Medizinprodukten frei verfügbar.

Ein bisher selten eingesetztes krankheitsübergreifendes Instrument zur Messung der Lebensqualität bei Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates und speziell der AS ist das „Nottingham Health Profile“ (NHP; [8]). Es besteht aus 6 Domänen mit insgesamt 38 Parametern, die mit ja: 1 oder nein: 0 beantwortet werden müssen. Die Ergebnisse der Domänen werden zusammengefasst und auf

einer Skala von 0 (guter Gesundheitszustand) bis 100 (sehr schlechter Gesundheitszustand) angegeben.

Auf die ankylosierende Spondylitis bezogene Fragebögen

Um die Lebensqualität von AS-Patienten zu messen, wurden zudem spezifische, auf die AS zugeschnittene, Fragebögen entwickelt. Dazu gehören der „Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire“ (ASQoL), der „Patient Generated Index“ (PGI) und die „Arthritis Impact Measurement Scale 2“, die für die AS modifiziert wurde (AS-AIMS2; [9, 10, 11]).

Der ASQoL wurde in einem mehrstufigen Prozess unter Einbeziehung von AS-Patienten konstruiert und beinhaltet 18 Fragen, die alle mit ja: 1 oder nein: 0 beantwortet werden müssen [9]. Dieser Fragebogen wurde validiert, steht aber nur in englischer und holländischer Sprache zur Verfügung.

Der krankheitsübergreifende, für die AS adaptierte PGI wurde in einem 3-stufigen Prozess für die AS modifiziert und validiert [11]. In diesen Fragebögen können Patienten ihre individuellen Merkmale der Lebensqualität einbringen. Er steht jedoch nur in der englischen Version zur Verfügung.

Der AS-AIMS2 wurde aus dem AIMS2 [12] abgeleitet und durch 5 Parameter aus dem „Spondylarthropathie-Health Assessment Questionnaire“ (S-HAQ; [13]) sowie durch einen von AS-Patienten erzeugten Parameter ergänzt. Der AIMS2 ist ein patientenzentrierter Fragebogen, der aus 12 Domänen mit insgesamt 57 Parametern aufgebaut ist und in mehrere Sprachen – nicht jedoch in die deutsche Sprache – übersetzt wurde. Jeder Parameter wird zudem auf einer 5-teiligen Likert-Skala zwischen 0 und 4 gewichtet. Die Summationswerte jeder Domäne werden auf einer Skala von 0 (perfekte Gesundheit) und 10 (sehr schlechter Gesundheitszustand) normiert.

Messung der Lebensqualität bei AS-Patienten

Der SF-36 als krankheitsübergreifendes Instrument und der ASQoL als für die AS spezifisches Instrument wurden bisher

bevorzugt zur Messung der Lebensqualität der AS-Patienten eingesetzt. Klinische Untersuchungen der Lebensqualität wurden dabei im Vergleich zu gesunden Erwachsenen und zu Patienten mit anderen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sowie nach therapeutischer Intervention erhoben.

■ Der ASQoL war gegenüber einer Änderung der Lebensqualität besonders sensibel und korrelierte auch gut mit der Krankheitsaktivität der AS [14].

Dieses Instrument erscheint deshalb besonders zur Messung der Änderung der Lebensqualität im Rahmen von therapeutischen Interventionen geeignet zu sein; es steht jedoch nicht in deutscher Sprache zur Verfügung.

Nur in 2 bisher vorliegenden Arbeiten wurde die Lebensqualität der AS-Patienten im Vergleich zur gesunden Bevölkerung untersucht [15, 16].

In einer sehr detaillierten Untersuchung von Dagfinrud et al. aus Norwegen wurde der Gesundheitszustand von 314 AS-Patienten mit 2323 Probanden aus der Allgemeinbevölkerung verglichen [16]. Dabei zeigte sich, dass die Lebensqualität von AS-Patienten in allen Bereichen gegenüber der Allgemeinbevölkerung beeinträchtigt ist und AS-Patienten besonders in den Domänen körperlicher Schmerz, allgemeiner Gesundheitszustand, körperliche Rollenfunktion und körperliche Funktionsfähigkeit am stärksten betroffen sind. Frauen waren gegenüber Männern in den Domänen körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion und Vitalität stärker beeinträchtigt. Besonders auffallend war, dass AS-Patienten mit einer besseren Ausbildung und einer Schulzeit von mehr als 12 Jahren in allen Domänen einen besseren Gesundheitszustand angaben als AS-Patienten mit einer geringeren Schulbildung. Interessanterweise nahm mit zunehmendem Lebensalter nur die körperliche Funktionsfähigkeit gegenüber der Allgemeinbevölkerung stärker ab; der allgemeine Gesundheitszustand besserte sich mit zunehmendem Lebensalter sogar gegenüber der Normalbevölkerung.

In einer weiteren Untersuchung von Barkham und Mitarbeitern an 246 AS-Patienten in Nordengland wurden die Ergebnisse von Dagfinrud bestätigt [15]. Dabei zeigte sich, dass die Lebensqualität von AS-Patienten gegenüber der Allgemeinbevölkerung in allen Domänen des SF-36 eingeschränkt war und die körperliche Rollenfunktion, das Schmerzausmaß, die Vitalität und die körperliche Funktion als Subdomänen gegenüber der Allgemeinbevölkerung besonders vermindert waren. Patienten mit einer höheren Krankheitsaktivität waren in ihrer Lebensqualität durchweg stärker beeinträchtigt. Der ASQoL als spezifisches Messinstrument der Lebensqualität von AS-Patienten zeigte mit einem Mittelwert von 10 (normal 0–18) ebenfalls eine mittelgradige Beeinträchtigung der Lebensqualität an.

► Durchweg geben AS-Patienten eine beeinträchtigte Lebensqualität an

Mehrere Studien untersuchten die Lebensqualität von AS-Patienten in Spanien, in den USA und in der Türkei unter Verwendung des SF-36, wobei jedoch aufgrund des fehlenden Vergleichs mit der Allgemeinbevölkerung keine absoluten Aussagen über die Beeinträchtigung der Lebensqualität gemacht werden können [17, 18, 19, 20, 21]. Ariza-Ariza und Mitarbeiter [17] untersuchten 92 AS-Patienten, hier war im Unterschied zu den zuvor genannten Arbeiten eine starke Beeinträchtigung der emotionalen Rollenfunktion, der sozialen Funktionsfähigkeit und der mentalen Funktion auffallend. Das zusätzlich erhobene EuroQoL-Gesundheitsprofil war dem SF-36 gleichwertig, nur die EuroQoL-Bewertungsskala korrelierte schlecht mit dem EuroQoL-Gesundheitsprofil und mit dem SF-36, sodass die Autoren von einer Verwendung der EuroQoL-Bewertungsskala zur Messung der Lebensqualität von AS-Patienten abraten. Ward und Mitarbeiter [21] untersuchten 175 AS-Patienten in der USA und fanden eine starke Beeinträchtigung der Lebensqualität besonders in den Domänen Vitalität, körperliche Rollenfunktion und allgemeiner Gesundheitszustand. Auch in dieser Untersuchung war die Einschränkung der

Lebensqualität mit einem niedrigen Ausbildungsgrad direkt korreliert.

Collantes und Mitarbeiter [18] untersuchten die Lebensqualität aller SpA und fanden, dass die Lebensqualität, gemessen anhand des SF-12, in allen Subgruppen der SpA ähnlich stark beeinträchtigt war. Ozgul, Turan und Mitarbeiter [19, 20] untersuchten türkische AS-Patienten und konnten anhand der Ergebnisse des SF-36 darlegen, dass Patienten, die krankheitsbedingt in Pension gehen mussten, und solche Patienten, die nur eine weniger als 8 Jahre dauernde Schulausbildung hatten, die stärkste Einschränkung der Lebensqualität aufwiesen.

Mehrere Autoren erhoben die Lebensqualität von AS-Patienten und verwendeten als Messinstrument den ASQol [22, 23, 24, 25]. In einer mittel- und osteuropäischen Kohorte evaluierten Ebner und Mitarbeiter [23] die Lebensqualität an 1626 AS-Patienten und fanden, dass – ähnlich wie in der englischen Bevölkerung – eine mittelgradige Einschränkung der Lebensqualität mit einem Mittelwert von 9,9 vorlag. In einer chinesischen Population fanden Zhao und Mitarbeiter [25] eine bessere Lebensqualität der AS-Patienten, wobei der Mittelwert des ASQol bei 8,0 lag und vor allem Schmerz, Müdigkeit und depressive Symptome zur eingeschränkten Lebensqualität beitrugen. In einer interessanten Arbeit untersuchten Stone und Mitarbeiter [24] longitudinal die verschiedenen Muster der Krankheitsaktivität der AS und fanden, dass AS-Patienten mit konstanter Krankheitsaktivität eine viel stärker eingeschränkte Lebensqualität angaben (mittlerer ASQol 2,8–5,2) als Patienten mit einem intermittierenden Krankheitsverlauf (mittlerer ASQol 7,5–9,0).

➤ Bei intermittierendem Krankheitsverlauf wird die Lebensqualität als weniger eingeschränkt empfunden

Nur einzelne Arbeiten beschäftigten sich mit der Messung der Lebensqualität von AS-Patienten unter Verwendung anderer Instrumente [10, 11, 26]. Guillemin und Mitarbeiter [10] testeten den AS-AIMS2 an 146 französischen AS-Patienten und konnten einen star-

Z Rheumatol 2010 · 69:213–219 DOI 10.1007/s00393-009-0572-x
© Springer-Verlag 2010

J. Hermann

Spondyloarthritis und Lebensqualität

Zusammenfassung

Zur Erfassung der Krankheitsaktivität von Spondyloarthritis (SpA) wird neben der Beurteilung von Entzündung und Funktionseinschränkung auch die Erhebung der Lebensqualität gefordert. Zur Erhebung der Lebensqualität bei ankylosierender Spondylitis (AS) stehen die krankheitsübergreifenden Messinstrumente SF-36, SF-12 und EQ-5D in deutscher Sprache zur Verfügung, wobei in klinischen Untersuchungen überwiegend der SF-36 verwendet wurde. Im Vergleich zur Normalbevölkerung leiden Patienten mit AS an einer eingeschränkten Lebensqualität. Bei Frauen und Patienten mit niedriger Schulbildung war die Lebensqualität besonders stark eingeschränkt.

Auch bei der Psoriasisarthritis (PsA) ist die Erhebung der Lebensqualität ein allgemein anerkannter Bestandteil der Evaluation. Als

Instrumente zur Messung der Lebensqualität bei PsA stehen für den deutschen Sprachraum nur der SF-36 und der EQ-5D zur Verfügung, wobei in den meisten klinischen Studien der SF-36 verwendet wurde. Die Lebensqualität der Patienten mit PsA war sowohl in ihrer körperlichen als auch in der mentalen Komponente gegenüber der Normalbevölkerung signifikant eingeschränkt. Patienten mit PsA waren in ihrer Lebensqualität etwa gleich stark eingeschränkt wie Patienten mit AS, hatten jedoch im Durchschnitt eine bessere Lebensqualität als Patienten mit rheumatoider Arthritis.

Schlüsselwörter

Krankheitsaktivität · Funktionsfähigkeit · Messinstrumente · SF-36 · EQ-5D

Spondyloarthritis and quality of life

Abstract

To measure the disease activity of spondyloarthritis (SpA), quality of life is assessed in addition to inflammation and functional impairment. To measure quality of life in ankylosing spondylitis (AS), the generic measurement instruments SF-36, SF-12 and EQ-5D are available in German, whereby the SF-36 is the instrument primarily used in clinical investigations. Compared to the normal population, AS patients experience a reduced quality of life. In woman and patients with a poor educational background, quality of life was particularly reduced.

Measuring quality of life is also a generally recognised part of evaluating psoriasis ar-

thritis (PsA), for which only SF-36 and EQ-5D are available in German-speaking countries. The instrument most frequently used in clinical studies is SF-36. The quality of life in PsA patients, in terms of both physical and mental components, was found to be significantly lower than in the normal population. Although PsA patients shared a similar reduction in quality of life to AS patients, they nevertheless enjoyed a better quality of life than rheumatoid arthritis patients.

Keywords

Disease activity · Ability to function · Measuring instrument · SF-36 · EQ-5D

ken Einfluss der Erkrankung auf die Lebensqualität finden. Alle 5 Domänen des AS-AIMS2 zeigten mit Werten von 3,1 bis 5,7 eine gering- bis mittelgradige Einschränkung der Lebensqualität, wobei klinische Symptome den stärksten Einfluss auf die Lebensqualität hatten. Bostan und Mitarbeiter [26] verwendeten das NHP als Instrument zur Messung der Lebensqualität bei türkischen AS-Patienten. Im Vergleich zu einem gesunden Krankenhauspersonal waren alle Komponenten des NHP signifikant erhöht, wobei soziale Isolation, Vitalität und Schlafstörungen am meisten zur eingeschränkten Lebensqualität beitrugen.

Der PGI wurde bisher noch nicht zur Erhebung der Lebensqualität von Patienten mit AS eingesetzt [11].

Einfluss therapeutischer Interventionen auf die Lebensqualität bei ankylosierender Spondylitis

Die Messung der Lebensqualität gehört zu den Outcome-Parametern bei AS und ist regelhafter Bestandteil von Interventionsstudien [27].

Die Auswirkungen einer Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika auf die Lebensqualität von AS-Patienten wurden bisher noch nicht systematisch untersucht.

Der Einfluss von physiotherapeutischen Maßnahmen auf die Lebensqualität wurde anhand der EuroQol-Bewertungsskala evaluiert, wobei nur eine marginale Besserung der Lebensqualität nach einer 6-monatigen Intervention beobachtbar war [28].

➤ Eine Therapie mit TNF-Blockern führte in allen klinischen Studien zu einer Besserung der Lebensqualität

Im Unterschied dazu führte eine Therapie mit TNF-Blockern in allen klinischen Studien zu einer bedeutenden und teilweise auch signifikanten Besserung der Lebensqualität. Als Instrumente wurde überwiegend der SF-36, seltener aber auch der EuroQol und/oder der ASQol verwendet.

Infliximab führte in allen Untersuchungen zu einer Verbesserung der

Lebensqualität der AS-Patienten. In einer wegweisenden placebokontrollierten Untersuchung von Braun und Mitarbeitern [29] kam es unter einer Therapie mit Infliximab innerhalb von 12 Wochen zu einer signifikanten Besserung der körperlichen Komponente des SF-36 mit einem Anstieg von 47% auf 62%, wohingegen die Lebensqualität in der Placebogruppe mit 48% bzw. 46% nach 12 Wochen unverändert blieb. Die mentale Komponente verbesserte sich in der Verumgruppe von 52% auf 65% und in der Placebogruppe von 57% auf 62%, wobei der Unterschied nicht signifikant war.

Ebenso wurde unter einer Therapie mit Etanercept in allen klinischen Untersuchungen eine Besserung der Lebensqualität gefunden. So besserte sich die körperliche Funktion der Lebensqualität gemessen anhand des SF-36 gegenüber Placebo bereits innerhalb von 6 Wochen signifikant, dagegen änderte sich die mentale Komponente der mit Verum oder Placebo behandelten Patienten nicht [30]. Etanercept war auch in der Lage, die Lebensqualität, gemessen anhand des ASQol, von AS-Patienten mit aktiven Entesitiden nach einer Behandlungsdauer von 6 Monaten signifikant zu bessern [31].

Für Adalimumab liegen ebenfalls Studien zum Einfluss auf die Lebensqualität vor. In einer großen placebokontrollierten Studie an 304 AS-Patienten führte Adalimumab im Vergleich zu Placebo über einen Zeitraum von 24 Wochen zu einer signifikanten Besserung der Lebensqualität gemessen anhand des SF-36 und des ASQol [32]. Ebenso wie bei den anderen TNF-Blockern besserte sich zwar die körperliche Komponente des SF-36 signifikant um 7% nicht jedoch die mentale Komponente des SF-36. Auch der ASQol besserte sich unter der Therapie mit Adalimumab signifikant und nahm bei einem Ausgangswert von 10,2 um 3,6 Punkte ab.

Lebensqualität bei Patienten mit Psoriasisarthritis

Die PsA ist eine komplexe Erkrankung mit axialen und peripheren skelettalen sowie extrasklettalen Manifestationen [33]. Für die Beschreibung der Krankheitsausprägung in klinischen Studien wurde deshalb ein ganzes Set von Domänen ent-

wickelt, wobei die Lebensqualität als eine von 6 zentralen Domänen eingeführt wurde [34]. Zur Messung der Lebensqualität von Patienten mit PsA wurden vorwiegend der SF-36, selten auch der „Dermatology Life Quality Index“ (DLQI) und die EuroQol-Bewertungsskala als generische Instrumente sowie als krankheitsspezifisches Instrument der PsAQol verwendet [35].

Es gibt Hinweise darauf, dass die Lebensqualität von PsA-Patienten gegenüber der Normalbevölkerung deutlich vermindert ist. So konnten Salaffi und Mitarbeiter [36] zeigen, dass die körperliche Komponente des SF-36 bei PsA-Patienten gegenüber der Normalbevölkerung um 17% und die mentale Komponente um 6% vermindert ist und damit der Lebensqualität von AS-Patienten entspricht. Die Lebensqualität der PsA-Patienten war jedoch in dieser und in einer weiteren Studie besser als die der Patienten mit rheumatoider Arthritis [36, 37]. Die Lebensqualität scheint besonders bei arbeitslosen Männern eingeschränkt zu sein [38], und es gibt Hinweise darauf, dass Patienten mit einer PsA in ihrer Lebensqualität stärker eingeschränkt sind als Patienten mit Psoriasis ohne Beteiligung des Bewegungsapparates [39].

➤ Die Lebensqualität von PsA-Patienten entspricht derjenigen von AS-Patienten

Die Lebensqualität wurde besonders bei PsA-Patienten, die unter einer therapeutischen Intervention standen, untersucht. Zur Beurteilung der Lebensqualität der mit TNF-Blocker behandelten PsA-Patienten wurde überwiegend der SF-36 eingesetzt. Unter einer Therapie mit Infliximab oder Etanercept besserte sich sowohl die körperliche als auch die mentale Komponente des SF-36 signifikant, während Adalimumab und Golimumab nur zu einer signifikanten Besserung der körperlichen Komponente des SF-36 führten. Infliximab, in der Standarddosis, war in der Lage, nach einer Therapiedauer von 24 Wochen die körperliche Komponente um 9% und die mentale Komponente des SF-36 um 4% zu verbessern [40]. Etanercept in der Standarddosierung besserte die körperliche Komponente des SF-36

Hier steht eine Anzeige.



sogar um 15% und die mentale Komponente um 8%, ebenfalls nach einer Therapie über 24 Wochen [41]. Adalimumab besserte zwar die körperliche Komponente des SF-36 um 9%, hatte aber keinen Einfluss auf die mentale Komponente [42], und auch der erst kürzlich eingeführte TNF-Blocker Golimumab war in der höheren Dosierung von 100 mg 4-wöchentlich subkutan in der Lage, die körperliche Komponente des SF-36 um 8% zu verbessern [43].

Als Nicht-Biologikum führte Leflunomid zu einer signifikanten Besserung der Lebensqualität von PsA-Patienten in der körperlichen Komponente des SF-36 sowie in den Domänen körperliche und soziale Funktionsfähigkeit, körperlicher Schmerz und allgemeine Gesundheitswahrnehmung [44]. Hingegen führte eine physikalische Therapie der PsA mit Interferenzstrom nur zu einer Besserung der Domäne körperlicher Schmerz des SF-36 [45].

Der DLQI ist nur bei Patienten mit dermatologischen Erkrankungen einsetzbar und besteht aus 10 Fragen, die von 0 bis 3 gewichtet sind [46]. Der maximal erreichbare Wert ist 30; der DLQI kann jedoch auch als Prozentsatz des Maximalwertes angegeben werden. Der DLQI ist validiert und liegt auch in einer deutschen Übersetzung vor.

Der EuroQol wurde bisher nur in einer klinischen Untersuchung als Messinstrument für die Änderung der Kosteneffektivität unter einer Therapie mit TNF-Blocker eingesetzt [47].

Von McKenna und Mitarbeitern [48] wurde ein von Patienten mit PsA entwickeltes spezifisches Instrument zur Messung der Lebensqualität – der PsAQol – abgeleitet. Der PsAQol wurde in einem 5-stufigen Prozess zusammen mit PsA-Patienten entwickelt und an 286 PsA-Patienten einer Selbsthilfegruppe validiert. Er besteht aus 20 Parametern, welche jeweils mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden können, er wurde bisher jedoch nur in einer klinischen Untersuchung eingesetzt [49]. In dieser Untersuchung verbesserte Infliximab die Lebensqualität der mit Infliximab behandelten PsA-Patienten signifikant, wobei der PsAQol von im Mittel 13 zu Studienbeginn auf 10 nach 20 Wochen relativ um 10% sank.

Fazit für die Praxis

Nur TNF-Blocker waren bisher in der Lage, die körperliche – nicht aber die mentale – Komponente der Lebensqualität von Patienten mit AS zu verbessern. Eine signifikante Besserung der körperlichen und mentalen Komponente der Lebensqualität konnte bei Patienten mit PsA nur unter einer Therapie mit den TNF-Blockern Infliximab und Etanercept erzielt werden. Zu einer Besserung der körperlichen Komponente des SF-36 kam es auch unter einer Therapie mit den TNF-Blockern Adalimumab und Golimumab und nach Verabreichung des Immunsuppressivums Leflunomid. Eine physikalische Therapie mit Interferenzstrom führte nur zu einer Besserung der Domäne Schmerz, aber nicht zur Besserung der körperlichen und mentalen Komponente der Lebensqualität gemessen anhand des SF-36. Da der SF-12 validiert ist, mit wenig Zeitaufwand abgefragt und berechnet werden kann und in deutscher Sprache vorliegt, erscheint dieses Instrument zur Messung der Lebensqualität bei Patienten mit AS im klinischen Alltag gut geeignet zu sein. Für die Beurteilung der Lebensqualität von Patienten mit PsA sollte derzeit der SF-36 bevorzugt eingesetzt werden, da der EQ-5D bisher nicht ausreichend getestet wurde.

Korrespondenzadresse

Dr. J. Hermann

Klinische Abteilung für Rheumatologie und Immunologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 15, 8036 Graz
Österreich
josef.hermann@medunigraz.at

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Schipper H (1996) Quality of life studies: Definitions and conceptual issues. Lippincott-Raven, Philadelphia, pp 11–23
- The EuroQol Group (1990) EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 16:199–208
- Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD (1996) A 12-Item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 34:220–233

- Ware JE Jr, Sherbourne CD (1992) The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 30:473–483
- Bullinger M, Kirchberger I (1995) Der deutsche SF-36 Health Survey. Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Z Gesundheitswiss* 3:21–36
- Gandek B, Ware JE, Aaronson NK et al (1998) Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International quality of life assessment. *J Clin Epidemiol* 51:1171–1178
- Greiner W, Claes C, Busschbach JJ et al (2005) Validating the EQ-5D with time trade off for the German population. *Eur J Health Econ* 6:124–130
- Doward LC, Spoorenberg A, Cook SA et al (2003) Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 62:20–26
- Daltroy LH, Larson MG, Roberts NW et al (1990) A modification of the Health Assessment Questionnaire for the spondyloarthropathies. *J Rheumatol* 17:946–950
- Haywood KL, A MG, Jordan K et al (2002) Disease-specific, patient-assessed measures of health outcome in ankylosing spondylitis: reliability, validity and responsiveness. *Rheumatology (Oxford)* 41:1295–1302
- Barkham N, Kong KO, Tennant A et al (2005) The unmet need for anti-tumour necrosis factor (anti-TNF) therapy in ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)* 44:1277–1281
- Dagfinrud H, Mengshoel AM, Hagen KB et al (2004) Health status of patients with ankylosing spondylitis: a comparison with the general population. *Ann Rheum Dis* 63:1605–1610
- Ariza-Ariza R, Hernandez-Cruz B, Navarro-Sarabia F (2003) Physical function and health-related quality of life of Spanish patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 49:483–487
- Ward MM (1999) Health-related quality of life in ankylosing spondylitis: a survey of 175 patients. *Arthritis Care Res* 12:247–255
- Haibel H, Rudwaleit M, Sieper J (2006) Outcome parameters in ankylosing spondylitis. *Z Rheumatol* 65:131–134, 136–138
- Lubrano E, D'Angelo S, Parsons WJ et al (2006) Effects of a combination treatment of an intensive rehabilitation program and etanercept in patients with ankylosing spondylitis: a pilot study. *J Rheumatol* 33:2029–2034
- Braun J, Brandt J, Listing J et al (2002) Treatment of active ankylosing spondylitis with infliximab: a randomised controlled multicentre trial. *Lancet* 359:1187–1193
- Brandt J, Khariouzov A, Listing J et al (2003) Six-month results of a double-blind, placebo-controlled trial of etanercept treatment in patients with active ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 48:1667–1675
- Davis JC Jr, Revicki D, Heijde DM van der et al (2007) Health-related quality of life outcomes in patients with active ankylosing spondylitis treated with adalimumab: results from a randomized controlled study. *Arthritis Rheum* 57:1050–1057
- Gladman DD, Mease PJ, Healy P et al (2007) Outcome measures in psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 34:1159–1166
- Salaffi F, Carotti M, Gasparini S et al (2009) The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health Qual Life Outcomes* 7:25

40. Kavanaugh A, Antoni C, Krueger GG et al (2006) Infliximab improves health related quality of life and physical function in patients with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 65:471–477
41. Anandarajah AP, Schwarz EM, Totterman S et al (2008) The effect of etanercept on osteoclast precursor frequency and enhancing bone marrow oedema in patients with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 67:296–301
42. Gladman DD, Mease PJ, Cifaldi MA et al (2007) Adalimumab improves joint-related and skin-related functional impairment in patients with psoriatic arthritis: patient-reported outcomes of the Adalimumab Effectiveness in Psoriatic Arthritis Trial. *Ann Rheum Dis* 66:163–168
43. Kavanaugh A, McInnes I, Mease P et al (2009) Golimumab, a new human tumor necrosis factor alpha antibody, administered every four weeks as a subcutaneous injection in psoriatic arthritis: Twenty-four-week efficacy and safety results of a randomized, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum* 60:976–986
44. Nash P, Thaci D, Behrens F et al (2006) Leflunomide improves psoriasis in patients with psoriatic arthritis: an in-depth analysis of data from the TOPAS study. *Dermatology* 212:238–249
48. McKenna SP, Doward LC, Whalley D et al (2004) Development of the PsAQoL: a quality of life instrument specific to psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 63:162–169
49. Marzo-Ortega H, McGonagle D, Rhodes LA et al (2007) Efficacy of infliximab on MRI-determined bone oedema in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 66:778–781

Das vollständige Literaturverzeichnis ...

... finden Sie in der html-Version dieses Beitrags im Online-Archiv auf der Zeitschriftenhomepage www.zeitschriftfuerRheumatologie.de

Niemier K., Seidel W. Funktionelle Schmerztherapie des Bewegungssystems

Heidelberg: Springer Verlag 2009, 269 S., (ISBN 978-3-540-88798-0), 49.00 EUR



Die beiden konservativen Orthopäden Kay Niemier und Wolfram Seidel haben ihre langjährige Erfahrung in der Diagnostik und Therapie von Funktionsstörungen des Be-

wegungsapparats in einem übersichtlichen Buch zusammengefasst. Die Funktionelle Schmerztherapie des Bewegungssystems ist adressiert an alle Ärzte, die Patienten mit Schmerzen des Bewegungssystems behandeln.

Den Autoren ist dabei ein guter Kompromiss in der Abwägung zwischen Praktikabilität bzw. Übersichtlichkeit und Tiefe gelungen. Insofern ist das Buch in seiner klaren Darstellung und dem breiten Spektrum ebenso ein Gewinn für funktionell tätige und erfahrene Orthopäden wie für Berufsanfänger oder solche Kollegen, die seltener solche Störungen behandeln.

Indem es viele bedeutsame Funktionsmuster darstellt und die funktionell bedeutsamen Aspekte verschiedener Krankheitsbilder illustriert, hilft es direkt in der Behandlung und Information der Patienten. Es hilft, die Lücke zwischen diagnostischem Nihilismus („fast alles ist unspezifisch“) und einer Über- und Fehlbetonung bildgebender Befunde zu verkleinern. „Funktionelle Störung“ ist eben nicht ein Synonym für „unspezifisch“, quasi nach Ausschluss struktureller Ursachen, sondern kann in vielen Fällen positiv definiert werden; wenn nicht als klare pathogenetische Einheit, so doch oft als ausreichende Erklärung für den Patienten und insbesondere als Handlungsanweisung für die Physiotherapie und die weitere körperliche Aktivierung.

Deshalb wird es einen wichtigen Beitrag in der verbesserungsfähigen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Physiotherapeuten leisten.

Es kann auch als Plädoyer dafür gelten, in der fachärztlichen Ausbildung der Orthopäden, aber auch in der Weiterbildung von Schmerztherapeuten und anderen Fachrichtungen

den Blick für diese Zusammenhänge zu schärfen.

Das Buch ist übersichtlich dargestellt, viele Tabellen erleichtern einen schnellen Überblick. Ihm seien viele Leser gewünscht und für eine zweite Auflage ein sorgfältiges Lektorat, das die vielen Rechtschreibfehler korrigiert und auch in der Form dem guten Inhalt des Buchs entspricht.

Dr. Gerd Müller, Hamburg