Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1980)

Heft: 4

Artikel: Risikofaktoren bei Arthropathien

Autor: Roig-Escofet, Daniel

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930581

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 16.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Risikofaktoren bei Arthropathien

Dr.med. Daniel Roig-Escofet

Ungeachtet der Fortschritte, die in den letzten Jahren auf dem Gebiet der rheumatischen Erkrankungen gemacht worden sind, ist unser Wissen über ihre Ätiologie, das müssen wir einräumen, noch sehr begrenzt. Auch haben sich einige Faktoren, die man für verschiedene Formen des Rheumatismus bisher als determinierend bzw. auslösend betrachtete, bei näherem Zusehen, das heisst, bei der kontrollierten epidemiologischen Prüfung, als fragwürdig erwiesen. Wir können also nur bei sehr wenigen rheumatischen Erkrankungen eine objektiv gültige Aufzählung und Bewertung von Risikofaktoren vornehmen. Die Arthrose steht als involutives Geschehen mit dem Alter in Beziehung. Mit zunehmendem Alter erhöht sich auch das Risiko, an einer Arthrose zu erkranken. Vom 60. Altersjahr an haben praktisch alle Menschen röntgenologisch nachweisbare arthrotische Veränderungen in irgendeinem Gelenk. Arthrose bei unter 40jährigen ist beinahe immer ein sekundärer Prozess: Missbildungen oder Gelenkerkrankungen, Traumen oder statische Veränderungen prädisponieren zu einem früheren Krankheitseintritt. Bei Heberden-Knoten handelt es sich erfahrungsgemäss um eine kongenitale Prädisposition, die vielleicht auch eher verschleiert an anderen Körperstellen auftritt.

Es ist wohl möglich, dass eine Adipositas und andere Überbelastungen der Gelenke eine ausschlaggebende Rolle spielen können, nicht so sehr allerdings in bezug auf die Entwicklung der Arthrose an sich als vielmehr hinsichtlich der Beschwerden. Die klinische Erfahrung zeigt, das Hüft- und Knieschmerzen bei Adipösen abnehmen oder sogar verschwinden, wenn die Patienten ihr Übergewicht abbauen. Die Arthrose selbst allerdings bleibt bestehen. Dasselbe erreicht man oft durch die Änderung der Arbeitsbedingungen, indem beispielsweise vom Stehen aufs Sitzen umgestellt wird.

Man kann annehmen, dass jede röntgenologisch erfassbare Anomalie oder Spondylose Rückenschmerzen macht. Trotzdem liess sich wiederholt nachweisen, dass röntgenologische Veränderungen ebenso häufig Lumbal- oder Genickschmerzen verursachen wie sie es nicht tun (Macnab, Rotés et al.). Das Röntgenbild der Wirbelsäule kann also nicht zur Feststellung eines erhöhten Risikos herangezogen werden.

Bei der cP besteht zwar eine Tendenz zur familiären Häufung, doch kennt man bisher den Vererbungsmodus noch nicht, und man kann wohl sagen, dass das Risiko für die Familienangehörigen eines Patienten, selber zu erkranken, sehr klein ist.

Dasselbe gilt für den systemischen Lupus erythematodes. Anders sind die Verhältnisse bei der ankylosierenden Spondylarthritis. Sie kommt signifikant gehäuft bei Verwandten ersten Grades vor, insbesondere auch bei eineiigen Zwillingen, worüber in der Literatur verschiedentlich berichtet wurde. Seit man weiss, dass 90% dieser Kranken Träger des HLA-B27-Antigens sind, im Gegensatz zu nur 7% in der gesunden Bevölkerung, steht so gut wie fest, dass es sich um eine erbliche Erkrankung handelt (Brewerton et al.). Nach den epidemiologischen Untersuchungen, die unter klassischen, klinischen und röntgenologischen Voraussetzungen durchgeführt wurden, leidet 1‰ der Bevölkerung an Spondylarthritis ankylosans. Jeder vierzigste Träger des Antigens HLA-B27 ist also gefährdet. Das Antigen kommt bei beiden Geschlechtern gleichermassen vor, die Spondylarthritis ist jedoch bei Männern zehnmal häufiger. Jüngste Untersuchungen haben gezeigt, dass leichte Formen, die durch die klassischen Untersuchungsmethoden nicht erfassbar sind, viel häufiger vorkommen (Calin und Fries, Cohen et al.). Die grösste Häufigkeit der Spondylarthritis tritt um das 20. Altersjahr herum auf; der jugendliche Träger von HLA-B27 ist also am meisten gefährdet.

Obgleich nur ein kleiner Teil von Patienten mit Hyperurikämie an Gicht erkrankt, steigt das Risiko mit zunehmendem Harnsäurespiegel. Etwa 2% der Männer mit 60-70 mg/l und 35% derjenigen mit mehr als 80 mg/l hatten eine manifeste Gicht, wie aus einer Reihenuntersuchung über 12 Jahre hervorging.

Bei militärischen Aushebungen konnte festgestellt werden, dass das rheumatische Fieber regelmässig bei 3% aller Männer vorkommt, die eine Streptokokkeninfektion durchgemacht hatten (Rammelkamp et al.).

Weshalb sind es nur so wenige? Wahrscheinlich gibt es prädisponierende Faktoren, die man noch nicht genau kennt. Man hat dafür gewisse individuelle Eigenschaften und bestimmte Umweltfaktoren verantwortlich gemacht. Angehörige von Rheumatikern sind anfälliger (Wilson und Schweitzer), aber es ist sehr schwierig, zu unterscheiden, welches Gewicht den hereditären und welches Umweltfaktoren zukommt (Diamond). Ein Faktor, der zweifellos eine grosse Rolle bei der Verbreitung und der Schwere des rheumatischen Fiebers spielt, ist der soziale Status. Obgleich die Erkrankung überall und in allen sozialen Schichten vorkommt, ist doch unübersehbar, dass sie vor allem die Ärmeren befällt. Die schlechte Ernährung, die schlechtere Widerstandskraft der Feuchtigkeit gegenüber, die Temperaturschwankungen und schlechte ärztliche Betreuung usw. sind alles Faktoren, die additiv dazu führen, dass eine Streptokokkeninfektion und deren gefährlichste Komplikation, das rheumatische Fieber, einen ausgezeichneten Nährboden finden. Bereits vor dem Auftreten moderner prophylaktischer Methoden konnte ein Zurückgehen der Morbidität überall dort beobachtet werden, wo es gelang, die Lebensbedingungen grosser Bevölkerungsschichten signifikant zu verbessern. Das Risiko von Rezidiven hängt ab vom Alter zur Zeit der Infektion, von der seither verstrichenen Zeit, von der Schwere der Kardiopathie und vom Sozialstatus. Die meisten Rezidive treten im ersten Jahr nach dem akuten Ereignis auf. Bis zum fünften Jahr nimmt die Häufigkeit ab, bleibt aber immer noch gross. Das Rückfallrisiko beträgt durchschnittlich 50%; bei Patienten, die vor dem 20. Lebensjahr erkrankten, beträgt es jedoch 75%.

Das Vorhandensein von HLA-B27 prädisponiert auch zur sekundären Spondylarthritis ankylosans, zur Colitis ulcerosa, zur Enteritis und zur Arthropathia psoriatica. Bei Morbus Reiter findet sich HLA-B27 in 80% der Fälle. Diese Zahl liegt nur geringfügig unter der bei der Spondylarthritis ankylosans, was allerdings nicht bedeutet, dass stets auch eine Sakroileitis oder eine Spondylarthritis ankylosans besteht. Das Antigen prädisponiert ferner zu artikulären Manifestationen bei Yersiniose und bei Salmonellose.

Ciba Revue

Warmer Sand für Ihre Rheuma-Patienten.

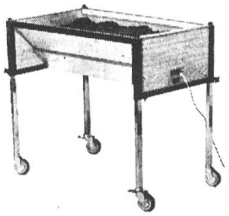
Warmer Sand ist ein anerkannt wirksames Hilfsmittel zur Behandlung Rheumakranker. Er stimuliert den Kreislauf, lindert Schmerzen in Händen und Füssen, und die Beschäftigung mit dem Sand macht den Patienten erst noch Spass.

Für die Therapie mit warmem Sand gibt es jetzt auch in der Schweiz spezielle, elektrisch wärmende Boxen, die in ausländischen Spitälern, Alters- und Pflegeheimen, aber auch bei Privatpersonen bereits lange erprobt und sehr geschätzt sind.

Wir liefern diese Sandboxen in zwei Ausführungen:

Sandbox & Sandboy

Tischmodell mit schwenkbaren Rädern und Bremse. Verstellbare Höhe, so dass auch Rollstuhl-Patienten leichten Zugang zum Sand haben. Mit aufgesetzter Deckplatte wird der SANDBOY zum schönen Tisch. Der Sandkasten kann leicht abgenommen werden und wird so zur Sandbox. Masse: 81x48 cm, Höhe 67–88 cm. Durchschnittlicher Stromverbrauch: ca. 150 Watt.



Dank ihrem kleinen Format (60x38x21 cm) ist die SANDBOX besonders geeignet für den Privatgebrauch und kann problemlos auf Rollstuhl, Tisch oder Boden befestigt werden. Durchschnittlicher Stromverbrauch: ca. 110 Watt.

QUARZ AG

QUARZ AG, Othmarstrasse 8
8034 Zürich, Tel. 01 - 251 99 25