

R. Dinser

## Sport beim Rheumatiker – Internistische Sicht

Medizinische Klinik I, Rheumatologie  
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg

### Zusammenfassung

Das Risiko von sportlicher Aktivität bei Rheumatikern wird vor dem Hintergrund möglicher Gelenkschäden und Risiko für infektiöse Komplikationen diskutiert. Während bei nicht aktiver Erkrankung intensiver Sport Beweglichkeit und Wohlbefinden verbessert, können vorgeschädigte Gelenke verstärkt beschädigt werden. Bei bereits im Rahmen der entzündlichen rheumatischen Erkrankungen erhöhtem Infektionsrisiko sollten auch kleinere Verletzungen prompt antiseptisch behandelt werden.

### Einleitung

Der Nutzen von regelmäßiger Bewegung auf die Leistungsfähigkeit gesunder und chronisch kranker Menschen steht nach zahlreichen Untersuchungen außer Frage. Für die Beratung eines Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen steht somit vor allem das mögliche Risiko einer sportlichen Betätigung im Vordergrund.

Eine Beurteilung von Nutzen und Risiko von Sport bei Rheumatikern muss die verschiedenen rheumatischen Krankheitsgruppen berücksichtigen. Die Empfehlungen der rheumatologischen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie oder American College of Rheumatology) sind wenig hilfreich, da sie sehr allgemein gehalten sind. Vor diesem Hintergrund wird die Datenlage zu folgenden Fragen dargestellt: Kann angepasste sportliche Betätigung den Verlauf verschiedener rheumatischer Erkrankungen verschlechtern? Ist das Risiko für schwere Infektionen nach kleineren Sportverletzungen erhöht? Spielt die Art der Basistherapie für die Sport-Empfehlung eine Rolle?

### Problem: Krankheitsverlauf

Der kurzfristige positive Einfluss von sportlicher Aktivität auf Leistungsfähigkeit und Gelenkfunktion von Patienten mit rheumatoider Arthritis wurde in zahlreichen wissenschaftlichen Studien bestätigt. Eine wesentliche Beeinflussung der klinischen Aktivität der Grundkrankheit konnte aber nicht festgestellt werden. Demgegenüber gibt es nur wenige Studien zum Einfluss von Sport auf das Fortschreiten des krankheitsbedingten Knochenfraßes, obwohl dies auf lange Sicht einen großen Teil der Funktionseinschränkungen bedingt. In der aussagekräftigsten Untersuchung (4) wurden dreihundert Patienten mit bezüglich der übrigen medikamentösen Therapie stabiler rheumatoider Arthritis ohne weitere ernsthafte Erkrankungen entweder physiotherapeutisch begleitet oder intensiviert sporttherapeutisch behandelt. Dem erwarteten günstigen Einfluss auf Funktionsfähigkeit, Kraft und Leistungsfähigkeit stand ein Trend zu leicht verstärktem Gelenkschaden an vorgeschädigten Gelenken entgegen. Weitere Untersuchungen mit geringerer Patientenzahl kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Es gibt somit gute Evidenz für einen positiven Einfluss von regelmäßiger, auch gelenkbelastender sportlicher Aktivität auf die Leistungsfähigkeit und Beweglichkeit von Patienten mit klinisch wenig aktiver rheumatoider Arthritis. Die Sportart sollte nach Möglichkeit der Verteilung geschädigter Ge-

lenke Rechnung tragen. So ist zu vermuten, dass Tennis bei Arthritis der Finger- und Handgelenke den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflusst, während Fußballspielen bei wenig betroffenen Gelenken der unteren Extremität keinen größeren gelenkerstörenden Einfluss haben sollte.

Zahlreiche kurzfristige Studien (6) belegen den Nutzen einer sportlichen Betätigung auf die Beweglichkeit und das Wohlbefinden bei Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew). Außerdem wird eine Verzögerung des Krankheitsprogresses vermutet, weswegen Physiotherapie an erster Stelle der Behandlung dieser Krankheit steht. Studien zu möglichen Langzeitschäden unter sportlicher Therapie fehlen. Auch wenn eine Zerstörung großer Gelenke außerhalb der Wirbelsäule bei dieser Krankheit deutlich seltener ist, wäre aufgrund der Sehnenansatzentzündungen eine erhöhte Gefahr von Sehnenrissen unter Belastung denkbar. Daten gibt es hierzu nicht.

Zu weiteren entzündlich-rheumatischen Erkrankungen gibt es keine kontrollierten Untersuchungen. Es kann vermutet werden, dass Nutzen und Risiken von Sport bei einer gelenkerstörenden psoriasis-assoziierten Arthritis analog zu einer rheumatoiden Arthritis eingeschätzt werden können. Spondylarthritis dürften ähnlich wie eine Spondylitis ankylosans beurteilt werden. Zu weiteren entzündlichen Gelenkerkrankungen bei Kollagenosen oder Vaskulitiden kann keine diagnosespezifische Aussage mit Daten untermauert werden, ein Organbefall begrenzt unabhängig von der Krankheitsart die sportliche Belastbarkeit.

### Problem: Infektion

Zur Frage der Infektionen bei rheumatischen Erkrankungen gibt es keine neuere prospektive, kontrollierte klinische Untersuchung. Aus den Therapiestudien ist bekannt, dass es zum Beispiel unter Methotrexattherapie bei rheumatoider Arthritis eine Rate von klinisch auffälligen Infektionen von etwa 2 pro Patient pro Jahr gibt, unter Etanercept 1,5 Infekte pro Patient und Jahr. Eine stationäre Aufnahme mit intravenöser Antibiotikatherapie ist bei drei Prozent der Patienten in beiden Behandlungsgruppen notwendig (1). Diese Zahl deckt sich mit anderen Studien zu verschiedenen weiteren Therapiemodalitäten bei rheumatoider Arthritis, Spondylitis ankylosans oder Lupus erythematoses, wobei schwere Infektionen in verschiedenen Placebogruppen gleichermaßen häufig wie in den Therapiegruppen auftraten. Die genannten Zahlen sind eher konservativ, da der primäre Endpunkt aller dieser Studien die Wirksamkeit der Therapie, nicht die Zahl der infektiösen Komplikationen war.

Eine der häufigsten Todesursachen für Rheumatiker mit rheumatoider Arthritis oder Lupus erythematoses ist eine Infektion, wobei strittig ist, ob die Therapie oder die Grundkrankheit die Ursache sind (5). Eine fallkontrollierte Studie zeigt ein fast 2fach erhöhtes Risiko für schwere Infektionen bei Patienten mit rheumatoider Arthritis unabhängig von der Therapie (2), so dass Rheumatiker bereits krankheitsbedingt verstärkt infektanfälliger sind. Während niedrigpotente, immunmodulatorische Behandlungen mit Methotrexat oder Prednisolon um 5 mg/Tag kein wesentliches zusätzliches Risiko bedingen, erhöht eine intensive immun-supprimierende Therapie (Cyclophosphamid oder hochdosiert Kortison) dieses Risiko. Insbesondere eine langfristige Kortisonbehandlung über 10 mg/Tag geht mit einem erhöhten Infektpotential einher (3).

In keiner Studie ist die Gefahr kleinerer Verletzungen systematisch untersucht worden. Die oben dargelegten Daten legen nahe, dass unabhängig von der Therapie und spezifischen Grundkrankheit bei allen entzündlichen Rheumatikern ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht und die Infektionen schwerer verlaufen. Somit sollte von Sportarten mit hohem

Verletzungsrisiko abgeraten werden. Auch kleinere Verletzungen beim Sport sollten von den Betroffenen ernst genommen werden. Zu raten ist etwa eine zügige antiseptische Selbstbehandlung mit zum Beispiel Jodtinktur und sauberem Abpflastern kleinerer Schürfwunden. Darüber hinaus sollten Entzündungszeichen (also Schwellung des verletzten Bereichs, Jucken) beachtet werden. Die Indikation zur antibiotischen Therapie sollte großzügiger gestellt werden.

Tabelle 1: Übersicht über den Einfluss von Sporttherapie auf verschiedene Aspekte bei exemplarischen rheumatischen Erkrankungen. Vermutlich sind die Daten für die rheumatoide Arthritis auf die Psoriasis-Arthritis übertragbar, ähnlich dürften die Daten zur Spondylitis ankylosans auf andere entzündliche Spondylarthritiden anwendbar sein

	rheumatoide Arthritis	Spondylitis ankylosans	Kollagenosen	entzündliches Rheuma im Schub
<b>Einfluss von Sporttherapie auf</b>				
allgemeine Leistungsfähigkeit	+	+	(+)	?
Gelenkbeweglichkeit	+	+	(=)	?
Gelenkschädigung	-	?	(=)	-
Infektionsgefahr	(-)	?	(-)	-
Medikamentenverträglichkeit	(=)	(=)	(=)	?

+ wissenschaftlich abgesicherter positiver Effekt, (+) nach Datenlage zu vermutender positiver Effekt, - wissenschaftlich abgesicherter ungünstiger Effekt, (-) nach Datenlage zu vermutender ungünstiger Effekt, (=) zu vermutender neutraler Effekt, ? keine ausreichenden Daten für eine Beurteilung

## Problem: medikamentöse Therapie

Keine der vorliegenden Studien zu Bewegung und Sport bei Rheumatikern geht im Detail auf die durchgeführte Basistherapie ein. Die üblicherweise für die Behandlung von Rheumapatienten eingesetzten Medikamente bedingen per se keine Einschränkung. Eine Sporttherapie ist im akuten Schub jeder entzündlich-rheumatischen Erkrankung kontraindiziert, erfahrungsgemäß besteht seitens der Patienten dann auch kein Bedürfnis. Im vorherigen Abschnitt ist aufgeführt, dass das Infektrisiko Einschränkungen der sportlichen Betätigung bedingen kann. Behandlungen, die eine höhergradige Immunsuppression zur Folge haben, beispielsweise Cyclophosphamid oder hochdosiertes Kortison, werden vor allem bei schweren Organschäden oder nicht kontrollierter aktiver Erkrankung eingesetzt. Hier sprechen mehrere Gesichtspunkte gegen sportliche Aktivität - die Krankheitsaktivität mit begleitender Leistungseinschränkung sowie das erhöhte Infektionsrisiko.

Darüber hinaus ist die Wahl der Basistherapie von nachgeordneter Bedeutung für eine Empfehlung zum Sport. Wichtig für die Sporttherapie ist eine geringe Aktivität der Erkrankung. Daher ist für die Sportfähigkeit die Unterdrückung der Krankheitsaktivität vorrangig. Mit welchen Therapiemodi dies erreicht wird, spielt eine sekundäre Rolle.

## Schlussfolgerung

Patienten mit entzündlichem Rheuma ohne akuten Krankheitsschub profitieren von sportlicher Betätigung, ohne größeren Schaden zu nehmen. Aufgrund des erhöhten Infektionsrisikos sollten Sportarten mit geringer Verletzungsgefahr bevorzugt werden. Auch kleinere Verletzungen dürfen nicht bagatellisiert werden. Neben den üblichen eigenverantwortlichen Behandlungen ist bei schlechter Heilungstendenz ein Arzt frühzeitig hinzuzuziehen. Bei gelenkschädigenden Erkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis können bereits vorgeschädigte Gelenke bei Belastung verstärkt verschlissen werden, so dass bei der Auswahl der Sportart auch die betroffenen Gelenke berücksichtigt werden müssen. Mehr als gesunde Sportler sollten Rheumatiker durch Sport hervorgerufene Schmerzen als Warnzeichen einer möglichen Gelenk- oder Weichteilschädigung respektieren. Der Schmerz sollte als Warnzeichen vor einer dauerhaften Gelenkschädigung dienen. Die Art der medikamentösen Behandlung hat nur geringen Einfluss auf die Fähigkeit zur Sporttherapie.

## Literatur

1. Bathon JM, Martin RW, Fleischmann RM, Tesser JR, Schiff MH, Keystone EC, Genovese MC, Wasko MC, Moreland LW, Weaver AL, Markenson J, Finck BK: A Comparison of Etanercept and Methotrexate in Patients With Early Rheumatoid Arthritis. *New Engl J Med* 343 (2000) 1586-1593.
2. Doran MF, Crowson CS, Pond GR, O'Fallon WM, Gabriel SE: Frequency of Infection in Patients with Rheumatoid Arthritis Compared With Controls: A Population-based Study. *Arthritis Rheum* 46 (2003) 2287-2293.
3. Gladman DD, Hussain F, Ibanez D, Urowitz MB: The nature and outcome of infection in systemic lupus erythematosus. *Lupus* 11 (2002) 234-239.
4. de Jong Z, Munneke M, Zwinderman AH, Kroon HM, Jansen A, Ronday KH, van Schaardenburg D, Kijkmans BA, van den Ende CH, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP, Hazes JM: Is a Long-Term High-Intensity Exercise Program Effective and Safe in Patients With Rheumatoid Arthritis? *Arthritis Rheum* 48 (2003) 2415-2424.
5. Myllykangas-Luosujarvi R, Aho K, Kautiainen H, Isomaki H: Shortening of Life Span and Causes of Excess Mortality in a Population-Based Series of Subjects with Rheumatoid Arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 13 (1995) 149-153.
6. van Tubergen A, Landewé R, van der Heijde D, Hidding A, Wolter N, Ascher M, Falkenbach A, Genth E, The HG, van der Linden S: Combined Spa-Exercise Therapy is Effective in Patients With Ankylosing Spondylitis: A Randomized Controlled Trial. *Arthritis Care Res* 45 (2001) 430-438.

Korrespondenzadresse:

Dr. Robert Dinsler  
Medizinische Klinik I, Rheumatologie  
Universitätsklinikum des Saarlandes  
66421 Homburg

E-mail: robert.dinsler@uniklinik-saarland.de