

Die Früherkennung von axialer Spondyloarthritis = La détection précoce de la spondylarthrite axiale

Autor(en): **Niedermann, Karin / Tschupp, Katrin**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physioactive**

Band (Jahr): **54 (2018)**

Heft 3

PDF erstellt am: **11.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-928539>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die Früherkennung von axialer Spondyloarthritis

La détection précoce de la spondylarthrite axiale

KARIN NIEDERMANN, KATRIN TSCHUPP

In der Schweiz verstreichen nach den ersten Symptomen durchschnittlich drei Jahre, bis eine axiale Spondyloarthritis (M. Bechterew) erkannt wird. PhysiotherapeutInnen können mit einem sorgfältigen Clinical Reasoning zur Früherkennung beitragen.

En Suisse, il s'écoule en moyenne trois ans entre les premiers symptômes et le diagnostic de la spondylarthrite axiale, aussi appelée maladie de Bechterew. Les physiothérapeutes peuvent contribuer à sa détection précoce grâce à un raisonnement clinique minutieux.

Axiale Spondyloarthritis (axSpA) – früher ankylosierende Spondylitis (AS), umgangssprachlich «Bechterew» genannt – ist eine schwerwiegende rheumatische Erkrankung mit einer weltweiten Prävalenz von zirka ein Prozent. AxSpA manifestiert sich vor allem an Wirbelsäule und ISG mit Schmerzen, Entzündungen und Versteifungen. Oft sind aber auch Sehnenansätze (Enthesitis) sowie periphere Gelenke und Organe, insbesondere Augen, Haut und Darm, entzündlich mitbeteiligt. Auch besteht aufgrund der systemischen Entzündung ein eineinhalbfach erhöhtes Risiko für axSpA assoziierte Herz-Kreislauf-Erkrankungen [1].

Die internationalen Guidelines der «Assessment of SpondyloArthritis international Society ASAS» und der «European League Against Rheumatism EULAR» empfehlen für das optimale Management der axSpA Medikamente, Physiotherapie/Training und Education mit Fokus auf aktiven Lebensstil und Rauchstopp [2]. RheumatologInnen sollten dabei das multidisziplinäre Behandlungsmanagement koordinieren.

Alle diagnostizierten Betroffenen werden ins nationale Register für entzündlich-rheumatische Krankheiten «Swiss Clinical Quality Management (in Rheumatic Diseases) SCQM» eingeschlossen und kontinuierlich dokumentiert¹. Die Datenbank ermöglicht den ÄrztInnen, das Behandlungsmanagement ihrer PatientInnen mit Rheumatoider Arthritis, Axialer Spondyloarthritis, Psoriasisarthritis und undifferenzierter Arthritis zu überprüfen.

Eine Früherkennung ermöglicht eine frühe Therapie

Allerdings ist es international ein grosses Problem, dass axSpA-Symptome überhaupt und frühzeitig als solche erkannt und die Betroffenen an eine Rheumatologin oder einen

La spondylarthrite axiale, aussi dénommée spondylarthrite ankylosante ou maladie de Bechterew, est une maladie rhumatismale grave; sa prévalence mondiale est d'environ 1%. Elle se manifeste principalement dans la colonne vertébrale et dans les articulations sacro-iliaques, sous forme de douleurs, d'inflammation et de raideurs. Cependant, les insertions tendineuses (enthésite), les articulations et organes périphériques – en particulier les yeux, la peau et les intestins – sont souvent également impliqués dans l'inflammation. L'inflammation systémique augmente également le risque de maladies cardiovasculaires associées à la maladie d'un facteur un et demi [1].



Eine frühzeitige Behandlung mit wirksamen Medikamenten verhindert strukturelle Veränderungen. | Un traitement précoce comprenant des médicaments efficaces permet de limiter les changements structuraux.

¹ www.scqm.ch

Früherkennung von axSpA: Online-Tool der Schweizerischen Vereinigung M. Bechterew

Die Schweizerische Vereinigung M. Bechterew SVMB bietet auf ihrer Website einen Online-Diagnosetest an. Im Jahr 2017 haben fast 39000 Personen den Test ausgefüllt. Liegt gemäss Test ein Verdacht vor, wird empfohlen, eine medizinische Fachperson zu konsultieren.

Gemäss einer Umfrage im 2016 bei Neumitgliedern (n=261) der Bechterew-Vereinigung haben 21 Prozent den Online-Test vor ihrer Diagnose durchgeführt. 90 Prozent von ihnen erhielten dann die Diagnose innert sechs Monaten.

www.bechterew.ch/de/der-diagnosetest.html

Détection précoce de la spondylarthrite axiale: un outil en ligne de la Société suisse de la spondylarthrite ankylosante

La Société suisse de la spondylarthrite ankylosante propose un test diagnostic en ligne sur son site Internet. En 2017, près de 39000 personnes ont passé le test. Si le test justifie des suspicions, il est recommandé de consulter un spécialiste.

Selon une enquête effectuée en 2016 auprès des nouveaux membres (n=261) de la Société suisse de la spondylarthrite ankylosante, 21 % ont effectué le test en ligne avant leur diagnostic. 90 % d'entre eux ont ensuite vu leur diagnostic confirmé dans les six mois.

www.bechterew.ch/fr/test-du-diagnostic.html

Rheumatologen zur eindeutigen Diagnosestellung überwiesen werden [3].

Eine frühzeitige Diagnosestellung ist wichtig, um die Entzündung und die Schmerzen mit wirksamen Medikamenten unter Kontrolle zu bringen. «Unter Kontrolle» bedeutet, eine Remission zu erreichen und so strukturelle Veränderungen und funktionelle Einschränkungen zu verhindern. Auf dieser Basis sind eine gezielte Physiotherapie und körperliches Training wirksam und sinnvoll.

Entzündliche Rückenschmerzen werden nicht immer erkannt

Die Zeitspanne zwischen ersten Symptomen und Diagnose liegt in der Schweiz immer noch bei rund drei Jahren [4]. Dies stellt für Betroffene eine unnötige psychische Belastung dar.

Die erste Anlaufstelle für PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen ist meistens die Hausärztin oder der Hausarzt. Dort werden die Rückenschmerzen nicht immer frühzeitig als entzündlich – und die PatientInnen somit als potenziell axSpA-Betroffene – erkannt. So werden die PatientInnen möglicherweise längere Zeit mit wenig wirksamen Medikamenten behandelt und nicht selten mit der Diagnose «Chronisches Lumbovertebralsyndrom» in die Physiotherapie überwiesen. PhysiotherapeutInnen kommt somit eine wichtige Rolle zu bei der Differenzierung von mechanisch-unspezifischen und entzündlichen Rückenschmerzen, die auf eine axSpA hinweisen können. Mit einer umfassenden Befunderhebung und ihren differentialdiagnostischen Fertigkeiten tragen sie zur Früherkennung bei.

Der subjektive Befund ist wesentlich

In der Physiotherapie ist der subjektive Befund ein Schlüsselfaktor zur korrekten Diagnosestellung. Er gibt wichtige Hinweise auf Symptome, Krankheits- und Familiengeschichte sowie über Aktivitäten und Lebensgewohnheiten des Patienten oder der Patientin. Die ermittelten Risikofaktoren und Red Flags helfen zu entscheiden, ob eine allfällige Rücküberweisung an den Arzt oder die Ärztin für weitere medizinische Abklärungen nötig ist [5].

Les recommandations internationales de bonne pratique de l'Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) et de la European League Against Rheumatism (EULAR) préconisent des médicaments dédiés, la physiothérapie et l'éducation thérapeutique, en mettant l'accent sur le mode de vie actif et l'arrêt de la fumée [2]. Les rhumatologues devraient coordonner la gestion multidisciplinaire du traitement.

Chaque personne pour laquelle le diagnostic de spondylarthrite axiale a été posé est inscrite au registre national des maladies rhumatismales inflammatoires (*Swiss Clinical Quality Management in Rheumatic Diseases*), qui est mise à jour en temps réel¹. Cette base de données permet aux médecins de vérifier la gestion du traitement de leurs patient·e·s atteint·e·s de polyarthrite rhumatoïde, de spondylarthrite axiale, d'arthrite psoriasique ou d'arthrite ind discriminée.

Une détection précoce permet un traitement anticipé

Une préoccupation internationale et majeure est que les symptômes de spondylarthrite axiale soient reconnus comme tels à un stade précoce et que les personnes affectées soient référées à un rhumatologue pour un diagnostic clair [3].

Un diagnostic précoce est important pour contrôler l'inflammation et la douleur au moyen de médicaments efficaces. Il s'agit d'obtenir une rémission et de limiter ainsi les changements structurels et les limitations fonctionnelles. Sur cette base, une physiothérapie ciblée et l'entraînement physique sont efficaces et font sens.

Le mal de dos inflammatoire n'est pas toujours détecté

En Suisse, la période entre les premiers symptômes et le diagnostic est encore d'environ trois ans [4]. Cela représente un fardeau psychologique inutile pour les personnes atteintes.

Le premier point de contact des patient·e·s qui se plaignent de mal de dos chronique est généralement leur médecin de famille. Celui-ci ne constate pas toujours que leur mal de dos est inflammatoire et que les patient·e·s sont donc potentiellement atteint·e·s de spondylarthrite axiale. Les

¹ www.scqm.ch



Nachtschmerzen, lange Morgensteifigkeit, Besserung durch Bewegung... könnte es ein entzündlicher Rückenschmerz sein? | Douleurs nocturnes, raideur matinale prolongée, amélioration par le mouvement... pourrait-il s'agir d'un mal de dos inflammatoire?

Die Anamnese allein kann schon Hinweise auf eine mögliche axSpA liefern. RheumatologInnen arbeiten mit dem von der ASAS empfohlenen Diagnose-Cluster, bestehend aus den Calin-Kriterien, den Berlin-Kriterien und dem «ASAS Expert» (siehe *Tabelle 1*). Der Diagnose-Cluster beinhaltet spezifische Fragen zur Anamnese, die bei der klinischen Diagnose von entzündlichen Rückenschmerzen relevant sind. Diese Informationen werden ohnehin routinemässig in der physiotherapeutischen Anamnese erfragt. Erreicht der Patient, die Patientin in diesem Diagnose-Cluster eine definierte Anzahl von positiven Antworten, so gilt dies als Hinweis auf entzündliche Rückenschmerzen.

Zusätzliche Befunde aus der persönlichen und der Familiengeschichte erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass eine axSpA besteht. So haben PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen eine 5-prozentige Wahrscheinlichkeit, axSpA zu haben. Diese Wahrscheinlichkeit steigt auf 95 Prozent, wenn bei diesen PatientInnen ein entzündlicher Rückenschmerz diagnostiziert wird, eine zusätzliche positive Familiengeschichte, Fersenschmerzen und ein gutes Ansprechen auf nicht-steroidale Antirheumatika bestehen [7]. Im gezielten Screening erfassen PhysiotherapeutInnen diese zusätzlichen Informationen.

Hinweise aus dem objektiven Befund

Erhärtet sich der Verdacht auf entzündliche Rückenschmerzen, können PhysiotherapeutInnen noch zusätzliche Daten zum üblichen objektiven Befund erfassen.

Im BASMI-Messinstrument (The Bath AS Metrology Index) werden fünf Beweglichkeitsmasse zusammengefasst und bewertet². Der BASMI-Index beinhaltet das Ausmass der aktiven zervikalen Rotation, den aktiven Tragus-Wand-Abstand, das Mass der aktiven lumbalen Seitneigung, den modifizierten Schober-Test und das Mass des intermalleolaren Abstandes (in Rückenlage). Bei schon diagnostizierter axSpA

patient-e-s peuvent donc être traité-e-s avec des médicaments inefficaces pendant une longue période et sont souvent référé-e-s à la physiothérapie avec le diagnostic de «syndrome lombaire chronique». Les physiothérapeutes jouent donc un rôle important dans la différenciation entre un mal de dos mécanique non spécifique et un mal de dos inflammatoire, qui peut être une indication de spondylarthrite axiale. Les physiothérapeutes peuvent dès lors contribuer à la pose d'un diagnostic précoce en portant attention aux résultats de leur traitement et grâce à leurs compétences en diagnostic différentiel.

Le bilan subjectif est essentiel

En physiothérapie, le bilan subjectif constitue un facteur-clé pour poser un diagnostic correct. Il fournit des renseignements importants sur les symptômes, la maladie et les antécédents familiaux ainsi que sur les activités et les habitudes de vie des patient-e-s. Les facteurs de risque relevés et les drapeaux rouges aident à décider si un renvoi au médecin est nécessaire pour des investigations complémentaires [5].

L'anamnèse seule peut déjà fournir des indications d'une éventuelle spondylarthrite axiale. Les rhumatologues travaillent avec les outils diagnostiques recommandés par l'ASAS: les critères de Calin, les critères de Berlin et de l'ASAS Expert (voir *tableau 1*). La démarche repose sur des questions spécifiques d'anamnèse pertinentes pour le diagnostic clinique du mal de dos inflammatoire. Ces informations sont de toute façon systématiquement demandées lors de l'anamnèse de physiothérapie. Si le ou la patient-e atteint un certain nombre de réponses positives, le résultat est considéré comme une indication de mal de dos inflammatoire.

D'autres conclusions tirées des antécédents personnels et familiaux augmentent la probabilité de l'existence d'une spondylarthrite axiale. Les patient-e-s qui présentent un mal de dos chronique sont 5 % plus susceptibles d'avoir une spondylarthrite axiale. Cette probabilité augmente à 95 % si ces patient-e-s ont un diagnostic de mal de dos inflammatoire, des antécédents familiaux positifs supplémentaires, des douleurs au talon et une bonne réponse aux antirhumatismes non-stéroïdiens [7]. Les physiothérapeutes saisissent ces renseignements supplémentaires dans le cadre d'un dépistage ciblé.

Les informations tirées du bilan objectif

Si la suspicion d'un mal de dos inflammatoire est confirmée, les physiothérapeutes peuvent enregistrer des données supplémentaires en effectuant le bilan objectif usuel.

L'instrument de mesure *Bath AS Metrology Index* (BASMI) regroupe cinq mesures de mobilité: l'amplitude de la rotation cervicale active, la distance active tragus-mur, l'inclinaison latérale lombaire active, le test de Schober modifié et la distance intermalléolaire (en position couchée). Si une spondylarthrite axiale est déjà diagnostiquée, le BASMI est généra-

² www.bechterew.de/fileadmin/DVMB_BV/pdf-dateien/mb/basmi-10.pdf



Die Anamnese gibt Hinweise auf entzündliche Rückenschmerzen. | L'anamnèse fournit des indications sur le mal de dos inflammatoire.

wird in der Regel das BASMI-Messinstrument eingesetzt, um den Verlauf zu beurteilen. Bei verzögerter Diagnose können jedoch durchaus schon messbare Bewegungseinschränkungen bestehen. Je höher der BASMI-Wert ist, desto grösser sind die Einschränkungen des Patienten oder der Patientin.

Die so zielgerichtet gesammelten Daten können im Clinical-Reasoning-Prozess Hinweise auf entzündliche Rückenschmerzen geben [6]. Sie helfen beim Entscheidungsprozess, ob eine Patientin oder ein Patient an die Ärztin oder den Arzt zurücküberwiesen werden muss.

Spezialisierte PhysiotherapeutInnen mit guten Resultaten

PhysiotherapeutInnen können durch ihre Kompetenzen, Funktions-, Bewegungs- und Schmerzanalysen durchzuführen, einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung von Spondylarthritiden leisten. In der Literatur gibt es zudem eine grosse Zahl an «Case Series» und «Case Reports», bei denen Physiothe-

lement verwendet wurde, um den Verlauf zu beurteilen. Cependant, si le diagnostic a été posé tardivement, il peut déjà exister des restrictions mesurables des mouvements. Plus la valeur du BASMI est élevée, plus les limitations des patient·e·s sont importantes.

Les données ainsi recueillies de manière ciblée peuvent fournir des indications d'un mal de dos inflammatoire dans le processus de raisonnement clinique [6]. Elles aident à décider si un·e patient·e doit être renvoyé·e chez son médecin.

Des physiothérapeutes spécialisé·e·s obtiennent de bons résultats

La compétence des physiothérapeutes à analyser le mouvement, la fonction et la douleur peut apporter une contribution importante à la détection précoce de la spondylarthrite axiale. La littérature présente un grand nombre d'études de cas ou de séries de cas dans lesquels les physiothérapeutes ont reconnu qu'un·e patient·e présentait des symptômes qui nécessitaient des investigations médicales plus poussées... Des investigations qui ont permis de poser un nouveau diagnostic médical [9].

Un essai a évalué le niveau de connaissances des physiothérapeutes dans le traitement des troubles musculo-squelettiques. Les physiothérapeutes expérimenté·e·s ont obtenu un score plus élevé à un questionnaire standardisé que divers médecins spécialistes (à l'exception des orthopédistes) [10]. Un autre essai, contrôlé et randomisé, a montré qu'il n'y avait pas de différence dans le diagnostic et le traitement des troubles musculo-squelettiques de physiothérapeutes spécialisé·e·s formé·e·s à un rôle élargi et des orthopédistes juniors [11].

Les physiothérapeutes ont l'avantage d'avoir normalement plus de temps à disposition pour une consultation. En Europe, celle d'un médecin dure en moyenne entre 8 et

Calin-Kriterien	Berlin-Kriterien	ASAS Expert
<ul style="list-style-type: none"> ■ Alter bei Beginn der Beschwerden < 40 Jahre ■ Rückenschmerzen > 3 Monate ■ Schleichender Beginn ■ Verbunden mit Morgensteifigkeit ■ Besserung durch Bewegung <p>Kriterien gelten als erfüllt, wenn mindestens 4/5 positiv sind.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Morgensteifigkeit > 30 Minuten ■ Besserung mit Bewegung, aber nicht mit Ruhe ■ Rückenschmerzbedingtes Aufwachen in der zweiten Nachthälfte ■ Alternierende Gesässschmerzen <p>Kriterien gelten als erfüllt, wenn mindestens 2/4 positiv sind.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alter bei Beginn der Beschwerden < 40 Jahre ■ Schleichender Beginn ■ Besserung durch Bewegung ■ Keine Besserung durch Ruhe ■ Nachtschmerzen, mit Besserung durch Aufstehen <p>Die Kriterien gelten als erfüllt, wenn mindestens 4/5 positiv sind.</p>

Tabelle 1: Diagnose-Cluster für axiale Spondylarthritiden, bestehend aus den Calin-Kriterien, den Berlin-Kriterien und dem «ASAS Expert».

Critères Calin	Critères Berlin	ASAS Expert
<ul style="list-style-type: none"> ■ Âge au début des symptômes < 40 ans ■ Mal de dos > 3 mois ■ Démarrage progressif ■ Combiné à une raideur matinale ■ Amélioration par le mouvement <p>Les critères sont considérés comme remplis si au moins 4/5 sont positifs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Raideur matinale > 30 minutes ■ Amélioration par le mouvement, mais pas par le repos ■ Réveil dans la deuxième moitié de la nuit en raison du mal de dos ■ Douleur dans les fesses en alternance <p>Les critères sont considérés comme remplis si au moins 2/4 sont positifs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Âge au début des symptômes < 40 ans ■ Démarrage progressif ■ Amélioration par le mouvement ■ Pas d'amélioration par le repos ■ Douleurs nocturnes, avec amélioration en se levant <p>Les critères sont considérés comme remplis si au moins 4/5 sont positifs.</p>

Tableau 1: Outils diagnostiques de la spondylarthrite axiale (critères de Calin, critères de Berlin et de l'ASAS Expert).



Im objektiven Befund werden Bewegungseinschränkungen sichtbar. | Le bilan objectif rend visibles les restrictions des mouvements.

rapeutInnen erkannten, dass ein Patient oder eine Patientin Symptome hatte, die weitere medizinische Abklärung erforderten. Diese Abklärung ergab dann auch eine neue medizinische Diagnose [9].

Eine Studie evaluierte den Wissensstand der PhysiotherapeutInnen bei der Behandlung von muskuloskelettalen Erkrankungen. Erfahrene TherapeutInnen erzielten einen höheren Score in einem standardisierten Fragebogen als verschiedene FachärztInnen (ausser OrthopädInnen) [10]. Eine andere Studie (RCT) zeigte, dass kein Unterschied bei der Befunderhebung und Behandlung von muskuloskelettalen Beschwerden zwischen speziell ausgebildeten PhysiotherapeutInnen in einer erweiterten Rollenfunktion und Junior-OrthopädInnen bestand [11].

Die PhysiotherapeutInnen haben den Vorteil, normalerweise mehr Zeit für eine Konsultation zur Verfügung zu haben. Eine Arztkonsultation dauert in Europa im Durchschnitt zwischen 8 und 13 Minuten. PhysiotherapeutInnen haben in der Regel zwischen 20 und 30 Minuten Zeit für eine Konsultation.

Der Beitrag von PhysiotherapeutInnen zur Differenzierung von Rückenschmerzen und zur Früherkennung der axSpA ist für die optimale Versorgung von Bechterew-PatientInnen wertvoll und wichtig. In der Gesundheitsversorgung mit sich

13 Minuten. Les physiothérapeutes disposent généralement de 20 à 30 minutes. Leur contribution à la différenciation du mal de dos et à la détection précoce de la spondylarthrite axiale est précieuse et importante pour un suivi optimal des patient·e·s. Face à la pénurie émergente de spécialistes (surtout des médecins de famille) dans le domaine des prestations de santé, les physiothérapeutes assumeront à l'avenir de nouveaux rôles et de nouvelles tâches. Ils possèdent les compétences nécessaires pour effectuer un diagnostic différentiel ainsi qu'un triage efficaces et en toute sécurité pour les patient·e·s [12].

L'article a été rédigé en collaboration avec le Pr Diego Kyburz, médecin-chef du service de rhumatologie de l'hôpital universitaire de Bâle, actuellement président de la Société suisse de rhumatologie, et de René Bräm, licencié en droit, directeur général de la Société suisse de la spondylarthrite ankylosante, à Zurich.

Symposium: Différenciation entre mal de dos mécanique et inflammatoire

L'après-midi du 7 septembre 2018, un symposium sur la nouvelle série «Diagnostic de l'appareil locomoteur» aura lieu à la ZHAW. Les auteurs de cet article feront des présentations et animeront une table-ronde sur le thème du «Mal de dos inflammatoire et détection précoce de la spondylarthrite axiale par les physiothérapeutes».
www.zhaw.ch/de/gesundheit/institute-zentren/ipt/alle-veranstaltungen

Weiterführende Literatur | Pour aller plus loin

– Schneider S. Morbus Bechterew (ankylosierende Spondylitis). In: Luoma-joki H, Pfeiffer F, Fallbuch Physiotherapie: Muskuloskelettales System (1 ed) München: ELSEVIER, Urban & Fischer, 2018: 71–80.



Karin Niedermann, PT PhD, MPH, Professorin für Physiotherapieforschung und Studiengangleiterin MSc Physiotherapie an der ZHAW. Sie forscht zu Physiotherapie/Bewegungsförderung und Implementierung und ist beratende Physiotherapeutin der Schweizerischen Vereinigung M. Bechterew.

Karin Niedermann, PhD, PT; professeure en recherche en physiothérapie et responsable du cursus de MSc en physiothérapie à la

ZHAW. Elle mène des recherches sur la promotion et la mise en œuvre de la physiothérapie et est physiothérapeute conseillère auprès de la Société suisse de la spondylarthrite ankylosante.



Katrin Tschupp, PT, DPT (Doctor of Physical Therapy), ist Dozentin im Masterstudiengang muskuloskeletale Physiotherapie. Sie hat ihre Doktorarbeit über Differenzialdiagnose in der muskuloskelettalen Physiotherapie geschrieben und dazu einen zweitägigen Kurs entwickelt.

Katrin Tschupp, PT, DPT (Doctor of Physical Therapy); chargée de cours dans le cadre du programme de master en physiothérapie musculo-squelettique à la ZHAW.

abzeichnendem Fachkräftemangel (v. a. HausärztInnen) werden PhysiotherapeutInnen zukünftig vermehrt neue Aufgaben und Rollen übernehmen. PhysiotherapeutInnen verfügen über die notwendigen Kompetenzen, um eine patientensichere und effiziente Differentialdiagnostik und Triage durchzuführen [12]. |

Der Artikel wurde verfasst unter Mitarbeit von Prof. Dr. med. Diego Kyburz, Chefarzt Rheumatologie, Universitätsspital Basel, zurzeit Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie, und lic. iur. René Bräm, Geschäftsführer Schweizerische Vereinigung M. Bechterew, Zürich.

Veranstaltungshinweis: Differenzierung mechanischer versus entzündlicher Rückenschmerz

Am Nachmittag des 7. September 2018 findet an der ZHAW ein Symposium zur neuen Serie «Diagnose am Bewegungsapparat» statt. Die AutorInnen dieses Beitrags werden in Referaten und einem Podium das Thema «Entzündliche Rückenschmerzen und Früherkennung von axSpA durch PhysiotherapeutInnen» beleuchten.

www.zhaw.ch/de/gesundheit/institute-zentren/ipt/alle-veranstaltungen

Literatur | Bibliographie

1. Mathieu S, Gossec L, Dougados M, et al. Cardiovascular profile in ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis care & research* 2011; 63(4): 557–63.
2. van der Heijde D, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2017; 0: 1–14. doi:10.1136/annrheumdis-2016-210770.
3. Masson Behar V, Dougados M, Etcheto A, Kreis S, Fabre S, Hudry C, Dadoun S, Rein C, Pertuiset E, Fautrel B, Gossec L. Diagnostic delay in axial spondyloarthritis: A cross-sectional study of 432 patients. *Joint Bone Spine*. 2017 Jul; 84(4): 467–471.
4. Ciurea A. Jahresbericht SCQM 2016. <https://www.scqm.ch/ueber-uns/jahresbericht/annual-report-2016.pdf> (abgerufen am 10.11.2017).
5. Williams CM, Henschke N, Maher CG, et al. Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low back pain (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (1) 1–60.
6. Schneider S. Morbus Bechterew (ankylosierende Spondylitis). In: Luomajoki H, Pfeiffer F, Fallbuch Physiotherapie: Muskuloskelettales System (1 ed) München: ELSEVIER, Urban & Fischer, 2018: 71–80.
7. Rudwaleit M, van der Heijde D, Khan MA, Braun J. How to diagnose axial spondyloarthritis early. *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 535–543.
8. Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC, Kennedy LG. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). *The Bath AS Metrology Index*. *J Rheumatol*. 1994 Sep; 21(9): 1694–8.
9. Boissonnault WG, Ross MD. Physical therapists referring patients to physicians: a review of case reports and series. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2012; 42(5): 446–454.
10. Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML. A description of physical therapist's knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2005; 6: 32 doi 10.1186/1471-2474-6-32.
11. Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, et al. A randomized controlled trial: shifting boundaries of doctor and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J Epidemiol. Community Health* 1999; 53: 643–50.
12. IGPTR. Advanced Physiotherapy Practice – vertiefte und erweiterte Rollenfunktionen der Physiotherapie. IGPTR, März 2017.



Markenprodukte aus Deutschland. Direkt vom Hersteller und führendem Fachhandel.

| Therapieliegen Manufaktur seit 1984
| Physio- & Praxiseinrichtungen
| Praxis- & Therapiebedarf



Der Praxisausstatter für PHYSIOTHERAPEUTEN

CHF 2.161,-

€ 1.804,-

inkl. Verzollung, inkl. Fracht,
zzgl. Einfuhrumsatzsteuer



DIE VIELSEITIGE THERAPIELIEGE

ACTIVE mit Drehhocker

- 2-teilige Therapieliege – Belastbar bis 200 kg
- 65 cm Polsterbreite – Polsterlänge ab 200 cm
- Elektromotor inkl. Sicherheitssperre
- Rundumbügel – Zuschaltbares Rädergestell
- Kopfteil 3-teilig positiv / negativ
- CE-Kennzeichnung, MPG Klasse 1

✓ Übernahme sämtlicher Abwicklungsmodalitäten
✓ Komplett montiert ✓ Lieferung bis Bordsteinkante



Begrenztes Aktionsangebot. Solange Vorrat.
Jetzt online bestellen:
www.villinger.de

Gesamtkatalog 2018 anfordern – jetzt!

☎ +49 (0) 7663 99082

✉ info@villinger.de

🌐 www.villinger.de

📌 www.facebook.com/villinger.de

