



Rheinisch-Westfälische Röntgengesellschaft

Gesellschaft für Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie und Nuklearmedizin

Rheinisch-Westfälische Röntgengesellschaft e. V.
Ernst-Reuter-Platz 10, 10587 Berlin

Präsident der RWRG
Prof. Dr. med. W.D. Reinbold
Schriftführer der RWRG
PD. Dr. med. J. Kirchner

c/o Deutsche Röntgengesellschaft e.V.
Ernst-Reuter-Platz 10
10587 Berlin
Tel.: 030 / 916 070 16
Fax: 030 / 916 070 22
E-Mail: rwrg@drq.de

Mitteilungen aus der RWRG 06- 2012

Sehr geehrte Mitglieder der RWRG

In den diesmal leider etwas verspätet erscheinenden ersten Mitteilungen des Jahres 2012 möchten wir Ihnen wiederum einen Überblick und Ausblick über die aktuellen Aktivitäten unserer Gesellschaft geben. Darüber hinaus möchte sich Präsident Reinbold mit einem Grußwort an die Mitglieder wenden.

Grußwort des Präsidenten der Rheinisch- Westfälischen Röntgengesellschaft

Sehr geehrte Mitglieder der RWRG,
gerne begrüße ich Sie heute erstmals zu Beginn meiner 2- jährigen Amtszeit als
Präsident unserer Gesellschaft.

Die Situation an den Krankenhäusern wird bei knappen Kassen nicht einfacher.
Auffällig ist allerdings nur, dass immense Verwaltungskosten auch die Budgets im
Gesundheitswesen drücken. So ist laut Aussage des Kammerpräsidenten der
Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Theo Windhorst, der Verwaltungsaufwand im
Gesundheitswesen bei 23 % des gesamten Etats anzusetzen, wohingegen in großen

Wirtschaftsunternehmen, wie z. B. Volkswagen oder Siemens, der Verwaltungsetat bei 6 - 7 % liegt. Es ist auch hier zu erkennen, dass immer neue Gesetze und Verordnungen immer mehr Verwaltungsaufwand erfordern und damit von den Krankenkassenbeiträgen der Patienten immer weniger zum Schluss bei dem Patienten im Krankenhaus, in der Arztpraxis, in Pflegeeinrichtungen oder zusätzlicher medizinisch-pflegerischer Betreuung überbleibt.

Demgegenüber ist für die junge Ärztegeneration ein zunehmender Qualifizierungs- und Kostendruck in Krankenhäusern und Praxen zu vermehren. Im Hinblick auf eine gute fachliche Ausbildung ist die RWRG mit besonderem Engagement dabei, Fortbildungsveranstaltungen zu organisieren, die nach Themenschwerpunkten gegliedert in unserem Einzugsbereich organisiert werden. So haben wir zum ersten Mal in die Krone Westfalens in den Mühlenkreis nach Minden zu einem Kolloquium über Rheuma-Radiologie eingeladen. Als nächste Veranstaltung werden wir uns um die Thoraxradiologie kümmern, wobei hier zum 25.08. d. J. auch die konventionelle Röntgendiagnostik wieder besonders bewertet werden soll. Höhepunkt ist unsere gemeinsame Veranstaltung auf dem Ruhr-Kongress in Bochum. Ich hoffe, dass Sie das Fortbildungsangebot der RWRG weiterhin mit großem Interesse wahrnehmen und uns unterstützen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr

W.-D. Reinbold

Fortbildungsprogramm

Auch im Jahr 2012 wurde das erfolgreiche Fortbildungsprogramm der RWRG in Form einer ganztägigen wissenschaftlichen Tagung fortgesetzt. Diese fand am Samstag, den 21.04.12 in Minden unter dem Titel „Bildgebende Diagnostik in der Rheumatologie“ statt. Am Ende dieses Newsletters finden Sie einen ausführlichen

Bericht über die erfreulich gut besuchte Veranstaltung in der alten Bischofsstadt am Wasserstraßenkreuz im äußersten Nordosten unseres Bundeslandes.

Am Rande dieser Veranstaltung fand auch eine Vorstandssitzung statt, auf der u. a. eine Änderung der Gebührenordnung für den Besuch wissenschaftlicher Veranstaltungen erfolgte. Es wurde festgelegt, daß für Mitglieder unserer Gesellschaft ab sofort für den Besuch von wissenschaftlichen Veranstaltungen der RWRG keine Gebühren erhoben werden. Nichtmitglieder sollen einen Beitrag von 20€ bezahlen, wobei zu Beginn der Veranstaltung jeweils die Möglichkeit zum direkten Beitritt besteht.

Als Termin für die zweite wissenschaftliche Tagung unserer Gesellschaft wurde der 25.08.12 gewählt. Diese Veranstaltung wird wiederum am Standort Minden stattfinden. Geplant ist eine Ausrichtung auf die Thematik der interstitiellen Lungenerkrankung, wobei Prof. Dr. Diederich aus Düsseldorf in Analogie zum Curriculum der AG Thoraxdiagnostik der DRG ein entsprechendes Programm erarbeiten wird. Dieses wird Ihnen in den nächsten Wochen zugehen.

Erneut wird die RWRG beim Radiologiekongreß Ruhr vom 25.-27.10.12 in Bochum das Modul „Fit für den Facharzt“ und zusammen mit der VMTB das MTRA Programm gestalten.

Nach dem reichlich verregneten und kalten Frühjahr wünschen wir Ihnen nun zusammen mit dem gesamten Vorstand eine schöne Sommerzeit und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Ihr

Prof. Dr. med. W. D. Reinbold
Präsident der RWRG

PD. Dr. med. Johannes Kirchner
Schriftführer der RWRG

Rückblick auf die 137. Wissenschaftliche Tagung der RWRG

Titel: Rheumaradiologie

Samstag, 21.04.12, Johannes Wesling Klinikum Minden

Am Samstag den 21.04.12 fand von 9.30 bis 17.00 Uhr im Johannes Wesling Klinikum Minden bei teilweise sonnigem, teilweise stürmischen Aprilwetter die 137. Wissenschaftliche Tagung der Rheinisch-Westfälischen Röntgengesellschaft zum Schwerpunktthema „Rheumaradiologie“ statt. Das breit angelegte Programm reichte von der Bildgebung im Rahmen der Kinderrheumatologie und klinischen Betrachtungen zu Fragen des Rheumatologen an die Röntgenologen über die klassische MRT- Bildgebung des Achsenskeletts unter besonderer Beachtung der Iliosacralgelenke bis hin zu therapeutischen Erörterungen der verschiedenen Manifestationen des komplexen Krankheitsgeschehens im Bereich von Rheumaorthopädie und Strahlentherapie. Auch nicht ossäre Manifestationen des Rheumas fanden Beachtung, so z. B. die Lungenveränderungen bei Kollagenosen wie auch die nuklearmedizinische Diagnostik der Oesophagusmotilitätsstörung bei Kollagenosen. Neben nahezu futuristisch anmutenden Ausblicken in zukünftige diagnostische Möglichkeiten der fluoreszenzoptischen Diagnostik umfasste die Tagung als besonderen Höhepunkt einen Vortrag des Nestors der Rheumaradiologie Herrn Prof. Dr. W. Dihlmann, der im Rahmen einer Ehrenvorlesung über die Anfänge der röntgenologischen Differentialdiagnostik entzündlich rheumatischer Erkrankungen berichtete. Der Beitrag soll eine kurze Übersicht geben über die überaus umfassenden Vorträge der 137. wissenschaftlichen Tagung der Rheinisch-

Westfälischen Röntgengesellschaft ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

Nach der freundlichen Begrüßung durch den Präsidenten unserer Gesellschaft, Herrn Prof. Dr.



Begrüßung durch den Präsidenten der RWRG Prof. Reinhold

W.-D. Reinhold, der seine Freude äußerte, dass die Besucher so zahlreich nach Minden gekommen sind und betonte, dass die radiologische Gesellschaft in der zunehmend schwierigen krankenhauspolitischen Situation immer wieder zusammenstehen und hierfür auch ein enger Schulterschluss mit den Klinikern gesucht werden sollte, wurde die wissenschaftliche Tagung mit einem ersten Vortrag durch Herrn Dr. N. M. Tzaribachev aus

dem Klinikum Bad Bramsted eröffnet. In seinem Vortrag über Besonderheiten in der Bildgebung im Bereich der Kinderradiologie gab Herr Tzaribachev zunächst einen Überblick über die juvenile idiopathische Arthritis (JIA). Die Krankheit, die deutschlandweit bei ca. 20- 60.000 Kindern vorliegt, kann sich entweder als Oligo- oder Polyarthritis (mehr als 4 betroffene Gelenke) manifestieren. Diese Unterscheidung ist für das weitere therapeutische Vorgehen essentiell. Die klinische Untersuchung zum Nachweis einer Polyarthritis ist insbesondere durch die schlechte Beurteilbarkeit eines Befalls der häufig betroffenen Kiefergelenke unzuverlässig. Dies erfordert regelhaft den Einsatz der MRT zum Nachweis der Beteiligung der Kiefergelenke. Ein Nachweis der Beteiligung des Kiefergelenkes ist insbesondere wegen der direkt unter dem Knorpel liegende Wachstumsfuge bedeutsam: eine Affektion der Wachstumsfuge durch die entzündlichen Vorgänge kann erhebliche Spätfolgen nach sich ziehen. Herr Tzaribachev ging auch ausführlich auf die verschiedenen Ultraschallscores, die insbesondere bei Erwachsenen etabliert sind, ein. Im Kindesalter ist jedoch das MRT deutlich sensitiver als Ultraschall und Röntgen im Nachweis von Usuren. Insbesondere Frühstadien der Progressionen sind konventionell nicht erkennbar.

In seinem Vortrag mit dem Titel „Fragen des Rheumatologen an die Bildgebung“ berichtete anschließend Herr Dr. med. C. Jaspers vom Johannes-Wesling Klinikum Minden zunächst über die möglichen Komplikationen einer intensiven rheumatologischen Therapie (z. B. Abnahme der Knochendichte bei Corticosteroidmedikation, Entwicklung von

Osteonekrosen und Lungenfibrosen infolge der Basistherapie, Auftreten opportunistischer Infektionen). Das mögliche Auftreten eben dieser Komplikationen wie auch die teilweise hohen Kosten insbesondere auch durch den zunehmenden Einsatz so genannter Biologicals (TNF-alpha) rechtfertigt eine aufwändige Diagnostik. Im Bereich der Spondylarthritis liegt immer noch eine große Diskrepanz zwischen Erkrankungsbeginn und Diagnosestellung vor. Bei der Psoriasisarthritis sind nach wie vor die konventionellen Röntgenzeichen zur Diagnosestellung wichtig. So wird auch die Indikation zur Gabe von TNF-alpha durch den Nachweis röntgenologischer Veränderungen gestellt. Auch im Bereich der Kollagenosen und Vaskulitiden besitzt die röntgenologische Bildgebung nach wie vor einen hohen Stellenwert. Wobei bei der Polymyalgia rheumatica und der Riesenzellvaskulitis neben dem Nachweis vaskulärer Veränderungen der radiologische Nachweis bzw. die Abgrenzung gegenüber tumorösen Veränderungen wichtig ist.



Dr. C. Jaspers, Minden, und PD Dr. J. Kirchner, Hagen (Schriftführer der RWRG)

In seinem Vortrag „MRT der ISG nach ASAS (Assessment of Spondylarthritis International Society) berichtete Dr. J. Heider vom Johannes-Wesling Klinikum Minden über konventionelle und kernspintomographische Graduierungen der Sacroiliitis.

Insbesondere die bereits 1966 vorgestellte Klassifikation in 5 Schweregrade erscheint heutzutage nicht sehr exakt bei einer hohen Interobserver- Variabilität.

Kernspintomographisch sind neben dem Nachweis eines Knochenmarködems als Zeichen der Osteitis auch Veränderungen der Gelenkkapsel, der Bandansätze (Kapsulitis, Enthesitis) sowie Veränderungen der Synovia nachweisbar. Als Zeichen der chronischen Entzündung werden Sklerosezonen, Arrosionen, periarticuläre Fettablagerungen und Ankylosen genannt. Als guten Überblick empfahl Dr. Heider das Handbuch der ASAS, das im Internet frei verfügbar ist und klinische Kriterien und Definitionen umfasst (www.ASAS-group.org).

Nach der anschließenden Kaffeepause wurde die Veranstaltung mit dem Vortrag von Frau Privat-Dozent Dr. med. E. Fricke vom Institut für Diagnostische Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin des Klinikums Minden mit dem Titel „Nuklearmedizinische Diagnostik in der Rheumatologie“ fortgesetzt. Frau Fricke stellte die dem diagnostischen Radiologen zunächst nicht ganz gewöhnliche Methode der Oesophagusszintigraphie, die im Rahmen der Sklerodermie- Diagnostik Verwendung findet, vor. Bei minimaler Strahlenexposition kann mit hoher Sensitivität und Spezifität der typische Befall des distalen Oesophagus bei rheumatischen Erkrankungen und Kollagenosen anhand einer Ort- Zeit- Matrix dargestellt werden.



PD Dr. med. E. Fricke, Minden

Die Skelettszintigraphie soll bei rheumatischen Fragestellungen immer als Zwei- Phasen- Darstellung erfolgen. Eine Mehrbelegung zum Zeitpunkt der Früh- oder Weichteilphase deutet auf eine entzündliche Aktivität, eine Mehrbelegung im Bereich der Spätphase auf einen erhöhten Knochenstoffwechsel hin. Häufig finden sich bei rheumatoider Arthritis jedoch auch Normalbefunde, weshalb die Knochenszintigraphie häufig nur zur differentialdiagnostischen Abklärung gegenüber anderen Schmerzursachen (Ausschlußdiagnostik) dient.

Eine Unterscheidung zwischen Polyarthrose und rheumatoider Arthritis ist schwierig bis nicht möglich. Die PET-CT mit FI-18-FDG zeigt eine Steigerung des Zuckerstoffwechsels im Körper. Hierbei weist ein erhöhte FDG-Aufnahme auf maligne Prozesse, entzündliche Prozesse aber auch funktionelle Ursachen, z. B. Muskelverspannungen, hin. Indikationen stellen die Großgefäß- Vaskulitiden, das Fieber unklarer Ätiologie sowie der differentialdiagnostische Ausschluß von Tumoren bei der Polymyalgia rheumatica dar. Insbesondere in der Diagnostik von Großgefäß- Vaskulitiden stellt die PET-CT ein sensitives und spezifisches

Verfahren dar. Zu beachten ist hierbei, dass ein früher Steroideinsatz den PET-CT Befund erheblich stören kann.

Zu Beginn seines Vortrages „Rheumatische Veränderungen im Achsenskelett“ führte Herr Prof. Dr. med. M. Bollow, Augusta- Kranken-Anstalt Bochum, zunächst aus, daß die kernspintomographische Diagnostik immer mehr in den Vordergrund tritt. Zunächst stellte Prof. Bollow die Manifestationen der rheumatologischen Erkrankungen im Bereich des occipito- atlantalen Gelenkkomplexes (die so genannte „fünfte Extremität“ des Rheumapatienten) auf. So sind nach 10jähriger Verlaufszeit einer rheumatoiden Arthritis in bis zu 90% der Patienten Manifestationen im Bereich des atlantooccipitalen Überganges nachweisbar. Ein kernspintomographischer Nachweis erfordert allerdings spezielle Sequenzen zur Darstellung der ligamentären Strukturen, hier sind insbesondere engschichtige (1mm) fettsupprimierte T1-Sequenzen mit und ohne Kontrastmittel in axialer Schichtführung zu fordern. Es kann dann auch zwischen hypervaskularisierten oder fibrösen Pannus unterschieden werden. Kernspintomographisch sind auch Erosionen der Bare- areas des Dens sicher darstellbar. Neben den diskreten Veränderungen demonstrierte Prof. Bollow auch Fallballspiele extremer Form mit Luxationsstellungen des Atlasbogens bei massiver rheumatischer Affektion des Dens. Vor der Darstellung der radiologischen Zeichen ging Prof. Bollow ausführlich auf die typische klinische Symptomatologie der Spondyloarthritis, als deren Prototyp die Bechterew' sche Erkrankung gelten kann, ein. Bzgl. der anamnestischen Eingrenzung des sogenannten „entzündlichen

Rückenschmerzes“ verwies Prof. Bollow auf den typischen Symptomkomplex von Morgensteifigkeit, Besserung bei Bewegung, nächtlichem schmerzbedingtem Erwachen und Gesäßschmerz. Auf der Homepage seines Institutes sind entsprechende Fragebögen zu erhalten (download). Insbesondere bei diesem Erkrankungskomplex kommt dem Radiologe eine bedeutsame Rolle in der Frühdiagnose zu.

Die wissenschaftliche Tagung fand nach einer ½ stündigen Mittagspause ihre Fortsetzung mit dem rheumaorthopädischen Vortrag von Dr. med. C. Nieder, Orthopädie der Auguste-Viktoria- Klinik in Bad Oeynhausen. Dr. Nieder gab zunächst einen Überblick über die operativen therapeutischen Möglichkeiten wie Synovektomie, Tendosynovektomie, Osteotomie zur Behebung der Fehlstatik sowie Einsatz der Endoprothetik. Als spezielle Risiken der Rheumachirurgie führte er eine erhöhte Infektrate, erhöhte Rate von Instabilitäten sowie die erschwerte Nachbehandlung wegen Befall multipler Regionen mit gestörter Gesamtstatik an. Darüber hinaus gab er einen umfassenden Überblick über die verschiedenen operativen Verfahren in Bezug auf die verschiedenen Organgebiete. Hier ging er zunächst auf die orthopädischen Behandlungsmöglichkeiten der Rheumaschulter ein. Neben einer Palliativendoprothetik, z. B. Kapfenprothese, werden bei defekter Rotatorenmanschette zunehmend inverse Prothesen eingesetzt. Die Rheumachirurgie im Bereich des Handgelenkes wird immer noch dominiert von karpalen Teilarthrosen oder Arthrosen, wobei der Bewegungsverlust die Patienten gelegentlich mehr quält als die Schmerzhaftigkeit. Das Problem der endoprothetischen Versorgung liegt nach wie

vor im Auswandern entsprechender Prothesen nach metacarpal. Im Bereich des Daumensattelgelenkes ermöglichen Prothesen hingegen rasche Rehabilitation bei geringem Kraftverlust.

Als alternative Verfahren stehen nach wie vor Resektions- Interpositionsarthroplastiken zur Verfügung. Im Bereich des Metacarpophalangealgelenkes ermöglichen heute gekoppelte Prothesen eine gute Achsführung bei hoher Revisionsfreudigkeit. Im Bereich der Fingerdeformitäten sieht Dr. Nieder nach wie vor nur Arthrodesen als sinnvolle Behandlungsmaßnahmen an. Die Rheumachirurgie der Hüfte zeigt gegenüber traumatischen Indikationen eine deutlich höhere Komplikationsrate, wobei eine vielversprechende Entwicklung durch die Einführung von Tantalimplantaten erwartet wird. Rheumatische Fußdeformitäten zogen seit Jahrzehnten Arthrodesen im Bereich des OSG nach sich. Diese müssen nach wie vor als Standardverfahren angesehen werden, wobei sie zunehmend mit Stäben durchgeführt werden. Lange Entlastungszeiten bis zu 12 Wochen sind die Regel. Die rheumatischen Vorfußdeformitäten werden durch die verschiedensten Verkürzungsosteotomien angegangen. Zusammenfassend verwies Dr. Nieder darauf, dass auch für den späteren rheumaorthopädischen Erfolg eine Frühdiagnose und früher Therapiebeginn entscheidend sind.

In seinem Vortrag "Lungenveränderungen bei Kollagenosen" gab Dr. V. Krüger vom Johannes Wesling Klinikum Minden eine komprimierte Zusammenstellung der Manifestationen rheumatischer Erkrankungen an der Lunge. Nach wie vor besitzt hier die Thoraxübersichtsaufnahme eine Bedeutung in

der Frühdiagnostik. Die HR-CT verfügt aufgrund der hohen Ortsauflösung und überlagerungsfreien Darstellung jedoch über entscheidende Vorteile. Es wurden Bildbefunde von Sarkoidose, Lupus erythematodes, Morbus Wegener, Sklerodermie, rheumatoider Arthritis und Dermatomyositis dargestellt. Fibrotische Veränderungen finden sich bei Sarkoidose in bis zu 80%, bei SLE bis 70%, bei Wegener bis zu 50%, bei Sklerodermie bis zu 20% und bei rheumatoider Arthritis in bis zu 5% der Fälle.

Privat-Dozent Dr. med. H.-E. Langer vom Rheumatologischen Forschungsinstitut in Düsseldorf gab im nun folgenden Vortrag mit dem Titel „ISG- gestützte fluoreszenzoptische Diagnostik - Neue Verfahren zur Diagnostik und Verlaufsmonitoring“ einen Überblick über die ersten Erkenntnisse dieses neuen Verfahrens unter besonderer Beachtung des Nachweises von rheumatoider Arthritis und Psoriasisarthritis.

Als Höhepunkt des Tages konnte Herr Prof. Reinhold den Nestor der Rheumaradiologie Professor Dr. Wolfgang Dihlmann aus Hamburg begrüßen. In seinem Vortrag „Differentialdiagnose entzündlich rheumatischer Erkrankungen - Spurensuche“ gab Herr Prof. Dihlmann zunächst einen historischen Rückblick auf sein eigenes Wirken. Zu Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit in Westdeutschland empfand er es als sehr bedrückend, daß zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes bei nur 1/3 der Patienten einer großen Rheumaklinik eine korrekte Diagnose vorlag. Dies führte seine Arbeitsgruppe dazu, eine standardisierte Bildgebung zu implementieren.

Insbesondere durch die enge Kooperation mit Orthopäden und Pathologen wurde es in den folgenden Jahren und Jahrzehnten möglich, Korrelationen zwischen dem pathologischen Substrat und den radiologischen Verlaufsmustern zu erarbeiten. Er führte dieses beispielhaft an den Manifestationen der rheumatischen Erkrankung im Bereich des Iliosacralgelenkes vor. Hier wurden diskrete radiologische Spuren umfassend behandelt.



Begründer und aktueller Meinungsführer der Rheumaradiologie: Prof. Dr. med. Wolfgang Dihlmann und Prof. Dr. med. Matthias Bollow

Ausführlich stellte Prof. Dihlmann auch die konventionellen Röntgenbefunde im Bereich der Wirbelsäule bei Morbus Bechterew und Psoriasis sowie die differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen Syndesmophyten, Parasyndesmophyten und Spondylophyten dar. Im Folgenden diskutierte er die Manifestationen der rheumatoiden Arthritis im Bereich der kleinen Röhrenknochen, exemplarisch der Phalangen um abschließend

noch die konventionellen Manifestationen von Enthesiopathien im Bereich des Claviculosternalgelenkes sowie des Ansatzes der Achillessehne darzustellen.

Zu Beginn seines Schlusswortes verneigte sich Prof. Reinbold vor dem Altmeister unseres Faches. Er hob das feine Gespür Prof. Dihlmanns hervor, der der Erste war, der diese subtilen Veränderungen erfasste und publizierte. Er betonte, dass die heutige Generation von Radiologen sich bemühen muß, dieses Werk fortzuführen. Es sei besondere Aufgabe der Fachgesellschaften, insbesondere auch unserer RWRG, dieses Wissen auch unseren jüngeren Kollegen mitzuteilen. Dies müsse zum Erfolg der Therapie der uns anvertrauten Patienten geschehen. In diesem Kontext verwies Herr Prof. Reinbold allerdings auch darauf, dass man sich zunehmend daran gewöhnen muß, daß die Politik Vorgaben erstellt, was „...noch gemacht werden darf“. Es ist Aufgabe der Fachgesellschaften sowie der ärztlichen Gemeinschaft an sich dies zu verhindern.

Letztlich bleibe zu hoffen, dass alles nicht so schlimm kommt, wie man befürchten könnte. Die gegen 17.00 Uhr endende, überaus informative und in freundschaftlich kollegialem Klima erfolgte wissenschaftliche Tagung der Rheinisch-Westfälischen Röntgengesellschaft wird Bestätigung und Impuls für weitere Bemühungen sein!

Verfasser: PD Dr. med. J. Kirchner