

Verena Schmitt¹, Ines Dornacher¹

Leitsymptome in der Rheumatologie

Leading symptoms in rheumatology

Zusammenfassung: Die Symptome entzündlich-rheumatischer Erkrankungen sind vielfältig. Gelenksbeschwerden stellen die Schnittmenge in der Zusammenarbeit von Orthopäden, Unfallchirurgen und internistischen Rheumatologen dar und werden in diesem Artikel schwerpunktmäßig behandelt. Prinzipiell können bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen alle Gelenke betroffen sein – als einzelnes Gelenk (Monarthritis), Oligoarthritis (< 5 Gelenke) oder Polyarthritis. Der Schmerzcharakter und das Befallsmuster können erste Hinweise auf die zugrunde liegende Erkrankung geben (Abb. 1). Entzündlich-rheumatische Erkrankungen sind Systemerkrankungen. Liegen extraartikuläre Symptome vor, muss unbedingt an eine Organbeteiligung gedacht werden (Abb. 4) und bei der Diagnostik und Therapieentscheidung in einer interdisziplinären Zusammenarbeit Beachtung finden, da langfristige und z.T. irreversible Organschäden drohen. Eine unerkannte, nicht suffizient behandelte entzündlich-rheumatische Erkrankung ist ein erheblicher kardiovaskulärer Risikofaktor.

Schlüsselwörter: Arthritis, entzündlich-rheumatische Erkrankungen, Leitsymptome, Myalgien, Rückenschmerzen, extraartikuläre Symptome, interdisziplinäre Zusammenarbeit

Zitierweise

Schmitt V, Dornacher I: Leitsymptome in der Rheumatologie. OUP 2016; 5: 269–272 DOI 10.3238/oup.2016.0269–0272

Summary: Rheumatoid diseases may manifest with numerous different symptoms, of which the common denominator for orthopedists, surgeons and rheumatologists are the affected joints. This article gives an overview on inflammatory joint diseases from the rheumatologist's perspective. Virtually all joints can be affected, and the disease may first manifest as monarthritis, oligoarthritis (< 5 affected joints) or polyarthritis. Pain character, joint affection pattern and associated clinical symptoms give important information on the underlying specific disease. Rheumatoid diseases are systemic diseases, with an array of possible extraarticular manifestations potentially resulting in major damage of organs such as the lung, heart, eyes or kidneys. Prolonged failure of correct diagnosis and/or inadequate anti-inflammatory treatment is an established, major cardiovascular risk factor eventually comprising life expectancy.

Keywords: arthritis, inflammatory back pain, myalgia, leading symptoms, extraarticular manifestations, interdisciplinary collaboration

Citation

Schmitt V, Dornacher I: Leading symptoms in rheumatology. OUP 2016; 5: 269–272 DOI 10.3238/oup.2016.0269–0272

Leitsymptom entzündlicher Schmerz

Typisch für entzündlich-rheumatische Erkrankungen ist ein Ruheschmerz mit morgendlichem Schmerzmaximum und deutlicher Morgensteifigkeit von mindestens 30 Minuten. Allein durch anamnestische Erhebung dieser Parameter ist häufig schon eine differenzialdiagnostische Abgrenzung zu degenerativen Beschwerden möglich. Die Kriterien für einen entzündlichen Rückenschmerz sind im gesonderten Abschnitt auf Seite 271 zu finden.

Leitsymptom Gelenkschwellung (Mon-, Oligo-, Polyarthritis)

Im klinischen Alltag stehen Orthopäden, Unfallchirurgen und Rheumatologen häufig vor der Frage, was die Ursache der Gelenkschwellung eines oder mehrerer Gelenke ist. Leider ist die ätiologische Zuordnung in vielen Fällen im initialen Krankheitsprozess, aber auch z.T. im langjährigen Verlauf nicht möglich.

Generell werden bei der Diagnosestellung entzündlich-rheumatischer Er-

krankungen die Klassifikationskriterien für die verschiedenen Erkrankungsgruppen herangezogen [1]. Bezüglich der Gelenkschwellungen sei insbesondere auf die Klassifikationskriterien für die rheumatoide Arthritis [2] und die periphere Spondyloarthritis [3] hingewiesen.

Da die Klassifikationskriterien jedoch häufig nicht erfüllt werden und die Arthritis nicht zugeordnet werden kann, gibt es von rheumatologischer Seite zusätzliche Handlungsempfehlungen für die undifferenzierte Arthritis, die auf hohem Evidenzniveau das diagnostische Vorgehen beschreiben

¹ ATOS Klinik Heidelberg, Zentrum für Rheumatologie

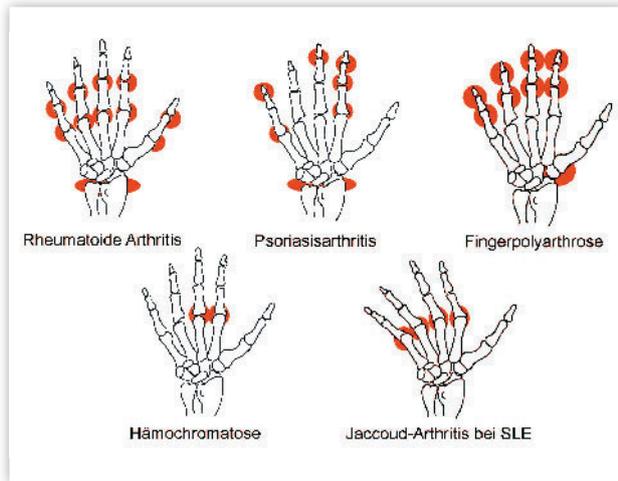


Abbildung 1 Differenzialdiagnostik bei Befall der Fingergelenke (mod. nach Prof. Bergner). SLE: systemischer Lupus erythematoses

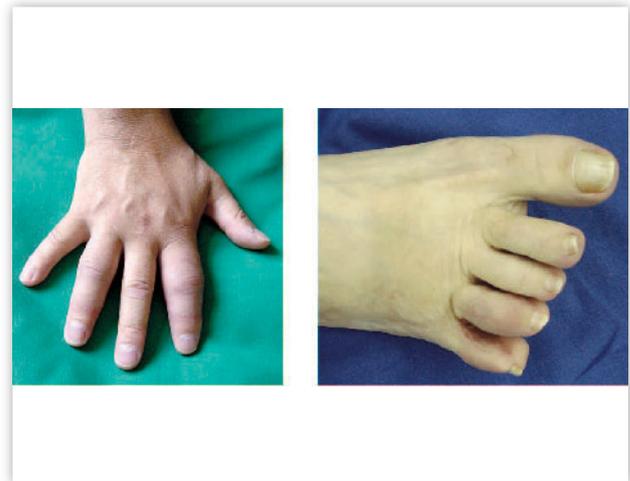


Abbildung 2 Daktylitis-Finger und -Zehe bei Psoriasisarthritis

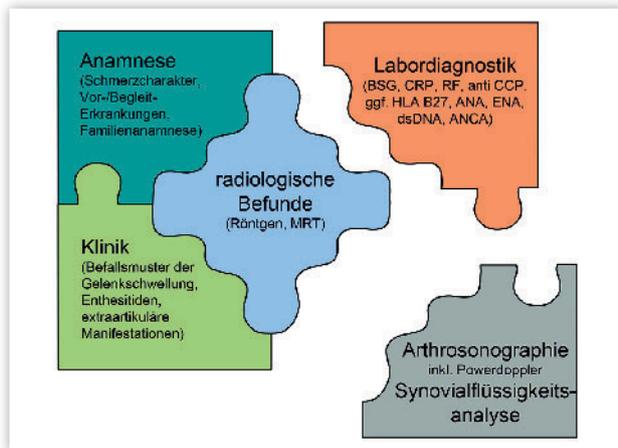


Abbildung 3 Diagnostisches Vorgehen bei UPIA (undifferenzierter peripherer inflammatorischer Arthritis)

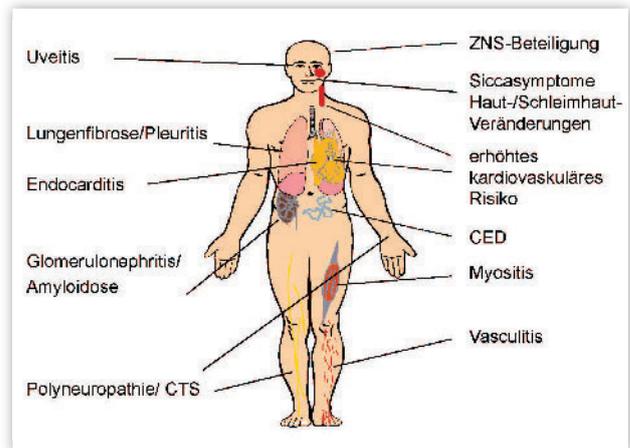


Abbildung 4 Organbeteiligung bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (mod. nach Prof. Bergner). CTS: Carpal tunnel syndrome, CED: chronisch-entzündliche Darmerkrankung

[4, 5]. Die 3e-Initiative („evidence, expertise, exchange“) in der Rheumatologie ist ein multinationales Projekt, das sich zum Ziel gesetzt hat, evidenzbasierte Medizin zu fördern, indem sie Empfehlungen zu klinischen Fragestellungen mit hoher praktischer Relevanz erstellt [6, 7].

Das Problem der undifferenzierten peripheren inflammatorischen Arthritis (UPIA) wurde 2008/2009 von knapp 700 rheumatologischen Experten aus 17 Ländern aufgegriffen. Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche wurden knapp 40.000 Publikationen zur UPIA identifiziert, von denen 250 wissenschaftlichen Standards genügen und in die Bewertung eingeschlossen wurden. Das Resultat der Arbeit sind 10 Empfehlungen, für die jeweils der Grad

der Empfehlung gemäß Oxford Centre for Evidence-Based Medicine ermittelt wurde [5]. Die deutsche Perspektive wurde 2014 veröffentlicht [8].

Bei der Beurteilung und Differenzierung einer UPIA sind nach der 3e-Initiative [5] folgende Parameter hochrelevant: Geschlecht, Dauer der Morgensteifigkeit, Art und Periodizität der Gelenksbeschwerden, symmetrischer Gelenkbefall, Beteiligung der MTP-Gelenke, extraartikuläre Manifestationen, positive Familienanamnese bezüglich entzündlich-rheumatischer Erkrankungen, ethnische und geografische Aspekte (1A, d.h. starke Empfehlung, höchster Evidenzgrad). Indikatoren für eine schlechte Prognose sind ausgeprägte Morgensteifigkeit, hohe Anzahl geschwollener Gelenke, Handbeteiligung, funktionelle

Einschränkungen und extraartikuläre Manifestationen (1A).

Rheumafaktoren und anti-CCP (zyklisches citrulliniertes Peptid) müssen bei der Erstvorstellung bestimmt werden (1A). Ergänzende Laboruntersuchungen wie HLA B27, ANA, ENA, dsDNA, ANCA, serologische Untersuchungen sind bei passender Anamnese und Klinik zu erheben. Die BSG und das CRP sollten aus diagnostischen und prognostischen Gründen zu Beginn und im Verlauf der Erkrankung bestimmt werden. Anhaltend erhöhte Werte weisen auf eine persistierende und aggressive Erkrankung hin und beeinflussen die Therapieentscheidung.

Röntgen, Sonografie und MRT werden von den Experten bei der Diagnostik nicht routinemäßig empfohlen. Die Sy-

novialflüssigkeitsanalyse wird dagegen als wichtig erachtet. Sie ermöglicht die Abgrenzung entzündlicher und nicht-entzündlicher Arthritiden, zudem können durch weitere Untersuchungen bakteriell-bedingte Arthritiden, Kristallarthropathien oder auch seltenere Ursachen für eine Gelenkschwellung diagnostiziert werden. Die ausführliche Erläuterung erfolgt in einem gesonderten Beitrag in diesem Heft (S. 274); ebenso die Bedeutung der histopathologischen Untersuchung von Synovialgewebe (S. 306).

In Abbildung 3 ist das diagnostische Vorgehen bei einer UPIA schematisch dargestellt. Wichtig ist, die Diagnose bei jeder Wiedervorstellung zu überdenken, da der Patient zu jedem Zeitpunkt eine spezifische Erkrankung entwickeln kann. Dies wurde auch in der Stellungnahme der deutschen Experten der 3e-Initiative betont [8].

Die zu berücksichtigenden Differenzialdiagnosen für eine UPIA sind in Tabelle 1 aufgelistet [5].

Die wichtigsten Differenzialdiagnosen bei Arthritiden der Fingergelenke gehen aus der Abbildung 1 hervor. Charakteristische Merkmale sind bei der rheumatoiden Arthritis ein symmetrischer

Gelenkbefall der MCP- und PIP-Gelenke. Hingegen sind bei der Psoriasisarthritis ein Befall im Strahl (MCP-, PIP-, DIP-Gelenk eines Fingers) mit Daktylitis (Abb. 2) und eine Beteiligung der Fingerendgelenke typisch. Eine Abgrenzung zur Fingerpolyarthrose ist ggf. klinisch schwierig und bedarf weiterer Diagnostik. Bei alleinigem Befall der Fingergrundgelenke von Zeige- und Mittelfinger muss differenzialdiagnostisch eine Hämochromatose ausgeschlossen werden. Eine Sonderform stellt die Jaccoud-Arthropathie bei systemischem Lupus erythematodes dar, die durch eine reversible Ulnardeviation von Zeige- bis Kleinfinger gekennzeichnet ist. Ursächlich ist eine Kapsellockerung mit Subluxation in den MCP-Gelenken.

Leitsymptom entzündlicher Rückenschmerz

Beim Rückenschmerz ist es wichtig, zwischen einem akuten und einem chronischen, d.h. über mindestens 3 Monate anhaltenden Verlauf zu unterscheiden.

Bei bestehenden chronischen Rückenschmerzen kommen die ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society) Experten-Kriterien zur Klassifikation entzündlicher Rückenschmerz zum Einsatz [9]:

- Alter bei Beginn < 40 Jahre,
- langsamer Beginn,
- Besserung bei Bewegung,
- keine Besserung durch Ruhe,
- nächtliche Schmerzen (mit Besserung durch Aufstehen).

Sind diese Kriterien erfüllt, muss eine axiale Spondylarthritis differenzialdiagnostisch abgeklärt werden.

Die Klassifikationskriterien der axialen Spondylarthritis berücksichtigen neben klinischen Parametern (Arthritis, Entesitis, Daktylitis (Abb. 2), Ansprechen auf NSAR) auch extraartikuläre Symptome (Uveitis, Psoriasis, entzündliche Darmerkrankung), Laborwerte (HLA B27, CRP), positive Familienanamnese und radiologische Kriterien (Röntgen, MRT) [10].

Leitsymptom Muskelschmerz

Myalgien stellen hinsichtlich der klinischen Beurteilung und diagnostischen Zuordnung oft eine große Heraus-

forderung dar. Stammnahe Muskelschmerzen sind führendes Symptom bei der Polymyalgia rheumatica.

Auch wenn Myalgien in den Klassifikationskriterien selten erwähnt werden, treten sie bei vielen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen begleitend auf, insbesondere auch bei der Rheumatoiden Arthritis.

Bei ausgeprägten Myalgien mit Bewegungseinschränkung, Kraftminderung und begleitenden Allgemeinsymptomen können eine Vaskulitis oder Kollagenose inklusive Myositis vorliegen. Insbesondere bei diesen Erkrankungsgruppen besteht eine Systemerkrankung (Abb. 4), bei der die Arthritis häufig nur ein Begleitsymptom ist. Führend für die Schwere dieser Erkrankungen ist die Organbeteiligung; es kann zu lebensbedrohlichen Verläufen kommen. Die Komplexität der Kollagenosen und Vaskulitiden unterstreicht die Notwendigkeit einer internistisch-rheumatologischen Beurteilung bei unklarer Arthritis mit extraartikulärer Beteiligung und erhöhten Entzündungswerten.

Weitere wichtige Symptome in der Rheumatologie

Neben den oben aufgeführten Leitsymptomen gibt es auch unspezifischere Symptome, die auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung hinweisen können: Verschlechterung des Allgemeinzustands, Fatigue-Symptomatik, Gewichtsverlust, Nachtschweiß, subfebrile Temperaturen (bis Fieber), polyneuropathische Beschwerden.

Auch eine Osteoporose kann Symptom einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung sein. Sie tritt nicht nur gelenknah, sondern auch systemisch auf. Ursächlich hierfür ist der chronische Entzündungsprozess. Ein Beispiel ist die Osteoporose bei jungen Patienten mit florider axialer Spondylarthritis.

Kardiovaskuläre Erkrankungen treten häufig begleitend bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen auf. Die erhöhte Entzündungsaktivität ist ein erheblicher kardiovaskulärer Risikofaktor. Die Lebenserwartung ist bei inadäquat behandelter rheumatischer Erkrankung deutlich reduziert [11]. Eine internistisch-kardiologische Untersuchung wird deshalb jährlich empfohlen.

Rheumatoide Arthritis
Psoriasisarthritis
Arthritiden bei CED
Reaktive Arthritiden nach Infekten
Lyme-Arthritis bei Borrelieninfektion
Septische Arthritiden
Kristallarthropathien (Gicht, Pseudogicht)
Virusarthritiden
Vaskulitiden
Kollagenosen/Myositiden
Paraneoplastische Arthritiden
Sarkoidose

Tabelle 1 Differenzialdiagnose einer UPIA. UPIA: undifferenzierte periphere Arthritis CED: chronisch-entzündliche Darmerkrankung

Fazit

Die Symptomatik entzündlich-rheumatischer Erkrankungen ist einerseits vielfältig, andererseits gibt es Leitsymptome bzw. Symptomkonstellationen, bei denen unbedingt eine entzündlich-rheumatische Erkrankung in Betracht gezogen und eine entsprechende Abklärung

veranlasst werden muss. So kann eine undifferenzierte Arthritis lediglich die Spitze des Eisbergs einer komplexen Systemerkrankung darstellen, im seltenen Fall auch einer Tumorerkrankung. In diesen Fällen ist eine umfangreiche internistische Systemdiagnostik notwendig und eine frühzeitige interdisziplinäre Kooperation anzustreben. 

Interessenkonflikt: Keine angegeben

Korrespondenzadresse

Dr. med. Verena Schmitt
Zentrum für Rheumatologie
ATOS Klinik Heidelberg
Bismarckstraße 9–15
69115 Heidelberg
rheumatologie@atos.de

Literatur

1. Röther E, Röther J, Huppertz HI et al.: Kriterien zur Diagnose und Klassifikation rheumatischer Erkrankungen bei Erwachsenen und Kindern. 6. Auflage, 2013. Pfizer
2. Aletaha D et al.: Rheumatoid Arthritis Classification Criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2010; 62: 2569–2581
3. Rudwaleit M et al.: The Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 25–31
4. Machado P, Castrejon I, Katchamart W et al.: Multinational evidence-based recommendations on how to investigate and follow-up undifferentiated peripheral inflammatory arthritis: integrating systemic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E Initiative. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 15–24
5. Barrett C, Bird P, Major G et al.: Australian and New Zealand national evidence-based recommendations for investigation and follow-up of undifferentiated peripheral inflammatory arthritis: an integration of systemic literature research and rheumatological expert opinion. *International Journal of Rheumatic Diseases* 2013; 16: 637–651
6. Sidiropoulos PI, Hatemi G, Song IH et al.: Evidence-based recommendations for the management of ankylosing spondylitis: systemic literature search of the 3E Initiative in Rheumatology involving broad panel experts and practicing rheumatologists. *Rheumatology* 2008; 47: 355–361
7. Visser K, Katchamart W, Loza E et al.: Multinational evidence-based recommendations for the use of methotrexate in rheumatic disorders with a focus on rheumatoid arthritis: integrating systemic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E Initiative. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 1086–1093
8. Tarner IH, Albrecht K, Fleck M et al.: Evidenzbasierte Empfehlungen zum Management einer undifferenzierten peripheren entzündlichen Arthritis (UPIA). *Z Rheumatol* 2014; 73: 363–373
9. Sieper J et al.: New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 784–788
10. Rudwaleit M et al.: The development of Assessment of SpondyloArthritis international society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 777–783
11. Choy E, Ganesalingam K, Semb AG, Szekanecz Z, Nurmohamed M: Cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: recent advances in the understanding of the pivotal role of inflammation, risk predictors and the impact of treatment. *Rheumatology*. 2014; 53: 2143–2154