

Gelenkschwellungen

Die Aufgaben des Hausarztes

DIETHARD STURM

Durchschnittlich 1,6 Jahre dauert es, bis ein Patient mit rheumatoider Arthritis zum Rheumatologen überwiesen wird. Damit ist diese Latenzzeit zwar kürzer geworden, absolut ist sie aber immer noch viel zu lang. Welche Patienten kann ich in eigener Kompetenz versorgen und wann muss ich einen Spezialisten hinzuziehen? Welche abwendbar gefährlichen Verläufe muss ich bedenken? Was kann ich an Diagnostik und Therapie leisten? Diese Fragen sind es, die sich der Hausarzt in erster Linie beim Symptom «Gelenkschwellung» stellen muss.

Die Optimierung der Behandlung Rheumakrankter ist nicht allein ein hausärztliches Problem. Nach Angaben der Rheumaliga wurden Patienten mit *rheumatoider Arthritis* im Jahre 2000 durchschnittlich nach 1,6 Jahren zum Rheumatologen überwiesen, gegenüber 2,0 Jahren noch im Jahre 1994. Dieser Mittelwert wird im Wesentlichen von den Allgemeinärzten und praktischen Ärzten bestimmt, die ohnehin 54,7 Prozent der Patienten überweisen. Bei Internisten ist die mittlere Frist 1 Jahr, bei Orthopäden allerdings 2,7 Jahre. Bei der *ankylosierenden Spondylitis (Morbus Bechterew)* dauert es bei den Allgemeinärzten im Durchschnitt 2,9 Jahre bis zur ersten Vorstellung beim Rheumatologen, beim Internisten 6,2 Jahre und beim Orthopäden 8,3 Jahre. Aktuelle neue Möglichkeiten einer wirksamen Basistherapie erfordern aber eine raschere rheumatologische Mitbehandlung, möglichst nicht später als sechs Wochen nach Erkrankungsbeginn.

Differenzierung durch Palpation

Die Gelenkschwellung wird als «weiche», durch Erguss und/oder Synovialitis bedingte Auftreibung des Gelenkes mit einer teigig pastösen Konsistenz beschrieben, dem palpierenden Finger nachgebend. Der Gelenkinhalt lässt sich in den entgegengesetzten Teil der Gelenkhöhle drücken. Sie ist abzutrennen von

- dem «harten» Palpationsbefund einer knöchernen Vermehrung des Gelenkumfanges bei *Arthrose*, besonders der Fingerend- und -mittelgelenke
- einem extraartikulären *Fettpolster* (bei Adipösen öfter an der Medialseite der Kniegelenke)
- regionalen, *periartikulären Schwellungen*

Merksätze (1)

- Den ersten Eindruck sollte man bewusst registrieren und auch dokumentieren. Er kann uns später einmal für die Differenzialdiagnostik und die Verlaufsbeurteilung wertvoll sein.
- Bei akutem Beginn, heftigen Schmerzen, Gelenkrötung, Fieber und schlechtem Allgemeinzustand besteht Verdacht auf eine bakterielle Arthritis.
- Im Gegensatz zu anderen akuten Entzündungen tut dem Patienten mit Arthritis urica Wärme gut.
- Laborbefunde sind bei Gelenkschwellungen wenig aussagekräftig. Insbesondere lassen negative Befunde niemals einen Ausschluss zu.

- einem diffusen, handschuhförmigen Ödem des Handrückens oder der ganzen Hand (besonders bei Schulter-Hand-Syndrom).

Hausärztliche Arbeitsmethodik

Der erstkonsultierte Arzt sollte

- differenzieren zwischen Patienten, die in eigener Kompetenz versorgt werden können, und jenen, die zum Spezialarzt zu überweisen sind
- die Notwendigkeit diagnostischer Massnahmen beurteilen, die auf der primären Versorgungsebene notwendig oder nicht indiziert sind

Gelenkschwellungen

Merksätze (2)

- Röntgensymptome fehlen in den Frühstadien und treten meist erst Wochen bis Monate nach einer Gelenkschwellung auf.
- Die Phase des abwartenden Offenhaltens der Diagnose unter symptomatischer Therapie sollte bei Patienten mit Gelenkschwellung nicht über 6 Wochen dauern.
- Bei Patienten ohne Gelenkerstörung und mit geringer Aktivität der chronischen Polyarthritiden kann eine Monotherapie mit Antimalariamitteln und Sulfasalazin ausreichen.
- Die Anwendung von Basistherapeutika bedarf grundsätzlich regelmässiger Kontrollen des blutbildenden Systems und der Leberfunktion: im ersten Monat wöchentlich, dann monatlich.
- Im Vordergrund der Verordnungen von physikalischer Therapie stehen die Krankengymnastik beziehungsweise Bewegungsübungen, unterstützt durch thermische Anwendungen.

● therapeutische Entscheidungen erkennen, die speziellen Fachwissens bedürfen. Gelenkschwellungen können mit oder ohne Schmerzen auftreten. Die Ursachen und die Konsequenzen sind vielfältig. Für die hausärztliche Analyse des Patientenproblems empfiehlt sich ein strukturiertes Vorgehen entsprechend der hausärztlichen Arbeitsmethodik. Das macht unsere Arbeit leichter und sicherer.

Erster Eindruck und Allgemeinzustand

Der erste Eindruck hilft, den individuellen Leidensdruck, den Grad der Behinderung sowie eventuell erfolgte Anpassungspro-

zesse an die meist allmählich eintretenden Veränderungen zu beurteilen. Wir achten auf den Gang, die Haltung, die Schonung von Gelenken, eventuelle Gehhilfen und die Art, sich hinzusetzen. Mimik und Sprache lassen uns auf den Leidensdruck schliessen.

Der abwendbar gefährliche Verlauf

Bei akutem Beginn, heftigen Schmerzen, Gelenkrötung, Fieber und schlechtem Allgemeinzustand besteht Verdacht auf eine bakterielle Arthritis. Besonders nach einer *vorangegangenen Gelenkpunktion*, bei einer *bakteriellen Grunderkrankung*, bei *Drogenabhängigen* oder *Aids* ist mit solchen Erkrankungen zu rechnen.

Stichverletzungen, Infektionen nach Schnittverletzungen, deren Umfang und Tiefe vom Patienten meist unterschätzt werden, verursachen bakterielle Arthritiden an Händen und Füssen. Überwiegend handelt es sich um *Monoarthritiden*. Es besteht die Gefahr der Zerstörung des Gelenkknorpels und damit bleibender Schädigung.

Rasche Antibiose, eventuell intraartikuläre Intervention oder offene chirurgische Massnahmen sind dringlich erforderlich. Deshalb sollte man unverzüglich zum erfahrenen Chirurgen beziehungsweise in ein entsprechendes Krankenhaus überweisen. Abwarten kann hier fatale Folgen für den Patienten haben.

Vorsicht bei Diabetikern!

Weniger dramatisch daherkommend, aber nicht minder gefährlich sind diese Infektionen beim Diabetiker mit diabetischem Fuss. Die Schmerzen sind deutlich geringer durch die Degeneration der sensiblen Nerven, dazu ist die Infektabwehr geschwächt, und meist besteht zusätzlich eine Makroangiopathie.

Auch hier ist eine subtile Abklärung erforderlich, um keine Osteomyelitis zu übersehen. Ohne Röntgenaufnahme ist das Ausmass der Erkrankung und oft schon Zerstörung nicht zu erkennen.

Überweisung zur Fussambulanz beziehungsweise zum diabetologisch erfahrenen Chirurgen ist daher unabdingbar.

Gichtanfall sticht ins Auge

Eine Blickdiagnose ist auch die akute Arthritis urica mit einem stark entzündeten, roten und schmerzhaftem Gelenk, bevorzugt im Bereich der Grossezehengrundgelenke. Meist tut den Erkrankten Wärme gut, ganz im Gegensatz zu anderen akuten Entzündungen. Aus dem klinischen Bild ergibt sich bereits mit hinreichender Sicherheit die Therapieindikation. Möglicherweise liegen frühere Bestimmungen der Harnsäure vor, die die Diagnose unterstützen. Während des Gichtanfalls hat die Bestimmung der Harnsäure keinen aktuellen diagnostischen Wert, weil diese sich im Gelenk angesammelt hat. Ein wesentlich erhöhter Wert einige Wochen nach dem Gichtanfall ist allerdings sehr aussagekräftig.

Die Therapie liegt innerhalb der hausärztlichen Kompetenz, Arbeitsschwerpunkt ist die anschliessende Diagnosesicherung und die Langzeitbetreuung mit dem Ziel der Anfallsfreiheit, aber auch dem Schutz der Niere vor den Folgen der Hyperurikämie.

Diagnostische Programme erleichtern die Einordnung

Nach dem Ausschluss abwendbar gefährlicher Verläufe können wir uns der ausführlichen Analyse des Patientenproblems zuwenden.

Bei der Anamnese sind insbesondere folgende Fragen zu berücksichtigen:

- Wann traten erstmals Gelenkschwellungen auf, und wie war der Beginn?
- Bestanden besondere Begleitumstände vor Beginn (Durchfall, Infekte, andere Erkrankungen, Belastungen, Auslandsaufenthalt u.a.)?
- Welches Gelenk beziehungsweise welche Gelenke sind betroffen (Gelenkbefallsmuster)?
- Wie hat sich die Symptomatik entwickelt (progredient, regredient, von Gelenk zu Gelenk wandernd)?
- Charakterisierung des Schmerzes?
- Wie beeinflussen Wärme oder Kälte die Schmerzen?
- Wie ist der zeitliche Ablauf des Schmerzes (Nacht-, Morgen-, Dauerschmerz)?

Gelenkschwellungen

- Wie wirken sich Bewegung oder Belastung auf den Schmerz aus (Ruhe- oder Belastungsschmerz)?
- Sind gleichzeitig andere Symptome aufgetreten, zum Beispiel Fieber, Kopfschmerzen?
- Haben früher Gelenk- oder Rückenschmerzen beziehungsweise ein «entzündlicher» Rückenschmerz bestanden?
- Bestehen Erkrankungen des Bewegungsapparats oder eine Psoriasis in der Familie?
- Bisherige Versuche der Selbstbehandlung mit oder ohne Arzneimittel? Andersorts wegen dieser Beschwerden bereits veranlasste Therapie?
- Ängste des Patienten?
- Ansichten und Meinungen des Patienten zu den Krankheitsursachen?

Die programmierte Diagnostik nach Braun/Mader entsprechend dem Standard 12: «Bild einer chronischen Polyarthrit (cP)»

fasst diese Fragen in einer Dokumentation zusammen (*Abbildung*).

Dieser Standard der programmierten Diagnostik ist sinnvoll einzusetzen, wenn Symptome einer Polyarthrit vorhanden sind, um die Diagnose weiter zu sichern beziehungsweise andere mögliche Erkrankungen nicht zu übersehen.

Im Allgemeinen ist die programmierte Diagnostik nicht bei der Erstkonsultation erforderlich, aber bald im Verlauf der Erkrankung, insbesondere wenn die Diagnose unsicher ist und die Krankheit unerwartet verläuft.

In Tabellenform werden Fragen und Untersuchungsergebnisse gelistet, deren vollständige Beantwortung mit einiger Sicherheit keine ernste Erkrankung übersehen lässt, und die andererseits eine gute Dokumentation für die Verlaufsbeobachtung wie auch für die Kooperation mit anderen Fachgruppen darstellt.

Untersuchung des Patienten

Eine Untersuchung des gesamten Bewegungsapparats, einschliesslich der Beweglichkeit und des Bewegungsschmerzes der Wirbelsäule, sollte erfolgen. Ausserdem sind extraartikuläre Befunde einzubeziehen.

Laborbefunde

sind wenig aussagekräftig. Insbesondere lassen negative Befunde niemals einen Ausschluss zu. Das klinische Bild dominiert unbedingt die Einschätzung.

Bei jeder Gelenkschwellung ist obligat eine Blutsenkungsreaktion (BSR) und/oder das C-reaktive Protein (CRP) zu bestimmen. Die weiteren Untersuchungen bei Vorliegen entsprechender Verdachtsmomente sind dann wohl überwiegend eine Sache des Spezialisten:

- Rheumafaktoren (*quantitativ*): Erhöhte Werte finden sich nur bei zirka 50 Prozent der beginnenden Fälle mit rheumatoider Arthritis; andererseits auch in 5 Prozent der normalen erwachsenen Wohnbevölkerung
- *antinukleäre Antikörper*.

Röntgenuntersuchung

Röntgensymptome fehlen in den Frühstadien und treten meist erst Wochen bis Monate nach einer Gelenkschwellung auf. Sie sind also zum Ausschluss einer rheumatoiden Arthritis nicht verwendbar, allenfalls zur Bestätigung. Für die Verlaufsbeobachtung, um nämlich das Auftreten und Fortschreiten von Destruktionen beobachten und eventuell die Therapie optimieren zu können, sind Röntgenaufnahmen allerdings unerlässlich. Auch bei einseitigem Befall sind beidseitige Aufnahmen der korrespondierenden Gelenke erforderlich.

Beratungsergebnis rheumatoide Arthritis

Bei symmetrischem Befall der Fingerbeziehungsweise Zehengelenke mit der charakteristischen Morgensteifigkeit über eine halbe Stunde liegt das Bild einer

<h1>12</h1>		Chronische Polyarthrit-Programm Checkliste zur Diagnostik bei einem Krankheitsbild, das wie eine chronische (rheumatoide) Polyarthrit aussieht ©Braun RN, Mader FH 2003			
Subjektiv	Datum	Datum	Objektiv	Datum	Datum
erster Eindruck			psychische Beurteilung		
krank seit			Gelenke (große/kleine) schmerzhaft/ Kapselverdichtungen		
gleich/besser/schlechter			Granulomknoten subkutan/ streckseitig/gelenknah		
schon mal gehabt			Gelenke deformiert		
frühere Diagnostik/Bezeichnung/ Therapie			Fingerzusammendrücken schmerzhaft		
seit wann insgesamt			Episkleritis (evtl. früher)		
wie oft schon Schübe/fieberhaft			Lymphknoten		
wann zuletzt			Blutbild rot/weiß		
Beginn jetzt/akut/schleichend			BSG (BKS)/LAP		
mono-/polyarthritisch/fieberhaft			Urin		
an Zehen- und Fingergelenken			Latex-Test oder Waaler-Rose-Test (Nachweis des Rheuma-Faktors)		
symmetrischer Befall			Antistreptolysintiter (ASL)		
Dauer der schmerzfreien Intervalle			sonstiges Labor		
große Gelenke befallen seit			Gelenksono/ Röntgen der befallenen Gelenke		
morgens Fingersteife/Parästhesien			sonst noch		
Verschlechterung durch Anstrengungen			Beratungsergebnis		
Schwellungen konstant/wechselnd/ mit Hautrötungen			Maßnahmen		
allgemeine Schwäche					
Muskelschwäche					
Abmagerung					
Salizyleffekt eindrucksvoll/mäßig					
Miktion/Stuhl/Menses					
sonstige Symptome					
Ängste (Furcht vor)					
vermutete Ursache					
Selbstbehandlung/ ärztliche Anbehandlung					
sonst noch					

Abbildung: Checkliste «Bild einer rheumatoiden Arthritis», Braun/Mader: Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin, 4. Auflage, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg 2003

Gelenkschwellungen

Tabelle 1: Indikationen zur Überweisung zum Spezialisten

- nicht gesicherte Diagnose
- gemeinsame Therapieplanung und -überwachung
- Durchführung spezieller diagnostischer Massnahmen (Arthrosonografie, differenzierte Antikörperdiagnostik)
- Klärung der Ursache der Gelenkschwellung ist innerhalb von 6 Wochen nicht gelungen, und die Akutphasenreaktionen (BSR, CRP) sind deutlich positiv.
- hoher Aufwand beziehungsweise hohes Risiko der Therapie
- unsichere Prognose, besonders bei Frühformen von Vaskulitiden und Kollagenosen
- ausgeprägte und differenzialdiagnostisch nicht befriedigend einzuordnende extraartikuläre Organsymptomatik

rheumatoiden Arthritis vor. Die Gelenke sind pastös geschwollen und druckschmerzhaft.

Zielstellung aus ärztlicher Sicht ist eine rasch beginnende Diagnosesicherung und Therapie, um die Progredienz zu stoppen und eine definitive Therapie einzuleiten. Diese besteht aus der Basistherapie und ergänzender Schmerztherapie.

Therapieziel des Patienten ist die Erhaltung der vollen Gebrauchsfähigkeit der Hände beziehungsweise der sonstigen befallenen Gelenke, die Erhaltung der Alltagstätigkeit und die Schmerzfreiheit. Nach Diagnosesicherung ist eine umfassende Information des Patienten, womöglich als strukturierte Patientenschulung, erforderlich.

Überweisung zum Rheumatologen

Zum Spezialisten (Rheumatologen) sollte man überweisen, wenn

- ein Patient mehr als drei geschwollene Gelenke hat,
- Metakarpophalangeal- oder Metatarsophalangealgelenke auf leichten äusseren Druck schmerzhaft reagieren
- eine Morgensteifigkeit von mehr als 30 Minuten besteht
- symmetrische Arthritiden vorliegen oder
- subkutane Knoten (Rheumaknoten?) nachweisbar sind.

In diesen Fällen liegt sehr wahrscheinlich eine chronische Polyarthrititis vor. Die differenzierten Therapiemöglichkeiten in der Basistherapie vom Kortikoid bis hin zu TNF-alpha-Inhibitoren erfordern ein spezielles Fachwissen. Weitere Indikationen zur Überweisung sind in *Tabelle 1* aufgeführt.

Therapie

Die Phase des abwartenden Offenhaltens der Diagnose unter symptomatischer Therapie sollte nicht über sechs Wochen dauern. Das gilt für einen relativ blanden Verlauf. In dieser Zeit kann mit Analgetika oder nichtsteroidalen Antirheumatika der Schmerz gemindert werden. Auch Phytotherapeutika oder Homöopathika haben bei entsprechendem Wunsch des Patienten hier ihre Berechtigung, wenn es nur um eine Symptominderung geht.

Die medikamentöse Therapie der rheumatoiden Arthritis gliedert sich in die Basistherapie und die symptomatische Therapie. Das Therapiekonzept sollte zwischen Rheumatologen und Hausarzt abgestimmt werden, damit gegenüber dem Patienten keine Differenzen ausgetragen werden. Die unterschiedlichen Zielsetzungen (*Tabelle 2*) sind in einer Therapievereinbarung mit dem Patienten zu erörtern, einschliesslich der Eigenanteile des Patienten in Form seiner Mitarbeit und Therapietreue.

Schmerztherapie

Der Einsatz von nichtstereoidalen Antirheumatika (NSAR) vermindert die Beschwerden gut, ohne Einfluss auf die Progredienz der Entzündungen und der Gelenkdestruktionen zu nehmen. NSAR sind also als (dennoch nicht verzichtbare) symptomatische Therapie einzuordnen. Paracetamol und andere nichtsaure Analgetika sind ebenfalls gut wirksam mit geringerem Nebenwirkungspotenzial, wie Erfahrungen vor allem im angelsächsischen Raum belegen.

Je nach Schmerzstärke ist entsprechend dem Stufenschema der WHO zu verfahren. Zur Erreichung der Schmerzkontrolle sind auch Opioide einzusetzen, auch solche, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen. Die retardierten Opioide sind weniger nebenwirkungsträchtig als die Antirheumatika, insbesondere in Verbindung mit der Basistherapie.

Glukokortikoide sind gut entzündungshemmend und damit schmerzmindernd wirksam. In Verbindung mit der Basistherapie wird die Gelenkdestruktion verlangsamt. Dennoch werden möglichst niedrige Dosierungen, jedenfalls unter 7,5 mg Prednisolon oder Äquivalent angestrebt, möglichst 5 mg. Die Nachteile der Glukokortikoide liegen in der Beeinträchtigung der körpereigenen Regulation

Tabelle 2: Therapieziele bei rheumatoider Arthritis

Therapieziele aus medizinischer Sicht:

- Erhaltung der Gelenkfunktion
- Verhinderung des Befalls weiterer Regionen
- Schmerzfreiheit

Therapieziele aus Sicht des Patienten:

- Beibehaltung individueller Lebensgewohnheiten
- Erreichung von Lebenszielen

Therapieziele der Krankenversicherung:

- minimaler Aufwand
- beste Ergebnisse

Gelenkschwellungen

und Kortisolproduktion sowie in den Nebenwirkungen auf Stoffwechsel und Osteoporose.

Basistherapie

Die Basistherapie bedient sich einer Reihe von Mitteln, die zunächst in Monotherapie, aber auch zunehmend in Kombinationen angewendet werden.

Bei Patienten ohne Gelenkzerstörung und mit geringer Aktivität kann eine Monotherapie mit Antimalariamitteln und Sulfasalazin ausreichen. Das am häufigsten angewendete Mittel ist Methothrexat in mehr als der Hälfte der Erkrankungsfälle. Oft ist allerdings eine Kombination erforderlich. Neue Chancen ergeben sich aus den TNF-alpha-Blockern (Enbrel®, Remicade®). Deren Anwendung ist vor allem ökonomisch begrenzt. Langfristig wird mit einer erhöhten Infektionsgefahr gerechnet, man achte vor allem auf Tuberkulose.

Ebenfalls neu und noch nicht auf alle Langzeitauswirkungen einschätzbar ist die Substanz Leflunomid (Arava®). Sie hat eine sehr lange Halbwertszeit durch einen ausgeprägten enterohepatischen Kreislauf. Bei sonst guter Verträglichkeit stellt die Lebertoxizität ein Problem dar, das besonderer Beobachtung bedarf.

Die Anwendung von Basistherapeutika bedarf grundsätzlich regelmässiger Kontrollen des blutbildenden Systems und der Leberfunktion: im ersten Monat wöchentlich, dann monatlich.

Eine Reduzierung oder Beendigung der Basistherapie bedarf immer der Entscheidung des Rheumatologen, der über hinreichende Erfahrung bei solchen Verläufen verfügt. Prinzipiell ist die rheumatoide Arthritis eine chronische beziehungsweise chronisch-rezidivierende Erkrankung.

Die hausärztliche Aufgabe besteht vor allem in der Begleitung der Therapie mit Beratung des Patienten zu Wirkungen und Nebenwirkungen, in der Einschätzung von neu auftretenden Beschwerden und Symptomen hinsichtlich ihres Zusammenhangs oder Auswirkungen auf die antirheumatische Therapie, in der Durchführung der vereinbarten Kontrolluntersuchungen (Labor).

Begleitmedikation

Die Entzündung und ihre Auswirkungen auf die Knochenstabilität (Osteoporosegefahr, sowohl durch die Erkrankung selbst als auch durch die Anwendung von Glukokortikoiden) kann durch Alphacalcidol (z.B. Bonidol® [nicht in CH]) – ein

Prodrug des D-Hormons – besser als mit Vitamin-D-Präparaten beeinflusst werden. Der gleichzeitige Nutzen für die Muskelkraft und die Kalziumresorption und die Dämpfung von TNF-alpha wirken sich günstig auf die Progredienz und den Funktionserhalt aus. Dazu liegen neue Untersuchungsergebnisse vor. ●

Dr. med. Diethard Sturm
Facharzt für Allgemeinmedizin und
Chirotherapie
Weinkellerstrasse 20
D-09337 Hohenstein-Ernstthal
Tel. 0049-(0)37 23 79 63

Interessenkonflikte: keine deklariert

Diese Arbeit erschien zuerst in
 «Der Allgemeinarzt» 16/2004.

Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.