

Entzündliche Gelenkerkrankungen - ein diagnostisches Problem?

Überall in der Welt klagen Millionen von Menschen über Gelenkbeschwerden. Daraus folgt, daß jeder Therapeut in seiner täglichen Praxis eine große Zahl von Patienten mit „Rheuma“ oder „Arthritis“ betreut. Die Diagnose der rheumatischen Erkrankungen bringt oft zahlreiche Probleme mit sich. Das Grundproblem ist die Unterscheidung einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung von den nichtentzündlichen und insbesondere die Abgrenzung der chronischen Polyarthritiden von bestimmten Formen degenerativer Gelenkerkrankungen. Ein anderes Problem ist die Abgrenzung der chronischen Polyarthritiden von den vielen anderen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, die sehr ähnlich verlaufen können. Eine richtige Frühdiagnose ist wegen der damit verbundenen unterschiedlichen therapeutischen Konsequenz dringend erforderlich.

1. Diagnose-Kriterien der chronischen Polyarthritiden

Etwa 100 Jahre hat es gedauert, bis nach der Beschreibung der chronischen Polyarthritiden durch Sir Alfred Garrod 1858 allgemeingültige Kriterien für die Diagnose und Klassifizierung von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen weltweit akzeptiert wurden. Diese Kriterien, die in der unten dargestellten Tabelle aufgelistet sind, stammen von der American Rheumatism Association und klassifizieren die chronische Polyarthritiden nach folgendem Schema:

1. Klassische chronische Polyarthritiden (mindestens 7 von 11 Kriterien). Die Gelenksymptome (Kriterien 1-5) müssen mindestens 6 Wochen bestehen.
2. Gesicherte chronische Polyarthritiden (mindestens 5 von 11 Kriterien). Die Gelenksymptome (Kriterien 1-5) müssen mindestens 6 Wochen bestehen.
3. Wahrscheinliche chronische Polyarthritiden (mindestens 3 von 11 Kriterien). Mindestens eines der in den Ziffern 1-5 genannten Kriterien muß zumindest 6 Wochen bestanden haben.

Diagnose-Kriterien der chronischen Polyarthritiden nach Beary et al.

1. Morgensteifigkeit
 2. Bewegungsschmerz oder Druckschmerz in mindestens einem Gelenk.
 3. Schwellung (Weichteilschwellung oder Erguß) in mindestens einem Gelenk.
 4. Schwellung mindestens eines anderen Gelenks innerhalb von 3 Monaten.
 5. Symmetrische Gelenkschwellung
- Eine Beteiligung der distalen Interphalangealgelenke (DIP) bleibt hier unberücksichtigt.
6. Subkutane Knoten an den Streckseiten, über Knochenprominenzen und in Gelenknähe.
 7. Für eine chronische Polyarthritiden typische röntgenologische Veränderungen, mindestens gelenknahe Osteoporose. Degenerative Veränderungen schließen die Diagnose einer chronischen Polyarthritiden nicht aus.
 8. Positiver Rheumafaktor.
 9. Verminderte „Viskosität“ der Synovialflüssigkeit.
 10. Charakteristische histologische Veränderungen an der Synovialis.
 11. Charakteristische histologische Veränderungen der subkutanen Knoten.

2. Ausschlußkriterien für eine chronische Polyarthrit

Da die Diagnose der chronischen Polyarthrit immer auch von dem Ausschluß anderer Ursachen für eine Synovialis-schwellung abhängig ist, wurde von der American Rheumatism Association eine Liste von 20 Symptomen aufgestellt, die typisch für andere Erkrankungen sind und deren Vorhandensein die Diagnose einer chronischen Polyarthrit un-wahrscheinlich macht. In der folgenden Tabelle sind solche Erkrankungen mit ihren typischen Symptomen aufgeführt.

Ausschlußkriterien für eine chronische Polyarthrit

1. Typisches Schmetterlingserythem beim **systemischen Lupus erythematoses**.
2. Hohe LE-Zellkonzentrationen oder sonstige eindeutige Hinweise auf einen **systemischen Lupus erythematoses**.
3. Histologischer Nachweis einer **Periarteriitis nodosa**.
4. Schwäche oder persistierende Schwellung von Nacken-, Stamm- und Pharynxmuskeln (**Polymyositis oder Dermatomyositis**).
5. Gesicherte **Sklerodermie**, nicht auf die Finger beschränkt.
6. Typisches klinisches Bild eines **rheumatischen Fiebers** mit wandernder Gelenkbeteiligung und Hinweisen auf eine Endokarditis.
7. Typisches klinisches Bild einer **Arthritis urica** mit akuten schmerzhaften Schwellungen eines oder mehrerer Gelenke, besonders wenn die Schmerzen durch Colchicin gebessert werden.
8. **Gichttophi**.
9. Typisches klinisches Bild einer **infektiösen Arthritis**, bakterieller oder viraler Ätiologie mit Schüttelfrost, Fieber und akuten Gelenkbeteiligungen, meist anfangs „wandernd“.
10. Bakteriologische oder histologische Hinweise auf eine **Gelenktuberkulose**.
11. Typisches klinisches Bild eines **Reiter-Syndroms** mit Urethritis, Konjunktivitis und akuter Gelenkbeteiligung, meistens zunächst „wandernd“.
12. Typisches klinisches Bild eines **Schulter-Hand-Syndroms** mit einseitiger Beteiligung von Schulter und Hand sowie diffuser Schwellung der Hand mit nachfolgender Atrophie und Kontrakturen..
13. Typisches klinisches Bild einer **hypertrophischen Osteoarthropathie** mit Verdickung der Finger oder hypertrophischer Periostitis entlang der Diaphysen der langen Röhrenknochen, insbesondere wenn entsprechende Lungenveränderungen oder verwandte Erkrankungen vorhanden sind.
14. Typisches klinisches Bild einer **Neuroarthropathie** (z. B. Charcot-Gelenk) mit Verschmelzung und Zerstörung der Knochen der beteiligten Gelenke und zugehörigen neurologischen Befunden.
15. **Homogenitinsäure** im Urin (Alkaptonurie).
16. Histologische Hinweise auf eine **Sarkoidose** oder ein positiver Keimtest.
17. **Multiplres Myelom**, nachgewiesen durch deutlich erhöhte Plasmazellen oder eine Bence-Jones-Proteinurie.
18. Charakteristische Hautveränderungen eines **Erythema nodosum**.
19. **Leukämie** oder **Lymphom** mit typischen Zellen im peripheren Blut, Knochenmark oder Gewebe.
20. **Agammaglobulinämie**.

3. Anamnese

Wie in den meisten Bereichen der Medizin liefert die Anamnese häufig den Schlüssel zur Diagnose der chronischen Polyarthrit.

Fragen zu den Gelenkbeschwerden

a. Frühere Erkrankungen

Die Diagnose einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung lässt sich am besten durch die Kombination früherer Ereignisse mit den jetzigen Beschwerden erstellen. Spezielle Fragen können hierbei äußerst hilfreich sein; z. B. würde eine Urethritis, nach Geschlechtsverkehr auftretend, die Diagnose einer Gonokokken-Arthritis nahelegen. Bei jungen Menschen würde die Erwähnung von Halsschmerzen im letzten Monat den Verdacht auf ein rheumatisches Fieber nahelegen. Außerdem kann dieser Teil der Anamnese Fakten über gleichzeitig bestehende Erkrankungen oder systemische Manifestationen liefern. Schmerzen sind ein unspezifisches und äußerst variables Symptom. Die Frage „Wie stark schmerzt es?“ bringt mehr Aussagen über die Persönlichkeit des Patienten als über die Pathogenese der Arthritis. Andererseits sind die Fragen nach dem Zeitpunkt des Auftretens, der Lokalisation und der Dauer der Schmerzen sowie nach Faktoren, die zu einer Zu- bzw. Abnahme der Schmerzen führen, diagnostisch durchaus sinnvoll:

- Plötzlicher Schmerzbeginn wird häufiger von Patienten mit Gicht oder infektiöser Arthritis angegeben als von Patienten mit chronischen Polyarthrit oder Osteoarthritis.
- Die Schmerzhaftigkeit spielt ebenfalls eine Rolle. Gicht und infektiöse Arthritiden verursachen meist akut zunehmende Schmerzen, während bei der chronischen Polyarthrit gewöhnlich chronische, täglich wiederkehrende Schmerzen angegeben werden.
- Bei der rheumatischen Arthritis ist der Schmerz typischerweise morgens am stärksten und nimmt gegen Mittag ab. Bei der Osteoarthritis nimmt der Schmerz morgens rasch ab und nimmt im Laufe des Tages wieder deutlich zu, insbesondere in den gewichttragenden Gelenken.
- Die Angaben zur Schmerzlokalisierung lassen den typischen symmetrischen polyarthrikulären Befall peripherer Gelenke bei der chronischen Polyarthrit abgrenzen von den „wandernden“ Schmerzen bei rheumatischem Fieber, bei der Gonokokken-Arthritis und bei der akuten Arthritis im Rahmen einer Sarkoidose; jedoch können solche Schmerzen auch in der Frühphase der chronischen Polyarthrit auftreten. Schmerzausstrahlungen kommen insbesondere beim Karpaltunnelsyndrom sowie beim lumbalen und zervikalen Bandscheibenvorfall vor.
- Schmerzintensität und -qualität lässt sich kaum zuverlässig bestimmen. Gesichtsausdruck, Analgetikaeinnahme sowie die Beeinflussung des Nachtschlafes und der Aktivität sind zuverlässigere Indikatoren. auch lassen sich aus der Zeit, die von dem Auftreten der ersten Beschwerden bis zum Besuch beim Therapeuten vergeht, Rückschlüsse auf die Schmerzintensität ziehen. Besonders schmerzhaft sind meistens Gicht, Pseudogicht und die infektiöse Arthritis.
- eine Verminderung der Schmerzintensität durch leichte Übungen spricht eher für eine chronische Polyarthrit, eine belastungsabhängige Zunahme der Schmerzintensität für eine Osteoarthritis. Längere Ruhe (Sitzen, Liegen) kann sowohl die Symptome der chronischen Polyarthrit als auch der Osteoarthritis verstärken. Ein promptes Ansprechen auf Salicylate spricht eher für eine chronische Polyarthrit oder für ein rheumatisches Fieber; ein Nichtansprechen findet sich häufig bei einer Gicht und bei der infektiösen Arthritis.

b. Schwellung

Die anatomische Angabe einer Weichteilschwellung spricht für eine entzündliche Genese. Häufig können sich die Patienten an frühere Schwellungen nicht erinnern, berichten aber, daß ihnen der Hochzeitsring oder ihre Lieblingsringe nicht mehr gepaßt haben.

c. Steifigkeit

Eine Morgensteifigkeit, meist in mehreren Gelenken und auch in solchen, die keine klinischen Zeichen einer Beteiligung aufweisen, über die Dauer von 3-4 Std., ist die sicherste anamnestische Angabe für die Diagnose einer chronischen Polyarthrit. Bei der Osteoarthritis wird eine Morgensteifigkeit gewöhnlich nur in wenigen Gelenken bemerkt, verschwindet nach weniger als 1 Std. und tritt im späteren Verlauf des Tages wieder auf. Die Dauer der Morgensteifigkeit ist außerdem ein nützlicher Indikator des Aktivitätsgrades der chronischen Polyarthrit, der als wichtiger als die Blutsenkungsgeschwindigkeit angesehen werden kann.

d. Befallmuster

Auch wenn die chronische Polyarthrits sehr unterschiedlich verläuft, so ist die Synovialsschwellung doch meistens symmetrisch über verschiedene periphere Gelenke verteilt. Bei der Osteoarthrose, Gicht und Psoriasis-Arthritis sind meist wenige Gelenke symmetrisch befallen. Bei der Untersuchung des Patienten bzw. bei der Befundung von Röntgen-bildern ist es wichtig, nach der anatomischen Verteilung des Gelenkbefalls zu schauen: Charakteristisch für die chro-nische Polyarthrits sind die proximalen Interphalangealgelenke, Metacarpophalangealgelenke, Handgelenke, Ellenbogen, Schultern, Halswirbelsäule, Hüften, Knie, Knöchel, Sprunggelenke und Füße. Genauso wichtig ist es zu wissen, welche bei der chronischen Polyarthrits normalerweise nicht betroffen werden; dies sind die distalen Interphalangeal- und Carpometacarpalgelenke sowie die Lendenwirbelsäule.

e. Muskelschwäche

Muskelschwäche wird von Patienten mit chronischer Polyarthrits häufiger angegeben als von denjenigen mit einer Osteoarthrose. Eine progressive Muskelatrophie in den Händen, Schultern und unteren Extremitäten kann bei Patienten mit einer chronischen Polyarthrits zu erheblichen Schwierigkeiten bei der Verrichtung von Routinetätigkeiten wie Anziehen oder Laufen führen. Patienten mit chronischer Polyarthrits berichten häufig über eine Verminderung der Handkraft, auch wenn noch keine anatomischen Korrelate nachweisbar sind.

f. Müdigkeit und Depression

Nicht selten wird von den Patienten mit chronischer Polyarthrits eine im Laufe des Nachmittags auftretende erhebliche Müdigkeit, gelegentlich begleitet von einer verstärkten depressiven Reaktion auf die Beschwerden und Behinderungen, angegeben.

g. Sozial-, Familien- und Medikamentenanamnese

Die chronische Polyarthrits tritt häufiger bei Frauen als bei Männern auf mit einem Manifestationsmaximum zwischen 35 und 45 Jahren. Die Gicht befällt viel häufiger Männer jeden Alters, während die Osteoarthrose etwa gleich häufig bei Männern und Frauen im fortgeschrittenen Alter beobachtet wird. Durch eine sorgfältig erhobene Familienanamnese können Sichelzellanämie, Hämoglobinopathien, Mittelmeerfieber ebenso offenbar werden wie Gicht, Heberden-Knoten, Psoriasis oder ein Morbus Bechterew bei Eltern oder Geschwistern. Fragen nach den häuslichen und sozialen Situationen können Informationen für das Vorhandensein einer Tuberkulose, Gonorrhoe sowie körperlichem oder emotionalem Streß liefern.

Hilfreich kann auch die Medikamentenanamnese sein. Medikamenten- oder Alkoholabusus kann ebenso Symptome einer Arthritis provozieren wie eine Behandlung mit Sulfonamiden, Diuretika, Antiepileptika und anderen. In der folgenden Tabelle sind die wichtigsten Punkte der Anamnese zusammengefaßt, und es werden einige für die Diagnose relevante Fragen an den Patienten aufgelistet.

Fragen an den Patienten bei Verdacht auf eine chronische Polyarthrit

(mod. nach McCarty, Sculco, Katz und Hollander)

Frühere Beschwerden:	„Welche Gelenkprobleme hatten Sie, bevor die jetzigen Schmerzen begannen?“
Schmerzen:	Schmerzbeginn „Wann haben Sie erstmals Schmerzen festgestellt?“
	„Nahmen die Schmerzen langsam zu oder traten sie akut auf?“
Zeitliche Zuordnung	„Treten die Beschwerden jeden Tag auf?“
	„Sind die Schmerzen zu einer bestimmten Tageszeit schlimmer als sonst?“
	„Wie lange halten die Schmerzen an?“
Schmerzlokalisierung	„Wo haben Sie Schmerzen - zeigen Sie auf den schmerzhaftesten Punkt.“
	„Tut es an mehr als einer Stelle weh?“
	„Haben Sie Schmerzen in beiden Körperhälften?“
Wandernde Schmerzen	„Springen die Schmerzen von einem Gelenk zum anderen?“
	„Strahlen die Schmerzen in andere Körperregionen aus?“
Schmerztyp	„Sind die Schmerzen mehr scharf und schneidend oder mehr dumpf und ziehend?“
	„Würden Sie die Schmerzen als gering, mäßig oder stark einordnen?“
Einflüsse	„Ist Ihnen etwas aufgefallen, das die Schmerzen verstärkt?“
	„Was führt zu einer Abnahme der Schmerzen?“
Steifigkeit: Art und Lokalisation	„Haben Sie Probleme beim Umdrehen?“
	„Fühlen Sie sich insgesamt steif?“
	„Gibt es Gelenke, die steifer sind als andere?“
Zeitliches Auftreten und Dauer	„Wann sind die Gelenke am steifsten?“
	„Wie lange hält die Steifigkeit jeden Tag an?“
Schwellungen:	„Waren Ihre Finger oder Zehen jemals so geschwollen, daß Sie Ihren Ring oder ihre Schuhe nicht mehr tragen konnten?“
	„Haben Sie Schmerzen beim Barfußgehen?“
Muskelschwäche:	„Gehorchen Ihnen gelegentlich die Hände nicht?“
	„Können Sie Gegenstände genauso fest anfassen wie vor 1 Jahr?“
Müdigkeit und Depressivität:	„Werden Sie gelegentlich müde oder depressiv?“
	„Wann fühlen Sie sich besonders müde oder depressiv?“
	„Haben Sie Probleme beim Ein- bzw. Durchschlafen?“
Familien- und Sozialanamnese:	„Hat in ihrer Familie irgend jemand Gelenkprobleme wie Sie oder vererbare Krankheiten wie die Zuckerkrankheit?“
	„Gefällt Ihnen Ihre Arbeit, gibt es Probleme in Ihrem Familienleben?“
	„Ist in der letzten Zeit eine Ihnen nahestehende Person verstorben?“
Nahrungsmittel und Medikamente:	„Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?“
	„Wie ist es mit dem Alkoholkonsum?“

Fragen zur Beteiligung anderer Organe

Die chronische Polyarthrit kann verschiedene Organe befallen. Die Frage nach extraartikulären Beschwerden ist für die Diagnose einer chronischen Polyarthrit wichtig, da zum einen systemische Manifestationen der Gelenkbeteiligung vorausgehen können, zum anderen charakteristische Symptome an anderen Organen die Diagnose einer chronischen Polyarthrit unterstützen oder ausschließen können. Extraartikuläre Manifestationen sind insbesondere für die Diagnose bei Männern im mittleren Alter von Bedeutung. Folgende Organsysteme sollten berücksichtigt werden:

a. Hautveränderungen

Fragen nach in letzter Zeit aufgetretenen Hautausschlägen, Geschwüren, Schuppenflechte, Haarausfall, Veränderungen der Fingernägel können hilfreich bei der Diagnose anderer entzündlich-rheumatischer Erkrankungen sein. Das Erythema marginatum ist typisch für das rheumatische Fieber; das charakteristische Schmetterlingserythem spricht für einen systemischen Lupus erythematoses; eine „Tüpfelung“ der Nägel findet sich häufig bei der Psoriasis-Arthritis.

b. Augenveränderungen

Es sollte nach Augenentzündungen bzw. nach verminderter Tränensekretion gefragt werden. Eine Iritis kann für einen Morbus Bechterew sprechen, eine verminderte Tränensekretion ist typisch für das Sjögren-Syndrom.

c. Neuromuskuläre Symptome

Gefragt werden sollte nach Parästhesien oder Schmerzen im Bereich der Hände oder Füße. Schmerzen und ein „pelzi-ges“ Gefühl in den Fingern können Symptome eines Karpaltunnelsyndroms sein, das nicht selten ein Frühzeichen der chronischen Polyarthritis ist. Das Fehlen einer generalisierten Müdigkeit und Schwäche läßt eher an eine Osteoarthritis als an eine entzündlich-rheumatische Erkrankung denken.

d. Verdauungsprobleme

Normalerweise wird der Verdauungstrakt von der chronischen Polyarthritis nicht betroffen. Eine Vorgeschichte mit Gastritiden oder Ulzera ist jedoch wichtig, da viele Medikamente, die bei einer chronischen Polyarthritis eingesetzt werden, Magenbeschwerden hervorrufen können. Eine Symptomenkombination von trockenem Mund und trockenen Augen spricht für ein Sjögren-Syndrom, und etwa die Hälfte der Patienten mit einem Sjögren-Syndrom haben auch eine chronische Polyarthritis. Angaben über Gewichtsverlust und Gelenkbeschwerden könnten zum Felty-Syndrom passen.

e. Kreislaufbeschwerden

Hautgeschwüre können auf eine rheumatoide Vaskulitis hinweisen. Eine durch Kälteexposition hervorgerufene Abblausung der Finger (Raynaud-Phänomen) kann sowohl bei der chronischen Polyarthritis als auch beim systemischen Lupus erythematoses auftreten, legt jedoch besonders den Verdacht auf eine Sklerodermie nahe. Rheumatisches Fieber kann mit kardialen Symptomen einhergehen, aber auch bei der chronischen Polyarthritis kann das Herz einschließlich Peri-kard, Myokard und Endokard betroffen sein. Häufig ist die Perikarditis das einzige Zeichen einer kardialen Beteiligung.

f. Atembeschwerden

Angaben über Husten, Schmerzen im Thorax und Atemlosigkeit lassen an einen Pleuraerguß oder eine Fibrose bei Patienten mit chronischer Polyarthritis denken. Eine durchgemachte Tuberkulose beim Patienten selbst oder in seiner Familie läßt gelegentlich den Verdacht auf eine tuberkulöse Arthritis aufkommen.

g. Beteiligung des Urogenitalsystems

Ausfluß aus der Harnröhre oder Schmerzen im Bereich der Urethra sind Hinweise auf eine Urethritis, nicht selten Vorläufer einer Gonokokken-Arthritis.

Schlußfolgerungen

Die chronische Polyarthrit is eine ernste Erkrankung, die zu schwersten Deformierungen führen kann. Die Gefährlichkeit der Erkrankung läßt sich durch eine frühzeitige Diagnose und eine frühzeitige Therapie vermindern. Die nun folgende kurze Tabelle faßt die entscheidenden Punkte zur Anamnese und Diagnose zusammen:

Charakteristika der chronischen Polyarthrit is	
Faktoren, die <u>für</u> eine typische chronische Polyarthrit is sprechen	Faktoren, die <u>nicht</u> zu einer typischen chronischen Polyarthrit is gehören
Gelenkschmerzen oder Steifigkeit	Schmerzen außerhalb der Gelenke
Chronisch rezidivierende Schmerzen	Plötzlicher Schmerzbeginn
Schmerzmaximum am Morgen, Schmerzabnahme gegen Mittag	Rasche Schmerzabnahme am Morgen und Zunahme im Verlauf des Tages.
Befall der PIP-, MCP-, MTP-Gelenke sowie der Hand-, Ellenbogen-, Schulter-, Sprung-, Hüft-, Knie-, Temperomandibulargelenke und der oberen Halswirbelsäule	Befall der DIP- und CMC-Gelenke, der unteren Halswirbelsäule sowie der Lendenwirbelsäule
Symmetrischer Gelenkbefall	Einseitiger Gelenkbefall
Abnahme der Schmerzen durch vorsichtige Bewegung, Zunahme durch längere Ruhe	Schmerzzunahme durch Bewegung
Morgensteifigkeit von 60 Min. oder mehr	Morgensteifigkeit weniger als 30 Min.
Anamnestische Angaben über Weichteilschwellungen	Fehlende Weichteilschwellung
Muskelschwäche	Fehlende Muskelschwäche
Ermüdung gegen Nachmittag und inadäquate destruktive Reaktionen	Fehlende Müdigkeit oder Depression
Dauer der Symptome mehr als 6 Wochen	

Erklärung der Abkürzungen:

CMC = Carpometacarpal-Gelenk

DIP = distale Interphalangeal-Gelenk

PIP = proximale Interphalangeal-Gelenk

MCP = Metacarpophalangeal-Gelenk

MTP = Metatarsophalangeal-Gelenk

Charakteristische Merkmale und Symptome bei verschiedenen Gelenkerkrankungen (1. Teil)

(mod. nach McCarty, Sculco, Katz, Stevens, Jacobs, Rezo und Engleman und Shearn)

Erkrankung	Zugrundeliegender pathologischer Prozeß	Typisches Alter bei Krankheitsbeginn	Verhältnis der Verteilung	Vorgeschichte	Art des Krankheitsbeginns	Krankheitsverlauf
chronische Polyarthrit	entzündlich (Synovitis)	30 - 50	f : m = 3 : 1	Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Morgensteifigkeit	allmählich	chronisch
Osteoarthrose	nichtentzündlich (entzündl. mögl.)	über 50	häufiger bei Frauen	Trauma	allmählich	chronisch
Ankylosierende Spondylitis	entzündlich	15 - 40	f : m = 1 : 9	Kreuzschmerzen, Familienanamnese	allmählich	chronisch
Gicht	entzündlich, durch Kristalle induzierte Synovitis	35 - 45	f : m = 1 : 10	Trauma, Streß, Alkoholabusus, Familienanamnese	akut	ein oder mehrere Anfälle
Pseudogicht (Chondrocalcinosis)	entzündlich, durch Kristalle induzierte Synovitis	ältere Personen	häufiger bei Männern	-	akut	Einzelattacken oder chronisch
Rheumatisches Fieber	entzündlich	5 - 40	f : m = 1 : 1	Streptokokkeninfekt (Pharyngitis)	akut	meist 1 Attacke, selten Rezidive
Psoriasis-Arthritis	entzündlich (Synovitis, Spondylitis)	30 - 55	keine einheitlichen Angaben	Psoriasis (Hauteffloreszenzen, Nagelveränderung, Familienanamnese)	allmählich oder akut	chronisch
System. Lupus erythematodes	entzündlich	15 - 40	f : m = 9 : 1	Infektionen, Streß, Sonnenexposition	oft akut	periodisch oder chronisch
Infektiöse Arthritis	entzündlich (Synovitis)	Kinder und ältere Pat.	keine einheitlichen Angaben	Gonokokken-Arthritis: Fieber, Hautausschlag, Ausfluß, Trauma, Tbc Hepatitis	akut	einmaliges Ereignis
Tendinopathie Bursitis	entzündlich (Tendosynovitis)	in jedem Alter	f : m = 1 : 1	Trauma, extreme Belastungen, vorher Erkrankung	allmählich oder akut	einmalig nach Trauma; kann chronisch verlaufen

Charakteristische Merkmale und Symptome bei verschiedenen Gelenkerkrankungen (2. Teil)

Erkrankung	Art der Gelenkbeteiligung		Verteilung	Schmerzcharakter	Art der Schwellung	Morgensteifigkeit - Gelenkmotilität	Extraartikuläre Manifestationen
	Zahl	Lokalisation					
chronische Polyarthritis	mehrere	Hände (PIP, MCP, Handgelenke, Ellenbogen, Schultern, Zehen (MTP) Knie, Hüften	symmetrisch, periphere Gelenke	wiederkehrende morgendliche Schmerzen, durch Bewegung besser	Weichteilschwellung	Morgensteifigkeit für einige Stunden geringe Krepitation: verminderte GM	Subkutane Knoten, Muskelschwäche und Atrophie, Müdigkeit, Depressionen, Gewichtsverlust, Dyspnoe
Osteoarthrose	eins oder wenige	Hände (DIP, CMC), Zehen (MTP), Hüfte Knie, Hals und LWS	asymmetrisch	kurzer Morgenschmerz, nach Belastung zunehmend	Harte, knöchernen Gelenkverdickung (z.B. Heberden-Knoten)	Morgensteifigkeit für einige Minuten auch nach längerer Ruhe, verminderte GM nur im betroffenen Gelenk	Keine Zeichen einer systemischen Beteiligung
Ankylosierende Spondylitis	mehrere	Wirbelsäule, Sakroiliakalgelenke, Schultern, Hüften, Knie	symmetrisch, meist Synarthrosen befallen	nächtliche bzw. frühmorgendlich Kreuzschmerzen	unterschiedlich	Morgensteifigkeit, insbesondere in Wirbelsäule, aufgehobene GM in ankylosierten Gelenken	Kreuzschmerzen, Fersenschmerzen, verminderte Atemexkursion, Aortitis Iritis, Gicht
Gicht	eins oder wenige	Zehen (MTP) Knöchel, Knie, Ellenbogen	asymmetrisch	akut und heftig	Gelenke hochrot, geschwollen	In betroffenen Gelenken GM herabgesetzt, gelegentl. Flexionskontrakturen	Schüttelfrost und Fieber, Nierenstein, Tophi (Ohr, Ellenbogen, Knie)
Pseudogicht (Chondrocalcinosis)	eins oder wenige	Knie, Handgelenke	asymmetrisch	akut und heftig	Gelenke hochrot, geschwollen	In betroffenen Gelenken GM herabgesetzt, gelegentl. Flexionskontrakturen	Hautpigmentation verändert und Lebervergrößerung unter Hämochromatose
Rheumatisches Fieber	mehrere	Große Gelenke, insbesondere Knie	zunächst untere Extremität, dann Arme	heftig, wandernd, vorübergehend	unterschiedlich	GM meist nur während der Akutphase eingeschränkt	Fieber, Thoraxschmerzen, Tachykardie, Hautausschlag, gelegentlich Kornea
Psoriasis-Arthritis	mehrere	Hände (DIP), Füße, Sakroiliakalgelenk	asymmetrisch	normalerweise gering bis mäßig	„Wurstfinger und -zehen“	Unterschiedl., GM gewöhnl. weniger eingeschränkt als bei chron. Polyarthritis	Hauteffloreszenzen und Nagelveränderungen, Müdigkeit

Erkrankung	Art der Gelenkbeteiligung		Verteilung	Schmerzcharakter	Art der Schwellung	Morgensteifigkeit - Gelenkmotilität	Extraartikuläre Manifestationen
	Zahl	Lokalisation					
Systemischer Lupus erythematoses	mehrere	Finger, Hand, Ellenbogen, Knie	symmetrisch	Druck- und Bewegungsschmerz	unterschiedlich	Morgensteifigkeit bei 50% der Patienten	„Schmetterlingserythem“, Raynaudphänomen, Fieber, Apnoe, Haarausfall, abdominale Schmerzen, Nephritis, neurologische Sympt.
Infektiöse Arthritis	eins oder wenige	Hand, Knöchel, Knie, Ellenbogen, Hüftgelenk	asymmetrisch	akut, durch Wärme und Druck zunehmend, wandernd	Bei Tbc erheblich am Gelenk; kaum sichtbar möglich	Unterschiedl.; vorübergehende Einschränkung der GM durch Schmerzen und Schwellung	Fieber, Hautveränderungen (Gonorrhoe), Hinweise auf infektiösen Herd oder Sepsis
Tendinopathie / Bursitis	eins oder wenige	Handgelenke, Ellenbogen, Schulter, Finger, Knie, Hüftgelenke	asymmetrisch, peripher	geringe bis sehr starke Bewegungsschmerzen	keine Gelenkschwellung	Schmerzen und Muskelspasmen beeinträchtigen die GM	Keine spezifischen systemischen Manifestationen

Erklärungen der Abkürzungen:

GM = Gelenkmotilität

CMC = Carpometacarpal-Gelenk

DIP = distale Interphalangeal-Gelenk

PIP = proximale Interphalangeal-Gelenk

MCP = Metacarpophalangeal-Gelenk

MTP = Metatarsophalangeal-Gelenk

Verfasser:

Jan W. Moestel

eMail: info@moestel.de