

## Der rheumatische Patient

*Fachbeitrag*



Bei der ersten Untersuchung eines Patienten mit einem Verdacht auf eine entzündliche Grunderkrankung sollte in der Sprechstunde ausreichend Zeit eingeplant werden. Bekanntermaßen führt eine ausführliche und gute Anamneseerhebung bereits in 50-60% zu einer korrekten Diagnose. Die anschließende körperliche klinische Untersuchung ermöglicht dann, zumeist in bis zu 90% der Fälle eine Diagnose.

Neben der Anamnese und der klinischen Untersuchung gehören eine Labor- und Röntgenuntersuchung zur ersten Diagnostik. Gegebenenfalls gehören auch weitere invasive Maßnahmen zu den notwendigen Untersuchungen im Rahmen der Erst-Diagnostik.

### Anamneseerhebung

Bei der Anamneseerhebung können die revidierten Kriterien für die Klassifizierung der RA (*ARA Kriterien 1988*) ebenfalls zur Diagnosesicherung beitragen:

1. morgendliche Steifigkeit bis zu einer Stunde Dauer
2. Schwellung in mindestens drei verschiedenen Gelenkregionen
3. Schwellungen von Hand oder Fingergelenken (MCP, PIP Gelenke)
4. Gleichzeitige symmetrische Schwellungen
5. Rheumaknoten
6. Nachweis des Rheumafaktors, radiologisch typische nachweisbare Veränderungen der Hände.

Die Kriterien 1-4 müssen mindestens sechs Wochen bestehen. Bei dem Vorliegen von mindestens vier der Kriterien gilt die Diagnose einer RA als gesichert.

Der Schlüssel zum Erfolg sind eine exakte Anamnese und körperliche Untersuchung

Im Rahmen der ersten **laborchemischen Untersuchung** zur Aktivitätsbeurteilung sowie auch in späteren zu Verlaufsbeobachtungen soll neben der BSG das CRP bestimmt werden. Einen beweisenden laborchemischen Wert gibt es im Rahmen der entzündlichen Erkrankungen nicht. Bei ca. 80% der Patienten lassen sich im Krankheitsverlauf sogenannte *Rheumafaktoren* nachweisen, bei diesen Patienten handelt es sich dann definitiv um eine seropositive rheumatoide Arthritis.

Weitere Faktoren sind die ANA's (antinukleäre Antikörper), die sich in ca. 20-30% der Fälle nachweisen lassen. Hohe Entzündungsaktivitäten beeinflussen auch das Hämoglobin im Sinne einer Erniedrigung und einer Absenkung des *Serumeisens* (normozytäre Anämie).

**Röntgenaufnahmen** sollten sowohl von den schmerzhaften Gelenken als auch von *beiden Händen* und *beiden Füßen* zur Stuserhebung angefertigt werden.

Diese dienen dann im Rahmen der *jährlichen Verlaufskontrollen* zur Beurteilung der Progressionen der entzündlichen Grunderkrankung. Diese jährliche Kontrolle wird in den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Rheumatologie empfohlen und dient neben der Primärdiagnostik und der Beurteilung der Progression auch zur Überprüfung der Wirksamkeit der internistischen und orthopädischen Maßnahmen.

Da für das weitere Vorgehen hinsichtlich weiterführender Diagnostik und Therapie die Diagnosegruppe von besonderer Bedeutung ist, werden entzündlich **rheumatischen Erkrankungen in vier Gruppen** eingeteilt:

1. Chronische Polyarthritis
2. Seronegative Spondarthritis
3. Kollagenosen
4. Vaskulitiden

Standardisierte Röntgenaufnahmen gehören zur Basis von Kontrollen

Die häufigste entzündliche Erkrankung ist die rheumatoide Arthritis

Die häufigste entzündlichste Erkrankung ist die **rheumatoide Arthritis**. Hierzu zählen neben der klassischen RA die juvenile Arthritis, die RA im Alter, das Felty-Syndrom, sowie das Still-Syndrom des Erwachsenen.

Zur Gruppe der **seronegativen Spondarthritiden** gehören neben den relativ häufigen Erkrankungen der Spondylitis ankylosans und der Arthritis psoriatica, weitere Erkrankungen wie das Reiter-Syndrom, sowie Gelenkbeteiligungen einer Erkrankung des Morbus Chron, der Colitis ulcerosa und des Morbus Whipple. Auch reaktive Arthritiden durch Salmonellen, Chlamydien, Yersinien, aber auch ggf. der Morbus Betchet gehören in diese Krankheitsgruppe.

In die Gruppe der **Kollagenosen** sind Erkrankungen wie der Lupus erythematoses, progressive systematische Sklerodermie, Dermatomyositis, das mixed connective tissue disease, sowie das Sharp-Syndrom.

Erwähnt sei auch hier noch die Gruppe der primären **Vaskulitiden**, wobei hier unterschieden werden muss zwischen einer Vaskulitis der grossen, mittleren und kleinen Gefässe. Die Therapie dieser Erkrankungsbilder sind eine Domäne der internistisch rheumatologischen Behandlungen. Glücklicherweise kommt es bei einer Grosszahl der chronisch entzündlichen Krankheitsverläufe auch im Langzeitverlauf zu nur geringen oder keinen destruierenden Gelenkveränderungen, die trifft vor allen Dingen auf die Erkrankungsbilder der Kollagenosen und Vaskulitiden zu. Es heilen auch die Mehrzahl der reaktiven Arthritiden der intestinalen Erkrankungen folgenlos aus.

Nur eine geringe Zahl von Erkrankungen führen zu einer massiven Gelenkzerstörung

Von orthopädischer Seite her ist festzuhalten, dass nur eine geringe Anzahl der zuvor aufgelisteten Erkrankungen in der Erarbeitung des orthopädischen rheumatologischen Gesamtkonzeptes eine Rolle spielen, diese aber leider am häufigsten auftreten und die massivsten Gelenkzerstörungen aufweisen können. Hieraus wird nun ersichtlich, warum einer exakten Diagnostik ein solch großer Stellenwert beigemessen werden muss.

Für Rheumaorthopäden **relevante Krankheitsbilder** lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- » die klassische rheumatoide Arthritis
- » die juvenile chronische Arthritis
- » Arthritis psoriatica
- » Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) mit Gelenkbeteiligung mit und oder Fehlhaltung

Zusätzlich können operative Maßnahmen oder Interventionen im Rahmen einer *Arthritis vilonodularis pigmentosa* oder *infektiösen Arthritiden* indiziert sein

Bei der **klinischen Untersuchung** muss neben der Beurteilung der schmerzhaften Gelenke besonders Augenmerk auf die Gelenke der *Hände und Füße* gelegt werden; finden sich z.B. symetrische Gelenkschwellungen oder ein strahlenförmiges Befallsmuster der Langfinger oder Zehen. Besteht ein *Volarflexionsschmerz* der Handgelenke, zeigt die Hand eine beginnende Deformität i.S. einer *Handskoliose*, oder kann ein Schmerz bei der Überprüfung der Stabilität des *Ulnarköpfchens* provoziert werden, findet sich ggf. sogar eine dtl. Instabilität oder finden sich *synovitische Schwellungen* peritendinös.

Das besondere Augenmerk gilt in der klinischen Untersuchung des Händen und Füßen

Bei der Beurteilung der Schwellungen, sowohl im Gelenk, als auch im Sehnenbereich kann mit Hilfe der Sonographie exakt beurteilt werden ob die Schwellungen intra- oder periartikulär vorliegen, ob Sehnenverdickungen synovitisch bedingt sind oder ob intertendinöse Verdickungen vorliegen.

Auch über die Qualität der Schwellung kann ggf. eine Aussage getroffen werden: findet sich ein echoarmer Bezirk, echoreich, dorsale Schallauslöschung, Schallverstärkung, um nur einige Schallcharakteristika aufzuzählen.

Auch sollte die *Haut* sorgfältigst untersucht werden hinsichtlich auffälliger Effloreszenzen, hier besonders der Haaransatz, hinter den Ohren, Analfalte, Beugefalten von Ellenbogen und Kniekehle und besonders die Fingernägel um Veränderungen wie Tüpfelnägel oder andere Pathologien zu erkennen.

---

Weitere Informationen:

Tel.: 0611-572 120

[www.orthopaedie-aukamm.de](http://www.orthopaedie-aukamm.de)

Finden sich bei der klinischen Untersuchung geschwollene Gelenke und kann ein **Gelenkpunktat** gewonnen werden kann auch die Analyse der Synovialflüssigkeit zur weiteren Diagnose-sicherung beitragen. Das Punktat kann sofort vom Untersucher visuell beurteilt werden, ob es sich um einen *rein serösen, klaren Reizerguß* handelt, oder ob auf Grund von Entzündungsreaktionen ein *zellreiches, trübes* bis hin zu zu *putridem* Punktat vorliegt. Hier finden sich dann bei der laborchemischen Untersuchung ein deutlich erhöhter Anteil von *Granulozyten* (5000-30000).

Besteht der **dringende Verdacht**, bzw. ist dieser erhärtet, dass der zu untersuchende Patient an einer *entzündlichen Grunderkrankung* leidet, sollte dann in einer engen Kooperation mit dem *internistisch tätigen Rheumatologen* die Diagnose weiter gesichert werden.

Im Rahmen der internistischen Untersuchung muss dann überprüft werden, ob die Indikationseinleitung einer Basismedikation besteht, diese beinhaltet in der Regel neben der die *adäquaten Schmerzmedikation*, eine *antientzündlichen* Therapie.

Zusätzlich muss parallel im Rahmen des Gesamtkonzeptes die *physikalischen und ergotherapeutischen* Maßnahmen eingeleitet werden, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Gelenkschutzmassnahmen, sowie dem Erhalt der Beweglichkeit und Kräftigung der muskulären, stabilisierenden Faktoren.

Im Rahmen dieser Behandlungsmaßnahmen muss überprüft werden, ob der Patient bereits besonderer *Hilfsmittel* bedarf, wie Lagerungsschienen, stabilisierende Bandagen der Handgelenke, Einlagen oder Schuhzurichtungen, um hier nur einige zu erwähnen. Auch hat sich die Empfehlung des Aufsuchens einer *Selbsthilfegruppe*, hier ist an erster Stelle die *Rheumaliga* mit den jeweiligen Bezirksgruppen zu nennen, bewährt.

Ist bei dem zu untersuchenden Patienten eine **entzündliche Grunderkrankung** gesichert, gilt es in der spezifischen Gelenkuntersuchung evtl. *OP-Indikation* zu überprüfen und operative

Eine enge Kooperation zwischen dem internistisch tätigen Rheumatologen und dem operativen orthopädischen Rheumatologen ist elementar.

Indikationen bzw. konservative Maßnahmen fest zu legen und mit dem Patienten zu besprechen.

Bei der Erarbeitung eines Behandlungskonzeptes mit dem Patienten müssen neben der medizinischen Gesamtsituation auch die *persönlichen und sozialen Bedürfnisse* des Patienten berücksichtigt werden.

Dabei sollte beachtet werden, ob es sich bei dem Patienten um ggf. eine Erstoperation handelt, oder ob der Patient bereits „OP-erfahren“ ist.

Bei einer anstehenden Erstoperation ist es notwendig die Vertrauensbasis in die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit operativer Maßnahmen bei einem Patienten mit entzündlicher Grunderkrankung zu stärken. Die Erarbeitung eines *Gesamtkonzeptes* sollte somit im Mittelpunkt der orthopädisch rheumatologischen Untersuchung stehen.

Der an einer rheumatoiden Arthritis erkrankte Patient ist auf ein **kooperatives Behandlungskonzept** des *internistischen Rheumatologen*, sowie des *rheumaorthopädischen Arztes* angewiesen. Hierzu gehört des Weiteren ein enges Kooperationsmodell mit erfahrenen *Physio- und Ergotherapeuten*. Auch das *familiäre und soziale* Umfeld muss in das Behandlungskonzept mit einbezogen und berücksichtigt werden. Nur so ist eine optimale Versorgung des Patienten zu gewährleisten.

Patienten benötigen ein kooperatives Behandlungskonzept zwischen internistischem und orthopädischem Rheumatologen.