

# Frühe Arthritisdiagnose rettet Knochen

Gute Vorselektion der Patienten durch den Hausarzt ist wertvoll

**Die rheumatoide Arthritis (RA) ist die häufigste rheumatologisch-entzündliche Gelenkerkrankung. Trotz Verbesserung der Aufklärung und der Versorgung erfolgt die Diagnose oft noch zu spät. Ziel ist es heute, eine Therapie einzuleiten, bevor Knochenschäden entstehen können. Die hierfür notwendigen Therapeutika stehen uns zur Verfügung.**

**Jörg Henes und Bernhard Hellmich**

Arthralgien sind das Frühsymptom der RA, für sich allein aber sehr unspezifisch und daher vom betreuenden Hausarzt – als erstem Ansprechpartner – abzugrenzen von einer Fülle an Differenzialdiagnosen. Die häufigste Ursache für Gelenkschmerzen ist die Arthrose, die mit steigendem Lebensalter zunimmt. Die entzündlich-rheumatischen Gelenkerkrankungen machen nur rund 3 bis 4 Prozent der beim Hausarzt vorstelligen Patienten mit Gelenkschmerzen aus. Die RA ist hier von die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung und betrifft rund 1 Prozent der Bevölkerung. Frauen sind – wie bei den meisten rheumatologischen Krankheiten – häufiger betroffen, etwa in einem Verhältnis 3:1. Der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 55. und 65. Lebensjahr, häufig erkranken aber auch junge Patienten und Kinder (1).

## MERKSÄTZE

- ❖ Eine typische Arthritis geht mit einer Morgensteifigkeit von über einer Stunde, einem Ruheschmerz und einer Besserung durch Kühlung einher.
- ❖ Eine symmetrische Arthritis mehrerer kleinerer Gelenke sollte immer an eine RA denken lassen.
- ❖ ACPA sind bei der Diagnose der RA sehr viel spezifischer und hilfreicher als der Rheumafaktor. Ein negativer Rheumafaktor oder fehlende ACPA schliessen eine rheumatoide Arthritis nicht aus.
- ❖ Die Früharthritits sollte durch Sonografie oder Kernspintomografie bildlich nachgewiesen werden.

### Früharthritits – «window of opportunity»

Mit den vielen neuen Substanzen, welche die Therapie der RA in den letzten eineinhalb Jahrzehnten revolutioniert haben, hat sich auch das Therapieziel verändert. Heute ist ganz klar die Remission, das heisst die Beschwerdefreiheit und die Verhinderung von knöchernen Strukturschäden, das Ziel. Dies lässt sich allerdings nur dann erreichen, wenn die Patienten rechtzeitig diagnostiziert und frühzeitig therapiert werden.

Die sogenannte Früharthritits ist dabei zeitlich nicht klar definiert; idealerweise sollte eine Einleitung einer adäquaten Therapie innerhalb der ersten drei bis sechs Monate erfolgen. Man nennt diesen Zeitraum, in dem knöcherne Destruktionen verhindert werden können, daher auch neudeutsch «window of opportunity». Leider bleibt als grosses Problem die teilweise lange Wartezeit bis zum Termin beim Facharzt. Gerade deswegen ist eine gute Vorselektion durch den Hausarzt wertvoll.

### Anamnese

Bei der Anamnese sollten die Dauer der Beschwerdesymptomatik sowie der Zeitpunkt der Hauptbeschwerden und die Schmerzintensität erfragt werden. Typisch für die RA ist eine deutliche Morgensteifigkeit von > 1 Stunde; kürzere Angaben sind unspezifisch. Eine Morgensteifigkeit von wenigen Minuten ist eher typisch für eine Arthrose. Auch lohnt es sich, nach einer Besserung der Beschwerden bei Wärme oder Kälte zu fragen; hier beschreiben Patienten mit einer entzündlichen Arthritis in den meisten Fällen eine Besserung auf Kälte, wohingegen die meisten anderen Patienten (z.B. mit Arthrosen, Schmerzsyndromen) von einer Besserung durch Wärme sprechen. Besteht der Schmerz vorwiegend in Ruhe, spricht dies auch für eine Arthritis.

### Klinische Untersuchung

Bei der klinischen Untersuchung muss vor allem darauf geachtet werden, ob es sich tatsächlich um eine entzündliche Gelenkerkrankung handelt. Hierbei gelten die gleichen typischen Symptome wie bei anderen Entzündungen auch: Schmerz, Rötung, Schwellung, Überwärmung und Funktionsverlust sollten vorhanden sein.

Diese Zeichen lassen sich auch bei der Gelenkuntersuchung leicht beurteilen. Alle Gelenke sollten passiv bewegt und auf Druckschmerz untersucht werden. Prallelastische Schwellungen sprechen für einen Gelenkerguss, knöcherne Verdickungen (vom Patienten nicht selten dennoch als Schwellung empfunden) hingegen eher für eine Arthrose. Je nach Grösse



Abbildung 1 und 2: Arthronografie.  
 1. Nachweis einer Synovialitis am Fingermitelgelenk von palmar mit deutlicher Ergussbildung und Powerdoppleraktivität im Randbereich.  
 2. Beugensehnenentzünditis der linken Hand von palmar einer anderen Patientin mit echoarmem Saum um die Sehne und massiver Powerdoppleraktivität als Zeichen der floriden Entzündung.

des Gelenks ist ein Gelenkerguss leichter oder schwerer zu ertasten. Das Verteilungsmuster der betroffenen Gelenke kann hierbei zur weiteren Differenzialdiagnose miterfasst werden. Typisch für eine RA sind der Volarflexionsschmerz der Handgelenke sowie Schmerzen beim Querdruck auf die Fingergrund- (wie beim Händedruck) und Zehengrundgelenke (sogenanntes Gaenslen-Zeichen). Die Fingerendgelenke, Daumensattelgelenke und Grosszehengrundgelenke sollten bei der Beurteilung nicht berücksichtigt werden, da diese häufig arthrotisch verändert sind. Selbstverständlich sollte bei der körperlichen Untersuchung auch auf andere, mit einer Arthritis assoziierte Veränderungen geachtet werden. Besonderes Augenmerk ist hierbei auf die Haut zu legen, da sich hier vor allem auch wichtige differenzialdiagnostische Erwägungen ableiten lassen. Eine (oft versteckte) Psoriasis, zum Beispiel isoliert an den Nägeln oder im Bereich der Rima ani, kann Hinweis auf eine Psoriasisarthritis und ein Schmetterlingserythem ein Hinweis auf eine Kollagenose, wie systemischer Lupus erythematoses, sein.

**Labor**

Beim Labor sollten neben einem einfachen Routinelabor (Blutbild, Kreatinin, GGT, GPT, Harnsäure) vor allem die Entzündungsparameter BSG und CRP bestimmt werden. Diese sind nicht spezifisch für eine RA, geben aber Hinweise auf eine Inflammation im Allgemeinen. Das Routinelabor ist vor allem bei der Abgrenzung zu anderen Differenzialdiagnosen und zur Planung einer möglichen Therapie wichtig. Als spezifischere Laborparameter sollten des Weiteren bei einer klinisch diagnostizierten Arthritis neben dem Rheumafaktor (RF) unbedingt auch die sogenannten Antikörper (AK) gegen zitruillierte Peptidantigene (ACPA) bestimmt werden. Die wichtigsten Vertreter sind die Anti-CCP-AK und die Anti-MCV-AK. Diese Parameter sind viel spezifischer ( $\leq 98\%$  Spezifität) als der RF. RF sind auch bei etwa 5 Prozent der gesunden Bevölkerung und bei anderen Erkrankungen, wie den Kollagenosen, nachweisbar (2–4). Weiterhin gilt jedoch, dass ein fehlender Nachweis von RF oder ACPA eine RA nicht ausschliesst; vielmehr dienen diese AK zur Frühdiagnose und vor allem auch zur Prognoseeinschätzung. Seropositive Patienten haben ein erhöhtes Risiko für einen rascheren erosiven Progress (5).

**Bildgebung**

Neben der klinischen Untersuchung und der Labordiagnostik kommt der Bildgebung bei der Diagnose einer frühen RA eine zentrale Rolle zu. Die (unbehandelte) RA führt am Knochen zu charakteristischen, gelenknahen, erosiven Veränderungen. Zeigen sich diese im Röntgenbild der Hand oder des Fusses, kann hierüber die Diagnose der RA gestellt werden. Daher ist eine Röntgenaufnahme der Hände und Füße Teil der Primärdiagnostik bei Verdacht auf eine RA, auch zur Abgrenzung gegenüber arthrotischen Veränderungen. Erosive Veränderungen finden sich allerdings erst im Verlauf der Erkrankung und sollten eigentlich vermieden werden. Für die Frühdiagnose sind daher andere Untersuchungsmethoden, die Synovialitis und Ergussbildung als bildmorphologisches Korrelat der Arthritis nachweisen können, wichtiger. Hierfür eignet sich zum einen die Arthronografie, zum anderen die Magnetresonanztomografie (MRT). Mittels Gelenkulterschall kann in geübten Händen sehr einfach und schnell eine Synovialitis oder Tenosynovitis dargestellt werden, insbesondere mittels Hinzunahme der Powerdopplerfunktion (vgl. *Abbildung 1* und *2*). Zusätzlich ist die Methode auch sehr sensitiv bei der Detektion von Erosionen (6). Falls diese Untersuchungsmethode nicht zur Verfügung steht oder keinen eindeutigen Befund erbringt, sollte eine MRT-Untersuchung ergänzt werden. Hierbei eignet sich für die Diagnose der RA vor allem die Darstellung des Handgelenks sowie der Metacarpophalangeal-(MCP-) und der proximalen Interphalangeal-(PIP-)Gelenke, welche allesamt mit einer Handspule erfasst werden können. Insbesondere durch Hinzunahme von Kontrastmittel (KM) zeigen sich hier selbst milde, beginnende Entzündungen. Teilweise kann anhand der KM-Aufnahme und der Dynamik sogar zwischen verschiedenen Arthritiden unterschieden werden (7, 8). Die Dreiphasen-Skelettszintigrafie wird aufgrund ihrer relativ geringen Sensitivität und der schlechten anatomischen Auflösung bei der RA-Diagnostik nur noch in seltenen Fällen herangezogen.

Tabelle:

**ACR/EULAR-Klassifikationskriterien der RA**

Ab 6 Punkten gilt die RA als sicher und ab 5 Punkten als wahrscheinlich.

| Gelenkbeteiligung                       |        |
|---|--------|
| Mittlere beziehungsweise grosse Gelenke | Punkte |
| 1 Gelenk                                | 0      |
| > 1 Gelenk nicht symmetrisch            | 1      |
| > 1 Gelenk symmetrisch                  | 1      |
| 1 bis 3 kleine Gelenke                  | 2      |
| 4 bis 10 kleine Gelenke                 | 3      |
| > 10 Gelenke                            | 5      |
| Serologie                               |        |
| ACPA und RF negativ                     | 0      |
| mindestens 1 Test niedrig positiv       | 2      |
| mindestens 1 Text hoch positiv          | 3      |
| Dauer der Synovitis                     |        |
| ACPA und RF negativ                     | 0      |
| < 6 Wochen                              | 0      |
| > 6 Wochen                              | 1      |
| Akutphaseproteine                       |        |
| CRP und BSG normal                      | 0      |
| CRP und BSG erhöht                      | 1      |

**ACR/EULAR-Klassifikationskriterien der RA**

Liegen bereits typische, erosive Veränderungen an den Gelenken vor, bedarf es keiner weiteren Diagnostik. Für alle anderen Patienten mit nicht anderweitig erklärbaren Gelenksbeschwerden/-entzündungen wurden von der Europäischen Liga gegen Rheumatismus (EULAR) und dem American College of Rheumatology (ACR) 2010 neue Klassifikationskriterien festgelegt, um früher eine Diagnose einer RA, insbesondere für frühe Studieneinschlüsse, stellen zu können (9) (vgl. *Tabelle*). Hier werden mit Hilfe eines Punktsystems verschiedene Manifestationen/Laborwerte bewertet und addiert. Erreicht ein Patient mehr als fünf Punkte, gilt die Diagnose RA als sicher.

Auch für den Hausarzt ist die Nutzung dieser Kriterien sinnvoll, gerade um mit einfachen Mitteln zu einer gut begründbaren Diagnose zu kommen und so die zeitnahe Vorstellung bei einem Facharzt zu ermöglichen.

Die meisten Praxen/Kliniken bieten heutzutage eine sogenannte Früharthritissprechstunde an, hierdurch können Hausärzte durch eine kompetente Vorarbeit die Vorstellung beim Facharzt beschleunigen. Die S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie rät zu einer Vorstellung beim Rheumatologen, wenn persistierende Gelenkschwellungen (z.B. länger als 6 Wochen) in mehr als zwei Gelenken bestehen (10).

**Zusammenfassung und Empfehlung**

Vom Hausarzt sollten bei Verdacht auf eine RA in Anamnese und klinischer Untersuchung ergänzt werden:

- ❖ BSG/CRP
- ❖ RF und Anti-CCP-AK (oder Anti-MCV)
- ❖ gegebenenfalls Röntgen der Hände (Frage: Erosionen oder arthrotische Veränderungen?).

Bestätigt sich der Verdacht, erfolgt der Verweis an den Facharzt, am besten über eine Früharthritissprechstunde (häufig separate Anmeldungsbögen vorhanden).

Sonografie und MRT sowie die weitere Differenzierung der Arthritis können dann beim Facharzt ergänzt werden. Überbrückend bis zur endgültigen Diagnose können nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) eingesetzt werden. Eine spezifische Therapie sollte erst nach eindeutiger Diagnose durch den Facharzt erfolgen. ❖

PD Dr. med. Jörg Henes

Universitätsklinik Tübingen, Zentrum für Interdisziplinäre Klinische Immunologie, Rheumatologie und Autoimmunerkrankungen – INDIRA und Medizinische Klinik II D-72076 Tübingen

Prof. Dr. med. Bernhard Hellmich

Klinik für Innere Medizin, Rheumatologie, Immunologie Klinik Kirchheim D-73230 Kirchheim unter Teck

Interessenkonflikte: Die Autoren haben keine deklariert.

Literatur:

1. Schneider S et al.: Prevalence and correlates of inflammatory arthritis in Germany: data from the First National Health Survey. *Rheumatol Int* 2006; 27(1): 29–38.
2. Feist E et al.: Autoantikörperprofile bei der rheumatoiden Arthritis. *Z Rheumatol* 2007; 66: 212–218.
3. Van Venrooij WJ et al.: Autoantibodies to citrullinated antigens in (early) rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev* 2006; 6: 37–41.
4. Bang H et al.: Mutation and citrullination modifies vimentin to a novel autoantigen for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2007; 56: 2503–2511.
5. Forslind K et al.: Prediction of radiological outcome in early rheumatoid arthritis in clinical practice: role of antibodies to citrullinated peptides (anti-CCP). *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 1090–1095.
6. Szkudlarek M et al.: The discriminatory capacity of ultrasound in rheumatoid arthritis: active vs inactive, early vs advanced, and more. *Rheumatology (Oxford)* 2012; 51 Suppl 7: 6–9.
7. Schwenzer NF et al.: The role of dynamic contrast-enhanced MRI in the differential diagnosis of psoriatic and rheumatoid arthritis. *AJR Am J Roentgenol* 2010; 194(3): 715–720.
8. Vogel M et al.: MR imaging findings in rheumatoid arthritis – MRT of the hand in rheumatoid arthritis. *Rofo* 2012; 184(7): 593–596.
9. Aletaha D et al.: 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2010; 62(9): 2569–2581.
10. Schneider M et al.: Interdisziplinäre Leitlinie: Management der frühen rheumatoiden Arthritis. <http://dgrh.de/leitliniefruehera.html>.

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 12/2015. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autoren.