

Gelenkschmerzen

Klinische Wegweiser in der Differentialdiagnostik

Christine Beyeler



Einleitung

Hausärzte werden häufig wegen Gelenkschmerzen konsultiert. Aufgrund anamnestischer Angaben und klinischer Untersuchungsbefunde können die initial breiten Differentialdiagnosen schrittweise eingengt werden. Die Beurteilung der Gefährlichkeit hinsichtlich Gelenkschaden entscheidet über die Dringlichkeit weiterer Abklärungen und Behandlungen. Beispielsweise vermag die rasche Diagnosestellung und gezielte Therapie einer bakteriellen Arthritis das Risiko der Gelenkzerstörung zu reduzieren. Die Einschätzung der Behandelbarkeit leitet zudem die ökonomische Anordnung von Zusatzuntersuchungen. Die Erfassung und Therapie beispielsweise einer Hämochromatose als seltener Ursache einer vorzeitigen degenerativen Gelenkpathologie vermag die Schäden an inneren Organen in Grenzen zu halten und das Manifestwerden der Erkrankung bei Familienangehörigen zu verhindern. Ziel der folgenden Übersicht ist die Zusammenstellung wichtiger differentialdiagnostischer Wegweiser aus Anamnese und klinischer Untersuchung. Für die Zusammenfassung des weiteren Abklärungsgangs mittels Blutuntersuchungen, Synovialanalysen und bildgebender Verfahren sei auf weitere Übersichtsarbeiten verwiesen [1–7].

Schmerzcharakter (Tab. 1)

Ruhschmerzen ohne Linderung durch einen Lagewechsel sowie eine anhaltende Morgen-

steifigkeit von mehr als 30 Minuten Dauer weisen auf eine entzündliche Gelenkerkrankung hin. Differentialdiagnostisch in Betracht kommen eine Arthritis im Rahmen einer Infektionskrankheit, einer Kristallablagerungserkrankung, einer rheumatoiden Arthritis, Konnektivitis, Vaskulitis oder eines Malignoms. Morgenbetonte Schultergürtel- und Beckengürtelschmerzen begleitet von einer länger dauernden Morgensteifigkeit, allenfalls ebenso von flüchtigen Gelenkschwellungen oder gar Ischämie-bedingten Beschwerden wie Kauschmerzen, Visusstörungen oder Claudicatio intermittens der oberen Extremitäten, sind typisch für eine Polymyalgia rheumatica mit oder ohne nachweisbare Riesenzellerarthritis. Abzugrenzen von diesen Gelenkschmerzen von entzündlichem Charakter sind Knochenschmerzen im Rahmen von Knochenkrankungen mit erhöhtem Umbau wie Osteomalazie, M. Paget, Karzinometastasen, multiples Myelom, Lymphom oder Leukämie.

Das Vorliegen einer Gelenkschwellung mit Überwärmung und Bewegungseinschränkung per se ist noch nicht beweisend für eine entzündliche Gelenkerkrankung. Weiche Gelenkschwellungen sind auf eine Synovialitis, einen Erguss und/oder eine periartikuläre Gewebsvermehrung, beispielsweise im Rahmen diffuser Ödeme, einer beginnenden Konnektivitis, einer Frühform der Algoneurodystrophie, einer Bursitis oder von Fettpolstern bei Adipositas zurückzuführen. Harte Gelenkschwellungen entsprechen Osteophyten als Folge arthrotischer Gelenkveränderungen. Der Gelenkerguss ist klar bei einer aktivierten Arthrose oder einer

Tabelle 1. Schmerzcharakter.

Entzündlicher Schmerzcharakter

- Ruhschmerzen ohne Linderung durch Lagewechsel
- Anhaltende Morgensteifigkeit (mehr als 30 Minuten)

Mechanischer Schmerzcharakter

- Belastungsabhängige Schmerzen mit Linderung durch Ruhestellung
- Anlaufschmerzen
- Kurzdauernde Morgensteifigkeit (wenige Minuten)

Korrespondenz:
PD Dr. Christine Beyeler
Leitende Ärztin, MME
Klinik für Rheumatologie und
Klinische Immunologie/Allergologie
Inselspital
CH-3010 Bern

christine.beyeler@insel.ch

Tabelle 2. Typische Erstmanifestationsalter.

Vor 40jährig	Jedes Lebensalter	Nach 50jährig
Reaktive Arthritis	Psoriasisarthritis	Arthrose
Spondylitis ankylosans Bechterew	Rheumatoide Arthritis	Hämochromatose
Systemischer Lupus erythematodes	Sarkoidose	Pseudogicht
Hämophilie	Systemsklerose	Paraneoplastische Arthritis
	Vaskulitiden	Polymyalgia rheumatica

Tabelle 3. Typische Gelenkbefallsmuster.

Monoartikulär	Grosses Gelenk	Bakterielle Arthritis, Kristallarthritis (Pseudogicht, Gicht, Apatitose), Hämarthros (Hämophilie, Antikoagulation), aktivierte Arthrose, Osteonekrose, posttraumatisch
	Kleines Gelenk	Gicht, aktivierte Arthrose
Oligoartikulär	Grosse Gelenke (asymmetrisch, untere > obere Extremitäten)	Reaktive Arthritis, Psoriasisarthritis, Sarkoidose, Lyme-Arthritis, bakterielle Arthritis inkl. Tuberkulose bei Immunsuppression und anderen besonderen Risikosituationen, Kristallarthritis, paraneoplastische Arthritis
Polyartikulär	Asymmetrisch	Psoriasisarthritis, Arthritis bei M. Crohn, Colitis ulcerosa, reaktive Arthritis, Kristallarthritis
	Symmetrisch	
	Sakroiliakgelenke, Sternoklavikulargelenke, Hüften, Schultern, Knie	Spondylitis ankylosans Bechterew und übrige Spondylarthritiden
	Hüften, Knie	Aktivierte Arthrosen
	DIP, PIP, Daumensattelgelenke	Fingerpolyarthrose
	MCP II, III und grosse Gelenke	Hämochromatose
	DIP und grosse Gelenke	Psoriasisarthritis
	MCP, PIP, Handgelenke, MTP	Rheumatoide Arthritis, systemischer Lupus erythematodes, virale Arthritis
Strahlförmig	Daktylitis	Reaktive Arthritis, Psoriasisarthritis

DIP = distale Interphalangealgelenke, PIP = proximale Interphalangealgelenke, MCP = Metakarpophalangealgelenke, MTP = Metatarsophalangealgelenke

Gelenkbinnenläsion, trüb bei einer Arthritis oder einer Neoplasie, beziehungsweise blutig bei einer Gelenkblutung bei Hämophilie oder unter Antikoagulation.

Belastungsabhängige Schmerzen mit Linderung durch Ruhestellung sowie Anlaufschmerzen, allenfalls begleitet von einer kurz dauernden Morgensteifigkeit von wenigen Minuten Dauer weisen auf eine mechanische Gelenkpathologie hin. Beispiele sind eine symptomatische Arthrose, eine Osteonekrose, eine Gelenkbinnenläsion wie beispielsweise ein Meniskusriss oder ein Hypermotilitätssyndrom. Zusätzliche Beschwerden wie Blockierungen oder «giving away» sowie positive Provokationsmanöver unterstützen den Verdacht auf eine mechanische Gelenkproblematik. Abzugrenzen von diesen Gelenkschmerzen von mecha-

nischem Schmerzcharakter sind periartikuläre Schmerzen, beispielsweise zufolge einer Impingement-Symptomatik, einer Bursitis, einer Tendinitis, einer Insertionstendinopathie wie Epikondylitis humeri oder einer Enthesitis, welche sich durch eine gezielte klinische Untersuchung eingrenzen lassen.

Ein weiteres Krankheitsbild stellt die Fibromyalgie dar, welche durch ausgedehnte, meist symmetrische Schmerzen, vegetative Symptome sowie charakteristische, schmerzhafte Druckpunkte an Muskeln und Muskelansätzen gekennzeichnet ist. Unspezifische Arthralgien finden sich bei Stoffwechselstörungen wie Hypothyreose, subakuter Thyreoiditis, M. Addison und Hyperparathyreoidismus. Im weiteren können Gliederschmerzen Folge von belastungsabhängigen, allenfalls von einer

Schwäche begleiteten Muskelschmerzen, neurogenen Schmerzen bei Radikulopathie oder peripherer Kompressionsneuropathie, vaskulär-ischämischen Schmerzen oder viszeralen

Schmerzen bei Beteiligung innerer Organe sein. Schliesslich weisen kaum modulierbare, von multiplen anderen funktionellen Beschwerden begleitete diffuse Schmerzen auf eine Somatisierungsstörung hin.

Abbildung 1.
Enthesitis und Peritendinitis
der Achillessehne am Calcaneus.



Abbildung 2.
Daktylitis mit wurstförmiger
Schwellung einer Zehe.



Abbildung 3.
Erythema chronicum migrans
nach Zeckenbiss.



Beginn und zeitlicher Verlauf

Innerhalb weniger Stunden bis Tage auftretende, häufig sehr schmerzhaft Gelenkschwellungen sind bis zum Beweis des Gegenteils Folge einer bakteriellen Arthritis oder von Kristallarthritis im Sinne einer akuten Gichtarthritis, Pseudogichtarthritis oder weniger häufig apatitinduzierten Arthritis. Das schleichende Auftreten einer Gelenkschwellung dagegen weist vielmehr auf einen «low grade»-Infekt, eine beginnende rheumatoide Arthritis oder Konnektivitis hin. Ein vorausgegangener gastrointestinaler oder urogenitaler Infekt lässt an eine reaktive Arthritis, ein Zeckenbiss an eine Lyme-Arthritis sowie eine Immunsuppression oder eine aussergewöhnliche Infektionsexposition an eine bakterielle Arthritis denken. Ebenso begünstigen eine akute interistische Erkrankung, ein chirurgischer Eingriff oder ein Trauma das Auftreten einer Kristallarthritis.

Erkrankungsalter (Tab. 2)

Epidemiologische Daten zeigen uns die Häufigkeit, Alters- und Geschlechtsverteilung verschiedener Gelenkerkrankungen. So ist beispielsweise eine subakute Oligoarthritis bei einem jungen Patienten viel wahrscheinlicher Folge einer reaktiven Arthritis als eine Pseudogichtarthritis im Rahmen der Kalziumpyrophosphat-Ablagerungserkrankung, welche sich kaum vor dem 50. Lebensjahr manifestiert. Bei Frauen treten die Fingerpolyarthrose, die rheumatoide Arthritis und der systemische Lupus erythematodes, bei Männern der M. Reiter und die Gicht gehäuft auf.

Gelenkbefallsmuster (Tab. 3)

Gewisse Gelenkbefallsmuster sind praktisch pathognomonisch für spezifische Erkrankungen wie beispielsweise die akute Arthritis des Grosszehengrundgelenkes bei Gichtarthritis, die chronische, symmetrische Polyarthritiden der kleinen Finger-, Zehen- und Handgelenke bei rheumatoider Arthritis oder die strahlförmige Daktylitis bei Spondylarthritis. Andere Gelenkbefallsmuster belassen ein grösseres Spektrum möglicher Ursachen offen wie beispielsweise die akute Monarthritis eines grossen Gelenkes.

Tabelle 4. Extraartikuläre Manifestationen.

Bewegungsapparat	Enthesitis, Tendovaginitis	Spondylarthritiden Rheumatoide Arthritis, Konnektivitiden
Allgemeinsymptome	Fieber, Krankheitsgefühl, Gewichtsverlust	Bakterielle Arthritis, reaktive Arthritis, Kristallarthritis, systemischer Lupus erythematodes, M. Still, Vaskulitiden
Haut	Starke Rötung	Gicht, Pseudogicht, bakterielle Arthritis
	Transientes Exanthem	Parvovirusinfektion, M. Still
	Erythema chronicum migrans	Lyme-Arthritis
	Schmetterlingserythem, Fotosensibilität	Systemischer Lupus erythematodes
	Palpable Purpura	Vaskulitiden, septische Embolien
	Gottron-Papeln	Dermatomyositis
	Erythema nodosum	Sarkoidose, reaktive Arthritis, M. Crohn, M. Behçet
	Rheumaknoten	Rheumatoide Arthritis
	Tophi	Gicht
	Pustulöse Veränderungen	Psoriasisarthritis, reaktive Arthritis, SAPHO-Syndrom
	Psoriasisherde	Psoriasisarthritis
	Tüpfelnägel, Ölflecken	Psoriasisarthritis
	Vermehrter Haarausfall	Systemischer Lupus erythematodes, Arthropathie bei Thyreopathien
	Sklerodaktylie, akrale Nekrosen, Teleangiektasien	Systemsklerose, CREST-Syndrom
Schleimhäute	Ulzera	Vaskulitiden
	Aphthen oral	Reaktive Arthritis, systemischer Lupus erythematodes, M. Behçet
	Ulzera Nasenschleimhäute	M. Wegener
	Balanitis, Urethritis	Reaktive Arthritis, Gonokokkenarthritis
Augen	Ulzera genitalia	M. Behçet
	Konjunktivitis	Reaktive Arthritis
	Keratokonjunktivitis sicca	Sjögren-Syndrom
	Skleritis, Episkleritis	Rheumatoide Arthritis
Gastrointestinaltrakt	Iridozyklitis/Uveitis	Spondylarthritiden, M. Behçet, Sarkoidose
	Durchfall, Schleim-, Blutbeimengung, Malabsorption	Reaktive Arthritis, Arthritis bei entzündlichen Enteropathien (M. Crohn, Colitis ulcerosa, M. Whipple, Sprue)
Weitere Organsysteme	Pleuritis, Perikarditis	Systemischer Lupus erythematodes, rheumatoide Arthritis
	Interstitielle Pneumopathie	Systemsklerose, Sarkoidose, M. Wegener
	Endokarditis	Systemischer Lupus erythematodes
	Aortitis und Arteriitis der abgehenden Äste	Riesenzelleriitis
	Raynaud-Symptomatik	Konnektivitiden
	Glomerulonephritis, Hypertonie	Konnektivitiden
	Polyneuropathie, Mononeuritis multiplex	Vaskulitiden

Abbildung 4.
Septische Embolien bei
Gonokokkeninfektion.



**Extraartikuläre Manifestationen
(Tab. 4, Abb. 1–6)**

Allgemeinsymptome sowie Veränderungen an Haut, Schleimhäuten, Augen, inneren Organen und Nervensystem müssen gezielt erfragt und klinisch minutiös gesucht werden. Bei deren Vorliegen sind sie von grosser differentialdiagnostischer und indirekt auch von prognostischer Bedeutung. Insbesondere ermöglichen extraartikuläre Manifestationen am Bewegungsapparat die Zuordnung zu Krankheits-

Abbildung 5.
Tüpfelnägel bei Psoriasis.

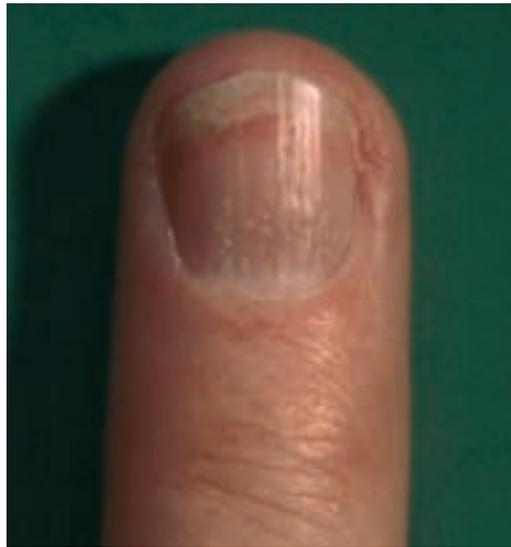


Abbildung 6.
Konjunktivitis bei reaktiver Arthritis.



familien. So sind Enthesitiden mit schmerzhaften entzündlichen Veränderungen der Muskelsehnenansätze am Knochen wie am Kalkaneus (Achillessehne, Plantaraponeurose) oder am Tuber ischiadicum pathognomonisch für das Vorliegen einer Spondylarthritis. Tendovaginitiden der Fingerflexoren- und -extensorensehnen dagegen treten klassischerweise bei der rheumatoiden Arthritis oder dem systemischen Lupus erythematoses auf. Im weiteren weisen schleichend aufgetretene Rückenschmerzen in der zweiten Nachthälfte und am frühen Morgen, gelindert durch Bewegung, begleitet von einer anhaltenden Morgensteifigkeit und einhergehend mit einer Bewegungseinschränkung auf eine Spondylarthritis hin.

Familienanamnese

Pathogenetisch sehr unterschiedliche Erkrankungen kommen familiär gehäuft vor wie die Spondylarthritis (Spondylitis ankylosans Bechterew, Psoriasisarthritis, Arthritis bei entzündlichen Enteropathien), Hämochromatose, Gicht, rheumatoide Arthritis, systemischer Lupus erythematoses und Fingerpolyarthrose.

Quintessenz

- Anamnese und klinische Untersuchung entscheiden über die Dringlichkeit und das Ausmass weiterer Abklärungen und Behandlungen.
- Ruheschmerzen und eine anhaltende Morgensteifigkeit weisen auf eine entzündliche Gelenkerkrankung, belastungsabhängige Schmerzen und Anlaufschmerzen auf eine degenerative Gelenkpathologie hin.
- Bei einer akut aufgetretenen monoartikulären Schwellung müssen eine bakterielle Arthritis und Kristallarthritis ausgeschlossen werden. Weitere Gelenkbefallsmuster erleichtern die Einordnung der Gelenkerkrankungen.
- Enthesitiden, Daktylitiden und Rückenschmerzen von entzündlichem Charakter weisen auf eine Spondylarthritis hin.
- Allgemeinsymptome sowie Veränderungen an Haut, Schleimhäuten, Augen, inneren Organen und Nervensystem müssen gezielt erfragt und minutiös gesucht werden und sind bei deren Vorliegen von grosser differentialdiagnostischer Bedeutung.

Literatur

- 1 Seitz M, Villiger PM. Unklare Gelenkschmerzen – Abklärungsstrategie. *Ther Umschau* 2002;59:508–14.
- 2 Seitz M, Villiger PM. Stellenwert der Labordiagnostik bei entzündlich-rheumatologischen Erkrankungen. *Praxis* 2002;91:67–75.
- 3 Keitel W, Genth E, Gromnica-Ihle, et al. Leitlinie für das Symptom Gelenkschwellung – Primärärztliches Problemmanagement und Überweisungsindikationen. *Z Rheumatol* 2000;59:151–61.
- 4 ACR ad hoc committee on clinical guidelines. Guidelines for the initial evaluation of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms. *Arthritis Rheum* 1996;39:1–8.
- 5 Dearborn JT, Jergesen HE. The evaluation and initial management of arthritis. *Prim Care* 1996;23:215–40.
- 6 Sorskin R, Ward SB. Joint pain. *Med Clin of North Am* 1995;79:247–60.
- 7 Brühlmann P, Michel BA. Diagnostische Wegweiser in der klinischen Diagnostik von Gelenkerkrankungen. *Praxis* 1993;18:544–50.