



Patient mit Gelenkschmerzen: Das könnte eine RA sein, wenn ...

Sieben Kriterien führen auf den Hausarzt die Spur -- Autorin: E. Oberhofer

Bis ein Patient mit rheumatoider Arthritis (RA) seine Diagnose erhält, vergeht immer noch viel zu viel Zeit. Hier lesen Sie, welche Symptome und Befunde auf eine frisch anlaufende RA hindeuten.



Aktuelle Berichte vom Ortho Trauma Update, 4.-5. März 2022, Berlin/online

Um der fortschreitenden Gelenkdestruktion bei rheumatoider Arthritis (RA) zuvorzukommen, ist es wichtig, die Erkrankung frühzeitig zu erkennen und dann gleich leitliniengerecht zu therapieren. Nach Prof. Klaus Krüger, Rheumatologe aus München, sind viele RA-Patienten jedoch vom optimalen Zeitrahmen – zwölf Wochen von Symptombeginn bis zur Diagnose – meilenweit entfernt. So vergeht

im Schnitt immer noch ein ganzes Jahr, bis ein Betroffener hierzulande erstmals einen Rheumatologen sieht, in 16% der Fälle sind es sogar mehr als zwei Jahre.

Bei diesen Kriterien an RA denken!

Krüger präsentierte auf dem Ortho Update eine Liste von Kriterien aus der aktuellen S3-Leitlinie [1], die

Infobox 1 Gaenslen-Zeichen: Wie schmerzhaft ist der Händedruck?

Mit einem gezielten Handgriff lässt sich eine Entzündung der Fingergrundgelenke recht zuverlässig diagnostizieren. Dazu wird die Hand des Patienten im Bereich der MCP-Gelenke fest zusammengedrückt, wie beim Händeschütteln. Die Kompression ist für Patienten mit rheumatoider Arthritis stark schmerzhaft.



Der Experte

Prof. Dr. med. Klaus Krüger ist Internist und Rheumatologe. 1999 gründete er das Rheumatologische Praxiszentrum St. Bonifatius in München, das er heute leitet.

auf eine frisch anlaufende RA hinweisen können. Daran denken sollte der Hausarzt demnach bei Patienten mit Gelenkschmerzen (noch ohne Schwellung), wenn

1. die Schmerzen seit weniger als einem Jahr bestehen,
2. Beschwerden an den Metakarpophalangeal- (MCP)-Gelenken vorliegen,
3. Morgensteife berichtet wird, die mindestens eine Stunde anhält,
4. die Beschwerden morgens am stärksten sind,
5. der Patient Angehörige ersten Grades mit RA hat,
6. Schwierigkeiten beim Faustschluss bestehen,
7. an den MCP-Gelenken ein Querdruckschmerz (s. **Infobox 1**) ausgelöst werden kann.

Treffen mindestens drei dieser sieben Kriterien zu, muss zumindest von einer klinisch suspekten Arthralgie ausgegangen werden. In diesem Fall emp-

Rheuma und COVID-19: Kein erhöhtes Risiko!

Bei gut eingestellter Grunderkrankung haben Patienten mit entzündlich rheumatischer Grunderkrankung kein höheres Ansteckungsrisiko und auch kein höheres Risiko für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung als die Allgemeinbevölkerung. In diesem Punkt ist man sich laut Prof. Klaus Krüger, München, mittlerweile sicher. Die Therapie mit DMARD (Disease-modifying anti-rheumatic drugs) lässt man dem Rheumatologen zufolge bei RA-Patienten mit positivem Corona-Test, aber asymptomatischem Verlauf der SARS-CoV-2-Infektion „einfach weiterlaufen“. Unterbrochen werde die Behandlung nur bei florider Infektion. „Das ist nicht anders als bei anderen Infektionen“, betonte Krüger.

Auch eine anstehende Impfung sei prinzipiell kein Grund, die DMARD-Therapie abzusetzen. Es gibt nach Krüger lediglich drei Substanzen, mit denen man kurz pausiert, um die Impfantwort zu verbessern: Methotrexat (MTX), Abatacept und JAK-Inhibitoren. „Das bedeutet aber, MTX nur einmal wegzulassen und JAK-Inhibitoren drei oder vier Tage zu pausieren, dann kann man gleich wieder loslegen“, sagte der Rheuma-Experte. In Studien habe man zeigen können, dass sich die Impfantwort durch diese Maßnahme leicht verbessert. Ob sich dies überhaupt klinisch auswirkt, sei jedoch nicht bekannt.

eo

fehlt die S3-Leitlinie eine Reihe von Laboruntersuchungen, die jedoch nicht alle gleichermaßen zu bewerten sind. Laut Krüger sind weder BSG noch CRP zuverlässige Parameter für die RA-Diagnostik, obwohl ihre Bestimmung empfohlen wird.

Ähnliches gilt für den IgM-Rheumafaktor: Hier sollte sich der Arzt bewusst sein, dass ein positives Ergebnis zum Beispiel auch bei Viruserkrankungen, Kollagenosen oder Malignomen vorkommt, außerdem durchaus schon mal bei vollständig Gesunden.

Anti-CCP-Antikörper „nahezu beweisend“

Nahezu beweisend, zumindest bei signifikant erhöhtem Titer, sind dem Rheumatologen zufolge dagegen Antikörper gegen citrullinierte Peptide (Anti-CCP). „Wenn bei einem Patienten mit Gelenkschmerzen oder -schwellung der Anti-CCP-positiv ist, ist die RA schon fast gesichert“, so Krüger. Der Nachweis von CCP-Antikörpern kann der klinisch manifesten RA um Jahre vorausgehen und hat bei einer noch undifferenzierten Arthritis einen hohen prädiktiven Wert für die Entwicklung einer RA.

Verdächtiger „Querdruckschmerz“

Gelenkschwellungen seien vor allem dann verdächtig, wenn sie seit mindestens sechs Wochen bestehen und ein symmetrisches Verteilungsmuster aufweisen. Bei einer Persistenz von mehr als drei bis sechs Monaten ist eine RA wahrscheinlich. Die Gelenkschwellung ist als „parallelastische“ Weichteilschwellung der Gelenkkapsel zu palpieren. Im Bereich der Fingergrund- und Zehengrundgelenke lenkt ein sog. Querdruckschmerz, also Schmerz beim seitlichen Zusammendrücken der Gelenke, den Verdacht auf eine RA.

Bildgebung nicht zu früh

Die Röntgenuntersuchung, insbesondere die dorsovolare Aufnahme beider Hände und Füße, ist essenzieller Bestandteil der Primärdiagnostik bei Verdacht auf RA. Allerdings: Auch eine aggressiv erosiv verlaufende RA führt erst nach durchschnittlich 6–24 Monaten zur Ausbildung röntgenologisch fassbarer Erosionen. Das Fehlen solcher Veränderungen schließt also das Vorliegen einer frühen RA nicht aus.

Eine Einschränkung machte der Rheumaexperte bei der bildgebenden Frühdiagnostik mit Arthrosonografie und MRT. Diese könnten zur Abklärung einer RA zwar sehr hilfreich sein, erforderten jedoch aufgrund der vielen Fehlermöglichkeiten „das Know-how des Spezialisten“.

Literatur:

1. Schneider M et al. Management der frühen rheumatoiden Arthritis. AWMF-Leitlinie, Registernummer: 060/002; <https://link.springer.com/article/10.1007/s00393-020-00775-6>