

## 1. Anamneseerhebung bei rheumatischen Erkrankungen

*Kursiv gedruckte Textpassagen stellen fakultativ zu erarbeitende Sachverhalte dar!*

Jede internistische Befunderhebung muss orientierende Fragen und Untersuchungstechniken zu krankhaften Veränderungen am Bewegungsapparat einschließen. Ein anamnestisches und klinisches Screening für rheumatische Erkrankungen ermöglicht der GALS-Test (Siehe Anhang!). Derartige Schnelltests dürfen jedoch niemals als Ersatz für eine rheumatologische Untersuchung dienen, wenn der Verdacht auf eine Erkrankung des Bewegungsapparates besteht.

### 1.1. Grundsätze der rheumatologischen Anamnese und Untersuchung:

- Eine gründliche Befragung und Untersuchung braucht Zeit: 45 Minuten für den Erstkontakt einplanen!
- Bei der Mehrzahl rheumatologischer Krankheitsbilder kann durch eine gründliche Befragung und klinische Untersuchung die Diagnose bereits mit großer Sicherheit gestellt und durch wenige einfache technische Untersuchungen bestätigt werden. So lässt sich unnötiger Aufwand vermeiden – und letztlich Zeit sparen!
- Die Untersuchung erfolgt am vollständig entkleideten Patienten (maximal Unterhose und BH anlassen)!
- Die Untersuchung soll sämtliche Gelenke einbeziehen – auch Gelenke, die der Patient nicht präsentiert.
- Der Gelenkstatus schließt immer die Prüfung der Gelenkfunktion mit ein.
- Typische Leitsymptome müssen systematisch erfragt werden, da die Patienten diese nicht spontan äußern! (z.B. Xerophthalmie bei Sjögren Syndrom, Dysurie bei Chlamydiaassoziierter Arthritis, Erythema migrans bei Lyme-Arthritis!)
- Anamnese und klinische Untersuchung bilden in der rheumatologischen Praxis die Grundlage für die Erhebung standardisierter Scores. Diese sind für die Beurteilung der Krankheitsaktivität und für die Steuerung der Therapie entzündlicher Gelenkerkrankungen heute obligat! (z.B. Disease Activity Score DAS für die rheumatoide Arthritis – siehe einschlägige Lehrbücher für Rheumatologie)

## 1.2. Die Kernfrage: Wo liegt die schmerzauslösende Struktur?

- Schmerzursache Myalgie (Muskelschmerz): Führende Muskelschwäche und –atrophie mit sekundärem Schmerz bei Polymyositis/Dermatomyositis
- erheblicher Muskelschmerz ohne Minderung der Muskelkraft bei Polymyalgia rheumatica
- Schmerzursache Enthesitis: Entzündung von Sehnenansätzen: hinweisend auf Spondyloarthropathie
- Schmerzursache Tenosynovialitis: Schwellung, Schmerz, evtl. Krepitation entlang einer Sehnenscheide (z.B. Tenosynovitis der Sehne des M. extensor carpi ulnaris bei Rheumatoider Arthritis)
- Schmerzursache Neuralgischer Schmerz: Brennender, oberflächlicher Schmerz entlang eines Dermatoms, evtl. mit Parästhesien (z.B. bei Carpaltunnelsyndrom, Radikulärsyndrom, Neuritis)
- Schmerzursache Ischämie: Dumpfer, belastungs- und lageabhängiger Schmerz, z.B. bei Arterieller Verschlusskrankheit oder Vaskulitis
- u.v.a.m.....!!!

Und für den Rheumatologen besonders wichtig: Schmerzursache Gelenk Siehe Punkt 1.3 und ff.

## 1.3. Differenzierung von Gelenkschmerzen

### Arthralgie oder Arthritis?

#### Arthralgie – oft unspezifisch, wenig richtungsweisend

- Gelenkschmerz ohne Gelenkschwellung
- Vielfältige Ursachen: häufig Begleitphänomen bei Infektionen; Arthrosen; Überlastung; entzündliche Gelenkerkrankung; Allgemeinerkrankung etc.
- Arthralgien ausschliesslich *bei Belastung*: degenerative Ursache eher wahrscheinlich (Tab. 1).
- *Merke*: Arthralgien *in Ruhe* können erstes Symptom einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung sein und in eine Arthritis (Tab. 1) übergehen

### Arthritis – das spezifischere Symptom!

- Gelenkschmerz mit Gelenkschwellung und/oder Überwärmung (Rötung kann fehlen!)
- Angaben des Patienten zu Gelenkschwellungen sind oft unsicher (z.B. Verwechslung von Knöchelödem und Gelenkschwellung) und müssen vom Untersucher objektiviert werden.
- Leitsymptome: Schwellung und Schmerz in Ruhe, Morgensteifigkeit, oft Besserung durch Kälte
- bei Rötung und Überwärmung des Gelenks: an septische Arthritis denken!

Entzündliche oder degenerative Gelenkerkrankung?

**Tab. 1** Leitbefunde bei Arthritis (entzündlich) versus Arthrose (degenerative Gelenkveränderung)

	<b>Arthritis</b>	<b>Arthrose</b>
Schmerzen in Ruhe	ja	nein
Besserung durch Bewegung	häufig	selten
Schmerzmaximum	morgens, in Ruhe	abends, bei Belastung
Morgensteifigkeit	ja, länger als 1 Stunde	„Warmlaufschmerz“ – 5/10 Minuten
Anlaufschmerz	seltener	ja
Besserung durch Wärme	seltener	häufig*
Weiche Gelenkschwellung	ja	nein*
Knöchelverbreiterung	nein	möglich
Schmerzzunahme	Tage bis Wochen	Monate bis Jahre

\*Ausnahme aktivierte Arthrose, „Pseudogicht“

## 1.4. Charakterisierung von Arthritiden

### Wer ist betroffen?

Altersabhängigkeit: Reaktive Arthritiden, rheumatoide Arthritis, Spondyloarthropathien und Kollagenosen können bereits bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auftreten. Degenerative Erkrankungen, Gichtarthropathie eher bei älteren Patienten.

Geschlechtsabhängigkeit: Kollagenosen, rheumatoide Arthritis: Frauen deutlich häufiger betroffen. Gicht: Bei fertilen Frauen eine Rarität, bei Männern deutlich häufiger. Spondyloarthropathien: Männer und Frauen etwa gleich häufig betroffen.

### Wie viele Gelenke betroffen?

Arthritiden werden nach der Zahl der betroffenen Gelenke eingeteilt (Tab. 2):

- Monarthritis: 1 Gelenk betroffen
- Oligoarthritis: 2 – 4 Gelenke betroffen
- Polyarthritis: mehr als 4 Gelenke betroffen

### Symmetrischer oder asymmetrischer Befall?

Eher symmetrisch verlaufen die Arthritiden bei rheumatoider Arthritis und bei Kollagenosen, eher asymmetrisch bei Psoriasis arthropathica, anderen Spondyloarthropathien und reaktiven Arthritiden. Ausnahmen von dieser Regel sind nicht selten!

**Tab. 2** Differentialdiagnose von Mon-Oligo-und Polyarthritiden. Achtung: Jede Polyarthritis kann als Mon- oder Oligoarthritis, jede Oligoarthritis als Monarthritis beginnen!

<b>Monarthritis</b>	Septische Arthritis, akuter Gichtanfall, aktivierte Arthrose Spondyloarthropathien (z.B. M. Bechterew) Juvenile idiopathische Arthritis
<b>Oligoarthritis</b>	reaktive Arthritis Löfgren-Syndrom (akute Sarkoidose) Spondarthropathien (z.B. M. Bechterew) Psoriasis arthropathica Arthritis bei chron.-entzdl. Darmerkrankungen Lyme-Arthritis (Borreliose) Arthritis bei systemischen Vaskulitiden Rheumatoide Arthritis Juvenile idiopathische Arthritis
<b>Polyarthritis</b>	Rheumatoide Arthritis Arthritis bei Kollagenosen und Vaskulitiden adulter M. Still Rheumatisches Fieber Hämochromatose Chronische Gichtarthropathie Psoriasis arthropathica (polyartikulärer Verlauf) Juvenile idiopathische Arthritis

### Befall großer oder kleiner Gelenke?

- Befall kleiner Gelenke (z.B. Fingergelenke, Zehengelenke): typisch z.B. für die rheumatoide Arthritis und Kollagenosen
- Befall grosser Gelenke (z.B. Kniegelenke, Sprunggelenke): bei reaktiven Arthritiden, Spondarthritis, Kristallarthropathien oder septischen Arthritiden

### Verteilungsmuster der Arthritiden?

Viele Gelenkerkrankungen bevorzugen bestimmte Gelenkregionen (Tab. 3). Fragen Sie, wo die Arthritiden begonnen haben und wie der weitere Verlauf war!

#### **Tab. 3** Häufig befallene Gelenkregionen bei ausgewählten Erkrankungen.

Abkürzungen: MCP = Metacarpophalangealgelenke, PIP = proximale Interphalangealgelenke, DIP = distale Interphalangealgelenke, MTP = Metatarsophalangealgelenke

<b>Befallmuster</b>	<b>Erkrankung</b>
CP, PIP, MTP, Handgelenke	Rheumatoide Arthritis
PIP, DIP	Heberden-/Bouchard-Arthrose
PIP/DIP oder MCP/PIP/DIP im Strahl	Psoriasisarthritis
Kniegelenk, Sprunggelenke	Reaktive Arthritis
Oberes Sprunggelenk	Löfgren-Syndrom (akute Sarkoidose)
Grosszehengrundgelenk, Mittelfuß, Kniegelenk	Akute Gicht

### Zeitliche Dynamik?

- Beginn innerhalb von Minuten bis Stunden: z.B. akuten Gichtanfall oder palindromer Rheumatismus
- bei rascher Progredienz Ausschluss einer septischen Arthritis notwendig (Gelenkpunktion); andere „typische“ Symptome einer septischen Arthritis wie Fieber oder eine Hautrötung können fehlen (z.B. bei einer Kortikosteroidtherapie).
- schleichender Beginn über Wochen und Monate: entzündlich-rheumatische Erkrankungen: rheumatoide Arthritis, Spondyloarthropathien, Kollagenosen
- Progredienz über Monate und Jahre: Degenerative Erkrankungen; aber: eine Aktivierung kann akute Symptome wie bei einer Arthritis auslösen

## Begleitsymptome und Begleiterkrankungen? (Tab. 4)

### Begleitsymptome können:

- auf die Krankheitsursache hinweisen (z.B Urethritis bei reaktiver Arthritis)
- extraartikuläre Manifestationen der Erkrankung anzeigen.
- bei Systemerkrankungen (Kollagenosen und Vaskulitiden) im Vordergrund stehen.
- lediglich in der Vergangenheit bestanden haben – daher gründliche Anamnese!

**Tab. 4** Richtungsweisende Begleitsymptome bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

<b>Leitsymptome</b>	<b>Hinweisend auf</b>	<b>Ursache von</b>
Dysurie, Balanitis circinata	Urethritis	Reaktive Arthritis (Chlamydienarthritis)
Akute Diarrhoen	Kolitis, Enteritis	Reaktive Arthritis (z.B. Yersinien-Arthritis, Salmonellose)
Chronische Diarrhoen Gewichtsverlust	Kolitis	Chronisch-entzündliche Darmerkrankung (M.Crohn, Colitis ulcerosa), M. Whipple
Schuppene Erytheme Nagelveränderungen	Psoriasis	Psoriasis arthropathica
Rachenrötung, Dysphagie, Fieber in der Anamnese	Eitrige Tonsillitis	Rheumatisches Fieber
Zeckenbiss Erythema migrans in der Anamnese	Borreliose	Lymearthritis
Knotige, schmerzhafte Hautrötung an Unterschenkelstreckseiten	Erythema nodosum	Akute Sarkoidose (Löfgren Syndrom)
Subkutane Knoten über mechanisch belasteten Arealen	Rheumaknoten	rheumatoide Arthritis
<i>Girlandenförmige Hautrötungen</i>	<i>Erythema anulare</i>	<i>Rheumatisches Fieber</i>
<i>Gelbsucht</i>	<i>Hepatitis A/B/C</i>	<i>Arthritis bei Hepatitis A/B/C</i>
<i>Haarausfall, Tachykardie</i>	<i>Hyperthyreose</i>	<i>Arthropathie bei Hyperthyreose</i>
<i>„Nierenkolik“</i>	<i>Nephrolithiasis</i>	<i>Hyperparathyreoidismus</i>

### Ansprechen auf Vortherapie?

*Ansprechen auf vorausgegangene Therapieversuche: kann u.U. Hinweise auf die Krankheitsursache geben:*

- *Kälteanwendung wird bei Arthritiden oft als angenehm empfunden.*
- *Anwendung von Wärme: oft Linderung bei Arthrosen*
- *promptes Ansprechen einer Polymyalgia rheumatica auf Glukokortikoide;*
- *Ansprechen von Spondyloarthropathien auf NSAR*
- *Versagen sämtlicher physiotherapeutischer und medikamentöser Maßnahmen beim Fibromyalgie-Syndrom bzw. bei somatoformen Schmerzstörungen*