

Verdacht auf Rheuma – Wann zum Spezialisten und wann nicht?

Suspected Rheumatism – When to Refer to a Specialist, and When Not?

Gülcan Sahan-Hildebrandt¹, Hanna Kaduszkiewicz¹, Pontus Harten²

Hintergrund

Die Zahl der ambulant tätigen Rheumatologen ist geringer als der geschätzte Bedarf, lange Wartezeiten sind die Regel. Fehlzusweisungen zu Rheumatologen verschärfen das Problem. Ziel dieses Fortbildungsartikels ist es, mehr Sicherheit bezüglich der hausärztlichen Diagnostik und Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen zu schaffen. Es erfolgen auch Hinweise, wann eine Überweisung zum Rheumatologen sinnvoll ist – und wann nicht.

Suchmethodik

Pragmatische Suche in der Leitliniendatenbank der AWMF sowie bei Google Scholar und PubMed ohne Spracheinschränkung unter zu einzelnen Fragestellungen passenden Stichworten (*medical subject headings*).

Wichtigste Botschaften

Die vielfältigen entzündlich-rheumatischen Krankheitsbilder lassen sich in drei große Gruppen einordnen: (1) entzündliche Gelenkerkrankungen (Polyarthritiden, z.B. rheumatoide Arthritis), (2) entzündliche Erkrankungen der Wirbelsäule (z.B. Spondylitis ankylosans) und (3) entzündlich-rheumatische Erkrankungen der Blutgefäße (Vaskulitiden) und des Bindegewebes (Kollagenosen). Die Diagnose von entzündlich rheumatischen Erkrankungen erfolgt weitgehend klinisch. Laborparameter dienen der Unterstützung der Verdachtsdiagnose. Der Wert einzelner positiver Laborbefunde wie Rheumafaktor, ANA oder HLA-B27 wird häufig überschätzt. Bei einem CRP-Wert von ≤ 10 mg/l ist eine entzündlich-rheumatische Erkrankung sehr unwahrscheinlich (und eine Überweisung nicht sinnvoll). Methotrexat in Kombination mit Prednisolon stellt nach wie vor die Basistherapie der rheumatoiden Arthritis dar. Die Glukokortikoidtherapie der Polymyalgia rheumatica sollte nach Labor gesteuert werden. Die Abgrenzung der Fibromyalgie von den rheumatischen Erkrankungen ist Aufgabe des Hausarztes. Die Aufklärung und Begleitung der betroffenen Patientinnen ist dann ein zentraler Bestandteil der Therapie.

Schlussfolgerungen

Hausärztinnen und Hausärzte können gezielt zu Rheumatologen überweisen, wenn sie die bestehenden Diagnosealgorithmen befolgen. Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom sollten nicht zum Rheumatologen überwiesen werden.

Schlüsselwörter

Allgemeinmedizin; Rheumatologie; Basisdiagnostik

Background

The number of outpatient Rheumatologists is lower than the estimated need, long waiting times for a consultation are the rule. Misassignments to Rheumatologists increase the problem. The aim of this CME-article is to achieve more safety with regard to the diagnostics and treatment of rheumatoid diseases in family practice. Advice is also given as to when a referral to a Rheumatologist makes sense – and when it doesn't.

Search Methods

Pragmatic search in the AWMF guideline database as well as in Google Scholar and PubMed without language restriction under medical subject headings that match the individual questions.

Main Messages

The multiple rheumatoid diseases can be classified into three broad groups: (1) inflammatory joint diseases (polyarthritis, e.g. rheumatoid arthritis), (2) inflammatory diseases of the spine (e.g. ankylosing spondylitis) and (3) inflammatory rheumatic diseases of blood vessels (vasculitis) and connective tissue diseases. The diagnosis of inflammatory rheumatoid diseases is largely clinical, laboratory parameters are used to support the suspected diagnosis. The value of single positive laboratory findings such as rheumatoid Factor, ANA or HLA-B27 is often overestimated. With a CRP value of ≤ 10 mg/l, a rheumatoid disease is very unlikely (and a referral doesn't make sense). Methotrexate in combination with prednisolone continues to be the basic therapy of rheumatoid arthritis. The glucocorticoid therapy of polymyalgia rheumatica should be controlled according to laboratory parameters. The differentiation of fibromyalgia from rheumatic diseases is the job of the family doctor. The education and support of the affected patients is then a central part of the therapy.

Conclusions

Family physicians can specifically refer to rheumatologists if they follow the existing diagnostic algorithms. Patients with fibromyalgia syndrome should not be referred to the rheumatologist.

Keywords

family practice; rheumatology; basic diagnostics

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

² Rheumatologe und Internist mit eigener Praxis in Kiel

Peer-reviewed article eingereicht: 01.07.2019, akzeptiert: 05.07.2019

DOI 10.3238/zfa.2019.0493-0500

Hintergrund

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) schätzt für die ambulante Versorgung einen Mindestbedarf von etwa einem Rheumatologen auf 50.000 Erwachsene, was für Deutschland 1.350 Rheumatologen bedeutet. Ende 2015 waren 776 Rheumatologen in der ambulanten Versorgung tätig. Die regionalen Differenzen sind erheblich: in Hamburg, Bremen und Berlin waren 1,6–2,1 internistische Rheumatologen auf 100.000 Einwohner/innen ambulant tätig, in Rheinland-Pfalz nur 0,8 [1]. Die Wartezeiten auf einen Termin sind daher regional sehr unterschiedlich und betragen in ländlichen Regionen durchaus 6 Monate und länger.

Die Versorgungsmöglichkeiten von Menschen mit rheumatischen Erkrankungen werden auch durch Fehlzweisungen zu Rheumatologen beschränkt. Unter Fehlzweisungen sind Patienten zu verstehen, bei denen nicht ausreichend Diagnostik erfolgte, d.h., bei denen z.B. lediglich einzelne Laborwerte positiv sind oder die offensichtlich an anderen Erkrankungen leiden (Polyarthrose, Angst, Depression, Burnout, Trauma, Fibromyalgie). Wie hoch die Rate von Fehlzweisungen ist, wurde bisher nicht systematisch untersucht. Die DGRh hat in ihrer Bedarfskalkulation angenommen, dass etwa 18 % der Arbeitszeit von Rheumatologen der Mitbetreuung von Patienten mit Arthrose, Osteoporose und nicht rheumatisch bedingten Schmerzsyndromen gewidmet ist.

Angesichts dieser strukturellen Bedingungen ist es Ziel dieses Fortbildungsartikels, mehr Sicherheit bezüglich der hausärztlichen Diagnostik und Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen zu schaffen. Es erfolgen auch Hinweise, wann eine Überweisung zum Rheumatologen sinnvoll ist – und wann nicht.

Suchmethodik

Pragmatische Suche in der Leitliniendatenbank der AWMF sowie bei Google Scholar und PubMed ohne Spracheinschränkung unter zu einzelnen Fragestellungen passenden Stichworten (*medical subject headings*):

Rheuma, Epidemiologie, Prävalenz, Versorgungsbedarf, rheumatoide Arthritis, Fibromyalgie. Letzter Suchtag: 26.03.2019.

Antworten auf häufige Fragen

1. Welche rheumatologischen Erkrankungen sind häufig, und bei wem treten sie auf?

2–3 % der Menschen in Deutschland leiden an entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, zu denen mehr als 100 verschiedene Krankheitsbilder gehören. Die vielfältigen Krankheitsbilder lassen sich in drei große Gruppen einordnen:

- entzündliche Gelenkerkrankungen (Polyarthritiden, z.B. rheumatoide Arthritis),
- entzündliche Erkrankungen der Wirbelsäule (z.B. Spondylitis ankylosans) und
- entzündlich-rheumatische Erkrankungen der Blutgefäße (Vaskulitiden) und des Bindegewebes (Kollagenosen).

Entzündliche Gelenkerkrankungen

Die **rheumatoide Arthritis (RA)** ist die häufigste entzündliche Gelenkerkrankung, 0,3–1,0 % der Erwachsenen sind betroffen [2], Frauen dreimal so häufig wie Männer. Bei Frauen zeigen sich für den Erkrankungsbeginn zwei Altersgipfel (35.–45. und 55.–65. Lebensjahr), bei Männern beginnt die Erkrankung meist später (im 65.–75. Lebensjahr).

Entzündliche Erkrankungen der Wirbelsäule

Ca. 5 % aller chronischen Rückenschmerzen sind entzündlichen Ursprungs [3]. Rheumatisch bedingter Rückenschmerz tritt bei den Spondyloarthropathien und nicht selten in Begleitung der asymmetrischen Oligoarthritiden auf:

- Die **ankylosierende Spondylitis** („Morbus Bechterew“) ist die häufigste entzündliche Erkrankung der Wirbelsäule. Abhängig von den Diagnosekriterien werden Prävalenzen zwischen 0,1 und 1,4 % der Erwachsenen Bevölkerung angegeben [2]. Die Erkrankung beginnt typischerweise zwischen dem 20. und

dem 40. Lebensjahr. Mehr Männer als Frauen sind betroffen, möglicherweise wird die Prävalenz bei Frauen unterschätzt, weil die Verläufe häufig milder sind. Eine familiäre Häufung wird beobachtet [4].

- Zu den **asymmetrischen Oligoarthritiden** gehören Arthritiden bei chronisch entzündlichen Darm-erkrankungen, Psoriasis, aber auch reaktive Arthritiden.

Haupttrisikofaktor für die Entstehung einer ankylosierenden Spondylitis ist das Vorhandensein des humanen Leukozyten Antigens (HLA) B27. Es spielt auch eine Rolle bei den asymmetrischen Oligoarthritiden.

Vaskulitiden und Kollagenosen

Obwohl vergleichsweise selten vorkommend, gilt der **systemische Lupus erythematoses** als Beispiel-erkrankung aus der dritten Gruppe, im Mittel sind 30 von 100.000 Menschen betroffen, Frauen etwa zehnmal häufiger als Männer [5].

Andere, ebenfalls sehr seltene Erkrankungen aus dieser Gruppe sind das **Sjögren-Syndrom** mit einer Prävalenz von mindestens 0,4 % der erwachsenen Bevölkerung [6], die **systemische Sklerodermie** (12–30/100.000) [7], **Poly-/Dermatomyositis** (0,5/100.000) und **Mischkollagenosen** (5–10/100.000).

Die **Polymyalgia rheumatica** hat eine Prävalenz von 30–70 pro 100.000. Betroffen sind Menschen ab 50 Jahren, der Erkrankungsgipfel liegt bei 60–70 Jahren.

Das **Fibromyalgie-Syndrom (FMS)** wurde häufig den rheumatischen Erkrankungen zugeordnet, ist aber eine nicht-entzündliche Schmerz-erkrankung mit unbekannter Ätiologie. Die Prävalenz wird auf ca. 3–4 % der Bevölkerung geschätzt [8], das Verhältnis von Frauen zu Männern beträgt 4:1. Es besteht eine Häufung der Erkrankung zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr. Psychosoziale Aspekte und genetische Prädispositionen scheinen Risikofaktoren darzustellen. Aber ein FMS tritt auch bei anderen, mit Schmerzen und emotionaler Belastung einhergehenden Erkrankungen (RA, Polyneuropathien, Polyarthrose u.s.w.) gehäuft auf.

| Geschwollene/schmerz- hafte Gelenke | Serologie** | Entzündungsparameter | Symptombdauer | Punkte |
|---|---|----------------------------------|---------------|--------|
| ≤ 1 (mittel-)großes | negativer RF und negativer ACPA | CRP & BSG normal | < 6 Wochen | 0 |
| 2–10 (mittel-)große | | CRP ^o oder BSG erhöht | ≥ 6 Wochen | 1 |
| 1–3 kleine* | niedrig positiver RF oder niedrig positive ACPA | | | 2 |
| 4–10 kleine* | hoch positiver RF oder hoch positive ACPA | | | 3 |
| > 10, darunter ≥ 1 kleines | | | | 5 |
| Addition der Punkte; ≥ 6 Punkte machen das Vorliegen einer RA hochwahrscheinlich. | | | Summe: | |

* mit und ohne Beteiligung der großen Gelenke; ** mindestens ein Testergebnis ist für eine Klassifikation notwendig; ACPA = Antikörper gegen citrullinierte Proteine, auch CCP-AK genannt; CRP: C-reaktives Protein; BSG: Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit; ^oerhöht bedeutet beim CRP ≥ 10 mg/l

Tabelle 1 ACR/EULAR-Klassifikationskriterien für die rheumatoide Arthritis [23]

2. Wie soll man diagnostisch vorgehen? Welche Algorithmen sind für die hausärztliche Praxis hilfreich?

Verdacht auf entzündliche Gelenkerkrankungen

Eine rheumatoide Arthritis sollte in Erwägung gezogen werden, wenn Patienten mindestens ein Gelenk mit einer Synovitis (Schwellung als Hinweis auf Entzündung der inneren Gelenkkapsel bzw. der Membrana synovialis) aufweisen und die Synovitis mit keiner anderen Erkrankung erklärt werden kann. In Tabelle 1 sind die ACR/EULAR-Kriterien¹ für die RA dargestellt.

Aus klinischer Erfahrung muss hinzugefügt werden, dass eine RA ohne Beteiligung der Fingergrundgelenke (MCP) sehr selten ist. Sind also lediglich die proximalen Interphalangealgelenke (= PIP) und die distalen Interphalangealgelenke (= DIP) geschwollen und ggf. auch das Daumen-Sattelgelenk, spricht das eher für eine Polyarthrose.

Auch der Zeitfaktor ist wichtig: während eine seit weniger als 2 Wochen bestehende symmetrische Gelenkschwellung in 47 % der Fälle spontan abheilt, ist das bei symmetrischen Gelenkschwellungen, die seit 6–16 Wochen andauern, nur in 6 % der Fall.

Verdacht auf entzündliche Erkrankungen der Wirbelsäule

Nach den ASAS-Kriterien² müssen für die Verdachtsdiagnose eines entzünd-

| Einschlusskriterien | <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 50 Jahre • neuer Schultergürtelschmerz beidseits • CRP ≥ 10 mg/dl und/oder BSG ≥ 50 mm/1. Stunde | |
|--|--|----------|
| PLUS-Kriterien | Morgensteife > 45 min | 2 Punkte |
| | Schmerzen und Steife Beckengürtel | 1 Punkt |
| | Fehlen von RF und CCP-AK | 2 Punkte |
| | Fehlen anderer Gelenkmanifestationen | 1 Punkt |
| Addition der Punkte; ≥ 4 Punkte machen das Vorliegen einer PMR wahrscheinlich*. | | Summe: |
| PLUS-Sono-Kriterien | Eine Schulter plus eine Hüfte mit -itis** | 1 Punkt |
| | Beide Schultern mit -itis** | 1 Punkt |
| Addition der PLUS-Sono-Kriterien zu den PLUS-Kriterien; ≥ 5 Punkte machen das Vorliegen einer PMR wahrscheinlich#. | | Summe: |

*Sensitivität 68 %, Spezifität 78 %; #Sensitivität 66 %, Spezifität 81 %; **unilaterale Bursitis subdeltoidea, Tendosynovitis der Bizepssehne und/oder glenohumerale Synovitis UND eine Synovitis an mindestens einer Hüfte und/oder Bursitis trochanterica

Tabelle 2 ACR/EULAR-Klassifikationskriterien für die Polymyalgia rheumatica [24]

lichen Rückenschmerzes (= chronisch spezifischer Rückenschmerz) vier der folgenden fünf Kriterien erfüllt sein:

1. Alter bei Symptombeginn < 45 Jahre
2. Schleichender Beginn
3. Keine Besserung bei Ruhe
4. Nächtliches Schmerzmaximum (mit Besserung durch Aufstehen)
5. Besserung durch Bewegung

Nicht in den Kriterien enthalten, aber erfahrungsgemäß oft vorhanden, ist ein gutes Ansprechen der Rückenschmerzen auf NSAR. Hin-

weise auf entzündliche Rückenschmerzen sind weiterhin Arthritiden anderer Gelenke, Enthesitis (Ferse), Dactylitis sowie extraskeletale Manifestationen (Uveitis, Psoriasis, chronisch entzündliche Darm-erkrankungen) und eine positive Familienanamnese.

Die genaue Diagnosestellung z.B. einer axialen Spondylarthritis erfolgt dann weiter (beim Rheumatologen) anhand der ASAS-Kriterien [9].

Wenn Patienten über eine Monarthritis oder springende Arthritiden Tage bis Wochen nach einem intesti-

¹American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism

²Assessment of Spondylo-Arthritis international Society

| | |
|--|--|
| Überblick über Schmerzen | Ausfüllen einer Schmerzskizze (siehe Abb. 2) oder der regionalen Schmerzskala durch den Patienten |
| Anamnese | – Gezielte Exploration weiterer Kernsymptome (Müdigkeit, Schlafstörungen) – Vollständige medizinische Anamnese inkl. Medikamentenanamnese |
| Psyche | Screening auf Angst und Depression |
| Körperliche Untersuchung | Vollständige körperliche Untersuchung (inkl. Haut, neurologischem und orthopädischem Status) |
| Basislabor | Blutsenkungsgeschwindigkeit, C-reaktives Protein, kleines Blutbild, Creatinkinase*, Kalzium, TSH basal, 25 (OH)-Vitamin D |
| Explizit keine Untersuchung von | ANA-Profilen, Erreger-Serologien (Borrelien, Yersinien etc.), Rheumafaktor, anti-CCP |

*Erhöhungen der CK sind nicht selten (Statine?). Bei Erhöhung Kontrolle nach 3–4 Tagen körperlicher Ruhe, ggf. Ausschluss von Makro-CK. Bei Polymyositis liegt die CK meist im 5-stelligen Bereich, Leitsymptom ist eher Muskelschwäche als -schmerz.

Tabelle 3 Erstevaluation eines möglichen Fibromyalgiesyndroms [21]

nenal oder urogenitalen Infekt klagen, besteht der Verdacht auf eine reaktive Arthritis.

Verdacht auf andere

rheumatische Erkrankungen

- **Verdacht auf eine Polymyalgia rheumatica:** Die Polymyalgia rheumatica (PMR) beginnt akut. Typisch sind Myalgien in den Schultern und Oberschenkeln, der Nackengriff ist nur unter starken Schmerzen möglich. Die Morgensteifigkeit hält über 45 min an. Tabelle 2 zeigt die ACR/EULAR-Kriterien zur Diagnose einer PMR.
- **Verdacht auf eine Riesenzellarteriitis (RZA, früher Arteriitis temporalis Horton bzw. Arteriitis cranialis)** [10]: 20 % der Patienten mit PMR haben eine Riesenzellarteriitis, andererseits haben 50 % der Patienten mit Riesenzellarteriitis eine PMR. Hinweise für eine RZA sind:
 - Neu aufgetretene, bitemporale, akzentuierte, analgetikarefraktäre Kopfschmerzen
 - Scalp tenderness (Empfindlichkeit der Kopfhaut, z.B. Schmerzen beim Haarebürsten)
 - Jaw claudication (Kieferschmerzen beim Kauen)
 - Sehstörungen (Gesichtsfeldausfälle)
 - Klinisch auffällige A. temporalis (z.B. Druckschmerzhaftigkeit, knotige Schwellungen, Pulslosigkeit)
 - Extremitätenklaudikatio

- Allgemeinsymptome (z.B. Fieber, Gewichtsverlust)
- Polymyalgie

Wichtig ist zu beachten, dass eine RZA sich an anderen Gefäßen als der A. temporalis manifestieren kann, daher ist bei der klinischen Untersuchung auf Strömungsgeräusche zu achten. Aneurysmen der thorakalen Aorta kommen bei Patienten mit einer RZA 17-mal häufiger vor als in einer Vergleichspopulation, abdominale Aneurysmen 2,4-mal häufiger [11].

Verdacht auf ein Fibromyalgie-Syndrom

Der Verdacht auf ein Fibromyalgie-Syndrom kommt auf, wenn die Patienten über chronische (oft „seit Jahren“) Schmerzen in mehreren Körperregionen berichten („Alles tut weh!“). Es besteht Morgensteife im ganzen Körper, die Finger sind geschwollen



Abbildung 1 Weichteilschwellung zwischen den MCP-Gelenken bei Patientin mit Fibromyalgiesyndrom (Bild: Dr. med. Pontus Harten)

(aber nicht die Gelenke!; vgl. Abb. 1), die Tenderpunkte sind druckdolent. Es bestehen keine entzündlichen Gelenk- bzw. Wirbelsäulenalterationen, hingegen wechselnde vegetative und funktionelle Beschwerden, nicht erholsamer Schlaf, Abgeschlagenheit, Erschöpfung und psychopathologische Befunde. Die Inflammationsparameter sind normal oder minimal erhöht. Für die Erstevaluation eines möglichen Fibromyalgiesyndroms sind Kriterien in der Tabelle 3 zusammengefasst.

Bei typischem Beschwerdekomples und fehlendem klinischen Hinweis auf internistische, orthopädische oder neurologische Erkrankungen (Anamnese und klinische Untersuchung ohne Hinweis auf andere Erkrankungen als Ursachen von Schmerzen und Müdigkeit, unauffälliges Basislabor) wird keine weitere technische Diagnostik (also kein weiterführendes Labor, Neurophysiologie, Bildgebung) empfohlen.

Die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms (Abb. 2, Vorlage für eine Schmerzskizze) ist anhand der ACR-Kriterien von 1990 mit Tenderpunkten möglich, wie auch anhand der ACR-Kriterien von 2010 ohne Tenderpunkte. Die übersichtlicheren ACR-Kriterien mit Tenderpunkten erfordern das Vorhandensein von

- einem 4-Quadrantenschmerz > 3 Monate
- Rückenschmerz (inkl. HWS) > 3 Monate
- Druckschmerz-Empfindlichkeit bei > 11 von 18 Tenderpunkten.

3. Wann ist eine Überweisung zum Rheumatologen sinnvoll?

Eine Überweisung zum Rheumatologen ist sinnvoll, wenn

- eine rheumatoide Arthritis vorliegt (bzw. der Verdacht auf eine RA besteht),
- nach den o.g. ASAS-Kriterien der Verdacht auf entzündliche Rückenschmerzen vorliegt,
- Arthritiden im Rahmen von Psoriasis, M. Crohn und Colitis ulcerosa vorliegen,
- der Verdacht auf eine andere entzündlich-rheumatische Erkrankung (z.B. Kollagenose, Vaskulitis) besteht,

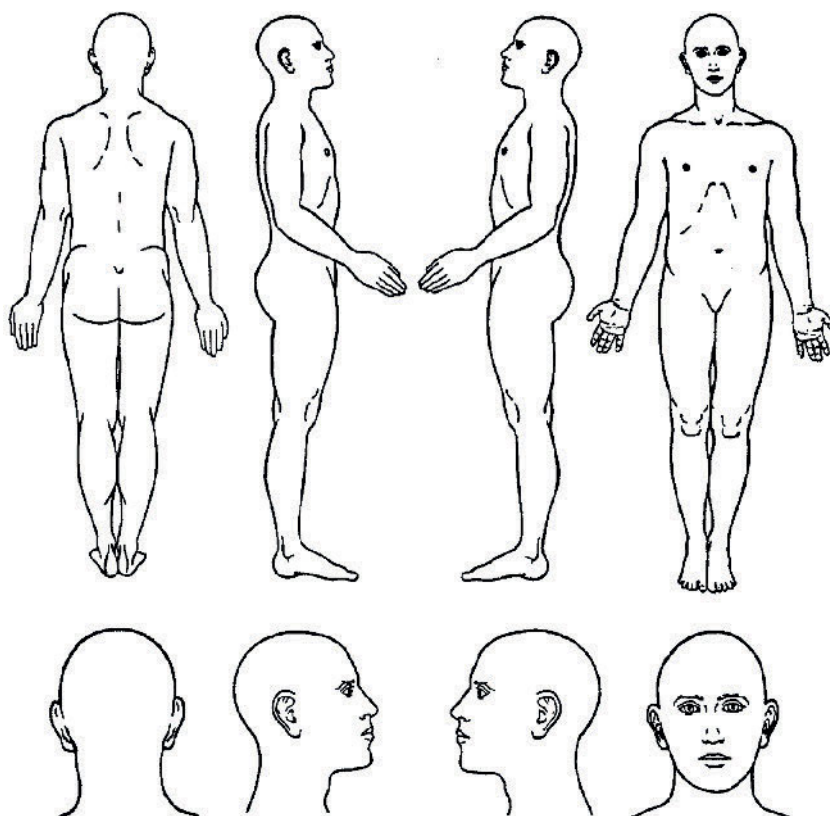


Abbildung 2 Diagnostik bei Verdacht auf Fibromyalgiesyndrom: Vorlage für eine Schmerzskeizure für die Patientinnen und Patienten zum Einzeichnen (AWMF-Patientenleitlinie Fibromyalgie)

- bei reaktiver Arthritis die Dauer 4 Wochen übersteigt oder die Symptome nicht auf NSAR ansprechen,
- bei Polymyalgia rheumatica die Patienten jünger als 50 Jahre sind, der Beginn schleichend verlief, die Therapie nicht greift, das Prednisolon nicht unter 7,5 mg reduzierbar ist, ein Rezidiv auftritt sowie bei
- Verdacht auf Riesenzellarteriitis (Arteriitis temporalis Horton) – zügig nach sofortiger Einleitung einer Prednisolontherapie.

4. Welche Laborwerte helfen bei der Entscheidung für oder gegen eine Überweisung zum Rheumatologen?

Vor der Überweisung zum Rheumatologen sollten die in Tabelle 4 aufgelisteten Laborwerte untersucht werden. Den Cut-off des CRP für eine rheumatische Erkrankung bei 10 mg/l anzusetzen, entspringt der rheumatologischen Erfahrung. Explizite wissenschaftliche Evidenz besteht hierfür nicht. Bei einem CRP-Wert von ≤ 10 mg/l ist aus Erfahrung eine ent-

zündlich-rheumatische Erkrankung sehr unwahrscheinlich (und eine Überweisung meist nicht sinnvoll). Aber auch bei einem CRP-Wert > 10 mg/l könnte die alleinige Ursache z.B. Übergewicht (BMI > 25 kg/m²) sein. Neuere Studien zeigen, dass der CRP-Wert mit dem Grad des Übergewichts steigt: 6,4 % der Patienten mit Übergewicht zeigen einen CRP > 10 mg/l, bei Adipositas Grad I (BMI > 30 kg/m²) sind es 12,1 %, bei Adipositas Grad II (BMI > 35 kg/m²) 34,2 % und bei Adipositas Grad III (BMI > 40 kg/m²) 42,8 % [12].

Der Wert einzelner positiver Laborbefunde wird häufig überschätzt. Die Diagnose von entzündlich rheumatischen Erkrankungen erfolgt weitgehend klinisch, Laborparameter dienen lediglich der Unterstützung der Verdachtsdiagnose. An der Höhe des CRP kann man z.B. die Krankheitsaktivität abschätzen. Hinweise zu ausgewählten Laborparametern:

- Ein positiver Rheumafaktor allein stellt keine Indikation für die Vorstellung eines Patienten beim Rheu-

matologen dar. Neben rheumatologischen Erkrankungen ist der Rheumafaktor z.B. auch bei 8–10 % der Älteren erhöht, bei Patienten mit Hepatitis und Leberzirrhose, bei Lymphomen, nach multiplen Bluttransfusionen, Nierentransplantation, bei Infektionserkrankungen, aber auch nach Impfungen.

- Ferner zeigt eine retrospektive Untersuchung von Blutspendern, dass Labormarker wie anti-CCP-Antikörper und Rheumafaktoren schon Jahre vor dem Einsetzen der klinischen Symptome der rheumatoiden Arthritis erhöht sein können [13].
- Auch ANA (Antinukleäre Autoantikörper) sind in der gesunden Allgemeinbevölkerung häufig positiv. In einer nationalen Kohorte in Deutschland zeigten sich bei rund 29 % von 1.199 untersuchten, gesunden Probanden schwach positive ANA (1:80 und 1:160), bei 3 % moderat positive ANA (1:320 und 1:640) und bei 1 % stark positive ANA (1:1280) [14].
- Selbst ausgedehnte Schmerzen und erhöhte ANA ohne nachweisbare, systemische Inflammation sind nicht hinweisend auf eine Kollagenose.
- In der europäischen Normalbevölkerung kommt HLA-B27 bei 8–12 % vor; zwar sind 90 % der an Ankylosierender Spondylitis (AS) Erkrankten HLA-B27 positiv, aber nur 5–10 % der HLA-B27-Positiven entwickeln eine AS [15]. Somit ist die Bestimmung des HLA-B27 nur bei Erfüllen der Kriterien für den entzündlichen Rückenschmerz (s.o.) sinnvoll.

5. Welche Behandlungsoptionen gibt es?

Im Folgenden werden nur Behandlungsoptionen aufgeführt, die in der hausärztlichen Versorgung lokalisiert sind.

Behandlung der rheumatoiden Arthritis

Ziel der Therapie der RA ist der Stopp der Entzündungsaktivität, die mit Schmerzen, Gelenkdestruktion, Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Lebensqualität einhergeht, aber auch mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert

| | Verdacht auf entzündliche Rückenschmerzen | Bei Gelenkschmerzen | Bei V.a. eine andere entzündlich-rheumatische Erkrankung |
|------------------------|---|---|--|
| Standard-Labor | | Kleines Blutbild* BSG > 30 mm/1. Stunde CRP > 10 mg/l Kreatinin GPT | |
| Spezifische Laborwerte | HLA-B27 | Rheumafaktor, CCP-AK (bzw. ACPA), ANA | |
| Weitere Diagnostik | Röntgen LWS | Röntgen der betroffenen Gelenke, z.B. ganze Hand/Vorfüße (immer beidseits in zwei Ebenen) | |

*Polyarthralgie und Zytopenie können auf eine Kollagenose hinweisen.

Tabelle 4 Zur Vorstellung beim Rheumatologen notwendige Diagnostik

ist. Die RA muss so schnell wie möglich behandelt werden, weil die Progressionsrate der Gelenkerosionen im ersten Jahr am höchsten ist [16], und letztendlich fast alle Patienten Gelenkerosionen entwickeln (nach 2 Jahren haben 93 % der RA-Patienten Gelenkerosionen [17]).

Methotrexat (MTX; 7,5–30 mg pro Woche) in Kombination mit Prednisolon stellen nach wie vor die Basistherapie der RA dar, weil hier das Verhältnis von Wirksamkeit zu Toxizität am besten ist. Obwohl die deutsche Leitlinie die s.c.-Gabe von MTX favorisiert, gibt es keinen eindeutigen Beleg für eine Überlegenheit gegenüber der oralen Gabe. Nicht selten wird eine orale MTX-Therapie sogar besser vertragen als eine s.c.-Therapie [18]. Ob die Initiierung der Basistherapie einer RA in hausärztliche Hände gehört, darüber herrscht Unklarheit. Bei sicherer Diagnose und ausreichender Erfahrung mit immunsuppressiven Medikamenten bei (den nicht selten) multimorbiden Patienten ist dagegen nichts einzuwenden, allerdings kann der Rheumatologe nach Anbehandlung nicht mehr lege artis mitbeurteilen. Die Eskalation der Therapie gehört in rheumatologische Hände. Weitergehende Informationen finden sich in der S2-Leitlinie zur Therapie der RA von 2018 [19].

Reaktive Arthritis

Reaktive Arthritiden treten bei oder nach unterschiedlichen Infektionen auf, sind meist selbstlimitierend und sprechen meist auf NSAR an. Die Be-

stimmung von Harnsäure (zum Ausschluss einer Gichtarthritis), CRP und BSG ist sinnvoll, Erregerserologien sind nutzlos. Einzige Ausnahme: bei Gonarthrit sollte eine Borrelienserologie abgenommen werden. Eine antibiotische Therapie ist nur bei noch aktiven Infektionssymptomen (erhöhte Entzündungsparameter ggf. mit Schwellung, Schmerzen) sinnvoll.

Polymyalgia rheumatica (PMR)

Grundsätzlich ist bei der PMR eine hausärztliche Behandlung möglich. Die Startdosis Prednisolon beträgt 15 bis 25 mg/d (plus Osteoporoseprophylaxe mit Vitamin D/Calcium), alle 2–3 Wochen wird um 2,5 mg reduziert bis 10 mg/d erreicht sind. Ab dann wird in Abständen von 4–8 Wochen um jeweils 1 mg reduziert, solange die serologischen Parameter (CRP bzw. BSG) normal und die Patienten beschwerdefrei sind [20]. Da Patienten mit PMR (und anderen entzündlich rheumatischen Erkrankungen) nach der Diagnosestellung häufig jegliche Gelenksbeschwerden auf die rheumatische Erkrankung zurückführen, ist hier eine serologische Kontrolle wichtig, um nicht unnötigerweise aufgrund von z.B. Arthrosebeschwerden die Glukokortikoid-Dosis zu erhöhen. Die PMR kann im Rahmen eines paraneoplastischen Syndroms auftreten. Eine systematische Ausschlussdiagnostik einer Tumorerkrankung wird bei Fehlen anderer Symptome jedoch nicht empfohlen.

Riesenzellarteriitis (RZA, früher Arteriitis temporalis Horton bzw. Arteriitis cranialis)

- Bei Verdacht auf eine RZA ist eine sofortige Gabe von 40–60 mg/d Prednisolon (plus Osteoporoseprophylaxe mit Vitamin D/Calcium plus low-dose ASS) erforderlich. Bei Amaurosis fugax erfolgt eine stationäre Therapie mit hochdosierter intravenöser Kortikoidgabe. Eine zügige Überweisung zum Rheumatologen ist notwendig.

Fibromyalgie

Der erste Behandlungsschritt ist die Aufklärung über die Diagnose eines FMS. Folgende Informationen werden empfohlen:

- Den Beschwerden liegt keine organische Krankheit, sondern eine funktionelle Störung zu Grunde.
- Die Beschwerden sind real.
- Vermitteln psychophysiologischer Zusammenhänge (z.B. Stress-, Teufelskreismodelle)
- Die Beschwerden sind ungefährlich im Sinne einer normalen Lebenserwartung.
- Die Patienten können durch eigene Aktivitäten die Beschwerden lindern.
- Medikamente sind meist wenig effektiv.

Die Therapie ist multimodal und patientenadaptiert (Ausdauertraining, Wassergymnastik, Trockengymnastik, kognitive Verhaltenstherapie, zeitlich befristeter Einsatz von Amitriptylin, keine starken Opioide, keine NSAR) [21].

6. Gibt es abwendbar gefährliche Verläufe?

Grundsätzlich gilt bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, dass eine zeitnahe Diagnose und Therapie wichtig sind, um ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern bzw. zu verlangsamen und Komplikationen wie einer Destruktion der Gelenke bzw. Organschäden vorzubeugen.

Als Notfall mit der Notwendigkeit einer sofortigen Therapie muss der Verdacht auf eine Riesenzellarteriitis (bzw. Arteriitis temporalis Horton) betrachtet werden.

Eine besondere Beachtung verdient die Fibromyalgie, die durchschnittlich erst nach 5–7 Jahren diag-

nostiziert wird. Bis zur Diagnosestellung haben die Patienten doppelt so viele Arztbesuche wie die Allgemeinbevölkerung, nehmen regelmäßig ineffektive Analgetika (NSAR/Opiate) und/oder Antidepressiva ein, haben häufiger AU- bzw. Kliniktage und Physiotherapie als die Allgemeinbevölkerung und 3–5 mal häufiger Operationen (Knie, Rücken, Unterleib). Das Gesundheitssystem wird mit ca. 10.000 Euro pro Patient pro Jahr belastet. Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems verringert sich nach Diagnosestellung signifikant. Daher gilt auch bei der Fibromyalgie: je früher die Diagnose gestellt wird, desto günstiger ist die Prognose.

Schlussfolgerungen

In Bezug auf die Zusammenarbeit sollen folgende Grundsätze bzw. Bitten der Rheumatologen an die hausärztlich Tätigen hervorgehoben werden:

- Bei Entzündung zum Rheumatologen überweisen, wenn keine Entzündung vorliegt, dann nicht.
- Bitte unterstützen Sie Basistherapien.
- Steuern Sie die Glukokortikoidtherapie nach Labor, nicht nach subjektiven Beschwerden.
- Diagnostizieren Sie das Fibromyalgie-Syndrom selbst und begleiten Sie die Patientinnen und Patienten.
- Achten Sie bitte auf den Impfstatus von entzündlich-rheumatischen Patienten.
- Bedenken Sie, dass Rheumapatienten ein erhöhtes kardiovaskuläres und unter MTX-Therapie ein erhöhtes Hautkrebsrisiko aufweisen, daher ist ein jährliches Hautkrebscreening empfohlen [22].

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Literatur

1. Zink A, Braun J, Gromnica-Ihle E, et al. Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016. *Z Rheumatol* 2017; 76: 195–207
2. Zink A, Albrecht K. Wie häufig sind muskuloskeletale Erkrankungen in Deutschland? *Z Rheumatol* 2016; 75: 346–53
3. Deutsche Schmerzgesellschaft. Spezifischer Kreuzschmerz. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-051L_S2k_Spezifischer_Kreuzschmerz_2018-02.pdf (letzter Zugriff am 28.03.2019)

Dr. med. Gülcan Sahan-Hildebrandt ...

... ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und seit April 2018 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Kieler Institut für Allgemeinmedizin und Mitarbeiterin des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin Schleswig-Holstein (KWA.SH). Sie ist intensiv in die Weiterbildung der angehenden allgemeinmedizinischen Fachärzte eingebunden. Darüber hinaus ist sie Ansprechpartnerin für das Mentoringprogramm des KWA.SH.

Dr. med. Pontus Harten ...

... ist internistischer Rheumatologe und betreibt seit 2000 eine Schwerpunktpraxis in der Kieler Innenstadt. Er ist Schriftführer/Sprecher des Landesverbands Schleswig-Holstein des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen.

4. Sieper J, Watts RA, Conaghan PG, et al. (Hrsg.). Axial spondyloarthritis. *Oxford Textbook of Rheumatology* (4 ed.), Section 11. Oxford: Oxford University Press 2013: 879–89
5. Dasgupta B, Raine C. Polymyalgia rheumatica. In: Watts RA, Conaghan PG, Denton C, Foster H, Isaacs J, Müller-Ladner U (Hrsg.). *Oxford Textbook of Rheumatology* (4 ed.), Chapter 134. Oxford: Oxford University Press, 2013
6. Stefanski A-L, Tomiak C, Pleyer U, Dietrich T, Burmester GR, Dörner T. Diagnostik und Therapie des Sjögren-Syndroms. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 354–61
7. Simard JF, Costenbader KH. Epidemiology and classification of systemic lupus erythematoses. *Rheumatology*. Philadelphia: Elsevier 2015: 1021–5
8. Eich W, Häuser W, Arnold B, et al. Fibromyalgia syndrome. Definition, classification, clinical diagnosis and prognosis. *Schmerz* 2012; 26: 247–58
9. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie. Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-003I_S3_Axiale-Spondyloarthritis-Morbus-Bechterew-Fruhformen-2019-10.pdf (letzter Zugriff am 28.03.2019)

10. Jennette JC. Overview of the 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference nomenclature of vasculitides. *Clin Experim Nephrol* 2013; 17: 603–6
11. Evans JM, O’Fallon WM, Hunder GG. Increased incidence of aortic aneurysm and dissection in giant cell (temporal) arteritis. A population-based study. *Ann Intern Med* 1995; 122: 502–7
12. Ramdas J und Jella V. Elevated C reactive protein levels in obese individuals with metabolic syndromes. *Int J Adv Med* 2016; 3: 162–5
13. Shi J, van de Stadt LA, Levarht EWN, et al. Anti-carbamylated protein (anti-CarP) antibodies precede the onset of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 780–3
14. Akmatov MK, Röber N, Ahrens W, et al: Anti-nuclear autoantibodies in the general German population: prevalence and lack of association with selected cardiovascular and metabolic disorders – findings of a multicenter population-based study. *Arthritis Res Ther* 2017; 19: 127
15. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Entzündlich-rheumatische Erkrankungen 2010; Heft 49
16. van der Heijde DM, van Leeuwen MA, van Riel PL, et al. Structural damage in rheumatoid arthritis as visualized through radiographs. *J Rheumatol* 1995; 22: 1792–6
17. Fuchs HA, Kaye JJ, Callahan LF, et al. Evidence of significant radiographic damage in rheumatoid arthritis within the first 2 years of disease. *J Rheumatol* 1989; 16: 585–91
18. Braun J, Kastner P, Flaxenberg P, et al. Comparison of the clinical efficacy and safety of subcutaneous versus oral administration of methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis: results of a six-month, multicenter, randomized, double-blind, controlled, phase IV trial. *Arthritis Rheum* 2008; 58: 73–81
19. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. Rheumatoide Arthritis. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-004k_S2e_Therapie_rheumatoide_Arthritits_krankheitsmod_Med_2018-10.pdf (letzter Zugriff am 28.03.2019)
20. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie. S3-Leitlinie zur Behandlung der Polymyalgia rheumatica. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-006I_S3_Polymyalgia-rheumatica_2018-05.pdf (letzter Zugriff am 01.08.2019)

21. Deutsche Schmerzgesellschaft. Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-04k_S3_Fibromyalgiesyndrom_2017-03.pdf (letzter Zugriff am 25.03.2019)
22. Buchbinder R, Barber M, Heuzenroeder L, et al. Incidence of melanoma and other malignancies among rheumatoid arthritis patients treated with methotrexate. *Arthritis Rheum* 2008; 59: 794–9
23. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2010; 62: 2569–81
24. Dasgupta B, Cimmino MA, Kremers HM, et al. Provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2012; 64: 943–54

Korrespondenzadresse

Dr. med. Gülcan Sahan-Hildebrandt
 Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
 Medizinische Fakultät
 Institut für Allgemeinmedizin
 Michaelisstr. 5, Haus U30
 24105 Kiel
gsh@allgemeinmedizin.uni-kiel.de



DEGAM-NEWSLETTER

Immer gut informiert

Seit einigen Jahren verschickt die DEGAM-Bundesgeschäftsstelle exklusiv an die Mitglieder den E-Mail-Newsletter DEGAM aktuell. Dieser Informationsdienst beinhaltet Neuigkeiten aus dem Präsidium, den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften sowie der Leitlinien-Geschäftsstelle und der JADE. Auch aktuelle Mitteilungen zu den Rubriken Personalia, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen finden sich im Newsletter. Die bisher versandten Ausgaben können im passwortgeschützten internen Bereich unter

www.degam.de

eingesehen werden. Sind auch Sie an den aktuell in der DEGAM diskutierten Themen und Entwicklungen interessiert? Schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Betreff „DEGAM aktuell“ an:

geschaeftsstelle@degam.de