Diagnostische Ansätze für eine gezielte Therapie

Der rheumatologische Notfall

Dies mag für manche Ärztin und manchen Arzt eine contradictio in adiecto sein. In der Praxis sind Probleme am Bewegungsapparat in der überwiegenden Mehrheit chronische und vielfach auch langwierige Schmerzzustände, bei denen regelhaft das biopsychosoziale Gesundheitsmodell zum Tragen kommt. Mit Fallvignetten soll im Folgenden das Auge für rheumatologische Notfälle, die sich sowohl in der Allgemeinpraxis als auch in der Notfallstation des Akutspitals melden, geschärft werden.

KD Dr. med. Marcel Weber
Zürich

Bekannt ist der nächtliche Telefonanruf eines älteren Patienten mit unerträglichen Schmerzen im Bereich eines Gelenks der unteren Extremitäten, bevorzugt des Metatarsophalangealgelenks I (Podagra), des Sprunggelenks oder des Kniegelenks. Vielleicht nennt der Patient selbst eine Diagnose: Gicht. In der Tat treten mehr als die Hälfte der Gichtschübe nachts auf. Ich erwähne dieses Beispiel als Erstes, da die Häufigkeit der Kristallarthropathien, sowohl der klassischen Gicht und noch mehr der Chondrokalzinose, nach wie vor unterschätzt wird. Zu empfehlen ist die Gelenkspunktion mit Nachweis von Kristallen unter dem Polarisationsmikroskop, wobei auch bei fehlender Flüssigkeitspunktion ein Bluttropfen an der Nadelspitze genügt, um auf dem Objektträger Kristalle nachweisen zu können (Abb. 1). Zur Behandlung empfiehlt sich dann die intraartikuläre Glukokortikoid-Gabe, andernfalls niedrig dosierte Glukokortikoide per os oder, so wie in den aktuellen Richtlinien, Colchicin 1 mg als Startdosis gefolgt von 0,5 mg per os nach einer Stunde. Problematisch ist eine gleichzeitig bestehende Niereninsuffizienz. Die Gabe von Uricostatika, insbesondere Allopurinol, wird in den Lehrbüchern bei einem akuten Schub nicht empfohlen. Eigene Erfahrungen und eine kleine Studie zeigen, dass bei hohem Harnsäurewert im Serum ein Schub nicht abklingen kann, bevor dieser Wert nicht normalisiert ist, und dass die Gefahr des Wiederaufflackerns eines Schubes bei Gabe von Allopurinol äusserst gering ist, insbesondere wenn gleichzeitig eine antientzündliche Behandlung eingeleitet wird. Bei Niereninsuffizienz ist der neuen Substanz Febuxostat (Adenuric, ein selektiver Hemmer der Xanthinoxidase) der Vorzug zu geben, welche von Swissmedic allerdings nicht zugelassen ist und in EU-Ländern bezogen werden muss. Neuere Arbeiten zeigen die Wirksamkeit von Rilonacept (ein Interleukin 1 Hemmer) zur raschen Bekämpfung eines Schubes sowie von Anakinra (ein Interleukin 1 Receptor Antagonist) und von Canakinumab (ein monoklonaler Antikörper mit Wirkung auf das Interleukin 1 beta); jedoch sollte die Anwendung dieser Substanzen Spezialisten im Rahmen von Studien vorbehalten bleiben.

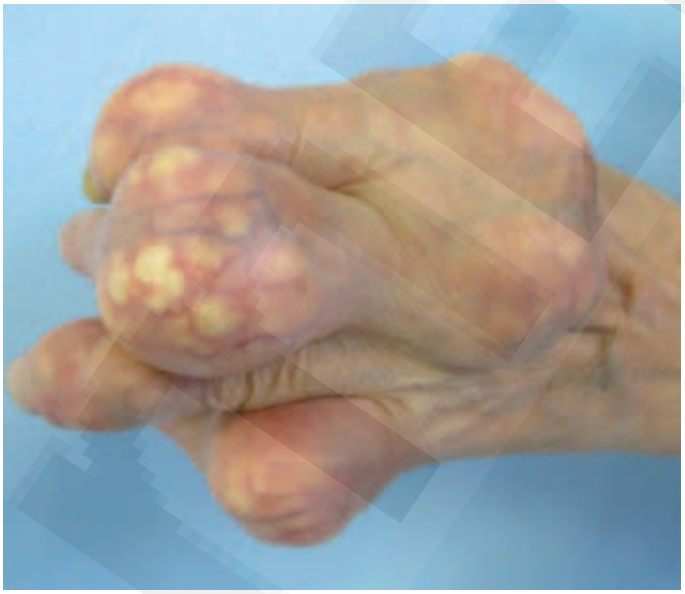

Abb. 1: Gichttophi

Differentialdiagnosen

Weniger bekannt dürfte die Präsentation einer Patientin oder eines Patienten sein, welche über Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Abgeschlagenheit und vielleicht leicht erhöhte Temperatur klagt. Sie denken wohl als erstes an einen Tumor, dann an eine Infektion. Die klinische Untersuchung ist unergiebig und ergibt keine fokale Pathologie. Auch das Röntgenbild des Thorax und allenfalls weitere bildgebende Verfahren bringen uns der Diagnose nicht näher.

Hingegen zeigt die Blutuntersuchung erhöhte Entzündungswerte. Wie wollen Sie nun weitersuchen?

In dieser Situation empfehlen sich wohl serologische Abklärungen mit Rheumafaktoren und ACPA (Anti-CCP) im Hinblick auf eine beginnende rheumatoide Arthritis, ANF im Hinblick auf eine Kollagenose und ANCA im Hinblick auf eine ANCA-assoziierte Vaskulitis. Eine deutliche Alpha-2-Globulin-Erhöhung in der Proteinelektrophorese weist ebenfalls auf ein vaskulitisches Geschehen hin. Bildgebend kann evtl. ein Gefässultraschall, speziell der

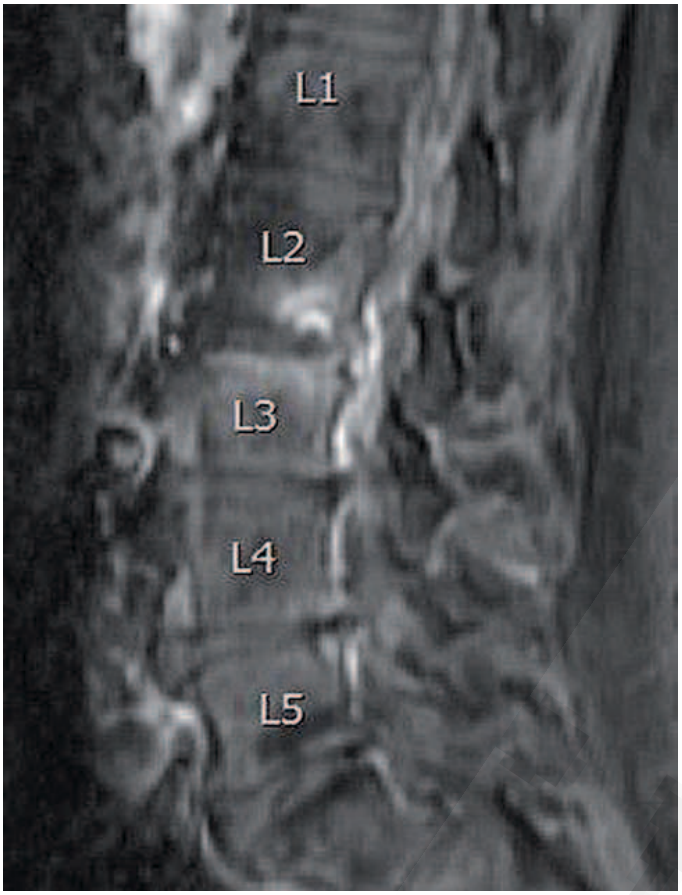

Abb. 2: Spondylodiszitis (Magnetresonanzuntersuchung)

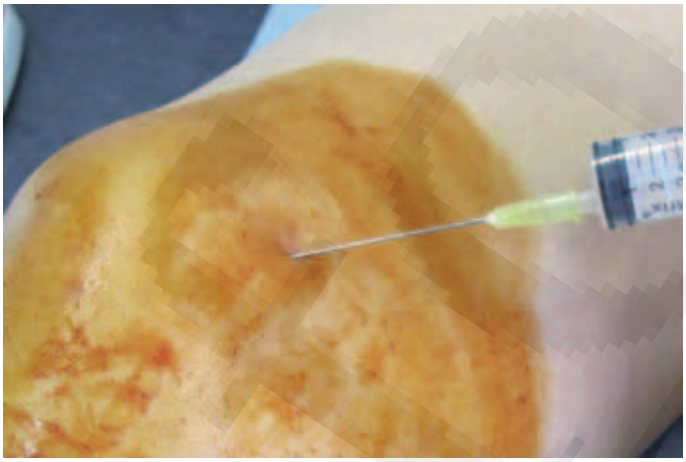

Abb. 3: Kniegelenkspunktion

Abb. 4: Schwellungen der Fingergelenke bei Rheumatoider Arthritis

Nachweis eines „Halo" an der Temporalarterie bei der Riesenzellarteriitis, oder ein PET-CT weiterhelfen. Klinisch hinweisend können auch zusätzliche Hauteffloreszenzen (z.B. leukozytoklastische Vaskulitis), eine Uveitis, eine entzündliche Darmerkrankung oder Hodenschmerzen sein.

Der diagnostische Gold-Standard wäre die Arterienbiopsie, welche jedoch nicht immer möglich ist. Das sorgfältige Abwägen der Differentialdiagnosen erfordert Fachwissen, aber der Gedanke an eine Vaskulitis kann für die Patientin oder den Patienten lebensrettend sein. Abgesehen von der klassischen hochdosierten Glukokortikoid-Therapie oder allenfalls Cyclophosphamid-Gabe stehen heute auch spezifische Biologica therapeutisch zur Verfügung.

Als rheumatologischer Notfall kann sich der anfänglich als banal auftretende Kreuzschmerz entpuppen, insbesondere wenn er sich verstärkt nachts manifestiert und vielleicht sogar mit Fieber einhergeht. Natürlich denken Sie sofort an eine infektiöse Spondylitis, welche heute mit der Magnetresonanzuntersuchung auch im Frühstadium schon recht gut dargestellt werden kann (Abb. 2). Der nächste Schritt ist nun freilich die präzise Erregerdiagnostik, weshalb keine Antibiotika gegeben werden dürfen. Vorerst muss der Erregernachweis mittels Punktion (meist mit dicker Nadel) oder gar Operation erzwungen werden, da der Verlauf nach wie vor langwierig ist, mit initial intravenöser Antibiotika-Gabe, gefolgt von wochenlanger peroraler Antibiotika-Einnahme.

Das geschwollene Gelenk ist nicht nur ein differentialdiagnostisches Tummelfeld für Prüflinge am Staats- oder Facharztexamen, sondern stellt in der Regel einen rheumatologischen Notfall dar. Der rascheste und beste Weg zur Diagnose ist die Punktion der Gelenkflüssigkeit (Abb. 3), allenfalls unter Ultraschall-Kontrolle. Wie im ersten Beispiel erwähnt ist bei entsprechender Konstellation (insbesondere Alter, Nierenfunktion, vorgängigen Arthritis-Schüben) der Kristallnachweis zielführend. Jedenfalls muss aber der bakterielle Infekt mittels Grampräparat und mikrobiologischer Kultur ausgeschlossen werden. Auch eine hierbei diagnostizierte Borreliose sollte selbstverständlich rasch antibiotisch behandelt werden. Bei weiteren Erkrankungen wie aktivierte Arthrose oder Spondyloarthritis bleibt mehr Zeit für therapeutische Erwägungen.

Trotz riesiger Fortschritte der Behandlungsmodalitäten für die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen im Verlauf der letzten 15 Jahre (abgesehen von der deutlich früheren Diagnosestellung, insbesondere auch seit der Einführung der Biologica) sehen wir auf der Notfallstation eines Akutspitals immer wieder Patientinnen und Patienten mit bekannter entzündlich-rheumatischer Diagnose (Abb. 4), welche sich in einer Schubsituation präsentieren, und gehen davon aus, dass dies auch in der hausärztlichen Praxis immer wieder der Fall sein wird. Natürlich ist in dieser Situation der Griff zu den Glukokortikoiden seit 65 Jahren etabliert und gerechtfertigt, doch ergeben sich heute zusätzliche und fast ebenso rasch wirkende Alternativen, welche fachärztlich erwogen werden sollten.

Auch der häufige Bandscheibenvorfall, der nach wie vor mit Entlastung, Physiotherapie, allenfalls wirbelsäulennahen Infiltrationen und erst zuletzt operativ behandelt werden sollte, kann sich als rheumatologischer Notfall präsentieren. Bekannt ist die Blasenfunktionsstörung bei einem sogenannten Massenprolaps (Abb. 5), aber auch eine zunehmende Parese muss notfallmässig weiter abge-

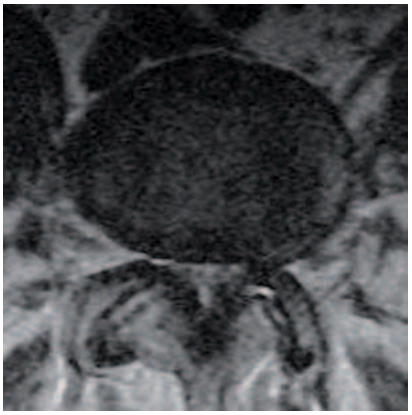

Abb. 5: Massenprolaps (Magnetresonanzuntersuchung)

klärt und gegebenenfalls (Cauda equina-Syndrom, progredientes neurologisches Defizit) unmittelbar operativ angegangen werden.

Zusammengefasst sind rheumatologische Notfälle ein spannendes und weites Feld, welches in den letzten Jahren vielfältiger geworden ist und zunehmend an Bedeutung gewinnt. Der Gedanke an diese Möglichkeiten und das Gespür für diese Differentialdiagnosen zeichnen gute Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung aus. Während ein Gelenkerguss und eine Kristallarthritis in der Allgemeinpraxis in der Regel gut aufgehoben sind, bleibt beim Verdacht auf eine Spondylodiszitis nur die Zuweisung an eine Klinik, und beim Verdacht auf Vaskulitis und entzündlich-rheumatische Erkrankungen ist der Beizug eines Spezialisten meist unerlässlich. Die moderne Behandlung ist oftmals sowohl für den Patienten als auch für Ärzte ein Erfolgserlebnis.

KD Dr. med. Marcel Weber
Chefarzt Klinik für Rheumatologie
Stadtspital Triemli, 8063 Zürich
marcel.weber@triemli.zuerich.ch

Literatur beim Autor

Interessenkonflikt: Der Autor hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Take-Home Message

- In manchen Notfallsituationen ist die rheumatologische Differentialdiagnose wichtig
- Ein Gelenkerguss muss (fast immer) diagnostisch punktiert werden
- Bei Verschlechterung des Allgemeinzustands und unklar erhöhten Entzündungswerten ist an eine Vaskulitis zu denken
- Kristallarthritiden sind mit zunehmendem Alter häufig. Gichtanfälle manifestieren sich doppelt so häufig nachts wie tagsüber
- Blasenfunktionsstörungen und progrediente Parese sind ein Alarmzeichen bei akutem Bandscheibenvorfall
- Bei Verdacht auf Spondylodiszitis ist der Erregernachweis vor der Gabe von Antibiotika zu erzwingen