



Institut für hausärztliche Fortbildung
im Deutschen Hausärzterverband (IhF) e.V.

Rheuma beim Hausarzt

Blitzlicht auf das Wichtigste 45min

XX
CME

Dr.med.Reto Schwenke
IhF 2021

Interessenkonflikt-Erklärung



Mögliche Interessenkonflikte:

- *Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten : iHf und Hausärzteverband, Ärztekammer BW, Hessen, Niedersachsen*
- *Mitglied im Hausärzteverband, DEGAM*
- *Keine weiteren Interessenkonflikte*

Angaben in Anlehnung an die Regeln der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachverbände e.V. (AWMF).



Welche Aussagen zur rheumatoiden Arthritis (RA) sind korrekt?

Mehrfachauswahl

- a) Die rheumatoide Arthritis bevorzugt das weibliche Geschlecht?
- b) Es sollte eine Basistherapie so schnell wie möglich begonnen werden?
- c) Mit einer schlechteren Prognose assoziiert sind: Anzahl der geschwollenen Gelenke, Nachweis von Rheumaknoten, Nachweisbare Anti-CCP Antikörper ?
- d) Die Progression der Gelenkerkrankung wird durch eine Kombinationstherapie aus Steroiden, Basistherapien und ggf. Biologika um mindestens 60-80% verlangsamt?
- e) Als Nebenwirkungen für Methotrexat ist eine akute fieberhafte abakterielle Pneumonitis typisch?



Rheuma?

Typische hausärztliche Kasuistik

- 28.2.2020: hat im Garten gearbeitet, danach Schmerzen in der Mittelhand / Fingerbasisgelenke und auch dem Dig III im gesamten Finger. Befund: leichte Schwellung, Rötung va. PIP-Gelenk DIII li. TH: Quarkumschläge, Externa, Naproxen 500: 1-0-1 Kurzzeittherapie.
- 14.7.2020: Morgens Steifigkeitsgefühl für 2-3 Stunden und symmetrische Schwellung der MCP.-Gelenke beider Hände und schnellender Finger D 3 rechts, bleibt morgens immer hängen. B:Schwellung der MCP.-Gelenke D 2-5 bds mit etwas eingeschränktem Faustschluß. Gänsslein Z.: pos.
- **D.:Fingergelenksarthritits beidseitig (M13.14+BG) + Verdacht auf Rheumatoide Arthritits (M06.99+V)**

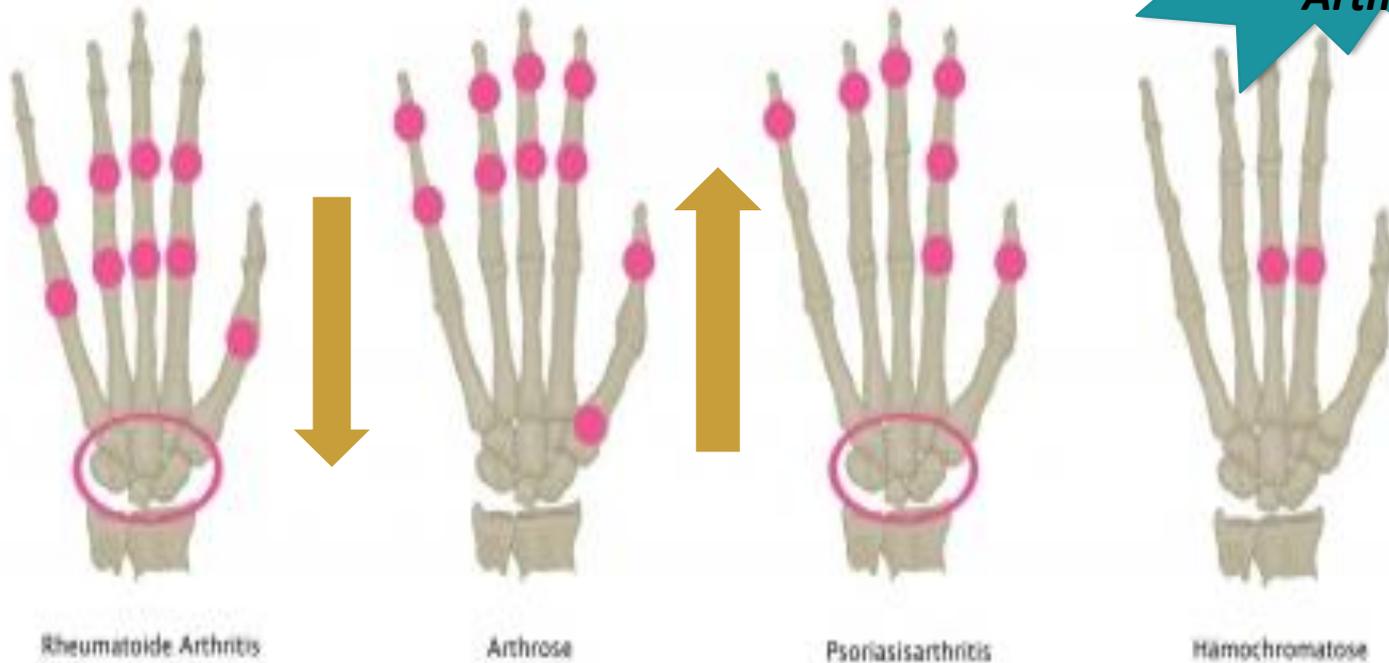


Typisches Befallsmuster



Differenzierung Arthrose/Arthritis

Problem
der Praxis:
Arthrose
oder
Arthritis



PcP,
Kollagenose
zentripetale
Ausbreitung

Polyarthrose

Zentrifugale
Ausbreitung:
Psoriasis und
reaktive Arthritis:
Daktylitis



Differenzierung nach Akuität und Befallsmuster

Akut (in Stunden)	Subakut (in Tagen)	Chronisch (in Wochen)
Kristallarthropathien (z. B. Gicht) Septische Arthritis Palindromer Rheumatismus Selten Rheumatoide Arthritis oft juvenile Rheumatoide Arthritis	Reaktive Arthritiden Kollagenosen Sarkoidose-Arthritis öfter juvenile Rheumatoide Arthritis Rheumatoide Arthritis	Spondylitis ankylosans Arthrosen Psoriasis-Arthritis Selten Rheumatoide Arthritis Juvenile Rheumatoide Arthritis
Befallstyp	Assoziierte Erkrankungen	
Große Gelenke	Reaktive Arthritis, Spondylitis ankylosans, Sarkoidose, Chondrokalzinose, Lyme-Arthritis (Knie > 50 %), SLE (Knie, Ellenbogen)	
Kleine Gelenke	Rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis, SLE (PIP, MCP)	
Obere Extremität	Rheumatoide Arthritis, Polymyalgia rheumatica	
Untere Extremität	Reaktive Arthritis, Gicht	
Fingerendgelenke	Psoriasis-Arthritis, Heberden-Arthrose	
Symmetrisch	Rheumatoide Arthritis, Kollagenosen mit Gelenkbefall	
Asymmetrisch	Reaktive Arthritis, Psoriasis-Arthritis	



Labordiagnostik bei Gelenkschwellungen

Blutsenkung

Häufig nicht erhöht	Mäßig beschleunigt (< 50 mm/h)	Erheblich beschleunigt (> 50 mm/h)
SLE Dermatomyositis Sklerodermie Psoriasisarthritis Borreliose Fibromyalgie Arthrose	SLE <u>rheumatoide Arthritis</u> Sklerodermie Psoriasisarthritis Spondylitis ankylosans Spondarthritis/Reaktive Arthritis	<u>Rheumatoide Arthritis</u> FELTY-Syndrom Polymyalgia rheumatica Systemische Vaskulitis
C-reaktives Protein im Referenzbereich	C-reaktives Protein mäßig erhöht (bis 50 mg/L)	C-reaktives Protein erhöht (> 50 mg/L)
Arthrose Fibromyalgie Gelegentlich Psoriasisarthritis Gelegentlich Spondylarthritis/reaktive Arthritis SLE, Sklerodermie, Polymyositis Borreliose	Rheumatoide Arthritis <u>(gering bis mäßig aktiv)</u> Psoriasisarthritis Spondylarthritis/reaktive Arthritis Gicht Sarkoidose Vaskulitiden (gering bis mäßig aktiv) SLE, Sklerodermie, Polymyositis Borreliose	<u>Rheumatoide Arthritis</u> Spondylarthritis/reaktive Arthritis (hochaktiv) Vaskulitiden (hochaktiv v. a. Polymyalgia rheumatica, Arteriitis temporalis) Sepsis unter Immunsuppression

Labordiagnostik bei unterschiedlichen muskuloskeletalen Erkrankungen

	Blutbild	BSK	CRP	RF	Anti-CCP-Ak	ANA	HLA-B27
Arthrose	0	1	1	0		0	0
Rheumatoide Arthritis	3	3	1	3		2	0
Kollagenose	3	3	1	2		4	0
M. Bechterew	2	1	1	0		0	2
Polymyalgia rheumatica	4	4	1	1		0	0
Bakterielle Arthritis	4	3	3	0		0	0
Fibromyalgie-Syndrom	0	0	0	0		0	0

0: nicht hilfreich, 1: selten hilfreich, 2: manchmal hilfreich
3: oft hilfreich, 4: immer hilfreich in der Diagnosestellung



BKS	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	mm	< 20	58	KRES	Kreatinin (S)	mg/dl	<1.2	0.8
BLYP	B-Lymphoz. (%)	%	7-23	41.9	LEUKO	Leukozyten	/nl	4.0-9.0	9.1
BNR	zu Befund	kA		92674242	LYAG	Immunphänotypisierung			Markerprofil d...
CD1656	Nat. Killerzellen (abs)	/µl	50-1050	702	LYDI	Lymphozytendiff. (Leuko)	/µl	4000-9000	9426
CD19A	B-Lymphoz. (abs)	/µl	70-830	1760	LYMPH	Lymphozyten, typische	%	20-51	46
CD3A	T-Lymphoz. (abs)	/µl	600-3100	1643	LYMPHA	Lymphozyten abs.	/nl	1.1-4.2	4.15
CD3P	T-Lymphoz. (%)	%	61-85	39.1	MAKZY	Makrozytose			(1+)
CD4A	T-Helfer-Z. (abs)	/µl	300-2200	1129	MCHC	MCHC	g/dl	32-36	35
CD4P	T-Helfer-Z. (%)	%	30-62	26.9	MCV	MCV	fl	80-97	93
CD8A	T-Suppressor-Z. (abs)	/µl	200-1750	524	MONOZ	Monozyten	%	2-12	5
CD8P	T-Suppressor-Z. (%)	%	21-49	12.5	MONOZA	Monozyten abs.	/nl	0.1-0.7	0.49
CDI	Th/Ts-Index	kA	0.7-2.8	2.15	NA	Natrium (S)	mmol/l	136-145	138
CKDEPI	GFR nach CKD-EPI	ml/min	>60	88.3	NKZP	Nat. Killerzellen (%)	%	5-29	16.7
CRP	CRP	mg/l	<5.0	29.8	NSEG	Neutr. Segmentkernige	%	42-75	43
CYCIP	AAk: Cycl. Citrullinpep.	U/mL	<7, GZ <10	0.60	NSEGA	Neutrophile abs.	/nl	1.5-7.0	3.90
EO	Eosinophile Granuloz.	%	0.5-7.0	4	POCHR	Polychromasie			(2+)
ERY	Erythrozyten	/pl	4.4-5.9	5.0	POIZY	Poikilozytose			(2+)
GLUCE	Glucose (GlucoEXACT)	mg/dl	70-115	114	RF	Rheumafaktor, turbidim.	IU/ml	<14	33
GLUMED	mittl. Glucosekonzentr.	mg/dl	<115	108	RRBC5	RRBC5			Eine Lympho...
HB	Hämoglobin	g/dl	13.0-18.0	15.9	THROM	Thrombozyten (EDTA)	/nl	140-440	234
HB-A1C	HbA1c (IFCC)	mmol/mol	21.3-44.3	40.0	TNAFO	Tel. Nachforderung vom			16.07.2020
HbA1C	HbA1c	%	4.1-6.2	5.9	TSH	TSH basal	µU/ml	0.35 - 3.50	1.36
HBE	MCH	pg	26-31	32					
HKT	Hämatokrit	%	39-52	46.0					
HSR	Harnsäure (S)	mg/dl	3.5-7.0	6.4					
K	Kalium (S)	mmol/l	3.5-5.1	4.3					

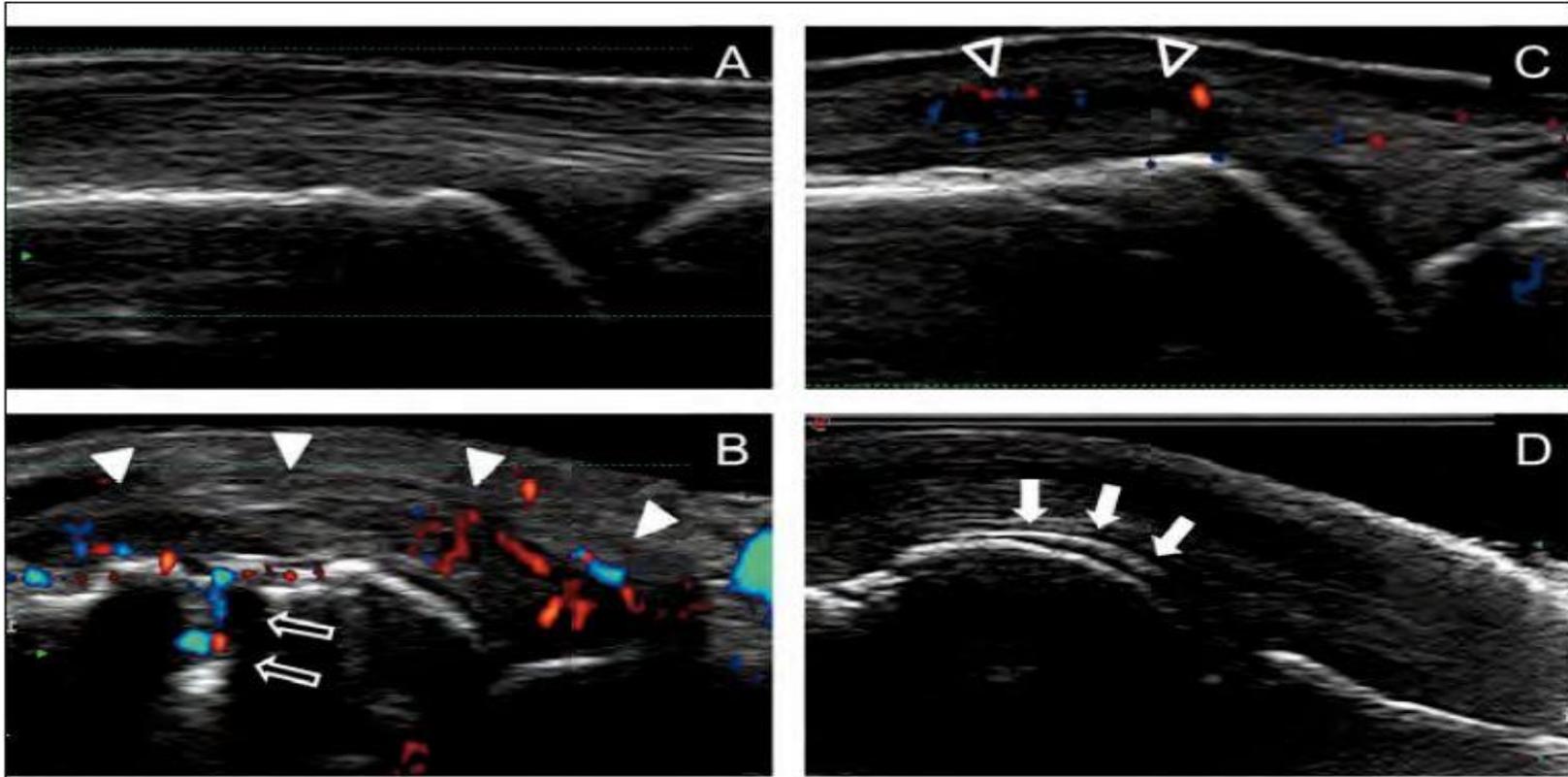
Rheumatoide Arthritis. Röntgen der Hand ap.



- A) Frühe erosive Veränderungen meist seitlich am Gelenk sind an den sogenannten „**bare areas**“ des zweiten und dritten und va. 5. Metacarpophalangealgelenks erkennbar.
- B) Bei einem Patienten mit einer lang bestehenden Rheumaerkrankung erkennt man ausgeprägte Destruktionen der Carpalia und des Processus styloideus ulnae. Des Weiteren besteht eine generalisierte Osteoporose, ausgeprägte Erosionen an den Metacarpophalangealgelenken und eine Subluxation im Daumensattelgelenk.



Gelenksonographie (einschließlich Power-Doppler (PWD)):



Ultraschallbild eines MCP-Gelenks: **A.** eines Gesunden, **B.** eines Patienten mit rheumatoider Arthritis mit aktiver Synovitis (Pfeilspitzen) und erosivem Defekt (offene Pfeile), **C.** eines Patienten mit Perisynovitis im Rahmen einer Psoriasisarthritis (offene Pfeilspitzen) und **D.** eines Patienten mit chronischer Gicht. Gichtkristalle sind als echoreiches Band an der Oberfläche von hyalinem Knorpel darstellbar (weiße Pfeile).

Abb.: Ultraschallbild eines MCP-Gelenks (Längsschnitt, links = proximal)



Wie ging es weiter beim Hausarzt

Rheuma? Arthritis?

→ **Ultraschall der Fingergelenke vom 16.07.2020:** Minimaler hypodenser Saum beim 2+3 MCP.-Gelenk rechts, etwas mehr als links, mehr als das Vergleichsgelenk (klinisch unauffällig MCP 4 links). PIP Gelenke 2+3 bds ohne hypodensen Saum, mäßige Arthrosezeichen, Strecksehnenlager erscheint unauffällig. Im Duplex keine verstärkte Perfusion in irgendeinem Gelenk nachweisbar.

→ **Digitale Radiographie der Hände bds. In einer Ebene vom 17.7.20:**

Die Veränderungen beider Handgelenke, insbesondere die Teildestruktion des Processus styloideus ulnae beidseits sprechen für eine entzündliche Genese und können im Rahmen einer rheumatoiden Arthritis gesehen werden.

Rhizarthrose beidseits, rechts mehr als links.

In Höhe der Metakarpophalangealgelenke und Interphalangealgelenke finden sich keine arthritischen Gelenkveränderungen.



Rheuma?

Eular Score ergibt 7 !

ACR/EULAR-Klassifikationskriterien für die RA ¹		Score
A	<u>Gelenkbeteiligung</u> (Synovitis)	
	1 großes Gelenk*	0
	2-10 große Gelenke	1
	1-3 kleine Gelenke* (mit/ohne Beteiligung von großen Gelenken)	2
	4-10 kleine Gelenke (mit/ohne Beteiligung von großen Gelenken)	3
> 10 Gelenke (davon mindestens 1 kleines Gelenk)	5	
B	<u>Serologie</u> (mindestens 1 Testergebnis erforderlich)	
	Negative RF <i>und</i> negative CCP-AK	0
	Niedrig-positive RF <i>oder</i> niedrig-positive CCP-AK	2
Hoch-positive RF <i>oder</i> hoch-positive CCP-AK	3	
C	<u>Akute-Phase-Reaktion</u> (mindestens 1 Testergebnis erforderlich)	
	Unauffälliges CRP <i>und</i> unauffällige BSG	0
Erhöhtes CRP <i>oder</i> beschleunigte BSG	1	
D	<u>Dauer der Beschwerden</u>	
	< 6 Wochen	0
≥ 6 Wochen	1	

Rheumatoide Arthritis Diagnose

7 Schlüsselfragen zur Eingrenzung der Wahrscheinlichkeit

1. Kurze Dauer der Gelenkbeschwerden (< 1 Jahr)
2. Symptome in den Fingergrundgelenken
3. Morgensteifigkeit (mind. 60 Minuten)
4. Morgenbetonte Beschwerden
5. Verwandte ersten Grades mit RA
6. Schwierigkeit beim Faustschluss
7. Positiver Gaenslen-Test (Händedruck verursacht Schmerzen in den MCP-Gelenken)



Therapie der PcP bei Erwachsenen

- Bei Diagnosestellung ist Methotrexat (15-25mg 1x/Woche po./sc.) die Standard-Basistherapie und wird in der Regel mit niedrig dosiertem Prednisolon kombiniert. Am Folgetag 5mg Folsäure
- Bei nicht ausreichendem Ansprechen sollte nach 12 Wochen eine klassische DMARD Kombinationstherapie eingesetzt werden.
- Bei anhaltend hoher Krankheitsaktivität wird spätestens nach 6 Monaten der Einsatz eines Biologikums empfohlen, in Sondersituationen (z.B. frühe Destruktionen, ungünstige Prognose) ggf. früher.
- Falls sich das zuerst angewendete Biologikum in einem Zeitraum von 3 -6 Monaten als nicht ausreichend effektiv erweist, sollte der Wechsel auf ein anderes Biologikum erfolgen.
- Bei langanhaltender Remission kann eine kontrollierte Reduktion der Basistherapie versucht werden.

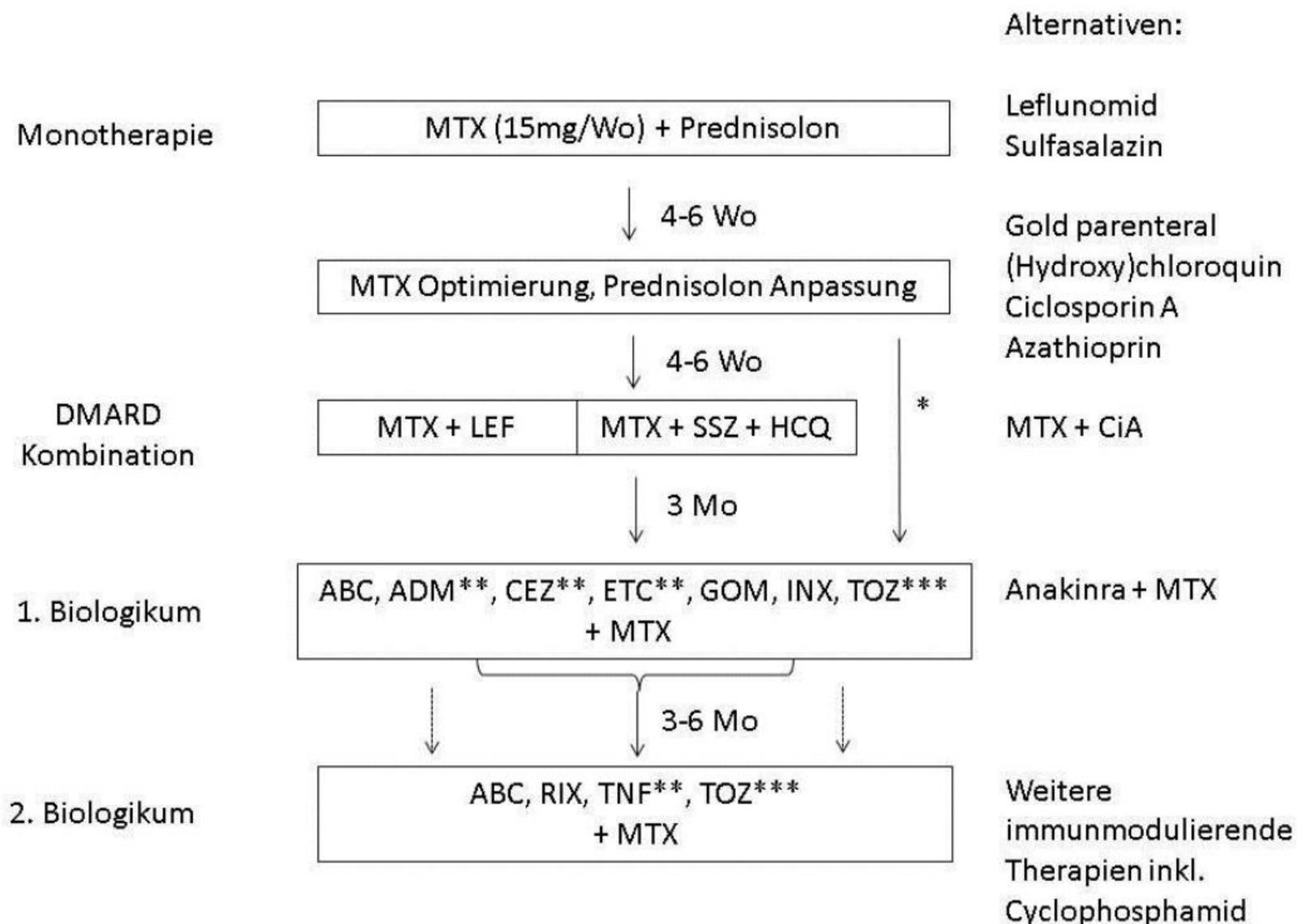


Optimale Erstlinientherapie für Patienten mit frisch diagnostizierter RA: NORD-STAR-Studie

- Alle Therapiestrategien führten zu beeindruckenden Remissionsraten von über 40 Prozent – auch die konventionelle Therapie alleine.
- Diese Ergebnisse zeigen, dass sich auch mit einer konventionellen Therapie eine hohe Remissionsrate erreichen lässt.
- Wichtig ist, das MTX hoch genug zu dosieren.



Abb.1 Therapie-Algorithmus für die Rheumatoide Arthritis



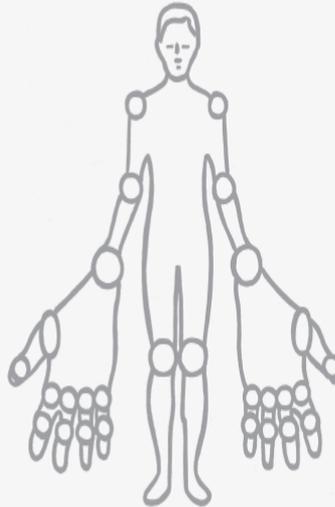
Fragebogen zur Ermittlung des DAS28

Gelenkstatus – 28 Joint Count

druckschmerzhafte Gelenke

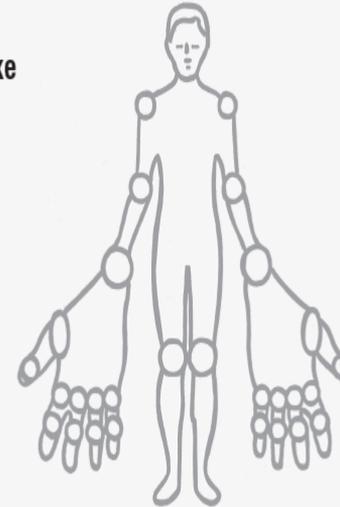
1. Anzahl dG

3. BSG (nach 1 Std. in mm)



geschwollene Gelenke

2. Anzahl gG

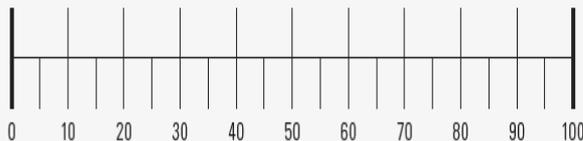


4. PATIENTENURTEIL zur Krankheitsaktivität

Wie aktiv ist Ihre Rheumatoide Arthritis in den letzten 7 Tagen gewesen?*

keine Aktivität

stärkstmögliche Aktivität



*bitte lassen Sie dies Ihren Patienten mit einem senkrechten Strich beurteilen.

Patientenurteil in mm:

Formel zur Berechnung des DAS28

$$\begin{aligned}
 & 0,56 \times \sqrt{\text{Anzahl dG}} \quad \text{_____} \\
 + & 0,28 \times \sqrt{\text{Anzahl gG}} \quad \text{_____} \\
 + & 0,70 \times \ln(\text{BSG nach 1 Std. in mm}) \quad \text{_____} \\
 + & 0,014 \times \text{Patientenurteil (in mm)*} \quad \text{_____} \\
 = & \text{_____} , \text{_____} \quad \text{DAS28}
 \end{aligned}$$



Behandlung und Verlauf

Kasuistik 1

- 20.07.20: Anbehandlung mit MTX 10mg, Folsäure 5mg am Folgetag, Prednisolon 30mg in langsam fallender Dosis
- 06.08.2020: Die Morgensteifigkeit ist etwas besser geworden. DAS 28= 3,09. Minimale Schwellung noch der MCP.-gelenke 2+3 rechts, keine Rötung, keine Überwärmung. BKS 2, CRP=0,8. Rasche Prednisolon Reduktion besprochen
- 08.09.2020: Keine Gelenkschmerzen. Etwas Schwellung Handgelenk rechts, intermittierend und MCP.-Gelenk 1+2 bds. DAS= 3,38. BKS 28, CRP 7,5. Predni wieder etwas erhöht und langsamer reduzieren.
- 08.10.2020: Es geht ganz gut, ab und zu schmerzen alle Gelenk der Hand in allen MCP.-Gelenken, keine Schwellung. Schmerzen alle 3-4 Wochen, keine Morgensteifigkeit, kann gut normal laufen. DAS-Score: 4,57. DS über dem MCP.-Gelenk 2+3+4 rechts betont aber bds.



Behandlung und Verlauf

Kasuistik 2

- 12.11.20: Schmerzen noch in den MCP.-Gelenken 1-3 bds immer mal wieder. DAS 28=4,35. DS diskret über den 1-3 MCP:-gelenk bds, keine Schwellung mehr. CRP 8,1, BKS 38. MTX auf 15 erhöht, Predni nur noch 5mg.
- 05.01.2021: Kaum noch Gelenkschmerzen oder Schwellungen lt. Pat. DAS-Score 3,25. Diskrete Schwellung über dem MCP-gelenk 2+3 bds, dort auch diskreter DS. BKS 10, CRP 3,4. TH: Predni ab, MTX 15 erst mal so weiter.
- 22.02.2021: Subjektiv keine Schmerzen oder Schwellneigung. Diskrete Restschwellung MCP.-Gelenk 2 rechts betont, kein DS. DAS 2,17. BKS 16, CRP 1,4.



Die europäische Rheumaliga EULAR hat zehn Empfehlungen

für das kardiovaskuläre Risikomanagement bei Patienten mit RA veröffentlicht

- 1) Optimale Kontrolle der Krankheitsaktivität, Versuch der Therapiedeeskalation im Verlauf
- 2) Regelmäßige Einschätzung des kardiovaskulären Risikos
- 3) Leitliniengemäßes Risikoassessment
- 4) Lipidmessungen bei geringer Krankheitsaktivität
- 5) Risikovorhersage anpassen (x Faktor 1,5)
- 6) Ultraschalluntersuchung der Karotiden
- 7) Lebensstilempfehlungen
- 8) Risikomanagement wie in Leitlinien
- 9) Vorsicht mit NSAR
- 10) Keine hoch dosierte Kortikosteroid-Langzeittherapie



Absetzen? Im Therapieverlauf, RETRO-Studie

- Glukokortikoide sollten möglichst umgehend nach Therapiestart wieder ausgeschlichen und reduziert (<5 mg täglich) oder nach 3-6 Wochen abgesetzt werden.
- Bei biologischen und targeted synthetic“ DMARDs (b-DMARDs, tsDMARDs) sollte immer eine Dosisverminderung und vorzugsweise ein Medikamentenstop versucht werden. Beispielsweise nach einer längeren Remission (>6 Monate).
- Sehr behutsam und in enger Absprache mit dem Patienten ist eine Dosisverminderung und in Einzelfällen ein Auslassen von konventionellen synthetischen DMARDs (csDMARD) zu erwägen, sofern die negativen Effekte den Benefit überwiegen. Bei einer Verschlechterung sollte die Medikation sehr schnell wieder aufgenommen werden in vorheriger Volldosierung.



Vielen Dank für Ihr Aufmerksamkeit

Dr.Reto Schwenke Gemeinschaftspraxis Norrmann/Schwenke

Praxis für Allgemein und Familienmedizin, Naturheilkunde, Rettungsmedizin, Akupunktur

Akademische Lehrpraxis der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Heidelberg

Akademische Forschungspraxis der Universität Heidelberg

Durlacher Allee 13, 75045 Walzbachtal

Tel.:07203/381, FAX:07203/8488

MAIL: info@praxis-schwenke.de, WEB: [www: praxis-schwenke.de](http://www.praxis-schwenke.de)

