

Altersunabhängig alle verfügbaren Medikamente zum Erhalt der Funktionstüchtigkeit einsetzen

Arthritis im Alter

Die möglichen Arten von Arthritis im Alter unterscheiden sich, mit Ausnahme der Juvenilen Idiopathischen Arthritis, nicht von denjenigen der Gesamtbevölkerung. Ein Unterschied besteht jedoch in der Wahrscheinlichkeit des Auftretens. Meistens melden sich die Patientinnen und Patienten mit Gelenkschmerzen als Hauptsymptom. Wir beschränken uns in diesem Artikel auf ein Vorgehen, welches einerseits der Gefährlichkeit der im Alter wahrscheinlichen Diagnosen Rechnung trägt, andererseits mit grosser Wahrscheinlichkeit möglichst schnell zu deren Nachweis oder Ausschluss führt.

Ablklärung

Wichtige Voraussetzung in der initialen Beurteilung einer Arthritis ist wie immer die Anamnese (Aufreten plötzlich oder langsam, erstmalig oder Rezidiv), die Kenntnis der Begleiterkrankungen (Diabetes, Niereninsuffizienz, entzündliche Darmkrankheiten, Psoriasis, chronische Infektionen, Tumore) und weiterer Begleitumstände (Immunsuppression, Sexualverhalten, Alkohol/Drogen). Gelegentlich sind auch die Familienanamnese (Akute Erkrankung im Umfeld, entzündliche Gelenkerkrankung oder Stoffwechselerkrankungen in der Familie) und die Reise- und Freizeitanamnese (akute, z. B. gastrointestinale Erkrankungen, Zeckenstiche) zusätzlich hilfreich.

Bei der körperlichen Untersuchung sind, nebst dem vollständigen internistischen Status, ein ausführlicher Gelenkstatus auch der angeblich beschwerdefreien Gelenke zur Suche nach weiteren, z. T. asymptomatischen entzündeten Gelenken sowie speziell auch die Beobachtung des Musters des Gelenkbefalls (Mono- oder Polyarthritis) wichtig. Oft zeigt es sich hier schon, ob es sich bei den beklagten Beschwerden tatsächlich um eine Arthritis, oder um Gelenksbeschwerden mechanischer Art oder im Rahmen einer gripalen Erkrankung handelt.

Septische Arthritis

Entsprechend der Dringlichkeit der Behandlung muss zuerst eine septische Arthritis ausgeschlossen werden. Diese tritt häufig als akute oder über wenige Tage auftretende Monarthritis auf, man findet die üblichen Zeichen der Entzündung, d.h. Gelenkschmerzen, eine Schwellung, eine Überwärmung und Rötung des Gelenkes sowie ein schmerzhafter Verlust der Beweglichkeit. Zudem werden sich die Betroffenen häufig krank fühlen und sie haben meist auch Fieber.

Risikofaktoren für die septische Arthritis sind unter Anderem das fortgeschrittene Alter per se, ein Diabetes mellitus, eine Immunsuppression, Alkoholabusus, eine kürzlich durchgeführte Gelenkinfiltration oder ein operativer Gelenkeingriff. Ulcera und Infektionen der Haut, andere chronische Infektionen sowie intravenöse Injektionen sind mögliche, lokale oder hämatogene Infektionsquellen. Oft sind die betroffenen Gelenke schon arthrotisch oder durch eine Arthritis vorgeschädigt. Selbstverständlich muss im Falle einer septischen Arthritis immer auch nach der Ursache, z.B. auch nach einer möglichen Endokarditis oder einem infizierten Kunstgelenk gesucht werden.



Dr. med. Thomas Vogt
Basel

Kristallarthritis

Auch bei einer Kristallarthritis, sei dies eine Gicht oder eine Pseudogicht, besteht für die Betroffenen oft ein sehr grosser Leidensdruck. Meist können die Symptome nicht von denjenigen einer akuten septischen Arthritis unterschieden werden. Die Patientinnen und Patienten können sich ebenfalls sehr krank fühlen und auch das Auftreten von Fieber spricht nicht gegen eine Kristallarthritis. Der Gelenkbefall kann sowohl mono- als auch polyartikulär oder auch nur als Entzündung in den periartikulären Weichteilen in Erscheinung treten.

Risikofaktoren für einen akuten Gichtanfall sind der erhöhte Harnsäuregehalt im Blut und in den Geweben des Körpers, oft verbunden mit einer akuten Schwankung des Harnsäurespiegels, wie sie bei einer akuten Verschlechterung einer Niereninsuffizienz, nach einer opulenten Mahlzeit oder nach ausgiebigem Genuss von alkoholischen Getränken, aber auch beim willentlichen Fasten, bei einer akuten Erkrankung oder nach einer Operation auftreten kann.

Für die Gicht gibt es international anerkannte Kriterien die eine Diagnose mit einiger Sicherheit erlauben, auch wenn keine Gelenkpunktion möglich ist (Tab. 1).

Für die Pseudogicht ist das fortgeschrittene Alter mit der zunehmenden Wahrscheinlichkeit der Ablagerung von Kalzium-Pyrophosphatkristallen in den Gelenken und Geweben ein eigener Risikofaktor. Es bestehen Assoziationen mit dem Vorliegen einer Hämochromatose, Hypomagnesiämie, Hypothyreose, Hypophosphatasie oder einem Hyperparathyreoidismus. Das zusätzliche Auftreten bei Vorliegen einer Gicht ist nicht ungewöhnlich (das Umgekehrte ist ebenfalls möglich), ein erneuter Arthritis Schub trotz gut eingestellter Gicht kann auch eine Erstmanifestation einer Pseudogicht sein. Auch die Pseudogicht manifestiert sich oft im Umfeld einer akuten Erkrankung oder nach einer Operation.

Kristallarthritis und septische Arthritis können gemeinsam auftreten, der Nachweis einer Kristallarthritis schliesst eine septische Arthritis nicht aus.

Rheumatoide Arthritis

Die Diagnose einer neu aufgetretenen Rheumatoiden Arthritis ist auch beim älteren Menschen nicht ungewöhnlich. Die rasche Diagnose hat vor allem die adäquate und bei Bedarf durchaus auch aggressive Behandlung zum Ziel.

TAB. 1 2015 ACR-EULAR Klassifikationskriterien der Gicht

1. Voraussetzung zur Anwendung der Kriterien:
– Vorliegen mindestens einer Episode einer schmerzhaften Gelenkschwellung in einem peripheren Gelenk oder einer Bursa
2. Nachweis von Harnsäurekristallen in einem symptomatischen Gelenk, einer symptomatischen Bursa oder einem Tophus:
– Hier kann direkt die Klassifikation als Gicht erfolgen
3. Wenn bis hier keine Klassifikation erfolgen kann, folgt nun die Anwendung der Klassifikationskriterien:
– Eine Klassifikation als Gicht kann erfolgen, wenn in den Kriterien 8 oder mehr Punkte erreicht werden

Klassifikationskriterien	Klinik	Beteiligte Gelenke (irgendwann)	Grosszehengrundgelenk Sprunggelenk oder Mittelfuss Andere Gelenke	2 Punkte 1 Punkt 0 Punkte
		Befunde und Symptome (1 Punkt pro Element)	Rötung Schwellung Funktionsverlust	max. 3 Punkte
		Anzahl typischer Episoden (mind. 2 Elemente nötig)	Maximaler Schmerz nach 24 Std Dauer max. 14 Tage Völlige Beschwerdefreiheit zwischen den Episoden	max. 2 Punkte (0 Episoden = 0 Punkte, 1 Episode = 1 Punkt, >1 Episode = 2 Punkte)
		Klinischer Tophusnachweis		4 Punkte
	Labor	Harnsäure im Serum	< 240 µmol/l 240 – ≤ 360 µmol/l 360 – ≤ 480 µmol/l 480 – ≤ 600 µmol/l ≥ 600 µmol/l	minus 4 Punkte 0 Punkte 2 Punkte 3 Punkte 4 Punkte
		Harnsäurekristalle im Punktat	Negativ Nicht gemacht	minus 2 Punkte 0 Punkte
	Bildgebung	Typische Hinweise in Ultraschall oder DECT (Dual Energy-CT)	Negativ oder nicht gemacht Vorhanden	0 Punkte 4 Punkte
		Typische Röntgenbefunde (Typische Erosion an Hand oder Fuss)	Negativ oder nicht gemacht Vorhanden	0 Punkte 4 Punkte

TAB. 2 2010 ACR-EULAR Klassifikationskriterien der Rheumatoiden Arthritis

1. Voraussetzung zur Anwendung der Kriterien:
– Patient mit mindestens einem geschwollenen Gelenk
– Die Gelenkschwellung/ Synovitis ist nicht durch eine andere Krankheit erklärbar
2. Sind diese Bedingungen erfüllt, können die Klassifikationskriterien angewendet werden:
– Eine Klassifikation als Rheumatoide Arthritis kann erfolgen, wenn in den Kriterien 6 oder mehr Punkte erreicht werden

Klassifikationskriterien	Gelenkbeteiligung	1 grosses Gelenk 2–10 grosse Gelenke 1–3 kleine Gelenke (grosse Gelenke zählen nicht) 4–10 kleine Gelenke (grosse Gelenke zählen nicht) > 10 Gelenke (mit mind. einem kleinen Gelenk)	0 Punkte 1 Punkt 2 Punkte 3 Punkte 5 Punkte
	Serologie	Negativer RF und negative ACPA Niedrig positiver RF oder niedrig positive ACPA Hoch positiver RF oder hoch positive ACPA	0 Punkte 2 Punkte 3 Punkte
	Akutphasen-Proteine	Normales CRP und normale BSG Erhöhtes CRP oder erhöhte BSG	0 Punkte 1 Punkt
	Symptombdauer	< 6 Wochen ≥ 6 Wochen	0 Punkte 1 Punkt

CRP = C-Reaktives Protein; BSG = Blutsenkungsgeschwindigkeit; RF = Rheumafaktor; ACPA = (Anti Citrullinated Peptide Antibodies: Antikörper gegen citrullinierte Proteine)

Die Familienanamnese kann einen ersten Hinweis liefern, es besteht eine gewisse genetische Prädisposition. Die Anamnese mit zunehmender Morgensteifigkeit und symmetrischem Befall mehrerer Gelenke vor allem der Hände (Handgelenk und Metacarpophalangealgelenke) und der Füße (Sprunggelenk und Metatarsophalange-

algelenke) sind typisch aber nicht immer von Beginn an vorhanden. Die Krankheit kann plötzlich oder schleichend auftreten.

Die Differentialdiagnose ist anfänglich gross und umfasst (auch) beim älteren Menschen die parainfektösen (v.a. Parvovirus B19, auch andere virale Infektionen z.B. nach Reisen) sowie speziell auch

TAB. 3 Untersuchungen bei Gelenkpunktionen

Bestimmungen im Gelenkpunktat (Synovia):	Zellzahl mit Differenzierung (Anteil mono- und polynukleäre Zellen):	EDTA: lila Röhrchen
	Kristalle mit Differenzierung (Suche nach Harnsäure- und Kalziumpyrophosphat-Kristallen):	Spitzröhrchen ohne Zusätze
	Bakteriologie (Mikroskopie mit Gramfärbung, Kultur allgemein, Resistenzprüfung):	Spitzröhrchen (steril) ohne Zusätze Ev. Kulturmedium (Kulturmedium allein erlaubt keine Mikroskopie!)

TAB. 4 Differentialdiagnosen der Arthritis im Alter (Aufzählung nicht abschliessend!)

Grundsätzlich sind, ausser der Juvenilen Idiopathischen Arthritis, auch im Alter alle Arthritisursachen möglich!	
Eher monoartikuläres Auftreten	– Septische Arthritis – Gicht – Pseudogicht – traumatisch oder mechanisch bedingte Gelenkschwellung («aktivierte» Arthrose, Hämarthros, Meniskusproblem, Fraktur) – Tumoren (lokal, Metastasen) – frühe Rheumatoide Arthritis – pigmentierte villonodulöse Synovitis
Eher polyartikuläres Auftreten	– etablierte Rheumatoide Arthritis – Infektiöse oder parainfektiöse Arthritis (Borrelien, Streuung bei Endokarditis, viral) – Arthritis bei entzündlicher Darmkrankheit – (Gicht und Pseudogicht) – Spondyloarthritis, Psoriasisarthritis – Systemischer Lupus Erythematoses – Vaskulitis, M. Behçet – Myositis, Sklerodermie – Sarkoidose

paraneoplastische Arthritiden. Bei den letztgenannten sind oft Tendovaginitiden im Vordergrund.

Als diagnostisches Hilfsmittel bestehen international anerkannte Kriterien, die sich auf klinische und laborchemische Befunde stützen und im positiven Fall sehr nützlich sein können (Tab. 2).

Diagnostik

Im Anschluss an die klinische Beurteilung sind meistens auch eine gezielte Labor- und allenfalls Röntgendiagnostik nötig.

Am einfachsten ist die Diagnose, wenn sie direkt im Gelenkguss gestellt werden kann. Für die sichere Durchführung von Injektionen am Bewegungsapparat gibt es Empfehlungen, die unter «<http://www.rheuma-net.ch/Richtlinien>» abrufbar sind und sich auch für diagnostische Punktionen eignen.

Da bei der Punktion eines Kunstgelenkes ein deutlich höheres Infektionsrisiko besteht und eine Infektion weitreichende negative Konsequenzen, bis zur mehrwöchigen Hospitalisation mit Prothesenwechsel haben kann, soll die Punktion bei Gelenkprothese nur unter strenger Asepsis und in der Regel durch den Orthopäden erfolgen. Die Punktaturuntersuchung soll folgendes beinhalten: ein Direktpräparat mit Gramfärbung und eine Kultur, die Suche

nach Kristallen mit Differenzierung Harnsäure (Gicht) und Kalzium-Pyrophosphat (Pseudogicht) und die Bestimmung der Zellzahl mit Differenzierung von mono- und polynukleären Zellen (Tab. 3).

Empfehlungen für die sichere Durchführung von Injektionen am Bewegungsapparat: <http://www.rheuma-net.ch/Richtlinien>

Empfohlene Blutuntersuchungen: Hämoglobin (Anämie als Hinweis auf chronische Entzündung), Leukozytenzahl, CRP, Kreatinin und Harnsäure. Bei Verdacht auf eine Rheumatoide Arthritis, sollen ACPA (Anti Citrullinated Peptide Antibodies, früher auch als CCP-Antikörper bezeichnet) und Rheumafaktoren gesucht werden. Bei Verdacht auf ein septisches Geschehen sind auch Blutkulturen angezeigt.

Ein Röntgenbild kann eine Arthrose, eine Chondrokalzinose oder Erosionen als Hinweise auf die Ursache der Gelenkschwellung zeigen. Bei starkem Verdacht auf eine Gicht, aber fehlender Möglichkeit des Kristallnachweises im Gelenk, kann mittels DECT (Dual-Energy-Computertomographie) der Nachweis von Harnsäuredepots in Gelenken und Gewebe und somit der indirekte Gichtnachweis gelingen.

Liegt keine der obigen Ursachen vor, müssen auch im Alter alle andere Formen von Mono- bzw. Polyarthritiden in die differentialdiagnostische Überlegung mit einbezogen werden (Tab. 4).

Therapie

Die Behandlung der Arthritis ergibt sich aus der jeweiligen Diagnose: Eine septische Arthritis muss in der Regel, sowohl zur weiteren Abklärung (Sepsis, Endokarditis), zur (eventuellen) Gelenkspülung und zur (intravenösen) Antibiotikatherapie im Spital behandelt werden.

Das Therapieziel bei der Rheumatoiden Arthritis ist die vollständige Kontrolle der Entzündung (Remission) und der Erhalt der Funktionsfähigkeit im Alltag. Dazu werden auch im Alter alle verfügbaren Medikamente eingesetzt.

Die Akuttherapie einer Gicht kann (abhängig von der Leber- und Nierenfunktion) mit Colchizin (im Schub am ersten Tag max. 1.5 mg), oder mit Prednison erfolgen (NSAR sollten bei älteren Personen nicht gegeben werden). Abweichend zu den bisherigen Empfehlungen ist eine Harnsäure senkende Therapie schon im Schub möglich. Das längerfristige Ziel einer Therapie ist die Senkung des Harnsäurespiegels im Serum auf Werte unter 360 µmol/l (bzw. auf unter 300 µmol falls Tophi vorhanden sind), damit die Harnsäuredepots im Körper abgebaut werden können. Dies erfordert wiederholte Messungen und Therapieanpassungen. Da zu Therapiebeginn oft weitere Schübe auftreten, kann eine zusätzliche Prophylaxe mit Colchizin (max. 2 x 0.5 mg/d, Interaktionspotential beachten!) sinnvoll sein. Es gibt zunehmend Hinweise, dass auch Patientinnen und

Patienten mit asymptomatischer Hyperurikämie von einer Harnsäuresenkung profitieren können.

Die Behandlung der Pseudogicht entspricht im akuten Schub derjenigen der Gicht. Als Schubprophylaxe kann bei häufigen Rezidiven niedrig dosiertes Colchizin versucht werden (max. 2x0.5 mg/d, Interaktionspotential beachten!), ansonsten muss eine Bedarfstherapie genügen. Eine kausale Therapie besteht bisher nicht.

In der Therapie der Rheumatoiden Arthritis und der Gicht, sind viele neuere Medikamente zugelassen oder bald verfügbar. Deshalb empfehlen wir sowohl zur weiteren Abklärung bei unklaren Arthritiden, als auch zur Behandlung der Rheumatoiden Arthritis und der Gicht die Zusammenarbeit mit einem Rheumatologen.

Dr. med. Thomas Vogt

Rheumatologie Universitätsspital Basel und Felix Platter Spital
Burgfelderstrasse 101, 4055 Basel
thomas.vogt@fps-basel.ch

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

+ Literatur beim Autor

Ein grosser Dank geht an PD Dr. Thomas Daikeler, Rheumatologie, Universitätsspital Basel für die kritische Durchsicht des Manuskripts und seine Verbesserungsvorschläge.

Take-Home Message

- ◆ Die möglichen Arthritisformen im Alter unterscheiden sich, mit Ausnahme der Juvenilen Idiopathischen Arthritis, nicht von denjenigen in der Gesamtbevölkerung
- ◆ Am einfachsten ist die Diagnose, wenn sie direkt im Gelenkpunktat gestellt werden kann. Die Punktion eines Kunstgelenkes soll jedoch durch den Orthopäden erfolgen. Entsprechend der Dringlichkeit der Behandlung, muss zuerst eine septische Arthritis ausgeschlossen werden. Diese muss in der Regel im Spital behandelt werden
- ◆ Eine Kristallarthritis kann klinisch meist nicht sicher von einer akuten septischen Arthritis unterschieden werden. Der Nachweis einer Kristallarthritis schliesst eine septische Arthritis nicht aus
- ◆ Die Rheumatoide Arthritis tritt auch beim älteren Menschen auf. Das altersunabhängige Therapieziel ist die Remission und der Erhalt der Funktionsfähigkeit im Alltag. Dazu werden auch im Alter alle verfügbaren Medikamente eingesetzt
- ◆ Bei der Therapie der Gicht soll der Harnsäurespiegel im Serum auf Werte unter 360 µmol/l (bzw. auf unter 300 µmol falls Tophi vorhanden sind) gesenkt werden. Dies erfordert wiederholte Messungen und Therapieanpassungen
- ◆ In der Therapie der Rheumatoiden Arthritis und der Gicht, sind viele neuere Medikamente zugelassen oder bald verfügbar. Deshalb empfehlen wir sowohl zur weiteren Abklärung bei unklaren Arthritiden als auch zur Behandlung der Rheumatoiden Arthritis und der Gicht die Zusammenarbeit mit einem Rheumatologen