

Max Handschin¹, Thomas Hügler², Andrej Nowakowski³

Mein Gelenk ist geschwollen

Bericht von einem Workshop an der SwissFamilyDocs Conference 2011 in Basel

Fall 1

Anamnese

Ein 60-jähriger Patient ist beim Bau einer Steinmauer ausgerutscht. Dies ist die einzige mögliche Ursache, die ihm erinnerlich ist. Er hat am Abend eine wenig schmerzhafte Schwellung des rechten Knies festgestellt, welche seit zwei Wochen nicht verschwunden ist. Er spürt ein Druckgefühl bei Belastung. Treppabsteigen spürt er stärker als Treppaufsteigen. Kühlung hat gutgetan.

Das klinische Bild

Das rechte Knie ist geschwollen, geschätzte Ergussmenge: 40 bis 60 ml, das Knie ist leicht überwärmt. Es findet sich eine Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt, aber auch proximal davon und parapatellär, medial stärker als lateral. Kein Rotationsschmerz, kein Hyperflexions- oder Hyperextensionsschmerz auslösbar. Bei Flex/Ext.: leichtes Knacken parapatellär. Keine mediale Aufklappbarkeit und schmerzfreie Abd./Add.

An dieser Stelle wird diskutiert, was weiter geschehen soll: Röntgenbild ja oder nein? Braucht es weitere bildgebende Abklärungen? Was tun wir?

Die Reaktionen sind unterschiedlich: Einzelne Teilnehmer schlagen eine Kniepunktion vor, andere möchten ein Röntgenbild. Auf eine MRI-Abklärung beharrt niemand; der Wunsch könnte höchstens vom Patienten kommen, welcher aufgeklärt werden möchte. In diesem Fall wurde auch auf eine Punktion verzichtet. Sie wäre bei stärkeren Beschwerden wahrscheinlich erfolgt. Das Röntgenbild zeigt folgendes:

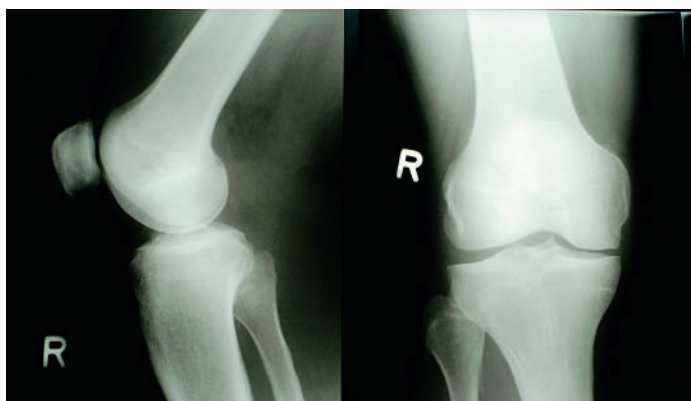


Abbildung 1

Verlauf

Es werden NSAR für 14 Tage (Lornoxicam [Xefo®] 8 mg®, 2x 1 tägl.) gegeben. Der Patient kommt zwei Wochen später zur Kontrolle: Er ist zufrieden mit dem Verlauf, spürt lediglich gelegentlich ein «Zwi-

cken» im Gelenk, kann aber nicht sagen wo. Klinisch findet sich eine leichte Druckdolenz parapatellär medial. Der Erguss ist praktisch verschwunden.

Es wird über die Vermutungsdiagnose diskutiert: Wie sinnvoll ist eine weitere Abklärung in einem solchen Fall? Genügt es, wenn der Verlauf günstig ist? Braucht es weitere Abklärungen, wenn der Patient mehr über die Ursachen wissen möchte? Kann zu einem späteren Zeitpunkt abgeklärt werden, falls es zu einem baldigen Rezidiv kommt? Ist es sinnvoll, in diesem Fall Chondroprotektiva einzusetzen?

Kommentar

Dieser Fall illustriert gut den Unterschied zwischen dem Vorgehen in der Allgemeinpraxis und in der Spezialarztpraxis oder im Spital: In der Allgemeinpraxis haben wir Zeit und können den Verlauf beobachten, welcher uns über die Hartnäckigkeit und die «Schwere» des Leidens zusätzliche Informationen gibt. Der Spezialist ist oft verpflichtet, sich festzulegen und rasch eine Diagnose zu stellen, denn er muss den Patienten mit einer «Etikette» an den Zuweisenden zurückschicken. Dazu braucht er zusätzliche Informationen und Abklärungen, auf welche wir verzichten können, wenn die Beschwerden verschwinden. Nicht umsonst fördern die Krankenkassen die Hausarztmodelle, da auf diese Weise Geld zu sparen wäre.

Fall 2

12-jähriger Knabe: 2007 hatte er eine Erkältung während etwa einer Woche, am zehnten Tag zusätzlich eine Diarrhoe und am zwölften erstmals eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung des linken Knies. Es erfolgte eine Abklärung auf der Pädiatrie des Kantonsspitals Bruderholz (BL) bei Verdacht auf Gonarthrit links. Es fanden sich folgende Laborwerte: BSR normal, Serologien neg. auf Enteroviren, Parvo B19, Salmonellen, Shigellen, Yersinien, ANA neg., RF neg. Borrelien: IgG-Nachweis im Sinne einer durchgemachten Borreliose, erhöhter ASL (913 IU/ml) und erhöhte Antistreptodormase B. Diagnose: Postinfektiöse Arthritis des linken Knies.

2008 hatte der Patient eine Schwellung des rechten Knies (Abb. 2): Es erfolgte eine Punktion. Analyse des Ergusses: Lc: 13880/µl (<200/µl); 73% Polynucleäre (<25%); 27% Mononucleäre (>75%); Borrelia burgdorferi PCR neg.; RF neg.

Seither erfolgte vier Mal eine Punktion wegen rezidivierender Schwellungen ohne starke Schmerzen. Eine nochmalige Suche nach Borreliose und Rheumafaktoren blieb negativ.

Im Workshop wurde nun über die weiteren diagnostischen Schritte diskutiert. Folgende zusätzlichen Informationen wurden erfragt:

Familienanamnese: Der Bruder der Mutter hat ein Reiter-Syndrom. Persönliche Anamnese: Vierjährig hatte der Patient eine Pneumonie, er berichtet über regelmässige Zeckenstiche (Bauernhof auf dem Lande), ohne einmal ein Erythema migrans festgestellt zu haben. Im März 2011 hatte er eine Unterschenkelfraktur rechts (konservativ behandelt). Weitere ergänzende Laborwerte: HLA-Antigen KI I: HLA-B*27: neg.; Nachweis: B*35, B*56; Calprotectin: neg.; Rachenabstrich: kein Streptokokkennachweis.

¹ Allgemeinmedizin.

² Rheumatologie.

³ Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates.



Abbildung 2

Es erfolgte einmalig im Anschluss an eine Kniepunktion die empfohlene Instillation von Cortison intraartikulär, jedoch kam es nur zu einer unbedeutenden Besserung für eine Woche, weshalb danach darauf verzichtet wurde.

In der weiteren Besprechung des Falles einigte man sich darauf, dass zurzeit keine genaue Diagnose gestellt werden kann. Der Rheumatologe wies darauf hin, dass auch hier der Verlauf helfen kann: Entwickelt der Patient später Fersen- oder Rückenschmerzen, so ist mit einem juvenilen rheumatischen Leiden zu rechnen, es kann aber auch durchaus sein, dass der Patient im Laufe der Jahre beschwerdefrei wird. Da im Moment der Leidensdruck gering ist und die Mutter eine homöopathische Betreuung wünscht, haben wir mit ihr vereinbart, dass Kontrollen bei Bedarf stattfinden, und sie darauf hingewiesen, dass bei deutlichen Symptomen nicht zu lange zugewartet werden sollte.

Kommentar

In diesem Fall unterscheidet sich das Vorgehen des Spezialisten nicht stark von jenem des Hausarztes. Beide tendieren auf eine abwartende Haltung. Die Familie braucht aber eine klare Anlaufstation für den Fall einer Zunahme der Beschwerden. Sie hat sich für den Hausarzt als Erstinstanz entschieden.

Fall 3

Ein 62-jähriger Patient, sportlich (Jogging, Mountainbike) und normalgewichtig, stürzte Anfang April beim Jogging, als er in ein Loch trat, und prallte auf das rechte Knie und den rechten Ellenbogen. Er habe am Knie eine kleine Wunde gehabt, habe jedoch das Knie vorerst normal belasten können. Mitte Mai suchte mich der Patient wegen plötzlichen Einsinkens im rechten Knie auf.

Das klinische Bild Mitte Mai

Rechtes Knie mit Druckdolenz isoliert im vorderen Bereich des lateralen Gelenkspaltes, Hyperflexionsschmerz und Hyperextensionsschmerz, pos. Kompressionstest des lateralen Meniskus, leichter Innenrotationsschmerz. Deutliche Krepitation der Patella und leichter Kompressionsschmerz. Praller intraartikulärer Erguss, welcher punktiert wird (80 ml). Die Analyse zeigt den Befund eines Reizergusses.

Es erfolgt die Überweisung an den Orthopäden wegen der persistierenden Extensionshemmung und der Meniskuszeichen lateral. Dieser veranlasst wahrscheinlich wegen des etwas ungewöhnlichen beschwerdefreien Intervalls ein MRI: Es findet sich ein deutlicher Erguss und eine Poplitealcyste, eine fortgeschrittene Degeneration des lat. Meniskus, vor allem im Vorderhorn, eine kleine Rissbildung auch im lat. Hinterhorn. Eine fortgeschrittene Chondropathie femoropatellär wird beschrieben.

Mit dem Orthopäden diskutierten wir während des Workshops über die verbreitete Tendenz zur präoperativen MRI-Abklärung. Die Frage aus dem Publikum lautete: Gibt es überhaupt noch arthroskopische Eingriffe ohne vorherige MR-Aufnahmen? Die Antwort lautete, dass es dies tatsächlich noch gebe, z.B. bei einem eindeutigen klinischen Bild, welches den Eingriff nötig macht, wie etwa eine blockierende Korbhakenläsion des Meniskus. Die älteren Teilnehmer des Seminars kennen noch die Zeit vor der Möglichkeit des MRI und wissen um die Wichtigkeit der klinischen Untersuchung.

Auch in diesem Fall war die Meniskusläsion klinisch eindeutig vorhanden. Im MRI wurde ein hochgradiger femoropatellärer Schaden beschrieben, welcher vom Operateur nicht gefunden wurde. Die Diskrepanz des intraoperativen Befundes und des MRI-Beschriebs ist nicht selten.

Operation: Es erfolgt eine Vorderhornresektion bis zum Korpus, es bleibt eine schmale Meniskusrandleiste im Vorderhorn bestehen. Postoperativ besteht eine Tendenz zum Gelenkerguss.

Kommentar

Die Frage stellt sich, ob eine Punktion erfolgen soll oder nicht. Ebenfalls wird die Belastung postoperativ diskutiert: Ab wann sollen sportliche Belastungen erlaubt werden und welche? Allgemein kann gesagt werden, dass Velofahren vor dem Jogging erlaubt werden kann. Ebenfalls kann die Reaktion des Knies auf Belastungsversuche in die Entscheidung einbezogen werden.

Das Wichtigste in Kürze

Eine genaue Anamnese hilft entscheidend zur Vermutungsdiagnose.

Eine genaue klinische Untersuchung ergänzt die Anamnese: 1. Wie weiter abklären? Genügt es allenfalls, den Verlauf zu beobachten?

Das Alter des Patienten gibt wertvolle Hinweise.

Die Kniegelenkpunktion kann rasch Auskunft über Kristallarthropathie, Hämarthrose oder septische Arthritis geben.

Korrespondenz:

Dr. med. Max Handschin
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Mühlegasse 7
 4460 Gelterkinden
 max.handschin[at]hin.ch