

# Rheumatische Erkrankungen

Diagnose	Leitsymptome / Zusatzinformationen	Zusatzinformationen	Diagnose-Stellung	Therapie/ Vorgehen
Akutes rheumatisches Fieber	<ul style="list-style-type: none"> <li>• selten</li> <li>• <b>meist Schulkinder</b></li> <li>• wandernde Polyarthritis 2–3 Wochen nach Streptokokkenangina</li> <li>• Erythema marginatum</li> <li>• subkutane Knoten</li> </ul>	<p><b>Cave:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Karditis!</li> <li>•Chorea!</li> <li>• Übergang in Streptokokken-infektion-assoziierte Arthritis (bei Therapieresistenz, i.e. keine Rückläufigkeit der Arthritis nach 5 Tagen antiphlogistischer Therapie)!</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>klinisch</b> nach Jones-Kriterien</li> <li>• <b>labordiagnostisch</b> (erhöhtes CRP, Nachweis einer vorangegangenen Streptokokken-infektion: Rachenabstrich-kultur +, Streptokokken-antigen-Schnelltest +, Antistreptolysin-Titer +)</li> <li>• <b>radiologisch</b> (Sonographie, ggf. MRT, ggf. Ganzkörper-MRT)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antibiotika-therapie</b> (nach Abnahme einer Blut-/Gewebekultur)</li> <li>• <b>Zur Abklärung Einweisung in Kinderklinik</b></li> <li>• <b>Bei klinischem Verdacht auf Sepsis umgehend Einweisung in Kinderklinik/Kind erchirurgie</b></li> </ul>

Diagnose	Leitsymptome / Zusatzinformationen	Zusatzinformationen	Diagnose-Stellung	Therapie/ Vorgehen
<p>Juvenile idiopathische Arthritis (JIA)  <a href="http://www.gkjr.de/infoa.html">http://www.gkjr.de/infoa.html</a>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• chronische Arthritis (&gt; 6 Wochen) in mindestens einem Gelenk nach Ausschluss anderer Ursachen</li> <li>• typische Hautveränderungen (kleinfleckiges Exanthem im Bereich von Brustkorb und Extremitäten)</li> <li>• asymptomatische Uveitis (10–30% der Patienten)</li> </ul>	<p><b>Cave:</b>  Ausschlussdiagnose!  erhöhte antinukleäre Antikörper (ANA) im Serum sind nicht JIA-spezifisch!</p> <p><b>AWMF-Leitlinie:</b>  <a href="http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinie/027-020I_S2K_Juvenile_Idiopathische_Arthritis_2011-10_02.pdf">http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinie/027-020I_S2K_Juvenile_Idiopathische_Arthritis_2011-10_02.pdf</a></p> <p><b>Differenzialdiagnosen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lyme-Erkrankung (s.u.)</li> <li>• Leukämie</li> <li>• Streptokokkeninfektion</li> <li>• Erkrankung der Blutplättchen (z.B. idiopathische thrombozytopenische Purpura, s. <a href="http://www.kinderblutkrankheiten.de/itp">www.kinderblutkrankheiten.de/itp</a>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>klinisch</b>  nach internationalen Kriterien (s. Informationsportal der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie : <a href="http://www.gkjr.de/infoa.html">http://www.gkjr.de/infoa.html</a>)</li> <li>• <b>radiologisch</b>  (Sonographie, ggf. MRT, ggf. Ganzkörper-MRT)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antiphlogistisch</b> (Stufentherapie)</li> <li>• <b>Physiotherapie</b></li> <li>• <b>interdisziplinär</b> (Kinder- und Jugendärzte, Kinder-/Jugendrheumatologen, -orthopäden, Physio-/Ergotherapeuten, Augenärzte)</li> </ul> <p><b>JIA-Therapieleitlinie:</b>  <a href="http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-020I_S2K_Juvenile_Idiopathische_Arthritis_2011-10_02.pdf">http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-020I_S2K_Juvenile_Idiopathische_Arthritis_2011-10_02.pdf</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bei schweren Verläufen Einweisung in Spezialklinik</b></li> </ul>

Diagnose	Leitsymptome / Zusatzinformationen	Zusatzinformationen	Diagnose-Stellung	Therapie/ Vorgehen
<p><b>Spondylarthropathien</b> (Reaktive Arthritis/Reiter-Syndrom Juvenile ankylosierende Spondylitis/M. Bechterew Arthritis bei Psoriasis Arthritis bei entzündlicher Darmerkrankung)</p>	<p>a) oft positive Familienanamnese b) typische klinische Trias: Arthritis (mono- oder polyartikulär), Enthesitis, HLA-B27+ c) juvenile ankylosierende Spondylitis (M. Bechterew): meist <b>junge Männer &gt; 13 Jahre</b> mit Rückenschmerzen und Uveitis d) reaktive Arthritis/Reiter-Syndrom: akute, asymmetrische Oligoarthritis der unteren Extremitäten mit schmerzhafter Iritis/Konjunktivitis, meist junge <b>Männer &gt; 13 Jahre</b> nach gastrointestinalem Infekt oder non-gonokokkaler Urethritis e) Psoriasisarthritis: jedes Verteilungsmuster der Gelenkbeteiligung möglich, nur z.T. typische Hautveränderungen f) Arthritis bei entzündlicher Darmerkrankung (M. Crohn, Colitis ulcerosa): chronische Bauchschmerzen, Wachstumsstörungen, Gewichtsverlust g) akute (rote, symptomatische) Uveitis</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Klinisch</b></li> <li>• <b>Labordiagnostisch</b> (unspezifisch erhöhte Entzündungsparameter, oft HLA-B27+, ANA und RF oft negativ)</li> <li>• <b>radiologisch</b> (Sonographie, MRT, ggf. Ganzkörper-MRT, Knochenszintigraphie)</li> <li>• <b>mikrobiologisch</b> (z.B. Erregernachweis im Urethralabstrich)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>antiphlogistisch</b> (Stufentherapie)</li> <li>• <b>Physiotherapie</b></li> <li>• <b>interdisziplinär</b> (Kinder- und Jugendärzte, Kinder-/Jugendrheumatologen, -orthopäden, Physio-/Ergotherapeuten, Augenärzte)</li> <li>• <b>Bei Verdacht Vorstellung in kinderrheumatologischer Ambulanz?</b></li> </ul>

Diagnose	Leitsymptome / Zusatzinformationen	Zusatzinformationen	Diagnose-Stellung	Therapie/ Vorgehen
<b>Kollagenosen</b> (Systemischer Lupus erythematodes [SLE])	<ul style="list-style-type: none"> <li>• symmetrische Arthritis</li> <li>• typisches Schmetterlingserythem</li> <li>• schmerzlose Mukositis</li> <li>• Lymphadenopathie</li> <li>• neurologische Symptome</li> <li>• Nephritis</li> </ul>	<b>Cave:</b> niedrige/absinkende Komplementfaktoren (C3, C4) im Serum: Vorboten einer Nierenbeteiligung!	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>klinisch</b></li> <li>• <b>labordiagnostisch</b>                (Zytopenie bei 70%, hohe ANA-Titer, anti-Doppelstrang-DNS-Antikörper bei 73%, Anti-Kardiolipin-Antikörper bei bis zu 65%, Anti-Smith-Antikörper bei etwa 30%, bis zu 80% mit Nierenbeteiligung (Hämaturie, Proteinurie))</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>umgehend Überweisung zu einem Kinder-rheumatologen</b></li> <li>• <b>langfristig: interdisziplinär</b>                (Kinder- und Jugendärzte, Kinder-/Jugendrheumatologen, -orthopäden, Physio-/Ergotherapeuten, Augenärzte)</li> </ul>
<b>Lyme-Arthritis</b> (Borreliose Stadium III)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• episodische oder chronisch verlaufende Mono-/Oligoarthritis (meist Knie-, Sprung-, Ellenbogengelenke) Monate bis Jahre nach einer Borreliose</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>klinisch</b></li> <li>• <b>labordiagnostisch</b>                (Borrelienantikörper im Serum/Gelenkpunktat)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>antibiotisch</b>                (systemisch)</li> <li>• <b>antiphlogistisch</b></li> </ul>

Diagnose	Leitsymptome / Zusatzinformationen	Zusatzinformationen	Diagnose-Stellung	Therapie/ Vorgehen
<p>Nicht-bakterielle Osteoitis (NBO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• insgesamt selten (1:1.000.000 Kinder und Jugendliche)</li> <li>• betrifft meist Schulkinder (im Durchschnitt etwa 11. Lebensjahr)</li> <li>• trotz Behandlung rezidivierende, uni- oder multifokale (oft nächtliche) Knochenschmerzen meist im Bereich der unteren Extremitäten, des Schultergürtels, Beckens und/oder der Wirbelsäule</li> <li>• Gelenkbeteiligung/Beteiligung anderer Organe (Uveitis, palmoplantare Pustulose, Psoriasis, Akne conglobata, chronisch-entzündliche Darmerkrankung)</li> <li>• Symptomatik oft überlappend mit Enthesitis oder Psoriasis-Arthritis (s.o.)</li> </ul>	<p><b>Cave:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•inflammatorischer Prozess, meist im Bereich der Metaphysen, mit JIA/Enthesitis/Psoriasis-Arthritis (s.o.) assoziierter, fraglich bakterieller (Propionibacterium acnes) Ätiologie!</li> <li>•bei Erwachsenen als „SAPHO-Syndrom“ beschrieben (Synovitis, Akne, Pustulose, Hyperostose, Osteitis)! zahlreiche historische Bezeichnungen: (chronisch sklerosierende Osteomyelitis, kondensierende Osteitis, Sklerose und Hyperostose, primäre chronische Osteomyelitis, pustulöse Arthroosteitis)!</li> </ul> <p><b>Differenzialdiagnosen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Osteoidsteom</li> <li>•Malignom</li> <li>•subakute bakterielle Osteomyelitis</li> </ul>	<p>•<b>mikrobiologisch und histologisch:</b></p> <p>nach Biopsie → klinische Symptomatik, Laborparameter oft unspezifisch</p> <p>• <b>radiologisch</b> (MRT, ggf. Ganzkörper-MRT mit typischen Befundkonstellationen wegweisend in der Diagnostik)</p>	<p>•<b>nicht steroidale Antiphlogistika</b></p> <p>•<b>ggf. Kortikosteroide, Bisphosphonate, Sulfasalazin, Methotrexat</b></p> <p>→<b>Antibiotika unwirksam</b></p>