

Differenzialdiagnose der Monarthritis

Überblick zur Diagnostik diverser Erkrankungen entzündlicher Gelenke

BREMEN Die Monarthritis imponiert als zumeist schmerzhaft, entzündlich bedingte Schwellung eines Extremitätengelenkes. Es wird zwischen akuter (wenige Wochen Laufzeit) und chronischer (> 3 Monate Laufzeit) Monarthritis unterschieden. Monoartikuläre Arthritiden sind mit 38 Prozent ungefähr so häufig wie Oligoarthritis (34 %) und Polyarthritiden (28 %)¹.

Die Differenzialdiagnose der akuten Monarthritis umfasst unter anderem akute Gicht, septische Arthritis, Arthrose, periphere Spondyloarthritis, insbesondere reaktive Arthritis, die Pseudogicht (Chondrokalzinose), Traumafolgen und Rheumatoide Arthritis, wohingegen bei der chronischen Monarthritis insbesondere undifferenzierte Arthritiden, die Rheumatoide Arthritis, periphere Spondyloarthritis, Arthrose und Binnenschäden dominieren¹⁻³. Am häufigsten sind je nach Kohorte zumeist das Knie, gefolgt vom Sprunggelenk, Handgelenk und Interphalangealgelenk und der Ellenbogen betroffen². Bei vorbekannter entzündlich-rheumatischer Erkrankung ist insbesondere an Infekte, persistierende monoartikuläre Aktivität („rebellisches Gelenk“) und Binnenschäden zu denken⁴ (Tab).

Die Diagnostik umfasst die Anamnese (u. a. Frage nach Trauma, vorausgehendem Infekt, Zeckenstich, Psoria-

sis, iatrogenen Maßnahmen, Fieber), körperliche Untersuchung (Entzündungszeichen, Erguss, Hinweise auf Binnenschäden, Infekthinweise, Infekteintrittspforten, Psoriasis etc.), die Labordiagnostik (u. a. Blutkörperchengeschwindigkeit,

(Arthrosonographie, Röntgen, ggf. Magnetresonanztomographie [MRT], ggf. Computertomographie [CT]). In unklaren Fällen kann die Synovialisbiopsie wichtige Hinweise in der Histologie beziehungsweise Erregerkultur (inkl. Mykobakterien) liefern⁵.

Akute Monarthritis – Differenzialdiagnosen	Chronische Monarthritis – Differenzialdiagnosen	Monarthritis bei vorbestehender entzündlich-rheumatischer Erkrankung – Differenzialdiagnosen
Infektion	Infektion: Mykobakterien, Borrelien	Infektion
Kristallerkrankung	rheumatische Erkrankungen häufig undifferenzierte Arthritis	Rebellisches Gelenk
aktivierte Arthrose	Arthrose	Binnenschaden
Rheumatische Erkrankung	Binnenschaden	Kristallerkrankung
Binnenschaden	Tumor	reaktive Arthritis
Trauma	Fremdkörpersynovialitis	
Hämarthros		
Tumor		

Tab.: Eine Auswahl wichtiger Differenzialdiagnosen der Monarthritis, differenziert nach akuter Monarthritis (Laufzeit < 6 Wochen), chronischer Monarthritis (Laufzeit > 3 Monate) bzw. Monarthritis bei vorbestehender entzündlich-rheumatischer Erkrankung.

C-reaktives Protein, Rheumafaktor, Anti-citrullinierte Peptidantikörper, Antinukleäre Antikörper, HLA-B27, differenzierte Erregerserologie, Harnsäure, ggf. Blutkultur), die Punktion des Gelenkes (Synoviabeschaffenheit und -analyse auf Zellzahl, Differenzialzellbild, Kristalle, Erregernachweis, ggf. Polymerasekettenreaktion für ausgewählte Erreger), die Bildgebung

Insbesondere die septische Arthritis ist wegen ihrer Häufigkeit und potenziell schlechten Prognose von besonderer Relevanz. Neben dem Erregernachweis durch Gramfärbung und Kultur (inkl. ggf. Spezialmedien z. B. für Mykobakterien oder Gonokokken) kann die Zellzahl (> 25000/ul), der Granulozytenanteil (> 90%) beziehungsweise das Verhältnis Granulo-

zyten/Lymphozyten in der Synovia > 25 wichtige Hinweise auf einen Gelenkinfekt liefern^{6,7}.



Jens Gert Kuipers

Die schnell verfügbare Arthrosonographie erkennt Synovialisproliferation, Ergussmenge, Hypervaskularisation und erlaubt die gezielte Punktion. Das Röntgen gibt Hinweise auf Gelenkschäden, Tumore und Verkalkungen. Die MRT erkennt Weichteilprozesse, Band/Knorpelbinnenschäden und die Osteitis. Im Einzelfall ist die CT des Gelenkes mit ihrer sehr hohen Knochenfeinauflösung zum Beispiel in der Abklärung von Tumoren sehr hilfreich^{2,3,8}.

Ein praxisnahes Vorgehen umfasst Anamnese, Untersuchung, Arthrosonographie und Röntgen, Gelenkpunktion mit Synoviaanalyse und gezielte Labordiagnostik aus dem Blut sowie gegebenenfalls nachgeschaltet weitere Bildgebung und die Synovialisbiopsie³.

Literatur:

1. Mjaavatten MD, Haugen AJ, Helgetveit K et al. Pattern of joint involvement and other disease characteristics in 634 patients with arthritis of less than 16 weeks duration. *J Rheumatol* 2009;36:1401–1406.
2. Fletcher MR, Scott JT. Chronic monoarticular synovitis. *Ann Rheum Dis* 1975;34:171–177.
3. Ma L, Cranney A, Holroyd-Leduc Acute monoarthritis: What is the cause of my patients's painful swollen joint? *CMAJ* 2009;180:59–65.
4. Al-Ahaidb A. Septic arthritis in patients with rheumatoid arthritis. *J Orthop Surg Res* 2008;3:33.
5. Soroosh SG, Ghatfan A, Farbod A et al. Synovial biopsy for establishing a definite diagnosis in undifferentiated chronic knee monoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord* 2023;24(1):23.
6. Margaretten MDE, Kohlwe J, Moore D et al. Does this adult patient have septic arthritis? *JAMA* 2007;297:1478–1488.
7. Varady NH, Schwab PE, Kheir MM et al. Synovial fluid and serum neutrophil-to-lymphocyte ratio: Novel biomarkers for the diagnosis and prognosis of native septic arthritis in adults. *J Bone Joint Surg Am* 2022;104:1516–1522.
8. Cheah JTL, Fields TR. Persistent wrist monoarthritis: down to the bone. *BMJ Case Rep* 2018 Feb 27;2018:bcr2017222939.

► **Autor:** Prof. Dr. med. Jens Gert Kuipers
Klinik für Internistische Rheumatologie
Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen
St. Pauli Deich 24
28199 Bremen
E-Mail: rheumazentrum.bremen@roteskreuz-krankenhaus.de