

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

AGLAS F

Differentialdiagnose perimenopausaler rheumatischer Beschwerden

Journal für Menopause 1998; 5 (2) (Ausgabe für Deutschland), 5-9

Journal für Menopause 1998; 5 (2) (Ausgabe für Österreich), 7-10

Homepage:

www.kup.at/menopause

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



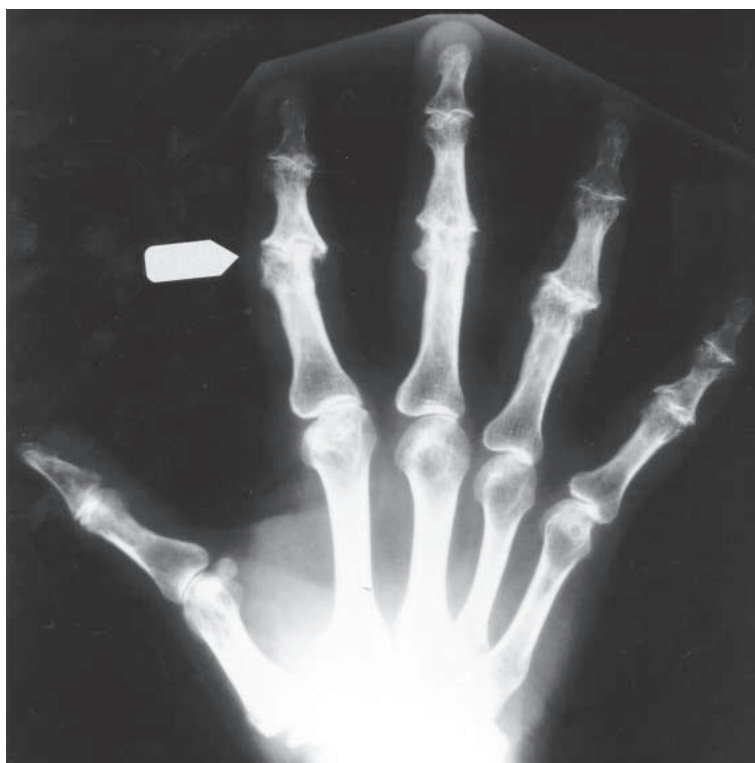
DIFFERENTIALDIAGNOSE PERIMENOPAUSALER RHEUMATISCHER BESCHWERDEN

Unter Perimenopause versteht man den Zeitraum vor und nach dem Eintritt der Menopause, wo es als Ausdruck funktioneller Alterungsprozesse zu Hormonmangelzuständen (Progesteron, Östrogen) mit Zyklusstörungen und durch den Hormonmangel bedingt zu konsekutiven Beschwerden vielschichtiger Art kommen kann. Der Zeitpunkt der Menopause liegt in Mitteleuropa derzeit bei rund 50–52 Jahren. In dieser Zeit werden epidemiologisch gehäuft Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises evident. Etwa die Hälfte bis zwei Drittel der Patientinnen leiden im Rahmen der Vielfalt möglicher klimakterischer Symptome auch an rheumatischen Beschwerden, die für die Betroffenen einen ganz besonderen Leidensdruck bergen und zu häufigen Konsultationen des Hausarztes führen.

Der Begriff „rheumatische Beschwerden“ umfaßt jedoch in diesem Kollektiv ein weites Feld und nur ein vergleichsweise geringer Anteil jener Gelenksbeschwerden, die in zeitlichem Zusammenhang mit der Menopause auftreten, können einer „Arthropathia climactica“ in engerem Sinne zugeordnet werden. Ursächlich sind artikuläre (Arthralgie, Arthrose und -itis), periartikuläre (Tendo-, Burso-, Myo-, Neuro- und Periarthropathien), ossäre (Osteoporose, Tumoren, Osteomyelitis, Knochennekrosen) und Systemerkrankungen (Kollagenosen, Stoffwechselstörungen, Paraneoplasien) abzuklären.

Die Arthrose ist mit 200 Neuerkrankungen/100.000/Jahr eine der häufigsten Erkrankungen. Ihre Häufigkeit korreliert mit dem

Abbildung 1: Röntgenaufnahme bei erosiven Fingerarthrosen (besonders der proximalen Interphalangealgelenke)



Lebensalter, wobei bei Frauen bereits im Klimakterium ein Plateau erreicht wird, bei Männern erst im späteren Lebensalter. Bei Frauen sind auch quantitativ mehr Gelenke betroffen und die Veränderungen qualitativ schwerwiegender. Häufig bemerken Klimakterika strukturelle Veränderungen der Fingerend- und Fingermittelgelenke sowie des Daumensattelgelenkes degenerativer Natur. Frühveränderungen dieser Fingerpolyarthrosen Typ Heberden/Bouchard bzw. der Rhizarthrose sind Steifigkeit, ein geringer Anlaufschmerz, der bei Beanspruchung zunimmt, sowie Ermüdungsschmerzen oder Kälteempfindlichkeit. Unterschiedlich rasch entstehen knötchenartige (nodale) Verdickungen dorsolateral über den entsprechenden

Fingermittel- und -endgelenken bzw. Deformitäten. Als Sonderform gelten die erosiven Fingerpolyarthrosen (Abb. 1), deren Abgrenzung zur chronischen Polyarthrit (cP) bisweilen Schwierigkeiten bereiten kann, sowie die Pfropfpolyarthrit, die bereits einer besonderen Verlaufsform der cP entspricht.

Die chronische Polyarthrit (cP) findet sich bei etwa 0,5–2 % der Bevölkerung. Bei Frauen zeigt sich eine perimenopausale Häufung der Erstmanifestationen. Frühmanifestationen sind häufig eine Tenosynovitis des M. extensor carpi ulnaris oder ein beidseitiges Karpaltunnelsyndrom, in weiterer Folge werden morgendliche Gelenksteife sowie eine meist symmetrische Arthritis der

Abbildung 2: Röntgenaufnahme bei diskreter Chondrokalzinose im Hyalinknorpel des Metacarpophalangealgelenkes II (im medialen Anteil)

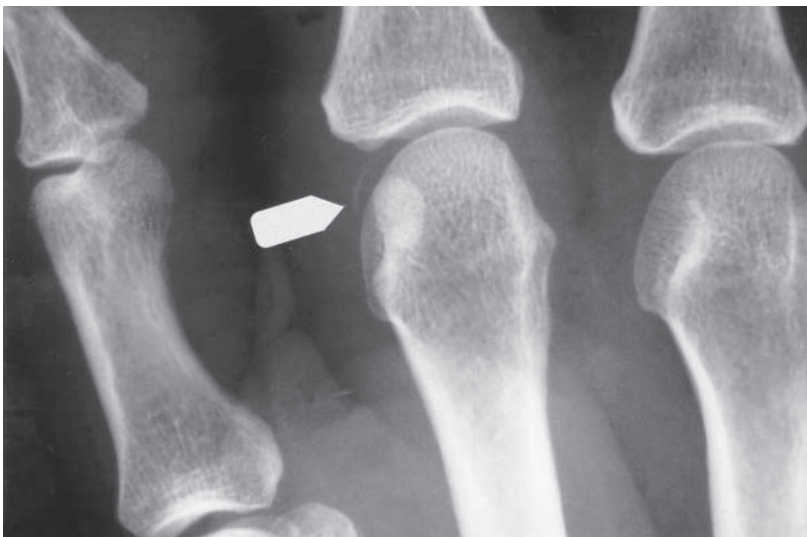
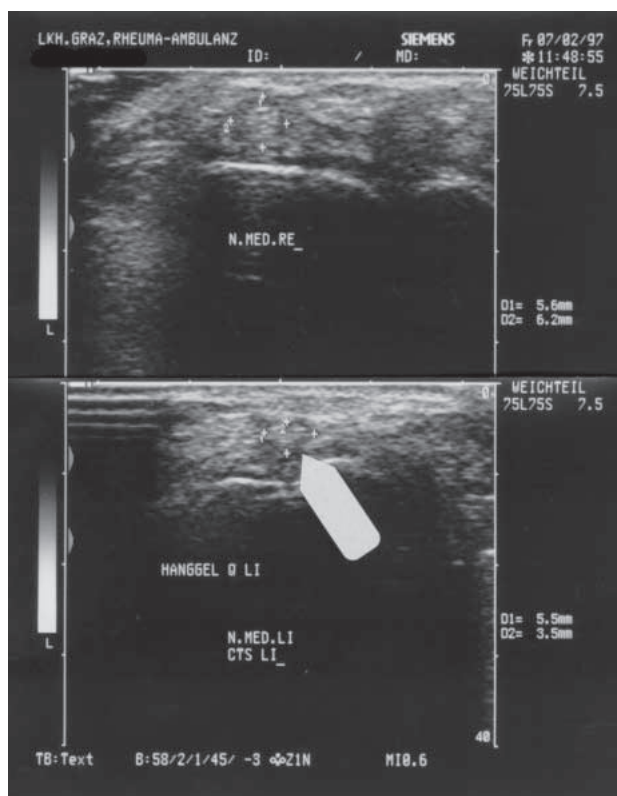


Abbildung 3: Arthrosonographischer Nachweis eines elektroneurographisch objektivierten Karpaltunnelsyndromes; Querschnitt distaler Unterarm. Durch Druckerhöhung im linken Karpaltunnel deutliche Querschnittentrundung des linken N. medianus (unterer Bildteil)



Fingergrund- und -mittelgelenke bzw. Zehengrundgelenke dominierende Beschwerden. Von der klassischen cP lässt sich mit Erstmanifestation nach dem 60.

Lebensjahr die Alters-cP abgrenzen. Sie beginnt häufig akut mit zum Teil ausgeprägten Allgemeinsymptomen, neben den kleinen sind meist auch große Gelenke betroffen, humorale Entzündungsparameter sind stark erhöht, und ohne Therapie ist ein rasch progredienter Verlauf möglich.

Eine „weibliche“ Variante der *Gicht* existiert und wird aufgrund der steigenden Lebenserwartung und breiten Anwendung von Diuretika immer häufiger. Vor der Menopause sind nur infertile Frauen von dieser Stoffwechselstörung bedroht. Als klinische Besonderheiten dieser Variante der Arthropathia urica sind ein meist nicht klassisch akuter Anfall, die relativ häufige Manifestation an den oberen Extremitäten mit Bevorzugung der Finger- und der mitunter oligo- bis polyartikuläre Gelenkbefall anzuführen. „Pseudogichtartige“ Gelenksbeschwerden können auch bei der Chondrokalzinose auftreten und sollten stets differentialdiagnostisch bedacht werden (Abb. 2). Diese Krankheit ist bei unter 50jährigen selten, korreliert in weiterer Folge mit zunehmendem Lebensalter und liegt bei über 80jährigen in bis zu 25 % vor. Die Chondrokalzinose kann sich auch als arthroseähnliche oder „Pseudo-cP“-Variante manifestieren.

Oftmals werden von Klimakterika nicht exakt lokalisierbare Schmerzen, die um die Gelenke und in die Weichteile ziehen, angegeben. Diese periartikulären weich-

Dr. Ferdinand Hubert Aglas

Geboren 1962 in Graz. Von 1981 bis 1988 Medizinstudium an der Karl-Franzens-Universität Graz, Promotion 1988. Von 1988–1989 Med.-wiss. Abteilung einer Pharmafirma. Von 1989–1990 Assistent am Rehabzentrum der PV Arb in Bad Schallerbach. 1990–1991 Turnusarzt Med. Univ. Klinik Graz; 1991–1995 Assistent in Ausbildung zum FA für Innere Medizin an der Med. Univ. Klinik Graz, Arbeitsgruppe für Rheumatologie. Seit 1995 Facharzt für Innere Medizin; Oberarzt an der Med. Univ. Klinik Graz, regelmäßige Aufnahms-, Facharzt- und Konsiliardiensttätigkeiten im LKH Graz. Dzt. Zusatzfachausbildung Rheumatologie.

Dr. Aglas ist Autor zahlreicher Originalarbeiten, Letters und Poster und unterhält eine rege Vortragstätigkeit auf nationalen und internationalen Veranstaltungen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Ferdinand Aglas
Medizinische Universitätsklinik Graz
A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 15



Bursopathie etc.) und bei Bedarf durch zusätzliche Diagnostik (Arthrosonographie, MRI) objektiviert werden, mit entsprechenden lokaltherapeutischen Konsequenzen. Als eigene Entität wird die Fibromyalgie, ein chronisches Weichteilsyndrom mit „pain over all“ und begleitenden psychischen, funktionellen und vegetativen Beschwerden angesehen. Überwiegend erkranken Frauen, beginnend meist zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr. Perimenopausal erreicht die Erkrankung ihre höchste Intensität. Dieses Krankheitsbild (Prävalenz von 0,6–3,2 %) wird noch unterdiagnostiziert, da bis zu 6 % der Patienten einer Allgemeinpraxis die Fibromyalgie-Diagnosekriterien erfüllen.

Ein weiteres häufiges Krankheitsbild, an welchem hauptsächlich Frauen im Klimakterium erkranken, stellt das Karpaltunnelsyndrom dar (Abb. 3). Die Prävalenz dieser Erkrankung liegt bei Frauen um 9 % (Männer etwa 0,6 %) wobei weniger als die Hälfte klinisch diagnostiziert werden. Differentialdiagnostisch sind mit einem Karpaltunnelsyndrom assoziierte internistische Erkrankungen auszuschließen (Tab. 1).

Nicht eindeutig objektiv faßbare klimakterische Arthralgien, die erstmals in der Menopause auftreten, können einer „Arthropathia climactica“ entsprechen. Als Leitsymptom gelten Arthralgien der proximalen Interphalangealgelenke der Hände. Diese Diagnose verlangt den differentialdiagnostischen Ausschluß aller oben angeführten rheumatischen Erkrankungen.

Literatur: beim Verfasser.

teiltr rheumatischen Syndrome gehören zu den häufigsten Erkrankungen des Bewegungsapparates und werden unter dem klinischen Sammelbegriff der

„Periarthropathien“ subsummiert. Durch eine genaue klinische Untersuchung kann die irritierte Struktur näher eingegrenzt (Tendopathie, Tendovaginitis, etc.)

Tabelle 1: Mit einem Karpaltunnelsyndrom assoziierte Erkrankungen

Ursache	rel. Häufigkeit
Idiopathisch assoziierte Erkrankung	43,2 % 56,8 %
Trauma	13,4 %
Chronische Polyarthritiden	6,1 %
Hormonelle Therapien, Hysterektomie	6,4 %
Diabetes mellitus	6,1 %
Exzessiver Gebrauch der Hände	5,9 %
Handgelenksarthrose	5,3 %
Schwangerschaft	4,6 %
Unspezifische Tenosynovitiden	3,1 %
Myxödem	1,4 %
Polymyalgia rheumatica	1,0 %
Amyloidose	0,9 %
Verschiedene (SLE, Periarteriitis nodosa, Sklerodermie, eosinoph. Fasziitis, Lipom, Infektion, Osteomyelitis, Lymphangiitis)	2,7 %

Modifiziert nach Stevens JC et al. Mayo Clin Proc 1992; 67: 541–8

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)