

Differenzialdiagnose bei Polyarthralgien



Abbildung 1: Uhrglasnägel und Trommelschlegelfinger.



Abbildung 2: Flau periostale Anbauten an Radius und Ulna.

Anamnese

Ein 48-jähriger Patient stellt sich mit seit drei Monaten bestehenden Polyarthralgien vor. Die Schmerzen betreffen die kleinen Fingergelenke (Metacarpophalangealgelenk – MCP, proximale Interphalangealgelenk – PIP – und das distale Interphalangealgelenk – DIP) beider Hände, die Handgelenke, die Kniegelenke und die Zehengelenke. Die Schmerzen undulieren spontan, sprechen auf Diclofenac an und seien auch mit rezidivierenden Gelenkschwellungen vergesellschaftet. Auch die Unterschenkel und Unterarme seien schmerzhaft. Daneben besteht eine ausgeprägte Abgeschlagenheit, deren Abklärung im Vorfeld ein nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom ergeben hatte.

Klinischer und radiologischer Befund

Bei der körperlichen Untersuchung zeigen sich keine geschwollenen oder druckschmerzhaften Gelenke im Sinne einer Arthritis. Auffällig sind Trommelschlegelfinger und Uhrglasnägel (Abbildung 1). Rheumafaktoren oder CCP-Antikörper (Antikörper gegen citrullinierte Proteine) sind nicht nachweisbar. In der daraufhin veranlassten Röntgenuntersuchung der Hände, Füße, Unterschenkel und Unterarme zeigen sich flau periostale Anbauten an Radius und Ulna beidseits (Abbildung 2).

Diagnose

Die klinischen und radiologischen Befunde sind vereinbar mit einem Marie-Bamberger-Syndrom, einer paraneoplastischen Erkrankung, die gehäuft bei nicht-kleinzelligen Bronchial-

karzinomen auftritt [1]. Charakteristisch ist die auch bei diesem Patienten vorliegende Trias aus Gelenkschmerzen, Trommelschlegelfingern und proliferativer Periostitis. Die Pathogenese ist nicht eindeutig geklärt. Wahrscheinlich führt eine durch den Tumor induzierte Produktion von Wachstumsfaktoren, wie zum Beispiel Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF), zu den typischen schmerzhaften Osteoproliferationen. Im Frühstadium der Erkrankung kann der konventionell-radiografische Nachweis schwierig sein. Dann können bei klinischem Verdacht eine Skelettszintigrafie oder ein PET-CT hilfreich sein.

Therapie

Entscheidend ist bei der paraneoplastischen hypertrophen Osteoarthropathie die Therapie der zugrundeliegenden malignen Erkrankung. Dieser Patient erhält gegenwärtig eine Radiochemotherapie mit Cisplatin und Vinorelbin. Ergänzend können NSAR zu einer Linderung führen. Bei refraktären Fällen können Bisphosphonate eingesetzt werden, wobei der zu erwartende Nutzen sorgfältig gegenüber dem bei malignen Erkrankungen erhöhten Risiko für Kieferosteonekrosen abgewogen werden muss [2].

Fazit für die Praxis

Bei Patienten mit Arthralgien und neu aufgetretenen Trommelschlegelfingern ist die hypertrophe Osteoarthropathie (Marie-Bamberger-Syndrom) eine wichtige Differenzialdiagnose, zumal die Arthralgien der Diagnose der Tumorerkrankung vorausgehen können, wie es auch bei dem vorliegenden Patienten der Fall war. Bei solchen Patienten sollte daher aktiv nach ei-

nem Malignom, insbesondere einem Bronchialkarzinom, gefahndet werden.

Das Syndrom kommt bei weiteren intrathorakalen Malignomen vor (Lymphomen, Thyromomen, pleuralen Neoplasien, pulmonalen Metastasen), jedoch wesentlich seltener. Häufigkeitsangaben können aufgrund der geringen Inzidenz anhand der Literatur nicht gemacht werden. Das nicht-kleinzellige Bronchialkarzinom bildet den Löwenanteil der zugrundeliegenden Neoplasien.

Literatur

1. Manger B, Lindner A, Manger K, Wacker J, Schett G. [Hypertrophic osteoarthropathy. Bamberger-Marie disease]. *Z Rheumatol.* 2011;70(7):554-60.
2. Lee SH1, Chan RC, Chang SS, Tan YL, Chang KH, Lee MC, Chang Lee CC. Use of bisphosphonates and the risk of osteonecrosis cancer patients: a systemic review and meta-analysis of the observational studies. *Support Care Cancer.* 2014 Feb;22(2):553-60.

Autor

Dr. Philipp Moog,

Oberarzt, Facharzt für Nephrologie und Rheumatologie, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Abteilung für Nephrologie, Ismaninger Straße 22, 81675 München, E-Mail: philipp.moog@mri.tum.de