

Knochenschmerzen und Trommelschlegelfinger

Themenverwandte Kasuistiken

In der Rubrik „Kasuistiken“ sind in den letzten Jahren folgende themenverwandte Beiträge erschienen:

Leidig P, Haas G, Dellling G, Krakamp B (2002) 30-jähriger Patient mit progredienten Knochenschmerzen und Muskelschwäche. Internist 43: 661–664

Eggers B, Pfeiffer D, Otto J, Winkler J, Geßner C, Schauer J (1999) 44-jähriger Patient mit Dyspnoe, Brustschmerzen und Synkopen. Internist 40: 210–213

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Wie hätten Sie es gemacht?

Wir behandeln Kranke, nicht Krankheiten. Deshalb finden sich bei jeder unserer vorgestellten Kasuistiken individuelle Besonderheiten des Krankheitsverlaufs. Hätten Sie bei der Betreuung des Patienten einen anderen Weg gewählt? Schreiben Sie uns.

Gerne regen wir einen Gedankenaustausch mit den Autoren an und bringen diesen ggf. zur Veröffentlichung. Senden Sie Ihre Anregungen oder Kasuistiken an:

Prof. Dr. K. Werdan
 Klinikum Kröllwitz
 Innere Medizin III
 Martin-Luther-Universität
 Halle-Wittenberg
 Ernst-Grube-Str. 40
 D-06097 Halle/Saale
 Fax 03 45/5 57 24 22

Fallbericht

Anamnese

Wegen seit mehreren Monaten bestehenden, im Verlauf progredienten, beidseitigen, linksbetonten Beinschmerzen wurde ein 37-jähriger Patient in die medizinische Universitätspoliklinik zur internistischen Abklärung eingewiesen. Die Schmerzen würden im Laufe des Tages zunehmen und seien am Morgen jeweils nicht mehr vorhanden. Ein Trauma und Gelenkschmerzen werden vom Patienten verneint. Ein vermehrtes Schwitzen an Händen und Füßen fiel ihm nicht auf. Die Familienanamnese beim Patientin ist unauffällig. Der Patient nimmt keine Medikamente ein. Es besteht ein Nikotinkonsum von 20 Zigaretten/Tag (18 „pack years“).

Bereits 4 Jahre zuvor berichtete der Patient über eine 6 Wochen andauernde, ähnliche Episode mit linksseitigen Unterschenkelschmerzen. Damals wurde radiologisch eine periostale Reaktion oberhalb des medialen Malleolus beschrieben, ohne eine Diagnosestellung. Da die Symptomatik im Verlauf regredient war, wurde auf weitere Abklärungen verzichtet.

Klinischer Aufnahmebefund

Der Patient befand sich in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand (178 cm groß, 80 kg schwer). Die Temperatur betrug 37,2°C. Kardiopulmonal war der Patient kompensiert, mit unauffälli-

ger Perkussion und Auskultation. Der Blutdruck betrug 120/80 mmHg, der Puls war regelmäßig mit einer Frequenz von 72/min. Der Peak Flow betrug 800 l/min. Es fand sich keine Hepato/Splenomegalie. Das Abdomen war weich und indolent mit auskultatorisch normalen Darmgeräuschen. Der Arterien- und Venenstatus war unauffällig, insbesondere fanden sich keine druckdolenten Venenloggen im Bereich der Waden und keine peripheren Ödeme. Der neurologische Status war unauffällig. Insbesondere fielen ausgeprägte Trommelschlegelfinger und -zehen sowie Uhrglasnägel auf (Abb. 1). Der Schamroth-Test war beim Patienten positiv (beim Schamroth-Test hält der Patient die dorsale Seite der Zeigefingerendglieder gegeneinander: bei Trommelschlegelfingern ist der normalerweise vorhandene rhomboide Spalt dabei verstrichen).

Laborchemische Untersuchungen

Die laborchemische Untersuchung zeigte Normwerte für Elektrolyte, Kreatinin und Harnstoff, Leberparameter, C-reaktives Protein und die Blutsenkungsreaktion. Das Blutbild ergab ein Hämoglobin im Normbereich mit normalen Erythrozytenindizes, Thrombozyten- und Leukozytenzahlen ebenfalls in der Norm. Antinukleäre Antikörper konnten nur bis zu einer Verdünnung von 1:40 nachgewiesen werden, mit einem „speckled“ Bindungsmuster. Das TSH war mit 0,97 mIU/l ebenfalls in der Norm.



Abb. 1 ◀ Trommelschlegelfinger mit Uhrglasnägeln



Abb. 2 ▶ Lamelläre Periostreaktion der Tibia

Ergänzende Untersuchungen

Zur weiteren Abklärung wurde eine Röntgenuntersuchung beider Unterschenkel durchgeführt. Hier fand sich eine beidseitige, linksbetonte lamelläre Periostreaktion entlang der Fibula und Tibia mit lateraler unscharfer Begrenzung (Abb. 2). Diese Befunde bestätigten unsere Verdachtsdiagnose einer hypertrophen Osteoarthropathie. Eine hoch auflösende Computertomographie des Thorax zeigte ein unauffälliges Lungenparenchym und eine regelrechte Gefäßstruktur ohne Hinweise für ein Malignom. Der Hämokult war 3-mal negativ.

Diagnose

— Primäre hypertrophe Osteoarthropathie

Therapie und Verlauf

Bei fehlenden klinischen, radiologischen und laborchemischen Hinweisen für eine

Grunderkrankung stellten wir die Diagnose einer primären hypertrophen Osteoarthropathie, zumal bereits vor 4 Jahren beim Patienten radiologisch eine periostale Reaktion oberhalb des linken medialen Malleolus beschrieben worden war. Unter Behandlung mit einem nichtsteroidalen Antirheumatikum (Celecoxib 100 mg 1-mal täglich) wurde der Patient innerhalb weniger Tage beschwerdefrei.

Diskussion

Im Jahr 1891 wurde erstmals von Marie Pierre eine hypertrophe Osteoarthropathie beschrieben [1]. Charakteristisch ist die Trias von Trommelschlegelfingern, periostalen Hyperostosen und Arthralgien [2].

Primäre und sekundäre Formen

Die hypertrophische Osteoarthropathie ist eine reaktive Osteopathie und tritt häufig als Begleitphänomen zahlreicher entzündlicher, neoplastischer, pulmonaler,

pleuraler und mediastinaler Erkrankungen auf [2, 3]. Die häufigste Assoziation findet sich mit dem primären Bronchiolalkarzinom [3]. Vermehrt wird sie in letzter Zeit auch als paraneoplastisches Syndrom aufgefasst und kann somit eine wichtige klinische Differenzialdiagnose bei der Erkennung einer malignen Grunderkrankung sein [4]. Als Grundleiden können einer hypertrophen Osteoarthropathie intrathorakale, primäre und sekundäre Lungentumore, entzündliche oder neoplastische mediastinale Veränderungen, chronisch entzündliche Lungen- und Bronchialerkrankungen, angeborene oder erworbene Herzklappenfehler, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, eine portale Leberzirrhose, Ösophagus- oder Nasopharynxkarzinome sowie ein paraneoplastisches Syndrom bei einer Reihe von weiteren Malignomen bzw. benignen Tumoren als Entstehungsursache zugrunde liegen [5].

Differenzialdiagnostisch muss zwischen der häufigeren sekundären Osteoarthropathie und der viel selteneren primären Form unterschieden werden [6]. Die primäre Form beginnt meist schon in der Kindheit oder Pubertät und eine positive Familienanamnese ist häufig zu erheben [7]. Hierzu gehört auch die Pachydermoperiostose, eine seltene autosomal dominant vererbte Erkrankung, die ausschließlich bei Männern auftritt und ebenso mit Uhrglasnägeln, Trommelschlegelfingern und einer periostalen Hyperostose einhergeht. Jedoch finden sich hier zusätzlich eine Verdickung der Haut, eine Hyperhidrose der Hände und Füße, eine Gynäkomastie sowie ophthalmologische Abnormalitäten meist schon seit der Pubertät [8].

Pathogenese

Die pathogenetischen Zusammenhänge sowohl der primären als auch der sekundären Form der hypertrophen Osteoarthropathie sind bislang nicht abschließend geklärt [5]. Vorstellungen zur Pathogenese der Trommelschlegelfinger gehen davon aus, dass Zytokine eine bedeutende Rolle spielen. Dabei werden v. a. der Platelet-derived growth factor (PDGF), der Tumornekrosefaktor α (TNF- α) sowie das von-Willebrand-Faktor-Antigen diskutiert [9].

Die Trommelschlegelfinger an sich sind meist asymptomatisch und erfordern keine Therapie. Eine schmerzhafte Osteoarthropathie spricht generell gut auf Analgetika – insbesondere nichtsteroidale Antirheumatika – an [9].

Schlussfolgerung

Beim Vorliegen der Trias „Trommelschlegelfinger, periostale Hyperostosen und Arthralgien“ muss an eine hypertrophe Osteoarthropathie gedacht werden. Da die sekundäre hypertrophe Osteoarthropathie als paraneoplastisches Syndrom häufiger ist, muss ein sorgfältiger Tumorausschluss erfolgen.

Korrespondierender Autor

Dr. Christophe Petrig

Medizinische Universitätspoliklinik,
Kantonsspital, Petersgraben 4, 4031 Basel,
Schweiz
E-Mail: chnija@yahoo.com

Literatur

1. Marie P (1891) De l'osteo-arthropathie hypertrophique pneumique. *Rev Med* 10: 1–36
2. Pankow W, Neumann K, Wichert P von (1990) Bronchial carcinoma associated with pulmonary osteoarthropathy (Marie-Bamberger disease). *Pneumologie* 44: 1306–1311
3. Sucteanu S, Rohan C, Gherasim E, Stoica V (1992) Hypertrophic osteoarthropathy secondary to bronchopulmonary cancer (our experience). *Rom J Intern Med* 30: 281–284
4. Heuck F (1983) Paraneoplastische Osteopathien. In: Diethelm L, Heuck F (Hrsg) *Handbuch der medizinischen Radiologie, Teil 5*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 579–648
5. El Salhy M, Simonsson M, Stenling R, Grimelius L (1998) Recovery from Marie-Bamberger's syndrome and diabetes insipidus after removal of lung adenocarcinoma with neuroendocrine features. *J Intern Med* 243: 171–175
6. Martinez-Lavin M, Matucci-Cerinic M, Jajic I, Pineda C (1993) Hypertrophic osteoarthropathy: Consensus on its definition, classification, assessment and diagnostic criteria. *J Rheumatol* 20: 1386
7. Jajic Z, Jajic I, Nemicic T (2001) Primary hypertrophic osteoarthropathy. Clinical, radiologic, and scintigraphic characteristics. *Arch Med Res* 32: 136–142
8. Jansen T, Brandl G, Brandmann M, Meurer M (1995) Pachydermoperiostosis. *Hautarzt* 46: 429–435
9. Martinez-Lavin M (1997) Hypertrophic osteoarthropathy. In: Klippel JH (ed) *Primer on rheumatic diseases*, 11th edn. Arthritis Foundation, pp 370–372

Zusammenfassung · Abstract

Internist 2003 · 44: 473–475
DOI 10.1007/s00108-002-0816-1
© Springer-Verlag 2003

C. Petrig · P. Hengstler

Knochenschmerzen und Trommelschlegelfinger

Zusammenfassung

Ein 37-jähriger Patient wurde mit seit Monaten bestehenden Unterschenkelschmerzen in die medizinische Poliklinik eingewiesen. Die klinische Untersuchung zeigte ausgeprägte Trommelschlegelfinger und -zehen bei sonst unauffälligem Allgemeinzustand.

Sämtliche routinemäßig erhobenen Befunde waren unauffällig. Radiologisch ließ sich eine lamelläre Periostreaktion entlang der Tibia und Fibula bds. nachweisen, vereinbar mit einer hypertrophen Osteoarthropathie. Ein Computertomogramm des Thorax zum Ausschluss eines Tumors war unauffällig. Unter Therapie mit nichtsteroidalen

Antirheumatika kam es zu einer vollständigen Regredienz der Symptomatik.

Bei unklaren Knochenschmerzen zusammen mit Trommelschlegelfingern muss an eine hypertrophe Osteoarthropathie gedacht werden. Das Krankheitsbild tritt meist sekundär, insbesondere bei Herz- oder Lungenerkrankungen auf. Die primäre oder idiopathische Form ist selten und hat eine gute Prognose.

Schlüsselwörter

Osteoarthropathie · Trommelschlegelfinger · Knochenerkrankung · Hyperostosen

Bone pain and clubbed fingers

Abstract

A 37-year-old patient was admitted to the medical polyclinic with a history of lower leg pain that had lasted for months. Pronounced clubbed fingers and toes were noted on clinical examination but otherwise the patient's general condition was unremarkable.

None of the routine tests performed evidenced pathological findings. Radiological examination revealed a lamellar periosteal reaction along both sides of the tibia and fibula consistent with hypertrophic osteoarthropathy. A computed tomogram taken of the thorax to exclude a tumor was incon-

spicuous. Treatment with nonsteroid antirheumatics resulted in complete eradication of the symptoms.

In cases of uncertain bone pain together with clubbed fingers, consideration must be given to hypertrophic osteoarthropathy. This condition is usually a secondary manifestation, especially in cases of cardiac or pulmonary disease. The primary or idiopathic form is rare and has a good prognosis.

Keywords

Osteoarthropathy · Clubbed fingers · Bone disease · Hyperostoses