

EULAR-Empfehlungen 2003 zur Gonarthrose

ANNEGRET CZERNOTTA

Unter einer Gonarthrose (Kniegelenksarthrose) sind alle degenerativen Erkrankungen des Kniegelenkes zu verstehen. Sie ist gekennzeichnet durch eine zunehmende Zerstörung des Gelenkknorpels unter Mitbeteiligung der Gelenkstrukturen wie Knochen, Gelenkkapsel sowie gelenknaher Muskulatur.

Die Gonarthrose ist ein Hauptverursacher von chronischen Schmerzen. Die Behandlungsoptionen setzen sich aus pharmakologischen, nichtpharmakologischen und chirurgischen Optionen zusammen. 1995 definierte das Institute of Medicine in Washington klinische Richtlinien, um die praktizierenden Ärzte und Patienten in ihren Entscheidungen bezüglich der Therapie zu unterstützen. Diese wurden für die Behandlung der Arthrose durch das American College of Rheumatology (1) und das Royal College of Physicians (2) publiziert. Die entstandenen Richtlinien aus Konsensus-Empfehlungen von Expertengruppen wurden erstmals im Jahr

Tabelle 1: **EULAR-Empfehlungen 2003**

1. Das optimale Management der Gonarthrose erfordert eine Kombination medikamentöser und nichtmedikamentöser Behandlungsmodalitäten.
2. Die Behandlung der Gonarthrose muss individuell erfolgen nach:
 - (a) Knie-Risikofaktoren (Adipositas, ungünstige mechanische Faktoren, körperliche Aktivitäten)
 - (b) generellen Risikofaktoren (Alter, Komorbiditäten, Polypharmazie)
 - (c) Schmerzintensität und Bewegungseinschränkung
 - (d) Entzündungszeichen, beispielsweise Erguss
 - (e) Lokalisierung und Grad des strukturellen Schadens.
3. Zu den nichtmedikamentösen Behandlungsmassnahmen gehören die Patientenaufklärung, regelmässiges körperliches Training, die Benutzung eines Stockes, geeignetes Schuhwerk (speziell die Sohlen) und die Verminderung von Übergewicht.
4. Paracetamol ist das Schmerzmittel der ersten Wahl und ist bei genügender Wirksamkeit über längere Zeit zu verabreichen.
5. Topische Applikationen (nichtsteroidale Antirheumatika [NSAR], Capsaicin) sind klinisch effizient und sicher.
6. NSAR sollen angewendet werden bei Patienten, die auf Paracetamol nicht ansprechen. Bei Patienten mit erhöhtem gastrointestinalem Risiko sollen NSAR mit Gastroprotektiva oder selektive COX-2-Hemmer eingesetzt werden.
7. Opioide mit oder ohne Paracetamol sind eine Alternative bei Kontraindikation, Ineffektivität und/oder Intoleranz gegenüber NSAR inklusive selektiver COX-2-Hemmer.
8. SYSADOA (SYMptomatic Slow-Acting Drug in OsteoArthritis) wie Glukosaminschwefelsäure, Chondroitinschwefelsäure, Diacerein, Hyaluronsäure haben symptomatische Effekte und scheinen eine modulierende Wirkung auf die Struktur des Knorpels zu haben.
9. Intraartikuläre Injektionen oder lang wirksame Kortikosteroide sind indiziert für aufflammende Knieschmerzen, besonders in Kombination mit einem Erguss.
10. Prothesen müssen in Betracht gezogen werden bei radiografischer Evidenz einer Gonarthrose und bei hartnäckigen Schmerzen zusammen mit einer Behinderung.

2000 präsentiert (3). Die Schweiz wurde durch den Rheumatologen Hans Jürg Häuselmann aus Zürich vertreten. Ein weiteres Update der im Jahr 2000 publizierten Guidelines wurde letztes Jahr durchgeführt. 497 neue Publikationen wurden identifiziert. 103 davon waren Interventionsstudien. Total wurden 545 in die

neuen Empfehlungen 2003 aufgenommen. Über den Zugang der Evidence Based Medicine (EBM) fanden 23 Experten schliesslich einen Konsensus zu zehn Empfehlungen, die die Behandlung der Gonarthrose zusammenfassen (Tabelle 1 [4]). Die Meinung der Experten wurde durch die Resultate von mehreren rando-

EULAR-Empfehlungen 2003 zur Gonarthrose

Tabelle 2: Die therapeutischen Modalitäten

Intervention	Evidenzgrad	Effektivität/ Range	Gewicht der Empfehlung
Acetaminophen/ Paracetamol	1B		A
Opioide	1B		B
NSAR			
Konventionelle NSAR	1A	0,47–0,96	A
Coxibe	1B	0,5	A
Topische NSAR	1A	-0,05–1,03	A
Antidepressiva	1B		B
Topisches Capsaicin	1A	0,41–0,56	A
Sexualhormone	2B		C
SYSADOA			
Glukosamin	1A	0,43–1,02	A
Chondroitin	1A	1,23–1,50	A
Diacerein	1B		B
ASU	1B	0,32–1,72	B
IA Hyaluronsäure	1B	0,0–0,9	B
Diät	1B	0,65	B
Pflanzliche Heilmittel	1B	0,23–1,32	B
Minerale/Vitamine	1B		C
Instruktionen	1A	0,28–0,35	A
Bewegung	1B	0,57–1,0	A
Telefonkontakte	1B	1,09	B
Akupunktur	1B	0,25–1,74	B
Laser	1B	0,87	B
gepulster EMF	1B		B
Badetherapie	1B	1,0	C
TENS	1B	0,76	B
Ultraschall	1B		C
Gewichtsverlust	1B		B
Schuheinlagen	1B		B
Orthotische Unterstützungen	1B		B
IA Kortikosteroid	1B	1,27	A
Lavage/Tidale Irrigation	1B	0,84	B
Arthroskopie/Debridement	1B		C
Osteotomie	3		C
UKR	3		C
TKR	3		C

Kategorien:

1A: Metaanalysen aus RCT (randomisierte, kontrollierte Studien)

1B: aus mindestens einem RCT

2A: zumindest eine kontrollierte Studie ohne Randomisierung

2B: zumindest eine quasiexperimentelle Studie

3: deskriptive Studien wie Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Case-Control-Studien

4: Expertenberichte oder -meinungen und/oder klinische Erfahrung von anerkannten Autoritäten

EMF = gepulste Magnetfeld-Therapie, TENS = transkutane elektrische Nervenstimulation,

ASU = Avocado/Sojabohnen unsaponifiabel (Extrakt), UKR = ungekoppelte Knieprothese,

TKR: totale Knieprothese, IA = intraartikuläre

misierten Studien gestützt, wonach bei Patienten mit einer Kniegelenksarthrose durch die Kombination von pharmakologischen und nichtpharmakologischen Behandlungsmodalitäten eine wesentlich bessere Schmerzreduktion als durch alleinige medikamentöse Therapie erreicht werden kann. Evidenzkategorien waren adaptiert an die Klassifikation der United States Agency for Health Care Policy and Research. Evidenz erfolgte nach Studiendesign und auftretenden Bias. In Tabelle 2 sind die auf Evidenz basierten empfohlenen Interventionen aufgeführt. ●

Quellen:

1. Scott D.L.: Guidelines for the diagnosis, investigation and management of osteoarthritis of the hip and knee. Report of a Joint Working Group of the British Society and the Research Unit of the Royal College of Physicians. *J.R. Coll Physicians Lond* 1993; 27: 391–396.

2. American College of Rheumatology subcommittee on osteoarthritis guidelines: Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee. *Arthritis Rheum* 2000; 43: 1905–1915.

3. Pendleton A., Arden N., Dougados M., Doherty M., Bannwarth B., Bijlsma J.W. et al.: EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Annals of the Rheumatic Diseases*, 2000; 59: 936–944.

4. Jordan K.M., Arden N.K. et al.: EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 1145–1155.

Annegret Czernotta