

# Therapiemanagement der Arthrose bei Erwachsenen

NICE-Leitlinien für die Praxis

Eine Arbeitsgruppe des National Institute for Health and Clinical Excellence in Grossbritannien hat Empfehlungen zur Behandlung von Arthrosen ausgearbeitet, die hier kurz zusammengefasst sind.

## BRITISH MEDICAL JOURNAL

Für einen optimalen Behandlungserfolg müssen Ärzte und Betroffene über die Bedeutung der Basistherapie und das Spektrum aller ergänzenden Therapieoptionen umfassend informiert sein. Die Leitlinien des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) zum Therapiemanagement der Arthrose basieren auf der besten verfügbaren Evidenz und umfassen die folgenden Empfehlungen für die klinische Praxis.

### Ganzheitliche Erfassung und Management der symptomatischen Arthrose

- Erfassen und beurteilen Sie die Auswirkungen der Arthrose auf die körperliche Funktionsfähigkeit, die Lebensqualität, den Beruf und die Stimmungslage sowie auf Beziehungen und Freizeitaktivitäten der Betroffenen.
- Überarbeiten Sie regelmässig die Behandlungsstrategie entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Patientin, des Patienten.
- Formulieren Sie in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit dem Patienten einen individuellen Managementplan zur Therapie. Bei der Ausarbeitung sollten auch Komorbiditäten berücksichtigt werden, die die Auswirkungen der Arthrose verschlimmern.
- Diskutieren Sie den Nutzen und die Risiken aller Behandlungsoptionen in allgemeinverständlicher Form.

### Kernbestandteile der Therapie

Stellen Sie Beratungsangebote, Empfehlungen und Anweisungen für alle Patienten mit symptomatischer Arthrose bereit über

- den Zugang zu angemessener mündlicher und schriftlicher Information über das Krankheitsbild
- angemessene körperliche Aktivitäten einschliesslich lokaler Muskelstärkung und allgemeiner Ausdauerfitness
- Massnahmen zur Gewichtsnormalisierung.

Weitere nicht pharmakologische Behandlungsmassnahmen oder Medikamente können die Basistherapie ergänzen (*Abbildung*), und viele Arthrosepatienten nutzen mehrere Optionen. Einige Behandlungsmassnahmen sind nur bei bestimmten Gelenken wirksam.

### Nicht pharmakologische Begleitmassnahmen

- Vereinbaren Sie mit dem Arthrosepatienten Strategien zum Selbstmanagement. Betonen Sie dabei die Wichtigkeit der Basistherapie, vor allem der Bewegungsübungen.
- Regen Sie positive Verhaltensänderungen an wie sportliche Betätigung, Gewichtsverlust, das Tragen angemessenen Schuhwerks (mit stossdämpfenden Eigenschaften) oder einen angemessenen Anstrengungslevel bei körperlichen Aktivitäten (Vermeiden von Leistungsspitzen und Durchhaltephasen).

Erwägen Sie auch weitere Therapien und unterstützende Massnahmen wie

- lokale Hitze- oder Kälteanwendungen
- (manuelle) Manipulation und Stretching, vor allem bei Arthrose in der Hüfte
- transkutane elektrische Nervenstimulierung (TENS)
- Bandagen, Gelenkstützen oder Schuheinlagen bei Patienten mit biomechanischen Gelenkschmerzen oder Instabilitäten

## Merksätze

- Arthrose ist eine der Hauptursachen von Schmerzen und Behinderungen.
- Kernbestandteile des Therapiemanagements sind umfassende Information und Beratung, ein individuelles Bewegungsprogramm und Massnahmen zur Gewichtsnormalisierung.
- Die Basistherapie sollte bevorzugt durch nicht medikamentöse Behandlungsmassnahmen ergänzt werden.
- Vor der Gabe von oralen NSAR oder COX-2-Hemmern sollten als sicherere Alternativen topische NSAR und/oder Paracetamol zur Schmerzlinderung erwogen werden.

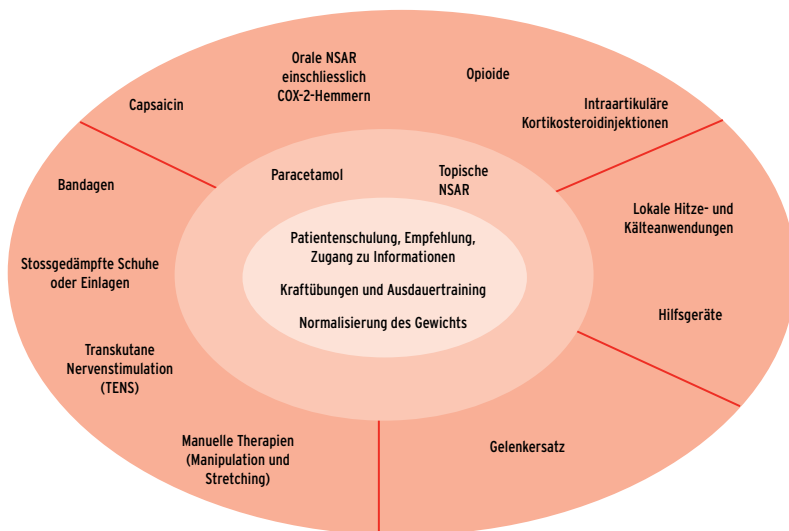


Abbildung: Optionen zur Therapie der Arthrose bei Erwachsenen

■ Hilfsgeräte wie Spazierstöcke oder spezielle Wasserhahnhebel für Patienten mit Problemen bei bestimmten Alltagsaktivitäten. Lassen Sie sich im Einzelfall von Experten wie Ergotherapeuten oder Sanitätshäusern beraten.

Elektroakupunktur sollte bei Arthrose wegen einer bis anhin unzureichenden Evidenz nicht angewendet werden. Die Anwendung von Glukosamin und Chondroitinprodukten wird in den NICE-Richtlinien ebenfalls nicht empfohlen.

**Ergänzende medikamentöse Behandlung**

Wägen Sie den Nutzen und die Risiken einer medikamentösen Behandlung sorgfältig ab, vor allem bei älteren und komorbiden Patienten.

- Zur Schmerzlinderung kann Paracetamol (Dafalgan®, Panadol® u.v.a.) angeboten werden. In einigen Fällen ist eine regelmässige Gabe notwendig.
- Erproben Sie bei Arthrose im Knie und in den Händen zunächst die Wirksamkeit von Paracetamol und/oder topischen nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR), bevor Sie orale nichtselektive NSAR, COX-2-Hemmer oder Opioide verschreiben.
- Ziehen Sie auch die Anwendung von topischem Capsaicin (z.B. Isola Capsicum®) in Betracht.
- Reichen Paracetamol oder topische NSAR zur Schmerzlinderung nicht aus, erwägen Sie eine Ergänzung mit Opioidanalgetika (z.B. Zaldiar®) oder den Ersatz des Paracetamols durch orale NSAR oder COX-2-Hemmer.
- Geben Sie NSAR oder COX-2-Hemmer in der niedrigsten wirksamen Dosis über einen möglichst kurzen Zeitraum. Die erste Wahl sollte entweder ein COX-2-Hemmer (z.Zt. also Celebrex®) oder ein Standard-NSAR sein. Verschreiben Sie beide Substanzen immer zusammen mit einem Protonenpumpenhemmer.

- Alle oralen NSAR und COX-2-Hemmer haben eine ähnlich schmerzstillende Wirkung, variieren jedoch bezüglich ihrer potenziellen gastrointestinalen, hepatischen und kardierenalen Toxizität. Daher sollten bei der Auswahl des Medikaments und der Dosis alle individuellen Risikofaktoren einschliesslich des Alters berücksichtigt werden. Zudem sollte ein Monitoring dieser Risikofaktoren eingeplant werden.
- Ziehen Sie bei unzureichender Wirksamkeit von niedrig dosiertem Aspirin vor dem Ersatz oder einer Ergänzung durch orale NSAR oder COX-2-Hemmer (in Verbindung mit einem Protonenpumpenhemmer) andere Analgetika in Betracht.
- Erwägen Sie intraartikuläre Kortikosteroidinjektionen zur Linderung moderater bis schwerer Schmerzen.

Rubefacientia und intraartikuläre Hyaluroninjektionen werden zur Behandlung von Arthrose nicht empfohlen.

**Chirurgische Eingriffe**

Die Durchführung von arthroskopischen Spülungen und Débridement sollte nicht routinemässig empfohlen werden, ausser bei einer Kniearthrose mit Gelenksperre. Diese Eingriffe sind nicht geeignet bei Gelenksteife und Unbeweglichkeit aufgrund längerer Immobilität, bei Wegknicken des Kniegelenks («giving way») oder einem röntgentechnischen Nachweis von freien Gelenkkörpern.

Vor der Überweisung zu einem chirurgischen Eingriff an den Gelenken sollte sichergestellt werden, dass dem Patienten andere Behandlungsoptionen und mindestens die Basistherapien angeboten wurden.

Bei schweren Gelenksymptomen wie Schmerzen, Steifheit und eingeschränkter Funktionsfähigkeit, die die Lebensqualität substantiell beeinträchtigen und auf andere Optionen nicht ansprechen, sollte ein Gelenkersatz erwogen werden. Die Überstellung zum Chirurgen sollte dann vor einer langfristigen Funktionseinschränkung und massiven Schmerzen erfolgen. Patientenspezifische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Rauchen, Übergewicht und Komorbiditäten sollten kein Hinderungsgrund für einen Gelenkersatz sein.

Entscheidungen über chirurgische Eingriffe sollten eher auf Diskussionen mit dem Patienten und seinen Stellvertretern sowie den behandelnden Ärzten und Chirurgen basieren als auf gängigen Instrumenten zur Erarbeitung der Prioritätensetzung. ■

Conaghan Philip G, Dickson John et al.: Care and management of osteoarthritis in adults: summary of NICE guidance, BMJ 2008; 336: 502-503.

Interessenkonflikte: Zwei der Autoren deklarieren Honorare von MSD, Novartis, Pfizer, Wyeth, Bristol Myers Squibb und Napp.

Petra Stöltzing