

Update Arthrose: Klinische Kompetenz gefragt

Bevor eine Arthrose ein Fall für den Radiologen wird, vergeht meist einige Zeit. Bis dahin spielen die richtige Diagnose und Therapie eine wichtige Rolle – und dabei vor allem die klinische Kompetenz des betreuenden Arztes.

Christine Mücke

Der erste Reflex bei Patienten mit Arthrose ist häufig ein Röntgenbild. Dieses bringe aber in der Regel weder diagnostisch noch für das weitere Prozedere wichtige Erkenntnisse, bedauerte Dr. Pius Brühlmann, Universitäts-spital Zürich, zum Auftakt seines Updates über die Arthrose. Denn eine latente Arthrose ist nicht behandlungsbedürftig. Bei symptomatischer Arthrose ist es für das weitere Vorgehen entscheidend, woher der Schmerz kommt. Ist er intraartikulär, periartikulär, entzündlich oder mechanisch verursacht? «Und dafür benötigen Sie nur Ihre klinische Kompetenz, weder Röntgen noch MRI», betonte der Rheumatologe. «Das Röntgenbild zeigt allenfalls, dass der Knorpel etwas verringert ist.» Die symptomatische Arthrose ist charakterisiert durch intraartikuläre Schmerzen, Anlauf-, Bewegungs- und Belastungsschmerzen, sobald Druck auf das Gelenk ausgeübt wird (z.B. treppab auf das Knie oder treppauf auf die Hüfte). Die dekompenzierte Arthrose ist wahrscheinlich therapeutisch am komplexesten, dabei liegen Irritationen im Bereich der Sehnen, Bänder und Muskeln vor; hier kann man nicht nur medikamentös eingreifen, sondern muss auch funktionell auftrainieren.

Interventionen und ihre Wirksamkeit

Die Wirksamkeit verschiedener Interventionen hinsichtlich des Schmerzes lässt sich als Wirkgrösse angeben (sogenannte Effekt-Size, jeweils im Ver-

gleich zu Placebo bzw. Kontrolle). Die Zusammenfassung von Studien verschiedener Interventionen zeigt beispielsweise, dass Paracetamol (Wirkgrösse 0,15) wesentlich weniger wirksam ist als eine Gewichtsreduktion (0,20) und etwas wirksamer als Informationen über das Krankheitsbild (0,1). Paracetamol wird häufig aus Angst vor den gastrointestinalen Nebenwirkungen unter NSAR (nicht steroidalen Antirheumatika) gegeben – dabei geht es selbst mit einem solchen Risiko einher. Einen diesbezüglichen Schutz ermöglicht entweder die zusätzliche Gabe von Protonenpumpeninhibitoren (PPI) oder der Einsatz von Coxiben anstelle von NSAR.

Topische Präparate sind mit einer Wirkgrösse von 0,45 recht effektiv, so der Experte. Die absolute Wirkung setzt sich wahrscheinlich zusammen aus der transkutanen Resorption sowie dem physikalischen Effekt der Einreibung (ausser beim Pflaster Tissugel [Flector®]).

Die intraartikulär zu applizierende Hyaluronsäure kann in alle Gelenke gespritzt werden; am häufigsten werden so Knie-, Hüft-, Daumensattel- und Zehengrundgelenk behandelt. Sie wirke zum einen durch das hochmolekulare Netz stossdämpfend, zum anderen werde die Gleitwirkung verbessert, erläuterte Brühlmann. «Es gibt jedoch relativ wenig Studien. Wir injizieren mittlerweile einmal und schauen, wie lange die Wirkung anhält, das variiert durchaus. Die hochmolekularen Sub-

stanzen sind teurer, aber in der Wirkung den tiefmolekularen nicht überlegen», ergänzte der Referent. Ob ein chondroprotektiver Effekt vorliegt, ist nicht untersucht; Hyaluronsäure ist nach wie vor nicht als KVG-Leistung abrechenbar.

Steroide haben, intraartikulär injiziert, eine gute Wirkgrösse (0,6). Sie kommen insbesondere bei aktivierten Arthrosen zum Einsatz; bei symptomatischen Arthrosen ohne Entzündung ist Hyaluronsäure besser. Die Angst vor Nekrosen oder Knorpelabbau unter Steroiden ist unbegründet, wie eine schon etwas ältere Untersuchung bei Gonarthrose zeigen konnte. Steroide schnitten im Vergleich zu NaCl hinsichtlich Gelenkspalt und Nebenwirkungen vergleichbar ab, in Bezug auf Schmerz und Funktion jedoch signifikant besser. Alles in allem können sie bei guter Indikation relativ grosszügig eingesetzt werden (siehe auch *Kasten*), so das Fazit des Experten.

Ist ein Knorpelschutz möglich?

Können wir den Knorpel erhalten oder sogar wieder verbessern? Dafür sind die Glykosaminoglykane Chondroitinsulfat und Glukosaminsulfat geeignet. Sie stimulieren die Proteoglykan- und die Hyaluronsäuresynthese und hemmen degradierende Enzyme. Ihre knorpelschützende Wirksamkeit wurde in einigen Studien zur Gonarthrose belegt; radiologisch betrachtet konnte die Abnahme des Gelenkspaltes im Vergleich zu Placebo signifikant reduziert werden. Auch MRI-Studien haben mittlerweile gezeigt, dass die Substanzen das Knorpelvolumen stabilisieren und gegenüber Placebo die Progression verhindern können. Bei Fingerpolyarthrose zeigten weitere Daten die Wirksamkeit von Chondroitinsulfat (Condrosulf®): Unter radiologischer

Kasten:

Injektion Glukokortikoide: Empfehlungen für die Praxis

- ❖ Intervall: mind. 4 Wochen warten
- ❖ Anzahl: max. 4-mal pro Jahr
- ❖ Dosis (Kenacort®*):
 - grosse Gelenke 40 mg
 - mittlere Gelenke 20 mg
 - kleine Gelenke 5–10 mg

*Kenacort® in Kristallform bleibt länger im Gelenk als die anderen Steroide, damit ist es bei entzündlicher Arthrose die beste Wahl für eine lang anhaltende Wirkung.

Beobachtung über drei Jahre kam es bei Patienten unter dem Verum bei 8,8 Prozent zu einer Progression versus 30 Prozent unter Plazebo. «Wir können zur Dauer der Einnahme momentan wenig sagen. Die Substanz wurde über drei Jahre untersucht, und es gibt keine Hinweise dafür, dass die Wirkung danach nachlässt.» Chondroitinsulfat wirke zudem sogar in signifikantem Ausmass

auf Schmerz und Funktion, «auch wenn wir es dafür eigentlich nicht geben», so Brühlmann weiter. Aber es gibt auch noch etliche offene Fragen zur Chondroprotektion: Beginn und Dauer einer Therapie sind nicht endgültig geklärt; ebenso wenig belegen Studien, inwieweit Prothesen verhindert oder verzögert werden können.

Gewichtsabnahme korreliert mit Knorpelabbau

Eine weitere hervorragende – und nicht nur symptomatische, sondern auch chondroprotektive – nicht pharmakologische Massnahme bei Gonarthrose ist die Gewichtsabnahme. Schon mit einer durchschnittlichen Reduktion von 10 Prozent in einem Jahr konnte die Abnahme des medialen Knorpels reduziert werden, so die Ergebnisse einer Untersuchung, die am letzten Jahrestreffen der Radiological Society of North America (RSNA) präsentiert wurden. Je grösser der Gewichtsverlust war, desto weniger wurde der Knorpel abgebaut, wie im MRI gezeigt werden konnte.

Eigenbluttherapie als neue Therapieoption?

Brühlmann sprach noch eine neuere Massnahme an, die am Universitätsspital Zürich näher untersucht werden soll. Es geht um die Auswirkungen einer intraartikulären Eigenbluttherapie im Vergleich zur Steroidinjektion. Die Applikation der angereicherten Plättchen, eine Mischung aus 300 bis 400 Substanzen, stimuliert die Knorpelmatrixsynthese und wirkt antientzündlich. Interessant könnte das vor allem in bradytrophen Geweben (Sehnen/Enthesen) und abgeschlossenen Räumen (Gelenken) sein. ❖

Christine Mücke

Quelle: Symposium Strahlentherapie: Unerwartete Hilfe bei Fersensporn, Tennisellenbogen und Morbus Dupuytren. Donnerstag, 14. Januar 2016, Universitätsspital Zürich.