

Behandlung der Handarthrose

Empfehlungen der European League Against Rheumatism (EULAR)

Viele Patienten mit Arthrose in den Gelenken der Hand werden in der Hausarztpraxis betreut. Die aktuellen EULAR-Empfehlungen zur Behandlung der Handarthrose helfen dem Arzt, die geeignete Therapie auszuwählen.

ANNALS OF THE RHEUMATIC DISEASES

Arthrosen an den Gelenken der Hand beziehungsweise Finger sind sehr häufig. Die meisten Menschen weisen ab dem 55. Lebensjahr radiologische Zeichen einer Arthrose zumindest an einem Gelenk der Hand auf, etwa 20 Prozent der Menschen dieser Altersgruppe leiden an einer symptomatischen Handarthrose. Die klinischen Konsequenzen einer Handarthrose unterscheiden sich von denjenigen einer Knie- oder Hüftarthrose. Beispielsweise haben viele Patienten mit Handarthrose Probleme mit dem Greifen und mit feinmotorischen Bewegungen, oder sie sind unzufrieden mit dem kosmetischen Erscheinungsbild ihrer Hände.

Nachdem von der EULAR Empfehlungen für die Behandlung der Knie- und Hüftarthrose publiziert wurden, erarbeitete jetzt ein EULAR-Expertenteam aus 15 europäischen Ländern unter der Federführung von Weiya Zhang Empfehlungen zur Behandlung der Handarthrose. Diese in den «Annals of the Rheumatic Diseases» veröffentlichten Empfehlungen basieren einerseits auf einer umfangreichen Literaturrecherche, andererseits auf Expertenkonsens. Die Autoren weisen darauf hin, dass es zum Thema Handarthrose nur wenige qualitativ hochwertige Studien gibt, weshalb die Empfehlungen oft nur auf Expertenmeinung beruhen. Von den 17 diskutierten Behandlungsmodalitäten werden lediglich 6 durch wissenschaftliche Evidenz gestützt (Patientenschulung und Übungsbehandlung, NSAR, COX-2-Hemmer, topisches Capsaicin und Chondroitinsulfat).

1. Empfehlung: Optimale Behandlung der Handarthrose

Die optimale Therapie der Handarthrose erfordert eine Kombination aus nicht medikamentösen und medikamentösen Mass-

Merksätze

- Bei der Handarthrose ist die topische Therapie beispielsweise mit NSAR der systemischen Behandlung vorzuziehen, vor allem, wenn die Schmerzen nur leicht bis mässig ausgeprägt sind.
- Wird ein orales Analgetikum benötigt, ist Paracetamol das Mittel der ersten Wahl.
- Bei schmerzhaften Episoden hilft die intraartikuläre Injektion von Kortikosteroiden.

nahmen und muss individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt werden. Obwohl diese Aussage logisch klingt und die anerkannte «good clinical practice» repräsentiert, gibt es hierfür weder direkte Vergleiche noch wissenschaftliche Daten aus entsprechenden klinischen Studien. Dieses Statement beruht lediglich auf Expertenmeinung.

2. Empfehlung: Kriterien zur Therapieentscheidung

Bei der Wahl der im Einzelfall am besten geeigneten Behandlung sollten folgende Parameter berücksichtigt werden:

- Lokalisation der Arthrose
- Risikofaktoren (Alter, Geschlecht, ungünstige mechanische Faktoren)
- Art der Arthrose (erosiv, traumatisch)
- Vorliegen von Entzündungszeichen
- Ausprägung struktureller Veränderungen
- Schweregrad vorliegender Schmerzen, Einschränkungen aufgrund der Handarthrose, Lebensqualität
- Komorbiditäten und Komedikationen (einschliesslich Arthrosen an anderen Körperregionen)
- Wünsche und Erwartungen des Patienten.

Diese Empfehlung ist der pragmatische Versuch, dem einzelnen Patienten die beste Versorgung zukommen zu lassen, doch beruht sie lediglich auf Expertenmeinung.

3. Empfehlung: Patientenschulung zum Thema Gelenkschutz

Alle Patienten mit Handarthrose sollten darüber informiert werden, wie sie ungünstige mechanische Faktoren vermeiden können. Gleichzeitig sollen sie an einem Übungsprogramm zum Erhalt des Bewegungsumfanges und zur Kräftigung teilnehmen (Empfehlung basiert überwiegend auf Expertenmeinung).

4. Empfehlung: Wärmeapplikation, Ultraschall

Die lokale Anwendung von Wärme – zum Beispiel in Form von Paraffin oder Wärmepackungen – ist insbesondere vor einer Übungsbehandlung vorteilhaft. Auch Ultraschall ist günstig (Expertenmeinung).

5. Empfehlung: Schienen und Orthesen

Empfehlenswert sind Schienen bei Arthrose des Daumengrundgelenks und Orthesen zur Prävention beziehungsweise Korrektur der Lateraldeviation und der Beugedeformität. Zwei kleine Studien sprechen dafür, dass bei Daumengrundgelenk-arthrose Schienen, die sowohl das Daumengrundgelenk als auch das Handgelenk umfassen, günstiger sind als Schienen, die nur das Daumengrundgelenk schützen (Expertenmeinung).

6. Empfehlung: lokale Behandlung

Die lokale Behandlung ist der systemischen Therapie vorzuziehen – insbesondere, wenn nur leichte bis mässige Schmerzen vorliegen und wenn nur wenige Gelenke betroffen sind. Topische nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) und Capsaicin (z.B. DUL-X® Crème warm) stellen bei Handarthrose wirksame und sichere Behandlungsoptionen dar. Diese topischen Medikamente scheinen laut einigen Studien nicht mehr systemische Nebenwirkungen zu verursachen als Placebo.

7. Empfehlung: orale Analgesie mit Paracetamol

Aufgrund seiner Wirksamkeit und Sicherheit ist Paracetamol (z.B. Dafalgan®) das orale Analgetikum der ersten Wahl (bis zu 4 g täglich). Spricht der Patient gut darauf an, ist es das bevorzugte Langzeitanalgetikum. Zwar ist der analgetische Effekt von Paracetamol nicht so ausgeprägt wie derjenige von NSAR, doch ist es sicherer und kostengünstiger. Die Wirksamkeit von Paracetamol bei Handarthrose wurde nicht direkt untersucht. Jedoch hat sich Paracetamol in Studien mit Patienten bewährt, die an anderen Gelenken eine Arthrose aufwiesen (diese Empfehlung beruht im Wesentlichen auf Expertenmeinung).

8. Empfehlung: orale NSAR, wenn Paracetamol nicht ausreicht

Wenn Patienten auf Paracetamol nicht zufriedenstellend ansprechen, sollten orale NSAR in der niedrigsten effektiven Dosierung und nur über einen kurzen Zeitraum verwendet

werden. Es muss regelmässig überprüft werden, wie der Patient auf die Behandlung anspricht und ob er das Medikament noch benötigt. Bei Patienten mit erhöhtem gastrointestinalem Risiko sollte ein nichtselektives NSAR zusammen mit einem Magenschutzmedikament oder ein selektiver COX-2-Inhibitor verwendet werden. Liegt ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko vor, sind Coxibe kontraindiziert. In diesem Fall sollte ein nichtselektives NSAR mit Vorsicht verabreicht werden.

9. Empfehlung: SYSADOA

Symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis (SYSADOA) wie Glucosamin (z.B. Voltaleflex®, Glucosan®), Chondroitinsulfat (Condrosulf®, Structum®), Diacerhein, Avocado-/Sojabohnenextrakt oder die intraartikuläre Gabe von Hyaluronan (Synovial®) können bei geringer Toxizität zu einem symptomatischen Nutzen führen. Allerdings ist der Effekt gering, und es ist bis anhin nicht definiert, für welche Patienten diese Behandlung geeignet ist. Darüber hinaus ist unklar, in welchem Umfang diese Substanzen zu einer klinisch relevanten Strukturmodifikation in den betroffenen Gelenken führen und welcher pharmakoökonomische Nutzen zu erwarten ist. Diacerhein ist mit Vorsicht einzusetzen, weil es zu Durchfall führen kann.

10. Empfehlung: Kortikoidinjektionen in Gelenke

Die intraartikuläre Injektion lang wirksamer Kortikosteroide ist bei schmerzhaften Episoden der Handarthrose wirksam, insbesondere bei Arthrose der Gelenke zwischen dem Os trapezium und den Metakarpalknochen. Diese Empfehlung beruht hauptsächlich auf Expertenmeinung.

11. Empfehlung: operative Massnahmen

Bei schwerer Arthrose des Daumengrundgelenks stellen chirurgische Eingriffe wie die Interpositionsarthroplastik, die Osteotomie oder Arthrodese wirksame Behandlungsoptionen dar. Sie sollten bei Patienten mit ausgeprägten Schmerzen und/oder Behinderung erwogen werden, wenn die konservative Behandlung versagt hat. Die Kombination zweier chirurgischer Massnahmen (z.B. Trapeziektomie und Bandrekonstruktion) sollte vermieden werden, weil sie keine Vorteile bringt, aber mit einer höheren Komplikationsrate behaftet ist. ■

Quelle:

W. Zhang (Academic Rheumatology, University of Nottingham, Nottingham, UK) et al.: EULAR evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis: Report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). *Annals of the Rheumatic Diseases* 2007; 66: 377-388.

Interessenkonflikte: keine deklariert.

Andrea Wülker