

Guidelinekonforme Therapie der Arthrose

Multimodale Managementkonzepte

Rheuma Top

Symposium für die Praxis

23./24. August in Pfäffikon

Angesichts der sich ändernden Altersstruktur – in Verbindung mit ungünstigen Lifestyle-Faktoren (zu wenig Bewegung, Übergewicht) – muss mit einer Zunahme der Arthroseprävalenz und früherem Krankheitsbeginn gerechnet werden. Umfassende Therapiekonzepte sind gefragt, die nicht nur die Progression der Gelenkveränderungen bremsen, sondern auch einen präventiven Effekt zeigen. An einem Workshop beim Rheuma Top 2012 gab Dr. med. Lukas Wildi, Rheumaklinik, Universitätsspital Zürich, Empfehlungen für den praktischen Alltag.

RENATE WEBER

Zum optimalen Management der Arthrose gehören sowohl nicht pharmakologische als auch pharmakologische Interventionen. Die Gewichtsreduktion ist von zentraler Bedeutung für die Gonarthrose, aber auch für nicht gewichtstragende Gelenke wie die der Finger. Die Patienten sollten weiter motiviert werden, körperlich aktiv zu werden, um optimale Verhältnisse der gelenkführenden Muskulatur zu schaffen, gegebenenfalls mit Unterstützung durch eine Physiotherapie, erklärte Dr. Wildi. Er verwies auf eine Reihe von Broschüren der Rheumaliga Schweiz (www.rheumaliga.ch), die das ärztliche Gespräch unterstützen kön-

nen. Dieses Aufklärungsmaterial wird beispielsweise zu folgenden Themen angeboten:

- ❖ Aufklärung, Patienteninformation
- ❖ körperliche Aktivität
- ❖ Schienen, Bandagen, Hilfsmittel
- ❖ Gelenkschutzinstruktion.

Nicht pharmakologische Massnahmen sind aber oft nur ungenügend wirksam oder können aus verschiedenen Gründen nicht zufriedenstellend umgesetzt werden. Den pharmakologischen Therapieansätzen kommt deshalb eine grosse Bedeutung zu.

Medikamente in der Behandlung der Arthrose

Topische Therapie: Lokaltherapeutika mit NSAR (z.B. Diclofenac, Ibuprofen) oder Capsaicingel haben sich als sicher und wirksam erwiesen und sind speziell bei periartikulären Beschwerden zu empfehlen, wie zum Beispiel Bursitiden oder Sehnenansatzbeschwerden. Beim Capsaicingel ist zu beachten, dass es unter der Langzeittherapie zu potenziell irreversiblen neuropathischen Schädigungen kommen kann; ferner sollte eine Anwendung an den Händen unterbleiben wegen der Gefahr des Kontakts mit den Augen und den Schleimhäuten.

Paracetamol wird in den Guidelines (EULAR, OARSI u.a.) als erstes systemisches Schmerzmedikament bei leichter bis mässig schwerer Arthrose empfohlen. Dr. Wildi wies auf das günstige Sicherheitsprofil hin, erklärte aber auch, dass in hohen Dosierungen und bei Kombination mit NSAR das Risiko für Nierenschäden und gastrointestinale Blutungen erhöht ist. Die Wirksamkeit ist zudem als gering einzustufen.

Systemische NSAR: Für die NSAR gilt, dass sie in der niedrigsten wirksamen Dosis eingesetzt und Langzeitanwen-

dungen vermieden werden sollten. Bei Patienten mit den bekannten Risikofaktoren (gastrointestinale Blutungen oder Ulkus in der Anamnese, höheres Lebensalter) sollte das NSAR mit einem Protonenpumpenblocker kombiniert werden.

NSAR haben sich in Krankheitsphasen mit erhöhter entzündlicher Aktivität als wirksam erwiesen und sind dem Paracetamol überlegen.

Opiode sind bei therapierefraktären, starken Schmerzen indiziert, wobei man – wegen des Gewöhnungseffekts – den Einsatz zeitlich limitieren muss. Neueste Daten aus Amerika haben zudem gezeigt, dass unter Opioiden die Sturzraten bei älteren Patienten deutlich ansteigen. Als typische Situation, in der Opiode infrage kommen, erwähnte Dr. Wildi die Überbrückung bis zur Prothesenimplantation.

Intraartikuläre Steroide haben ihren Platz bei entzündlichen Flares mit Schwellung, Erguss und synovialer Proliferation. Bei Kontraindikationen gegen intraartikuläre Infiltrationen können auch kurzzeitig systemische Steroide eingesetzt werden.

SYSADOA: Als «symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis» stehen Chondroitinsulfat, Glucosaminsulfat und Hyaluronsäure zur Verfügung. Neben einem leichten analgetischen Effekt gibt es zunehmende Evidenz für eine Verlangsamung des Knorpelverlusts unter diesen Präparaten. Zu Chondroitinsulfat liegen mehrere Studien vor, die belegen konnten, dass dieses SYSADOA die Gelenkspaltverschmälerung bei Gonarthrose vermindert. MRI-Resultate einer von Dr. Wildi und Kollegen durchgeführten Studie unterstützen den krankheitsmodifizierenden Effekt (DMOAD, disease modifying osteoarthritis drug) von Chondroitinsulfat. Da diese Wirk-

stoffe keinen Soforteffekt zeigen, müssen sie häufig über eine gewisse Zeit mit Paracetamol oder einem NSAR kombiniert werden.

Basistherapeutika bei Arthrose: Basistherapeutika wie Methotrexat, die von der Behandlung der rheumatoiden Arthritis her bekannt sind, können bei Patienten in Erwägung gezogen werden, bei denen eine ausgeprägte entzündliche Aktivität besteht. Das haben aktuelle Studien gezeigt, die am europäischen Rheumakongress 2012 in

Berlin vorgestellt wurden. Diese probatorische Therapie kommt jedoch nicht für den Routineeinsatz infrage. Als Beispiel für eine mögliche Indikation nannte Dr. Wildi die deutlich entzündlich verlaufende erosive Fingerpolyarthrose.

Operation als Ultima Ratio?

Bei jüngeren Patienten mit Knie- und Hüftarthrose sollte man prüfen, ob sich durch eine Umstellungsosteotomie die Implantation einer Totalendoprothese

eventuell hinauszögern lässt. Bei ausgeprägten Schmerzen aufgrund einer Daumensattelgelenkarthrose bietet sich eine Sehneninterpositionsarthroplastie oder eine Trapezektomie an, für die gute Erfolge dokumentiert sind. Patienten mit therapierefraktären Schmerzen aufgrund einer Gonarthrose oder Coxarthrose profitieren von einer Totalendoprothese. ❖

Renate Weber