

Chondroitinsulfat ist bei Finger- gelenkarthrose wirksam

Auf einem IBSA-Symposium wurden erstmals die Ergebnisse der FACTS-Studie vorgestellt

Arthrose ist eine chronische Krankheit mit weitreichenden Konsequenzen. Die Patienten leiden unter Schmerzen, Gelenksteifigkeit, in schweren Verläufen werden auf Dauer Gelenkstrukturen zerstört, schwere Funktionseinschränkungen bis hin zur Invalidität können die Folge sein. Anlässlich des EULAR-Kongresses in Rom wurden auf einem von IBSA und Laboratoires Génévrier veranstalteten Satellitensymposium verschiedene Aspekte des Arthrosemanagements diskutiert. Der Genfer Rheumatologe Professor Cem Gabay präsentierte dabei erstmals die Ergebnisse der FACTS-Studie. Demnach erweist sich Chondroitinsulfat als wirksam bei Handarthrose.

Anders als bei den entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind bei der Arthrose seit vielen Jahren keine bahnbrechenden therapeutischen Fortschritte zu vermelden. Hauptanliegen des Arthrosemanagements sind die Schmerzbekämpfung und die Erhaltung der Beweglichkeit, zugleich geht es aber auch darum, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und dauerhafte Gelenkschäden wenn möglich zu verhindern, wie Professor Serge Perrot von der Descartes-Universität in Paris sagte. Diese Ziele seien aber nur erreichbar, wenn der Patient seinen eigenen aktiven Beitrag leiste. «Nicht der Rheumatologe, sondern der Patient ist der wahre Experte seiner Krankheit», meinte Perrot. Eine wichtige ärztliche Aufgabe sei deshalb, ihn (und seine Angehörigen) umfassend über die Krankheit aufzuklären, ihm Kompetenzen und Fertigkeiten zu vermitteln, mit denen er seine Krankheit günstig beeinflussen könne. Bisherige Untersuchungen haben laut Perrot bereits gezeigt, dass sich Selbstmanagementprogramme günstig auswirken.

ARTIST: Strukturiertes Programm ist erfolgreich

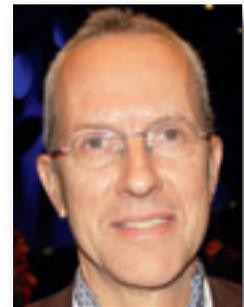
Das hat zuletzt auch die ARTIST-Studie bestätigt, die Professor Philippe Ravaud, Descartes-Universität Paris, vorstellte. Für die Studie wurde ein strukturiertes Programm entwickelt, nach dem die Arthrosepatienten in drei Visiten über ihre Krankheit aufgeklärt sowie in Massnahmen zur Gewichtsreduktion und in gezielten Übungen instruiert wurden. An der Studie nahmen 327 Patienten teil, die von insgesamt 198 niedergelassenen Rheumatologen rekrutiert und dann – ausserhalb der normalen Sprechzeiten – betreut wurden. Der Kontrollgruppe zugeordnete Patienten wurden auch zu den Terminen eingeladen, erhielten aber keine standardisierten Informationen und Instruktionen.

Ob und welche Medikamente letztlich verordnet wurden, blieb den Rheumatologen überlassen. Die übergewichtigen bis adipösen Patienten (BMI 25–35) waren zwischen 45 und 75 Jahre alt und litten an einer schmerzhaften Kniegelenkarthrose, die einer Therapie mit NSAR bedurfte.

Primäre Studienendpunkte waren eine Gewichtsabnahme und die Zeitdauer, in der die Patienten die Übungen ausführten. Wie die Auswertungen ergaben, nahmen die am Programm teilnehmenden Patienten auf kurze Sicht (nach 4 Monaten) mehr Gewicht ab als jene der Kontrollgruppe (1,11 kg vs. 0,37 kg). 28 Prozent büssten in der Interventionsgruppe mehr als 2 Kilogramm Gewicht ein gegenüber 16 Prozent in der Kontrollgruppe. Zudem wendeten sie für ihre Übungen deutlich mehr Zeit auf. Nach 12 Monaten war zwar kein Gewichtsunterschied zwischen den Gruppen mehr nachweisbar, hingegen blieben die Resultate in der Interventionsgruppe im Schmerzscore, im WOMAC-Score (zur Bestimmung der Funktionsfähigkeit) und bei der globalen Beurteilung – allesamt sekundäre Studienendpunkte – besser. Nach Auffassung von Ravaud zeigt die Studie, dass ein strukturiertes Programm massgeblich dazu beitragen kann, die Empfehlungen der Guidelines in der Praxis umzusetzen.

Welche Therapien sind wirksam?

Professor Beat A. Michel, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin Universitätsspital Zürich, gab einen Überblick über die verschiedenen therapeutischen Optionen bei Arthrose. Alle Therapien weisen laut Michel einen hohen Placeboeffekt auf, was ganz besonders für die



Beat A. Michel

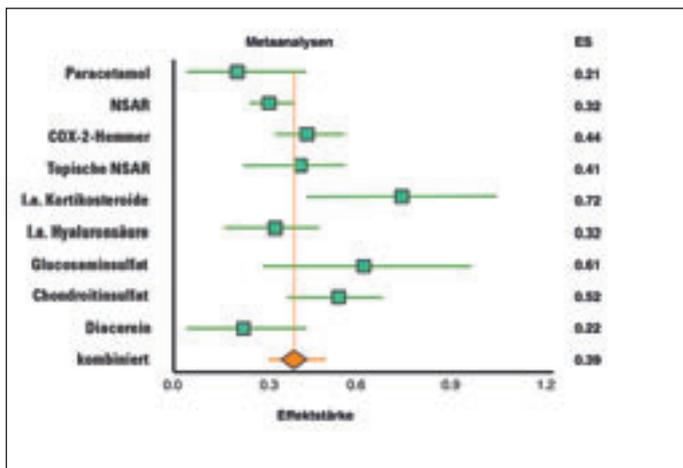


Abbildung: Schmerzlinderung mit medikamentösen Therapien (Zhang W. et al., 2007)

Handarthrose gelte. Der Rheumatologe erinnerte daran, dass manchmal auch einfache Massnahmen segensreich sein können: «Wenn jemand Patellarschmerzen hat, kann Taping sehr helfen.»

Unter den pharmakologischen Therapien gilt die Schmerz- bekämpfung mit Paracetamol heute als Mittel der ersten Wahl. Allerdings, schränkte Michel ein, kämen viele Patienten irgendwann mit dem Wunsch nach einer wirksameren Behandlung, was dann den Einsatz von nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) bedeute. Die Substanzen sollten nicht nur aufgrund ihres vergleichsweise grossen Nebenwirkungspotenzials nur kurzzeitig verordnet werden. «Ich verstehe nicht, warum man hier Langzeitstudien über 6 Monate oder ein Jahr macht. Die Arthrose kommt und geht, sie braucht keine Langzeittherapie mit NSAR», sagte Michel. Er machte auch darauf aufmerksam, dass Paracetamol nicht ganz so harmlos sei wie manchmal angenommen. Unter dem Analgetikum seien ebenfalls gastrointestinale Nebenwirkungen möglich, zudem sei manchmal ein Blutdruckanstieg festzustellen.

Keine solchen Nebenwirkungen sind bei Anwendung von topischen NSAR zu befürchten, die sich laut Michel bewährt haben, wenn oberflächige Gelenkstrukturen betrof-

fen sind. «Die Patienten schätzen diese Behandlung, und sie hilft auch», meinte der Rheumatologe. Wer auf Naturheilmittel schwöre, dem könnten allenfalls Hagebuttenpulver oder Avocado-Sojabohnen-Extrakte empfohlen werden, «auch wenn sie sicher nicht ganz die erwünschten Effekte haben».

Liegt eine aktivierte, also entzündliche Arthrose vor, ist die intraartikuläre Steroidinjektion eine wirksame und nützliche Therapieoption. Das gilt in erster Linie für das Kniegelenk, während sich die Situation an der Hand komplizierter darstellt. Hier sollte laut Michel höchstens eine Steroidinjektion versucht werden; häufige Injektionen in die Fingergelenke begünstigten dagegen Deviationen im weiteren Verlauf der Erkrankung. Nur bei Rhizarthrose seien maximal zwei Injektionen im Jahr möglich.

Im Vergleich mit intraartikulär verabreichter Hyaluronsäure haben Steroidinjektionen den Vorteil, dass die Wirkung rascher einsetzt. Allerdings seien die Langzeiteffekte von Hyaluronsäure bei Kniearthrose besser. Deshalb könne man mit einer Steroidinjektion beginnen und dann bei Bedarf nach Abklingen der akuten Symptomatik Hyaluronsäure injizieren.

Michel bekräftigte zugleich den Nutzen von Glucosamin und Chondroitinsulfat. Die Substanzen haben laut Michel einen radiologisch nachweisbaren chondroprotektiven Langzeiteffekt am Kniegelenk, sie lindern die Schmerzen und sind gut verträglich. Das sei in den grossen Studien ausnahmslos bestätigt worden, meinte Michel. Ob durch die Chondroprotektion eine Gelenkprothese verhindert oder aufgeschoben werden könne, lasse sich mangels entsprechender Studien nicht beweisen. Es sei aber eigentlich eine logische Konsequenz: «Wenn ich die Krankheit aufhalte, wenn weniger schnell Knorpel verloren geht, sollte dies einen Vorteil für den Patienten bedeuten», resümierte Michel.

FACTS-Studie: Chondroitinsulfat bei Fingergelenkarthrose wirksam

Besonders schwierig erweist sich die Behandlung der Fingergelenkarthrose, die nicht nur zu Schmerzen, sondern auch zur Verkrüppelung der Hand und zu schweren Be-

	Gelenk	Evidenz-niveau	Effektstärke 95%-KI (Schmerz)	NNT* 95%-KI
Topische NSAR	Knie	Ia	0,44 (0,27; 0,62)	3 (2, 4)
I.a. Kortikosteroide	Knie	Ia	0,58 (0,34; 0,75)	5 (3, 38)
I.a. Hyaluronsäure	Knie	Ia	0,60 (0,37; 0,83)	7 (3, 119)
Glucosaminsulfat	beide	Ia	0,58 (0,30; 0,87)	5 (4, 7)
Chondroitinsulfat	Knie	Ia	0,75 (0,50; 1,01)	5 (4, 7)
Hagenbuttenpulver	beide	Ia	0,37 (0,13; 0,60)	6 (4, 13)
Lavage/Débridement	Knie	Ib	0,21 (-0,21; 0,54)	

*Number needed to treat (Zhang W. et al., 2010)

hinderungen im Alltag führen kann. Etwa 5 Prozent der Bevölkerung leiden an einer Fingergelenkarthrose. «Leider sind die therapeutischen Möglichkeiten immer noch sehr bescheiden», sagte Professor Cem Gabay, Vorsteher der Rheumatologie am Universitätsspital HUG in Genf. Bisher war nicht klar, ob und inwieweit Chondroitinsulfat bei dieser Arthrose wirkt. Gabay initiierte deshalb an seiner Abteilung eine randomisierte und plazebokontrollierte Studie mit dem Namen FACTS – Finger osteoArthritis Chondroitin Treatment Study.

An der Untersuchung nahmen 162 Patienten in einem Alter über 40 Jahre und mit einer schmerzhaften Fingergelenkarthrose teil, die bei ihnen nach den gängigen klinischen und radiologischen Kriterien diagnostiziert worden war. Die Schmerzintensität der Teilnehmer auf der visuellen Analogskala (VAS) hatte bei Studienbeginn mindestens 40 mm zu betragen, im Dreiser-Score musste mindestens ein Wert von 6 erreicht werden. Anhand des Dreiser-Indexes kann die Funktionsfähigkeit der Hand beurteilt werden. Er besteht aus 10 Fragen, zum Beispiel: «Können Sie den Schlüssel im Schloss herumdrehen?» oder «Können Sie Fleisch mit dem Messer schneiden?» Jede Frage kann vom Patienten mit 0 («problemlos auszuführen»), 1, 2 oder 3 («unmöglich auszuführen») Punkten bewertet werden. Die Patienten erhielten über sechs Monate 800 mg Chondroitinsulfat (Condrosulf®) oder aber Plazebo. NSAR-Behandlung war nicht zugelassen, Paracetamol als Reserve-medikation erlaubt. Gabay präsentierte die Ergebnisse erstmals der Fachöffentlichkeit. Nach 6 Monaten zeigten sich signifikante Vorteile hinsichtlich der primären Endpunkte Schmerz und Funktionsfähigkeit. Unter Chondroitinsulfat ging die Schmerzintensität um 36 Prozent zurück, unter Plazebo nur um 21 Prozent. Die Funktionsfähigkeit verbesserte sich um 26 Prozent, unter Plazebo lediglich um 7 Prozent.

Auch die sekundären Endpunkte, globale Bewertung durch den Arzt sowie Morgensteifigkeit, fielen zugunsten von Chondroitinsulfat aus. Keinen Einfluss hatte die Be-

Take Home Messages

- Das Selbstmanagement von Arthrosepatienten soll gefördert werden. Dazu sind umfassende Aufklärung über die Krankheit und über Verhaltens- und Therapiemaßnahmen erforderlich.
- Die ARTIST-Studie hat gezeigt, dass ein strukturiertes Programm dazu motivieren kann, dass die Patienten Gewicht abnehmen und die empfohlenen Übungen ausführen.
- Zur (schmerzlindernden) medikamentösen Therapie werden in erster Linie Paracetamol, orale und topische NSAR, intraartikuläre Steroid- und Hyaluronsäureinjektionen eingesetzt.
- Glucosamin und Chondroitinsulfat haben eine chondroprotektive und schmerzlindernde Wirkung bei Kniegelenkarthrose.
- Die aktuelle FACTS-Studie zeigt, dass Chondroitinsulfat (Condrosulf®) auch bei Fingergelenkarthrose wirksam ist.

handlung auf die Greifkraft der Hand und auf die Einnahme von Schmerzmitteln. Chondroitinsulfat wurde erwartungsgemäß gut vertragen. Die Nebenwirkungen, zumeist gastrointestinale Beschwerden, waren leichter Natur und nicht häufiger als unter Plazebo. Nach Auffassung von Gabay stellt Chondroitinsulfat damit eine wirksame und gut verträgliche Therapie bei Heberden- und Bouchard-Arthrose dar. Der Rheumatologe hob auch hervor, dass die Planung, Durchführung und statistische Auswertung der Studie firmenunabhängig erfolgten.

Uwe Beise

Interessenlage: Der Bericht wurde von der Firma IBSA unterstützt.

IBSA-Genévrier-Satellitensymposium

Targeting osteoarthritis: the importance of the synergy between patient and physician. EULAR 2010, Rom. 17. Juni 2010