

Arthrotherapie

Was sagen die internationalen Guidelines?

Derzeit sind drei internationale Guidelines für die Wahl der Therapien bei Arthrosen relevant. Sie befassen sich in unterschiedlicher Ausführlichkeit mit Arthrosen grosser Gelenke respektive mit den Polyarthrosen der Hand.

Die Guideline der OARSI (Osteoarthritis Research Society International) für das nicht chirurgische Management von Hüft-, Knie- und polyartikulären Arthrosen wurde schon 2018 ausgearbeitet und 2019 publiziert (1). Damit sei sie nicht mehr ganz neu, behalte aber ihre Wichtigkeit, erklärte Dr. Philipp Rossbach von der Klinik für Rheumatologie, Universitätsspital Zürich. Zunächst betont die Leitlinie die Wichtigkeit einer umfassenden initialen Abklärung, die neben der Bestimmung der genauen Lokalisation der Arthrose auch Begleiterkrankungen und die emotionale Verfassung sowie das sozioökonomische Umfeld erfassen soll. Die OARSI empfiehlt für alle Arthrosen eine Kerntherapie mit Patientenschulung und strukturiertem Übungsprogramm, bei der Gonarthrose ergänzt durch ein Gewichtsmanagement. Das Übungsprogramm muss individuell auf die Stärkung der Muskelkraft, das kardiovaskuläre Training oder auf Gleichgewichts- und Koordinationsübungen ausgerichtet sein. Haben diese Massnahmen zu einer akzeptablen Verbesserung des Zustands geführt, ist dafür zu sorgen, dass sie in ausreichendem mass weitergeführt werden.

Bei der Kniegelenkarthrose haben topische, nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) eine starke Empfehlung mit Evidenzlevel 1A. Bei begleitenden gastrointestinalen Problemen besteht eine bedingte Empfehlung für COX-2-spezifische NSAR (Level 1B) respektive für NSAR plus Protonenpumpeninhibitor (PPI) (Level 2). Bei kardiovaskulären Komor-

biditäten oder Gebrechlichkeit (frailty) sollten gemäss OARSI-Guideline keine oralen NSAR eingesetzt werden. Bedingte Empfehlungen gelten bei Gonarthrose zudem für die Wassertherapie, für Gehhilfen und für Selbstmanagementprogramme. Auch intraartikuläre Behandlungen mit Steroiden oder Hyaluronsäure erhalten Empfehlungen mit Level 1B beziehungsweise 2.

Im Gegensatz zur Kniegelenkarthrose gibt die OARSI-Guideline für Hüftarthrose und Polyarthrose mangels ausreichender Evidenz keine Empfehlung zur pharmakologischen Therapie. In den letzten Jahren immer wieder zur Diskussion stand der Einsatz von Paracetamol in der Arthrotherapie. Davon rät OARSI inzwischen ebenfalls ab (Level 4A und 4B).

Positive Beurteilung von Tai-Chi, Gehstock und Orthesen

Die Guideline zum Management bei Arthrosen von Hand, Hüfte und Knie, herausgegeben vom American College of Rheumatology (ACR) und Anfang 2020 publiziert, ist die aktuellste Sammlung von Empfehlungen (2).

Starke Empfehlungen gibt die ACR-Guideline für körperliche Aktivität und Gewichtsabnahme bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten mit Knie- oder Hüftarthrose. Zudem wird die Anleitung zu Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement betont. Bemerkenswert sei die positive Beurteilung von Tai-Chi und Gehstockunterstützung, so Rossbach. Zu den empfohlenen, nicht pharmakologischen Behandlungsansätzen gehören Orthesen bei Daumengrundgelenkarthrose oder Bandagen bei tibiofemorale Kniearthrose. Bei Gonarthrose empfiehlt das ACR in Übereinstimmung mit der OARSI topische NSAR oder alternativ orale NSAR oder intraartikuläre Steroide. Weniger starke Empfehlungen stehen in der ACR-Guideline für Balanceübungen, Yoga, Kinesiotaping, Orthesen für andere Handgelenke, patellofemorale Schienung, Akupunktur sowie Thermotherapie. Ebenfalls weniger stark sind die Empfehlungen für topische NSAR, intraartikuläre Steroide und Chondroitinsulfat bei Arthrosen der Hand und für Capsaicin bei Gonarthrose. Eine schlechtere Evidenzlage spiegelt sich auch in den schwachen Empfehlungen für Paracetamol, Duloxetin und Tramadol.

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Die vorhandenen Leitlinien geben gute, evidenzbasierte Empfehlungen, die allerdings in der täglichen Praxis nicht so strikt umsetzbar sind.
- ▶ Im klinischen Alltag werden teilweise gute Resultate auch mit schwacher Evidenzlage erzielt.
- ▶ Insbesondere ausserhalb der Gonarthrose ist die Studienlage weiterhin sehr begrenzt, zum Beispiel bei den intraartikulären Therapien.

EULAR-Empfehlungen in Einklang mit OARSI und ACR

Das letzte Update der EULAR-Empfehlungen zur Handarthrose erschien 2018, ist also schon etwas älteren Datums (3). Die Grundprinzipien des Managements wie Therapieziele, Patientenschulung, Individualisierung der Therapie und multidisziplinäre Herangehensweise unterscheiden sich nicht von den beiden anderen Guidelines. Auch im Einzelnen unterscheiden sich die Empfehlungen kaum von denjenigen der OARSI und des ACR. Auch hier werden Orthesen zur Symptomlinderung bei Daumengrundgelenkarthrose befürwortet. Zur Schmerzlinderung und Funktionsverbesserung kann laut EULAR bei Handarthrosen Chondroitinsulfat in Betracht gezogen werden.

SYSADOA: befristeter Therapieversuch mit Evaluation nach einigen Monaten

Die Empfehlungen der Guidelines bieten eine eindrückliche Rundschau der Evidenz, aus Patientensicht stellt sich aber doch oft die Frage, was man denn sonst noch unternehmen kann, wenn die bisherige Behandlung nicht zufriedenstellend war. Unter dem Motto «Vielleicht gibt es noch etwas Positives am Horizont» erwähnte Rossbach einige neuere Studien und Entwicklungen zur Arthrosetherapie.

In einer kleineren Studie mit 70 Patienten mit Kniearthrose wurde Kurkumaextrakt mit Placebo während 12 Wochen verglichen (4). Hinsichtlich Schmerzlinderung liessen sich für den Gelbwurzeextrakt gegenüber Placebo positive Resultate nachweisen, die absoluten Unterschiede blieben jedoch gering. Bei Patienten mit hohem inflammatorischem Profil (stark ausgeprägte Synovitis, aktivierte Arthrose) wirkte das Präparat jedoch nicht. Im MRI wurden keine strukturellen Effekte sichtbar, allerdings war die Studiendauer wohl auch zu kurz bemessen.

Unter dem Begriff SMOAD (symptom modifying osteoarthritis drugs) werden gelegentlich analgetisch wirksame Substanzen wie NSAR oder Opioide zusammengefasst. Bei leichter Arthrose werden NSAR primär lokal appliziert. Hier bestehe für Diclofenac und Ketoprofen die beste Evidenz, erklärte Rossbach. Bei fortgeschrittener oder aktiver Arthrose ist die perorale Gabe wirksamer. Opioide gelten bei Arthrose als nicht indiziert. Bei schweren Fällen sind sie aber kurzzeitig oder zur Überbrückung bis zur Endoprothesenversorgung eine Option. Früher stand Paracetamol noch in den Empfehlungen, zuletzt erwies sich Paracetamol aber Placebo gegenüber als nicht überlegen. Wenn Patienten Paracetamol verschrieben bekamen und von der Wirkung überzeugt waren, kann man es auch weiterhin belassen, denn in vielen Studien wurde ein hohes Placeboansprechen vermerkt.

Mit dem Begriff SYSADOA (symptomatic slow acting drugs for the treatment of osteoarthritis) werden Chondroitinsulfat und Glucosamin gruppiert. In den Guidelines kommen sie eher schlecht weg, aber einige Daten sprechen doch für einen anhaltenden schmerzlindernden und funktionsverbessernden Effekt. In einer Studie entsprach die Schmerzreduktion unter Chondroitinsulfat derjenigen von 200 mg Celecoxib täglich. Ausserdem wurde die Abnahme der Gelenkspaltbreite als Surrogatmarker über 2 Jahre gebremst. Für Chondroitinsulfat spricht auch das im Vergleich zu NSAR günstigere Nebenwirkungsprofil. Unerwünschte Wirkungen sind

gastrointestinal und typischerweise harmlos und reversibel. Glucosamin, ein Nahrungsergänzungsmittel, scheint ebenfalls einen kleinen bis moderaten Effekt auf Schmerz und Funktion zu haben. Einen befristeten Therapieversuch mit SYSADOA könne man sicher verantworten, wenn eine Therapieevaluation nach 3 oder 6 Monaten erfolge, meinte Rossbach.

Bei Fingerpolyarthrose war auch Colchizin immer wieder im Gespräch. Eine neue Studie hat jetzt aber endgültig gezeigt, dass Colchizin in dieser Indikation keinen Effekt aufweist (5). Bei den interventionellen Behandlungen bieten Steroidinjektionen reichlich Diskussionsstoff. In einer gross angelegten Studie zu Kniearthrose wurden Steroidinjektionen mit Physiotherapie verglichen (6). Wenig überraschend war die intraartikuläre Steroidtherapie während der ersten 4 Wochen überlegen, im weiteren Verlauf legte jedoch die Physiotherapie zu. Die Studie hatte einige Limitationen. So wurden die Patienten in der Physiotherapiegruppe viel enger und damit häufiger betreut, einige erhielten zusätzlich Injektionen. Die Studie unterstreicht vor allem den hohen Stellenwert der Physiotherapie bei Gonarthrose.

Ein Dauerbrenner sind auch Injektionen von Plättchenreichem Plasma (PRP). Dazu gibt es inzwischen sehr viele neue Daten, die offenbar bei längerer Beobachtungszeit (12 Monate) eine Tendenz zu Effektivität bei der Schmerzreduktion erkennen lassen. Allerdings krankten die Arbeiten an den bekannten Problemen (Heterogenität, verschiedene Zubereitungsformen, Methodik), sodass weiterhin keine definitive Aussage möglich sei, so das Fazit von Rossbach. In einer kürzlich publizierten Metaanalyse wurde der Vergleich zwischen Injektionen von PRP oder Hyaluronsäure näher untersucht (7). In der PRP-Gruppe fiel die Reduktion des WOMAC-Scores signifikant grösser aus, und die Patienten hatten signifikant weniger Schmerzen als in der Hyaluronsäuregruppe. Ausserdem erwiesen sich leukozytenarme Zubereitungen als überlegen. ▲

Halid Bas

Quelle: Vortrag «Arthrose – internationale Therapieempfehlungen», Rheuma Top 2021, online am 26. August 2021.

Referenzen:

1. Bannuru RR et al.: OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2019;27(11):1578–1589.
2. Kolasinski SL et al.: 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020;72(2):149–162.
3. Kloppenburg M et al.: 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(1):16–24.
4. Wang Z et al.: Effectiveness of Curcuma longa Extract for the Treatment of Symptoms and Effusion-Synovitis of Knee Osteoarthritis: A Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 2020;173(11):861–869.
5. Davis CR et al.: Colchicine is not effective for reducing osteoarthritic hand pain compared to placebo: a randomised, placebo-controlled trial (COLAH). *Osteoarthritis Cartilage*. 2021;29(2):208–214.
6. Deyle GD et al.: Physical Therapy versus Glucocorticoid Injection for Osteoarthritis of the Knee. *N Engl J Med*. 2020;382(15):1420–1429.
7. Belk JW et al.: Platelet-Rich Plasma Versus Hyaluronic Acid for Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Sports Med*. 2021;49(1):249–260.