

Fingergelenkarthrose: Häufig und oft behindernd

Neue Evidenz zu Chondroitinsulfat

Fingergelenkarthrosen sind deutlich häufiger als Gon- und Coxarthrose, und sie können die Aktivitäten des täglichen Lebens ebenso sehr stören. Eine randomisierte, plazebokontrollierte Schweizer Doppelblindstudie zeigt nun eine deutliche Funktionsverbesserung und Schmerzreduktion durch Chondroitin-4- und -6-sulfat (1).

Erstautor Prof. Cem Gabay stellte die aktuell publizierte FACTS-Studie vor, eine Monozenterstudie an seiner Abteilung für Rheumatologie am Universitätsspital in Genf.

Überzeugende Wirkung

In FACTS (Finger osteoArthritis Chondroitin Treatment Study) erhielten 162 Patienten über 6 Monate randomisiert kontinuierlich Chondroitin-4- und -6-sulfat (800 mg, Condrosulf®, IBSA) oder Plazebo. Sie litten an einer klinisch anhand der Kriterien des American College of Rheumatology (ACR) erfassten und radiologisch verifizierten Fingergelenkarthrose mit Funktionsbeeinträchtigung und mindestens 2 Schmerzepisoden im Jahr vor Studieneinschluss. Primäre Studienendpunkte waren die vom Patienten beurteilte Veränderung der Schmerzintensität und der Handfunktion nach 6 Monaten.

Text: Dr. med. Ulrike Novotny

Redaktion: Dr. med. Halid Bas

Quelle: Satellitensymposium: «Advances in the treatment of osteoarthritis of the hand», Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie, 8. September 2011 in Bern

Mit Unterstützung von IBSA Institut Biochimique SA, Pambio-Noranco

Die Schmerzen gingen unter Chondroitinsulfat signifikant gegenüber Plazebo zurück (36% versus 21%, $p=0,016$). Noch deutlicher verbesserte sich die Funktion unter Chondroitinsulfat von 11,0 auf 8,2 Punkte, mit Plazebo von 10,3 auf 9,6 Punkte ($p=0,008$). «Ein Unterschied dieses Ausmasses ist klinisch von Bedeutung», betonte Prof. Gabay.

Gute Verträglichkeit

Die Verträglichkeit des Chondroitinsulfats beurteilten die Prüfarzte fast ausnahmslos (96%) als gut bis ausgezeichnet. Die Schmerzlinderung war etwa vergleichbar mit jener von nicht-steroidalen Entzündungshemmern (NSAID) in Studien. Dass vor allem die Funktion profitierte, ist umso bedeutender, als die Lebensqualität dieser Patienten häufig ebenso vermindert ist wie bei rheumatoider Arthritis.

Wirkungsnachweis methodisch anspruchsvoll

Bei Fingergelenkarthrose ist das Studiendesign nicht ganz einfach, weil beispielsweise zur Interpretation der Veränderungen im Röntgenbild noch kein Konsens besteht, so Dr. Emmanuel Maheu, Saint-Antoine-Spital in Paris und Herausgeber von Empfehlungen der Osteoarthritis Research Society International (OARSI) (2). Ein radiologischer Nachweis einer Veränderung benötigt bei Fingergelenkarthrose mit den derzeitigen Methoden eine Beobachtungszeit von 5 Jahren.

Als Studienendpunkte für symptommodifizierende Medikamente fordert die europäische Zulassungsbehörde EMA selbst beurteilte Schmerzen auf der visuellen Analogskala (VAS) und als koprimären Endpunkt auch Funktionstests. Die Studiendauer muss dem Behandlungsziel entsprechen: Für symptommodifizierende Medikamente wird eine Beobachtung nach 4 bis 6 Monaten kontinuierlicher Therapie verlangt.

Willkommene therapeutische Hilfe bei einem häufigen Problem

Was die aktuelle Evidenz für die Praxis bedeutet, erläuterte Prof. Daniel Van Linthoudt, Rheumatologe an der Klinik in La Chaux-de-Fonds. Die Fingergelenkarthrose ist mit einer Prävalenz von 70 Prozent bei den über 70-Jährigen deutlich häufiger als die Cox- und die Gonarthrose (10% bzw. 30–40%) (3). Über 10 Jahre erleben 97 Prozent der Patienten mit Fingergelenkarthrose eine Progression, in 42 Prozent bis zur schweren Ausprägung (4).

Die EULAR-Empfehlungen bei Handarthrosen aus dem Jahr 2007 (5) nennen SYSADOA (Symptomatic Slow-Acting Drugs in OsteoArthritis) wie Chondroitinsulfat derzeit nach topischen NSAID und Capsaicin (meist unpraktikabel in der Applikation), Paracetamol (4 g/Tag) und oralen NSAID (in der geringsten noch wirksamen Dosis und so kurz wie möglich). Zur Behandlung mit Chondroitin-4- und -6-sulfat hatten zwei kleinere Studien Wirkungen gezeigt (6, 7). Studien mit Patientenzahlen wie in FACTS und einem zeitgemässen Design bereichern die Evidenz bei Fingergelenkarthrose jedoch bedeutend. «Die Ergebnisse der neuen Studie könnten die Reihenfolge der Auflistung der Optionen in einer Aktualisierung der EULAR-Empfehlungen beeinflussen», schloss Prof. Van Linthoudt. ❖

Referenzen:

- Gabay C, Medinger-Sadowski C, Gascon D, Kolo F, Finckh A. Symptomatic effect of chondroitin sulfate 4 & 6 in hand osteoarthritis: the finger osteoarthritis chondroitin treatment study (FACTS). *Arthritis Rheum* 2011; DOI: 10.1002/art.30574.
- Maheu E, Altman RD, Bloch DA, et al. Design and conduct of clinical trials in patients with osteoarthritis of the hand: recommendations from a task force of the Osteoarthritis Research Society International. *Osteoarthritis Cart* 2006; 14: 303–322.
- Vignon E, Conrozier T, Piperno M, et al. Radiographic assessment of hip and knee osteoarthritis: Recommendations: recommended guidelines. *Osteoarthritis Cart* 1999; 7: 434–436.
- Harris PA, Hart DJ, Dacre JE, et al. The progression of radiological hand osteoarthritis over ten years: a clinical follow-up study. *Osteoarthritis Cart* 1994; 2: 247–252.
- Zhang W, Doherty M, Leeb BF, 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). *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 377–388.
- Verbruggen G, Goemaere S, Veys EM. Systems to assess the progression of finger joint osteoarthritis and the effects of disease modifying osteoarthritis drugs. *Clin Rheumatol* 2002; 21: 231–243.
- Wang FC, Collignon L, Ringster JY, et al. Die Wirksamkeit von oralem Chondroitinsulfat bei der Heberden- und Bouchard-Arthrose. *Lit Rheum* 1992; 14: 85–90.