

Klinische Befunde berücksichtigen

Spezifische Therapie von Gelenkschmerz

Die Arthrosetherapie ist umso wirksamer, je individueller und multimodaler sie zusammengestellt wird. Dazu zählen: Reduktion des Körpergewichts, Verbesserung von Kraft und Ausdauer, Physiotherapie sowie Hilfsmittel und Orthesen und systemische Pharmaka und ggf. die Injektion von Glucocorticoiden, die Viskosupplementation oder die Applikation topischer Pharmaka und lokale Infiltrationen.

Zur Abklärung gilt es bei jedem Gelenkschmerz, dessen Ursache zu charakterisieren. Am häufigsten ist natürlich die primäre Arthrose. Davon sind andere schmerzhafte Gelenkerkrankungen abzugrenzen, welche ohne spezifische Therapie nicht selten zu einer sekundären Arthrose führen (Tab. 1).

Unter anderem ist bei einem Erguss eine Arthritis mittels Aspiration und Untersuchung der Gelenkflüssigkeit auszuschliessen. Bei starken Schmerzen und unauffälligem Röntgenbild muss mittels MRI eine Osteonekrose ausgeschlossen werden.

Therapie

Nachfolgend wird das breite Spektrum der nichtoperativen Behandlungsmöglichkeiten der Arthrose dargestellt. Werden alle verfügbaren Register gezogen, vermag die konservative Therapie viel zu erreichen. Es geht keinesfalls nur um Analgetika und orthopädische Chirurgie.

Therapiestrategie: Je individualisierter und multimodaler, desto besser

Die Arthrosetherapie ist stets zu individualisieren nach Massgabe der funktionellen Einschränkungen und der klinischen Befunde wie beispielsweise einer entzündlichen Aktivierung, einer Periarthropathie, einer Fehlstellung, einer Instabilität, einer muskulären Insuffizienz oder einer Adipositas. Die Therapie darf sich also nicht allein nach den Schmerzen richten und auch nicht nur nach den Röntgenbefunden, weil diese oft schlecht mit der Klinik korrelieren. Es gilt, das gesamte Spektrum der zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen bestmöglich auszunützen.

Patienteninformation: Das A und O

Die Patienteninformation ist integrales Element der Behandlung jeder chronischen Erkrankung; sie vermag das Outcome nachhaltig zu beeinflussen. Alle Patienten mit Arthrose sind eingehend über ihr Krankheitsbild und über Selbstmanagementstrategien zu informieren, beispielsweise anhand des Informationsmaterials der Rheumaliga Schweiz.

Gewichtsreduktion: Echt krankheitsmodifizierend bei Gonarthrose

Übergewichtigen Patienten ist nahezulegen, ihr Gewicht zu reduzieren mittels Diät und körperlicher Aktivität. Es konnte gezeigt werden, dass eine solche Kombination von Diät und Aktivität nicht



Dr. med. Adrian Forster
Diessenhofen

nur additiv sondern synergistisch hinsichtlich Funktionsverbesserung und Schmerzreduktion wirkt. Schon eine geringe Gewichtsabnahme von wenigen Kilogramm kann sich positiv auswirken. Es ist zudem belegt, dass die Gewichtsreduktion das Fortschreiten der Gonarthrose zu verlangsamen vermag.

Körperliche Aktivität: Ausdauer- und Krafttraining verbessert die Funktion

Ein regelmässiges Training kann die Muskelkraft und Ausdauer steigern und die Gewichtsabnahme erleichtern. Alle belastbaren Patienten sind zu ermutigen, regelmässig ein aerobes Low-Impact-Training auszuüben wie Walking, Radfahren oder Schwimmen. Bei stark verminderter Belastbarkeit ist Aquatraining besonders nützlich. Eine gezielte Quadrizepskräftigung führt zu einer Schmerzabnahme und Funktionsverbesserung des Knies. Krafttraining sollte mit isometrischen Übungen begonnen werden mit Übergang zu isotonen Widerstandsübungen. Solche kräftigenden Massnahmen sind immer mit einem Stretching zu verbinden. Hinzu kommt mobilisierende Gymnastik.

Physiotherapie: Individualisierte multimodale Behandlung und Instruktion

Eine Physiotherapie ist immer dann sinnvoll, wenn obige Massnahmen ungenügend bleiben. Neben aktiven und passiven Mobilisationen werden eine gezielte Muskelkräftigung und Gelenkschutzmassnahmen instruiert. Die Physiotherapie trägt auch viel zur Optimierung der langfristigen Adhärenz bei.

TAB. 1 Differenzialdiagnose der primären Arthrose

- ▶ Arthritis, z.B. rheumatoide Arthritis, Lyme-Arthritis
- ▶ Pyrophosphatablagerungserkrankung
- ▶ Osteonekrose
- ▶ Stressfrakturen
- ▶ Instabilitäten und Fehlstellungen/-formen
- ▶ Meniskusläsionen
- ▶ Freie Gelenkkörper, Osteochondrosis dissecans
- ▶ Periarthropathien, z.B. Epikondylopathie
- ▶ Ausstrahlende Schmerzen, z.B. spondylogenen und radikulär

Taping: Allemal ein Versuch wert

Ein physiotherapeutisch instruiertes Taping ist nicht nur beim patellofemoralem Syndrom, sondern auch bei der Gonarthrose sinnvoll. Neben einer Medialisierung der Patella werden eine Entlastung schmerzhafter periartikulärer Strukturen und eine Verbesserung der Propriozeption angestrebt.

Physikalische Massnahmen: Bahnung aktiver Massnahmen

Kälte ist bei entzündlichen Aktivierungen geeignet. Wärme, Ultraschall und TENS haben hauptsächlich bei Periarthropathien einen Stellenwert.

Hilfsmittel und Orthesen: Reduktion der biomechanischen Gelenkbelastung

Der Gebrauch eines Stockes auf der Gegenseite des schmerzhaften Gelenkes ist sinnvoll, sobald die Gehfunktion beeinträchtigt wird; die Gelenkbelastung lässt sich dadurch um über 50% vermindern.

Am Knie sind komprimierende Bandagen und – bei starker Instabilität oder Fehlstellung – auch Schienen sinnvoll. Bandagen wirken hauptsächlich durch eine Verbesserung der Propriozeption. Thermoplastische Schienen sind bei der Rhizarthrose nützlich.

Bei der unikompartimentalen Gonarthrose kann mittels keilförmiger Ferseneinlagen eine Entlastung versucht werden.

Analgetika, NSAR und Opiode: Bestmögliches Verhältnis von Wirkung zu Toxizitätsrisiko anstreben

Für einen milden bis mässigen Arthroseschmerz ist Paracetamol die erste Wahl. Wirkt dieses ungenügend, wird auf NSAR oder Opiode gewechselt oder diese können dazugegeben werden. Ausser bei entzündlichen Aktivierungen ist auf die primäre Anwendung von NSAR aufgrund ihres hohen Toxizitätsrisikos möglichst zu verzichten. Bei der medikamentösen Behandlung sind immer die Komorbiditäten zu berücksichtigen. Die Therapie sollte in der jeweils geringsten wirksamen Dosierung über den kürzesten Zeitraum durchgeführt werden. Bei NSAR ist die Indikation von Protonenpumpenhemmern zu prüfen.

Topische Medikamente: Gut verträgliches Selbstmanagement

Topische Pharmaka werden zu unrecht häufig unterschätzt. Ihre Anwendung ist besonders dann sinnvoll, wenn die Schmerzen von einer Periarthropathie herrühren. Neben nichtsteroidalen Antirheumatika kommen auch Capsaicin und diverse andere pflanzliche Präparate (z.B. Arnica montana) in Frage.

Intraartikuläre Glucocorticoide: Effektivste Massnahme bei entzündlicher Aktivierung

Intraartikuläre Steroide eignen sich besonders dann, wenn es zu einer entzündlichen Aktivierung der Arthrose kommt (Nachtschmerzen, Morgensteifigkeit, Überwärmung, Gelenkerguss). Der Wirkungseintritt ist in der Regel sehr rasch, und der Effekt kann lange anhalten.

Eine korrekte sterile Injektionstechnik ist unabdingbar. Bei blinder Technik können auch Erfahrene eine paraartikuläre Injektion nicht vermeiden. Besonders beim Hüftgelenk ist deswegen die sonographisch oder radiologisch gesteuerte Injektionstechnik zu bevorzugen.

Viskosupplementation: Lange anhaltende Wirkung bei guter Verträglichkeit

Hyaluronsäure-Injektionen sind besonders bei nicht aktivierten Arthrosen mit genügend Restknorpel sinnvoll. Die Wirkung ist am besten bei der Gonarthrose belegt. Auch bei anderen Arthrosen kann sich ein Versuch lohnen, z.B. bei der Coxarthrose und Rhizarthrose. Im Vergleich zu Glucocorticoiden tritt der Effekt verzögert ein, nämlich erst etwa einen Monat nach Therapiebeginn. Die Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung halten hingegen oft mehrere Monate an. Die Verträglichkeit biotechnologisch hergestellter Hyaluronsäurepräparate ist ausgezeichnet. Die Viskosupplementation wird von der Grundversicherung nicht übernommen; gewisse Zusatzversicherungen übernehmen sie aber.

Periartikuläre Infiltrationen: Sehr effektiv bei dekompensierter Arthrose

Bei der Periarthropathie ist die Lokalinfiltration an den schmerzhaften Strukturen gegenüber der intraartikulären Injektion zu bevorzugen. Am Knie stellt insbesondere die Infiltration des Pes anserinus eine oft sehr



Abb. 1: Primäre Gonarthrose



Abb. 2: Sekundäre Omarthrose bei Pyrophosphatablagerungserkrankung

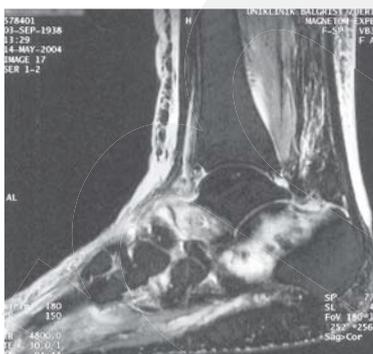


Abb. 3: Osteoporotische Frakturen (bei normalem Röntgenbild)



Abb. 4: Transiente Osteoporose (bei normalem Röntgenbild)

erfolgreiche Massnahme dar. Am besten wird ein Gemisch von einem kristallinen Steroid mit einem Lokalanästhetikum angewandt.

Glucosamine und Chondroisine: Fragliche Krankheitsmodifizierung

Einige Studien lassen geringe Verbesserungen hinsichtlich Schmerzen und Funktion annehmen. Ob der Knorpelabbau – besonders bei frühzeitigem Einsatz – gebremst werden kann, ist umstritten. Die Verträglichkeit dieser Präparate ist aber ausgezeichnet.

Komplementärmedizin: Auf Patientenerwartungen eingehen

Die Wirksamkeit der meisten komplementärmedizinischen Massnahmen wie z.B. Akupunktur ist schlecht oder gar nicht belegt. Je nach Patientenerwartung kann ein Einsatz aber dennoch sinnvoll sein, zumal der Placeboeffekt in der Schmerztherapie generell recht gross ist.

Dr. med. Adrian Forster

Chefarzt Rehabilitation
Klinik St. Katharinental, 8253 Diessenhofen
adrian.forster@stgag.ch

Literatur:

1. Sinusas K: Osteoarthritis: diagnosis and treatment. Am Fam Physician 2012; 85: 49-56.
2. Bijlsma JWJ, Berenbaum F, Lafeber FPJG: Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. Lancet 2011; 377: 2115-26.
3. Felson DT: Osteoarthritis of the knee. N Engl J Med 2006; 354: 841-8.

4. Lane NE: Osteoarthritis of the hip. N Engl J Med 2007; 357: 1413-21.
5. Zhang W, Doherty M, Leeb BF, Alekseeva L, Arden NK 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: 377-88.
6. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G et al: American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. Arthritis Care Res 2012; 64: 455-74.
7. Hunter DJ, Lo GH: The management of osteoarthritis: an overview and call to appropriate conservative treatment. Med Clin North Am 2009; 93: 127-43.

Take-Home Message

- ◆ Die sorgfältige Abklärung der Gelenkerkrankung steht am Anfang von deren Management
- ◆ Die Arthrosetherapie ist umso wirksamer, je individueller und multimodaler sie zusammengestellt wird
- ◆ Die Reduktion des Körpergewichts, Aktivitäten zur Verbesserung von Kraft und Ausdauer sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln und Orthesen stellen effektive und nebenwirkungsarme Basisinterventionen dar
- ◆ Physiotherapie ist für die gezielte Verbesserung der muskulären Funktion und der Mobilität unabdingbar
- ◆ Die Auswahl systemischer Pharmaka zur Schmerztherapie erfolgt nach Massgabe der Krankheitsmanifestationen, der Schmerzintensität und der Komorbiditäten
- ◆ Bei aktivierter Arthrose stellt die Injektion von Glucocorticoiden eine rasche und sehr wirksame Behandlungsmassnahme dar
- ◆ Die Viskosupplementation wirkt im Vergleich zu intraartikulären Glucocorticoiden verzögert, hat jedoch eine länger anhaltende Wirkung