

Nichtoperative Therapie der Arthrose – Update 2013

DAS FEHLEN von ausreichenden exakten Zielparametern erschwert die wissenschaftliche Evaluierung von Therapiemöglichkeiten. Die konservative Behandlung ist zwar sehr komplex, es stehen aber viele Optionen mit überschaubaren Nebenwirkungen zur Verfügung.

DER ARTHROSEFORSCHER hat es schwer. Warum? Er schießt mit Neid zu den Osteoporoseforschern. Klare Zielparameter erlauben dort hochqualitative Studien mit großer Aussagekraft. Der T-Score kann zwar auch nur gewisse Wahrscheinlichkeiten auf eine zukünftige Fraktur darstellen, aber das Auftreten einer Fraktur selbst ist ein untrüglicher Zielparameter, der schwer subjektiv verfälscht werden kann. In der Arthroserforschung fehlen diese klaren Parameter. Lebensqualität, Funktion und Schmerz sind zu subjektiv, aber auch bei Verwendung der Notwendigkeit einer Endoprothesenimplantation ist keine Objektivität zu erkennen. Operationsindikationen werden primär nach dem klinischen Bild

und nur sekundär nach dem Arthrosegrad gestellt.

EVIDENZBASIERTE BETRACHTUNG DER ARTHROSE THERAPIEN

Erschwerend kommt noch dazu, dass die Symptomatik des Arthrosegelenkes bei ein und demselben Patienten ein sehr buntes Bild abgeben kann. Ein akut aktiviertes Arthrosegelenk kann nach drei Wochen mit oder ohne Therapie wieder beschwerdefrei sein. Nachuntersuchungen und Vergleichbarkeit werden dadurch massiv erschwert. Trotzdem müssen sich auch Arthrosetherapien einer wissenschaftlichen Prüfung unterziehen. Mit placebokontrollierten

Studien kann man nur eine annähernd genau Auskunft darüber geben, ob eine Methode einen echten Effekt oder doch nur eine placeboähnliche Wirkung erzeugt. Trotzdem stehen uns zum jetzigen Zeitpunkt keine besseren Möglichkeiten zur Verfügung. Gesichert ist, dass die Wertigkeit der Aussagekraft einer randomisierten, kontrollierten Untersuchung deutlich höher ist als bei Fallberichten oder sonstigen nichtrandomisierten Vergleichsstudien. Auch gilt die zusammenfassende, systematische Untersuchung der zu diesem Zeitpunkt bekannten Artikel mit hoher Qualität (Metaanalyse) als jene Methode, mit der die Aussagekraft zum entsprechenden Thema erhöht werden kann. Eine Metaanalyse hat aber keinen Anspruch auf ewige Gültigkeit und ist nur so aktuell wie die zugrunde liegenden Studien. Und ein fehlender Wirksamkeitsnachweis bedeutet auch nicht zwingend die Unwirksamkeit der Methode. Unter den Metaanalysen haben jene aus der Cochrane-Bibliothek den höchsten Grad an Unabhängigkeit (Jørgensen 2006). Im Folgenden sollen nun neben älteren auch die wichtigsten neueren Arthrosetherapien einer evidenzbasierten Betrachtung unterzogen werden:

Im Bereich der Therapieanwendungen hat sich die Heilgymnastik als wirksam erwiesen (Fransen 2001). Physikalische Maßnahmen sind weitgehend nicht in entsprechenden Studien überprüft worden (Robinson 2001; Brosseau 2003).

Chondroitinsulfat (CS): Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keinen schlüssigen Beweis für eine Verlangsamung des Knorpelabbaus. Viele Studien, welche die Knorpeldicke anhand von Nativröntgen feststellten, sind zu ungenau. Prinzipiell werden über mögliche chondroprotektive Effekte künftig nur MR-Studien Auskunft

Rheuma – Information – Unterstützung für Ihre Patienten!

Rheuma ist eine sehr komplexe Erkrankung und stellt eine umfassende, meist eine lebenslange Herausforderung, für den Betroffenen aber auch für die Angehörigen dar. Viel Wissen über die Erkrankung sowie eine interdisziplinäre Behandlung sind Voraussetzung, um Lebensqualität und eine mögliche Remission zu erlangen.

Österreichische Rheumaliga (ÖRL) als Plattform zwischen Arzt und Patient: In dem Netzwerk der ÖRL stehen über 25 Rheuma-Selbsthilfegruppen für Betroffene und deren Angehörige offen - mit Aufklärungsarbeit wie Rheumatagen, Gesund-gelenkig-fit-Tagen, Bewegungstagen, div. Workshops über Bewegung, Ernährung, Arzt Patienten-Gesprächen bei Tagen der offenen Tür, ganzjähriger Rheumagymnastik sowie Unterwassergymnastik und Ausflügen. Der regelmäßige Kontaktaustausch mit Betroffenen vermittelt Wissen und der Betroffene kann mit seinem Arzt auf Augenhöhe über die Erkrankung und Therapieoptionen kommunizieren. Internationale Zusammenarbeit mit anderen europäischen Rheumaligen: Die ÖRL ist in die europäische Dachorganisation „people with arthritis rheumatism in Europe“ (PARE) eingebunden. Dadurch können neueste Erkenntnisse aus Forschung und Wissenschaft weitergegeben werden.

Wir informieren über unsere Vereinszeitschrift „Aktiv mit Rheuma“ dreimal jährlich unsere Mitglieder über alle Neuigkeiten.

Weitere Informationen: www.rheumaliga.at auf facebook oder rheuma-salzburg@sbg.at

geben können. Dazu liegt eine aktuelle Pilotstudie vor, die eine im MRT gemessene Verlangsamung des Knorpelabbaus zeigte – allerdings bei einer bisher nur sehr geringen Fallzahl (Wildi 2011). Die klinischen Daten sind ebenfalls widersprüchlich; so liegen Metaanalysen mit Nachweis über positive Effekte vor (Leeb 2000; Hochberg 2012). Allerdings sah eine Untersuchung mit Einschluss von mehr als 1.500 Personen keine signifikante Wirkung von CS (Clegg 2006+2008). Auch eine aktuelle Metaanalyse (Wandel 2010) konnte keinen wesentlichen Therapieeffekt beschreiben. Eine endgültige Entscheidung über die Wirksamkeit dieses Wirkstoffes kann noch nicht getätigt werden. Die fehlenden Nebenwirkungen lassen aber den Einsatz von pharmazeutischem CS bedingt sinnvoll erscheinen, insbesondere auch wenn man an die hohen Raten von fatalen Komplikationen bei NSAR denkt.

Ähnlich wie bei Chondroitinsulfat werden auch Glucosamin struktur- und symptommodifizierende Effekte nachgesagt. In rezenten Metaanalysen konnten aber diese Wirkungen für Glucosaminhydrochlorid nicht bestätigt werden (Towheed 2009, Wandel 2010). Lediglich für Gluco-



Abb. 1: Gonarthrose mit schweren Knorpelschäden

saminsulfat (ROTTA-Präparation) konnte in Vergleichsstudien ein klinischer Effekt gezeigt werden.

Bei Diacerein ist die leicht schmerzstillende Wirkung klinisch gut dokumentiert (Fidelix 2009, Rintelen 2006). Als abführendes Pflanzenprodukt kann es aber auch unangenehme Durchfälle verursachen.

Die Gruppe der Phytopharmaka umfasst Pflanzenstoffe, deren Wirkung noch nicht

gänzlich geklärt ist, wie z.B. Weidenrindenextrakte, wilde Hagebutte und unverseifbare Soja- bzw. Avocadoöle. Die höchste Evidenz für einen klinischen Effekt liegt für Soja- bzw. Avocadoöle vor (Little 2009).

Kortisoninfiltrationen haben bei Arthrosen einen nachgewiesenen stark schmerzstillenden und entzündungshemmenden Effekt (Bellamy 2006). Die Wirkung hält bis zu ▶

drei Wochen an. Aufgrund der Nebenwirkungen ist eine Dauertherapie nicht zu empfehlen. Das Haupteinsatzgebiet der Kortisoninfiltrationen ist deshalb die akute, aktivierte Arthrose.

Intraartikuläre Hyaluronsäure (HA) war hinsichtlich ihrer klinischen Wirkung immer umstritten. 2006 wurde als bisher unabhängigste Stellungnahme eine 76 Studien umfassende Metaanalyse der Cochrane-Datenbank vorgestellt. Dabei wurde eine Wirksamkeit der HA-Therapie gegenüber Placebo festgestellt. Im Vergleich zu Kortisoninjektionen war die Wirkung der HA ähnlich, mit einem deutlich sicheren Nebenwirkungsprofil. Außerdem hielt der Cross-over-Effekt durchschnittlich bis drei Monate nach Therapieende an (Bellamy 2009).

Autolog konditioniertes Serum/Plasma: Diesen neueren Methoden ist gemeinsam, dass die Wirkstoffe aus dem patienteneigenen Blut gewonnen werden (bei ACS: Interleukin-1-Rezeptorantagonisten; bei ACP plättchenreiches Plasma mit Wachstumsfaktoren). Die Ergebnisse sind optimistisch, wenngleich auch teils widersprüchlich (Cerza 2012; Yang 2008; Baltzer 2009). Für diese doch aufwändigen Methoden sind sicherlich noch weitere Studien erforderlich, um endgültig eine Überlegenheit nachweisen zu können.

Strontiumranelat: Dieser aus der Osteoporosetherapie bekannte Wirkstoff zeigte in einer aktuellen Studie mit 1.371 Patienten eine signifikante, klinische Überlegenheit gegenüber Placebo. Ebenso zeigten sich Hinweise auf chondroprotektive Effekte. Diese Studie alleine reicht allerdings bisher noch nicht aus, um diese Substanz für die Arthrosetherapie freizugeben.

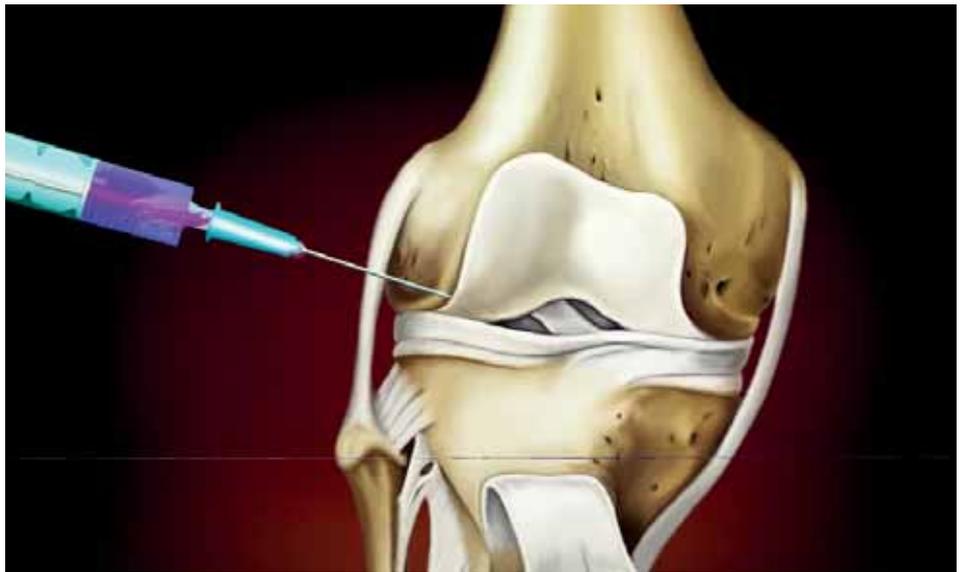


Abb. 2: Intraartikuläre Infiltrationen werden in der Therapie von Arthrosen häufig eingesetzt

FAZIT

Aufgrund wenig exakter Zielparame- ter ist die wissenschaftliche Überprüfung von Arthrosetherapien erschwert. Es kann nur versucht werden, der „Wahrheit“ so nahe wie möglich zu kommen. Therapien mit zumindest limitierter Evidenz sind Physiotherapie (HG), pharmazeutisches Chondroitinsulfat, Glucosaminsulfat, Diacerein, unverseifbare Soja- bzw. Avocadoöle und intraartikuläre Hyaluronsäure. Für intraartikuläres Kortison besteht der höchste Evidenzgrad, jedoch sind die potenziellen Nebenwirkungen zu bedenken. Neuere Ansätze wie Strontiumranelat oder autolog konditionierte Blutbestandteile sind vielversprechend, hier

werden in Zukunft weitere Studien mehr Klarheit bringen. Für viele andere Therapien gibt es teils keine, teils zu wenige Studien, sodass hier (noch) keine Empfehlung abgegeben werden kann. Die konservative Therapie der Arthrose ist sehr komplex, es stehen aber doch einige interessante Strategien zur Verfügung, in der Mehrzahl mit überschaubaren Nebenwirkungen. Ein ehrliches Patientengespräch sollte Voraussetzung für die Wahl der entsprechenden Behandlung sein.

Priv.-Doz. Dr. RONALD DOROTKA
Orthopädiezentrum Innere Stadt, Wien
r.dorotka@ortho-zentrum.at

