

18 +++ DGRh-Kongress 2018 +++ DGRh-Kongress

Volkskrankheit Arthrose: Erfolge mit der autologen Knorpelzell-Transplantation

Während zunächst hoffnungsvoll stimmende medikamentöse Therapieansätze gegen Arthrose in den vergangenen Jahren in Studien letztlich doch enttäuschten, kann die regenerative Therapie mit Erfolgen aufwarten. Besonders die autologe Knorpelzelltransplantation (ACT) hat sich nicht nur bei traumatischen, sondern auch bei degenerativen Schäden des Gelenkknorpels als effektiv erwiesen.

Wichtig für den Erfolg ist laut PD Dr. Johannes Zellner, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Universitätsklinikum Regensburg, eine gute Patientenselektion anhand der Größe des Defekts, der Defektart und Begleitpathologien des Gelenks. Komorbiditäten wie Achsenfehlstellung, Instabilitäten der Kreuzbänder oder Meniskuspathologien müssten mitversorgt werden, betonte Zellner bei der

Sitzung „Knorpelregeneration und Knorpelreparatur“.

Die ACT eignet sich vor allem für fokale oder isolierte Knorpeldefekte ab 2,5 cm². Gegenüber dem anfänglichen Prozedere, bei dem hyaline Knorpelzellen aus einer nicht belasteten Zone des Kniegelenks entnommen, vermehrt und in einer zweiten Operation unter einen auf den Knorpeldefekt aufgenähten Periostlappen gespritzt wurden, hat sich das Verfahren sehr vereinfacht. Üblicherweise wird heute eine Knorpelzellmatrix eingebracht. Die Zellen zeigen ein zuverlässig chondrogenes Potenzial und induzieren einen signifikanten und stabilen Anstieg des klinischen Funktions-Scores IKDC (International Knee Documentation Committee) über die nächsten 5–10 Jahre. „Für die Anheilung der eingebrachten Knorpelzellmatrix

oder auch der arthroskopisch injizierbaren Knorpelzellsuspensionen ist der Zustand des subchondralen Knochens wichtig,“ so Zellner. Als negative Prädiktoren für das Ergebnis nannte er höheres Alter, weibliches Geschlecht, lange bestehende Beschwerden, mehrfache Voroperationen, mehrere Defekte und eine patellofemorale Lokalisation.

Wie die Daten des Deutschen Knorpelregisters offenbaren, werden längst nicht mehr nur isolierte Knorpelschäden mit stabilen Defekträndern mittels ACT behandelt. Auch bei degenerativen fokalen Defekten ist sie im Sinne einer besseren Funktion und geringerer Schmerzen erfolgreich, geht allerdings vermehrt mit Komplikationen einher.

In einer eigenen Untersuchung konnte Zellner zeigen, dass sich eine Knochenaugmentation in Kombination mit einer Matrix-basierten ACT gut für eine klinische und radiologische Regeneration von tiefen und großen osteochondralen Defekten der Knie eignet. *kat*

PROCLAIR: Rheumapatienten sind bei Rheumatologen besser aufgehoben

Längst nicht alle Rheumapatienten werden durch einen internistischen Rheumatologen versorgt. Sollten sie aber, wie das Verbundprojekt PROCLAIR zeigt. Darin wurde eine Stichprobe von Krankenkassendaten von BARMER-Versicherten mit rheumatoider Arthritis (RA) untersucht und mit Fragebogendaten der Versicherten zusammengeführt. So sollte die Datenlücke zu Patienten, die überhaupt nicht bei Rheumatologen vorstellig werden, gefüllt werden. Die Ergebnisse stellte Dr. med. Katinka Albrecht vom Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ) in Berlin vor.

Die Abrechnungsdaten offenbaren, dass sich die medikamentöse Therapie erheblich unterschied, je nach dem, ob die Patienten durch einen Rheumatologen oder einen Nicht-Rheumatologen

betreut wurden. Während rheumatologisch betreute RA-Patienten zu 63 % konventionelle synthetische (cs) und zu 18 % biologische (b) DMARDs erhielten, waren es andernfalls nur 18 % beziehungsweise 2 %. Es fand also keine leitliniengerechte Therapie statt.

Glukokortikoide wurden von Nicht-Rheumatologen mit 58 % versus 30 % doppelt so häufig eingesetzt wie von Rheumatologen. Den geringsten Unterschied gab es bei den NSAR-Verordnungen (48 % versus 55%).

Sogar RA-Patienten mit hoher Krankheitslast erhielten von Nicht-Rheumatologen seltener cs- und bDMARDs, und zwar obwohl sie zu 70 % moderate bis starke Schmerzen und zu knapp 50 % Funktionsdefizite wegen schmerzhaften und geschwollenen Gelenken angaben.

Das Risiko für eine Unterversorgung war besonders bei Patienten höheres Alters, RA-Kranken in Pflegeheimen, jungen Erwachsenen mit JIA sowie bei Patienten mit vielen Komorbiditäten erhöht. Albrecht nannte noch einen weiteren Unterschied: Entzündungsparameter wurden von Nicht-Rheumatologen deutlich seltener kontrolliert.

Albrechts Fazit aus PROCLAIR: RA-Patienten brauchen Rheumatologen, um die Diagnose zu sichern, für die spezialisierte medikamentöse Therapie und für die interdisziplinäre Betreuung der Komorbiditäten. Ein relevanter Teil der seronegativen, älteren und multimorbiden RA-Patienten werde nicht internistisch-rheumatologisch betreut. Daher müssten die vorhandenen Strategien weiter optimiert werden. *kat*