

Therapie der Gonarthrose

Abnehmen und Trainieren für das kranke Knie

Patienten mit Gonarthrose, die noch nicht für einen endoprothetischen Eingriff (TEP) in Frage kommen, benötigen eine effektive Schmerztherapie. Diese umfasst neben Analgetika auch körperliches Training. Andere Verfahren wie intraartikuläre Injektionen sind nicht unumstritten.



Ausgeprägte Gonarthrose.

— Gelenkbeschwerden sind nach Erkältungen der zweithäufigste Grund für einen Arztbesuch. Dabei ist das Kniegelenk als biomechanisch kompliziertestes Gelenk besonders häufig betroffen, so Prof. Anke Eckhardt, Münchenstein.

Viele Risikofaktoren

Bei den Risikofaktoren für eine Gonarthrose steht Übergewicht an erster Stelle gefolgt von weiblichem Geschlecht und einer früheren Knieverletzung. Auch verschiedene Sportarten wie Fußball, Langstreckenlauf, Gewichtheben und Wrestling gehen mit einer deutlich erhöhten Arthroseprävalenz einher.

Röntgen ist nach wie vor Standard, allerdings gelingt damit keine Frühdiagnostik. Dies soll mit modernen nicht-invasiven bildgebenden Verfahren wie quantitativem MRT, MRT-Fusionsbildgebung, Ultraschalltechniken und optischer Kohärenztomografie gelingen.

Unverzichtbare Basismaßnahmen

Die Basismaßnahmen umfassen Veränderungen des Lebensstils und körperliches Training bzw. Übungstherapie, Gewichtsreduktion und Krafttraining. „Bei einer Gewichtsreduktion von ca. 10% kann mit einer deutlichen Verbesserung von Schmerzen und Funktion gerechnet werden“, so Eckhardt.

Welche Schmerzmittel?

In einer Metaanalyse konnte eine klinisch bedeutsame Schmerzreduktion bei Gonarthrose mit den verfügbaren NSAR nur für 150 mg Diclofenac und 60 mg Etoricoxib gezeigt werden. Angesichts der gastrointestinalen und kardiovaskulären Risiken sollten NSAR – ausreichend dosiert – nur bedarfsorientiert eingesetzt werden. Paracetamol wird in den Leitlinien nicht mehr empfohlen.

„Symptomatic slow acting drugs in osteoarthritis“ wie Chondroitin und Glucosamin werden breit eingesetzt. „Es gibt eine Vielzahl von Studien mit teils unterschiedlichen Ergebnissen. Trotzdem sind die Substanzen in den meisten Leitlinien etabliert“, so Eckhardt. Für Chondroitin konnte in einer placebokontrollierten Studie eine signifikante Schmerzreduktion gezeigt werden. In einer anderen Studie zeigt die Kombination Glucosaminsulfat plus Chondroitinsulfat im Vergleich mit Placebo allerdings keinen positiven Effekt. Eine sinnvolle Alternative zu NSAR sind Opioide. Nach vorliegenden Studien profitiert ein Drittel der Arthrosepatienten bei einer längerfristigen Therapie bzgl. Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung davon.

Intraartikuläre Injektionen sind umstritten

Die intraartikuläre Injektion von Kortikosteroiden kann bei aktivierter Arthrose die Schwellung und die Entzündungsreaktion modulieren, die analgetischen Effekte sind allerdings moderat. „Angesichts der relativ kurzen Wirkdauer von wenigen Wochen sollten Kortikosteroide mit Augenmaß und nur bei stark schmerzhafter Gonarthrose maximal alle drei bis vier Monaten eingesetzt werden“, so Eckhardt. Auch die Injektion von Hyaluronsäure ist nicht unumstritten. Gleiches gilt für die Injektion eines Konzentrats aus körpereigenen Thrombozyten und Plasma. „Man sollte überdies bedenken, dass im ersten halben Jahr nach einer intraartikulären Injektion keine endoprothetische Versorgung durchgeführt werden sollte, da nach der Injektion das Infektionsrisiko erhöht ist“, betonte Eckhardt.

Dr. Peter Stiefelhagen

Quelle: Praxis update 2017, 20.5.2017 in Köln

Knorpelzellen transplantieren?

Die autologe Chondrozytentransplantation zur Therapie fokaler Knorpeldefekte, ein aufwendiges und teures Verfahren, ist umstritten. Indiziert ist sie nur bei Patienten mit Knorpeldefekten ab 3–4 cm², bei jungen aktiven Sportlern schon ab 2,5 cm². Die fortgeschrittene Arthrose ist eine Kontraindikation. Neuerdings gibt es auch zellfreie Verfahren, wobei nach einer Mikrofrakturierung eine Matrix aufgebracht wird, die die körpereigenen mesenchymalen Stammzellen vor Ort anreichert.