

Therapeutischer Nihilismus oder unkritischer Enthusiasmus?

Die symptomatische Arthrose, vor allem am Knie und an der Hüfte, gehört zu den häufigsten Ursachen für eine Invalidisierung überhaupt [1]. Obschon die Gonarthrose in den USA die am häufigsten vorkommende Ursache einer Langzeitbehinderung darstellt und die Coxarthrose in England die häufigste Indikation für einen elektiven orthopädischen Eingriff ergibt, werden Arthrosen der gewichtstragenden Gelenke in der täglichen Praxis oft zu wenig beachtet und in bezug auf die funktionellen Konsequenzen unterschätzt.

Zwar ist eine Heilung der Arthrose nicht möglich; dennoch bestehen Behandlungsmodalitäten, die, sofern individuell angepasst eingesetzt, eine messbare Schmerzreduktion, eine deutliche Beweglichkeitsverbesserung und eine nachweisbare Steigerung der funktionellen Kapazität mit sich bringen. Die Ziele eines umfassenden Managements der Arthrose sind aus den mehrfach bearbeiteten und laufend aktualisierten Richtlinien des «American College of Rheumatology» [2] bzw. der EULAR (European League against Rheumatism) [3] ersichtlich. Die Bemühungen um eine auf *evidence-based medicine* abgestützte Therapie und Prävention haben in jüngster Zeit zwar zugenommen, bleiben aber auf dem Gebiet der Rehabilitation von Patienten mit degenerativen Gelenkerkrankungen vorerst beschränkt [4].

In mehreren systematischen Reviews und Metaanalysen von klinischen Studien zur Therapie der Arthrose wurde in den vergangenen Jahren gezeigt, dass mit Hilfe bestimmter nichtpharmakologischer Behandlungsmethoden wie Patienteninstruktion zur Verhaltensanpassung, Telefonkontakte, Physio- und Ergotherapie, orthopädisch-technische Hilfsmittel nicht nur eine wesentliche Funktionsverbesserung erreicht werden kann, sondern auch eine markante Analgesie beobachtet wird [5–8]. Diese Massnahmen müssen daher bei allen Patienten mit einer neu entdeckten Gonarthrose oder Coxarthrose in die Betreuung miteinbezogen werden. Insbesondere scheint es sinnvoll, sie einer Physiotherapeutin bzw. einem Physiotherapeuten vorzustellen.

Während der Stellenwert der nichtmedikamentösen, aktiven Bewegungsbehandlung unbestritten bleibt, wird die vor allem analgetisch ausgerichtete pharmakologische Therapie kontrovers beurteilt [9]. Für die meisten Schmerzursachen der Arthrose, die den verschiedenen mesenchymalen Strukturen zugeordnet werden (periartikuläre Muskulatur, kapsulär-ligamentäre Strukturen, periostale Überlastungen, ossäre Veränderungen in Form von Mikrofrak-

turen oder als venöse Kongestion), wirken die nichtsteroidalen Entzündungshemmer in erster Linie analgetisch und nicht so sehr antiinflammatorisch. Bei der symptomatischen Arthrosebehandlung wird vom «American College of Rheumatology» der Einsatz der Entzündungshemmer erst bei Versagen einfacher Analgetika (z.B. Paracetamol) in therapeutisch wirksamer Dosierung empfohlen. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis ist bei den gastrointestinal gut verträglichen neuen COX-2-Hemmern zur Behandlung der Arthrose noch nicht endgültig geklärt und wir haben zur Kenntnis nehmen müssen, dass auch diese spezifischen COX-2-Hemmer bei Patienten mit Hypertonie, Herzinsuffizienz und leichter Niereninsuffizienz relevante renale Nebenwirkungen haben können [8, 10].

Während die intraartikuläre Applikation von kristallinen Depotkortikosteroiden vor allem bei der sogenannten aktivierten Arthrose mit Ergussbildung eine oft eindruckliche Besserung herbeiführt und die topische Therapie [10] im allgemeinen eher unterschätzt wird, ist der Stellenwert gewisser Hyaluronsäurepräparate (Hyaluronan als Hyalgan® sowie Hylan G-F-20 als Synvisc®), die von der FDA für die therapieresistente Gonarthrose zugelassen worden sind, noch nicht definitiv festgelegt.

Interessanterweise ist die Wirkung dieser sogenannten Viscosupplemente keineswegs ausschliesslich rheologischer Art, sondern beinhaltet auch eine Hemmung von Zytokinen, Prostaglandinen und der Knorpeldegradation sowie eine Stimulation der Knorpelmatrixsynthese und eine protektive Wirkung der nozizeptiven Nervenendigungen. Eine ähnliche Unsicherheit besteht für die Empfehlung der Gelenkstoilette in Form einer arthroskopischen Spülung [13] und für die Indikation der Chondroprotektiva, die allerdings auch eine analgetische und entzündungshemmende Wirkung entfalten.

Neuere Techniken zur Reparatur und Regeneration des hyalinen Gelenkknorpels wie autologe Chondrozytentransplantation, Knorpelersatz durch mesenchymale Stammzellen und Transplantation mittels autologer osteochondraler Pfropfen (mosaicplasty) werden für den therapeutischen Einsatz geprüft. Die klinischen Erfahrungen beschränken sich diesbezüglich zurzeit auf die Anwendung bei isolierten, kleinen Knorpeldefekten bei jüngeren Erwachsenen mit meistens traumatisch bedingten Läsionen oder auf ausgewählte Fälle mit einer Osteochondritis dissecans [12]. Die Implantation einer Totalprothese bleibt schweren dege-

nerativen Veränderungen mit Destruktion des Gelenkes vorbehalten.

In den in diesem und kommenden Nummern des Swiss Medical Forums folgenden Beiträgen soll versucht werden, effiziente und möglichst gut geprüfte, durch unabhängige Wirksamkeitsnachweise bewährte Behandlungswege aufzuzeigen. Der Versuch dieser Standortbestimmung, gewissermassen eines «state of the

art», soll dazu beitragen, den therapeutischen Nihilismus bei der Begegnung mit dem Arthropatienten zu überwinden und andererseits den Arzt vor einem unkritischen Enthusiasmus gegenüber pharmakologischer Versprechungen zu bewahren.

U. Schlumpf, A. Aeschlimann

Literatur

- 1 Murray CJL, Lopez A-D. The global burden of disease. Geneva: World Health Organization, 1997.
- 2 American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee. 2000 update. *Arthritis Rheum* 2000;43:1905-15.
- 3 Dieppe P, Chard J, Faulkner A, Lohmander S. Management of osteoarthritis. *Clinical Evidence* 2000;59 (suppl. 1):16-21.
- 4 Felson DT. Osteoarthritis: New Insights, Part 2: Treatment Approaches. (Summary of a National Institute of Health conference). *Ann Intern Med* 2000;133:726-37.
- 5 Puett DW, Griffin MR. Published trials of non-medicinal and non-invasive therapies for hip and knee osteoarthritis. *Ann Intern Med* 1994;121:133-40.
- 6 Walker-Bone K, Javaid K, Arden N, Cooper C. Medical management of osteoarthritis. Regular review. *BMJ* 2000;321:936-40.
- 7 Summary guidelines for non-steroidal antiinflammatory drugs versus basic analgesia in treatment of pain of degenerative arthritis. *BMJ* 1998;317:526-30.
- 8 Manek NJ. Medical Management of Osteoarthritis. *Mayo Clin Proc* 2001;76:533-9.
- 9 Lane NE, Thompson J.M. Management of osteoarthritis in the primary-care setting: an evidence-based approach to treatment. *Am J Med* 1997;103(&A):25S-30S.
- 10 Moore RA, Tramer MR, Carroll D, Wiffen PJ, Mc Quay MJ. Review: Topical non-steroidal anti-inflammatory drugs are effective and safe for pain. *BMJ* 1998;316:333-8.
- 11 McAlindon TE, La Valley MP, Culin JP, Felson DT. Glucosamine and chondroitin for treatment of osteoarthritis. *JAMA* 2000;283:1469-75.
- 12 Buckwalter JA, Mankin MJ. Articular Cartilage Repair on Transplantation. Review. *Arthritis Rheum* 1998;48:1331-42.
- 13 Bradley JD, Heilman DK, Katz BP, Gsell P, Wallick JE, Brandt KD. Tidal Irrigation as Treatment for Knee Osteoarthritis. A Sham-Controlled, Randomized, Double-Blinded Evaluation. *Arthritis Rheum* 2002;46:100-8.