PrimaryCare 2001;1:206–207

Rheumatoide Arthritis und Knorpelschäden

Über diese beiden Themen referierten Urs Schlumpf, Luzern, und Peter Hofmann, Littau.

H. Opty

Anders als lange angenommen ist bei der rheumatoiden Arthritis (RA) die Lebenserwartung um sieben bis zehn Jahre verkürzt. Nach fünf Jahren Krankheitsdauer sind über 50% der Betroffenen berufsunfähig. Bei 70% werden Hand- und Fingergelenke innerhalb der ersten zwei Jahre zerstört. Der Prozess kann zum Zerreissen der Strecksehnen führen. Die Hand ist die «Visitenkarte des Rheumatikers». In ca. 10% der Fälle ist die Aktivität der RA therapeutisch nicht zu beeinflussen. Ab dem 65. Lebensjahr leiden 94% der Bevölkerung an degenerativer Arthrose. 57% aller NSAR-Verordnungen (RA: 6%) und 50% aller vorzeitigen Rentenanträge sind arthrosebedingt. 6% der Gesamtbevölkerung benötigen wegen arthrotischer Schulter-Arm-Schmerzen ärztliche Behandlung.

Diagnostik: Am wichtigsten ist die Anamnese

Durch genaue Befragung des Patienten und Röntgenuntersuchung lässt sich die Arthrose in der Regel gut diagnostizieren, sagte Dr. med. P. Hofmann. Typisch für die Arthrose ist der Startschmerz, der unter den ersten Bewegungen eines Gelenks auftritt und dann rasch nachlässt, sowie der belastungsabhängige Schmerz. Bei aktivierter Arthrose kann die Synovialis mit Ausschüttung von Entzündungsmediatoren zu ähnlichen Krankheitsbildern wie Arthritiden führen. Prinzipiell sollte bei Gelenkschmerzen zunächst über die BSG nach entzündlichen und nichtentzündlichen Prozessen differenziert sowie der Schmerzcharakter erforscht werden.

Die sorgfältige Anamnese ist das A und O der Differentialdiagnose. Sie sollte berufliche Exposition, Freizeitaktivitäten, familiäre Belastung, Stoffwechselerkrankungen, Operationen, Frakturen und Zwangshaltungen erfassen. Die rheumatoide Arthritis (RA) lässt sich dadurch von der Arthrose abgrenzen, dass sie initial vor allem kleine Gelenke symmetrisch befällt, jedoch fast nie die Fingerendgelenke. Morgensteifigkeit und röntgenologisch sichtbare Knochenzerstörung sind ebenso wie hohe BSG und bei zwei Dritteln der Patienten ein positiver Rheumafaktor charakteristisch für die rheumatoide Arthritis.

Basistherapie mit Sulfasalazin und Methotrexat

Um Gelenkschäden mit Funktionsverlusten zu vermeiden, erhalten Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) heute meist schon früh Basistherapeutika wie Methotrexat oder Sulfasalazin, sagte Dr. med. U. Schlumpf. Weil diese nach ein paar Jahren ihre Wirkung verlieren können, ist der Bedarf an Medikamenten mit neuen Wirkprinzipien gross. Ein Wechsel auf neue oder andere Substanzen kann den Patienten meist weiterhelfen. Für die Therapie wichtig: Es ist erst nach Wochen mit einem Wirkungseintritt zu rechnen. Basistherapeutika haben den grossen Vorteil, dass sie in das Krankheitsgeschehen eingreifen und nicht nur die Symptome der Patienten lindern.

Die Basistherapie wird heute oft in Form einer Kombinationsbehandlung angewendet. Die Dreifachkombination aus Methotrexat, Sulfasalazin und Hydroxychloroquin ist ein Fortschritt in der Therapie, weil 90% der Patienten in Studien auf diese Behandlung angesprochen haben. Im Vergleich dazu: Auf Methotrexat allein oder die Kombination Sulfasalazin/Hydroxychloroquin reagieren etwa 40–50% der Patienten. Und noch eine Überraschung: Kombinationstherapien führen im Gegensatz zu Monotherapien, zu weniger Nebenwirkungen. Auch die Stepdown-Therapie ist in schwierigen Situationen empfohlen worden. Sie beginnt initial mit einem Stoss von 60 mg Prednisolon, das in der weiteren Behandlung auf 7,5 mg reduziert wird. Dann erhalten die Patienten zusätzlich Sulfasalazin und wöchentlich 7,5 mg Methotrexat, bei unerwünschten Wirkungen in Kombination mit Folsäure. Über 24 Wochen geht die Therapie, dann wird Prednisolon abgesetzt, nach 40 Wochen Methotrexat. Sulfasalazin wird weitergeführt. Kommt es zu einem Wiederaufflammen der Erkrankung, können auch Immunsuppressiva wie Azathioprin, Cyclophosphamid, Ciclosporin und D-Penicillamin genutzt werden, eher selten auch Goldpräparate.

Operative Therapie

Die operative Therapie der Rheumahand ist abhängig von individuellem Krankheitsverlauf, Beruf, Alter, funktionellen Be-

dürfnissen, Zustand der Nachbargelenke und der kontralateralen Hand sowie der Dominanz der Hand. Sie ist in den Gesamtkontext der Erkrankung zu stellen. Operative Vorgehen sollten von hierfür ausgebildeten Spezialisten geplant und durchgeführt werden. An den Gelenken wird bei den LDE-Stadien 0 bis 2/3 die Synovektomie als präventiver Weichteileingriff arthroskopisch oder offen als Vorgehen der Wahl empfohlen, im Stadium 4 bis 5 sind Arthrodesen oder prothetischer Ersatz indiziert. Besondere Beachtung verdienen die Extensoren- und Flexorensehnen, die, neben der Entfernung des synovialitischen Befalls, bei Rupturen rekonstruktiv versorgt werden sollten. Die optimale medikamentöse Einstellung sowie die krankengymnastische und ergotherapeutische Behandlung begleiten und sichern den Operationserfolg. Frühzeitige Einbindung des Patienten kann starke Mutilationen vermeiden helfen und den Patienten möglichst lange unabhängig bleiben lassen.

Die Behandlung von Gelenkknorpeldefekten

Die normale Gelenkfunktion ist ohne Gelenkknorpel nicht möglich. Gelenkknorpeldefekte entstehen entweder durch ein Trauma oder durch die ätiologisch noch nicht geklärte schleichende Auslösung eines Fragments bei der Osteochondrosis dissecans. Diagnostisch sind klinische Untersuchung und MRI wegweisend. Therapeutisch werden frische, traumatische Knorpelablösungen meist arthroskopisch refixiert. Gelingt dies nicht, kann versucht werden, durch knochenstimulierende Techniken (z.B. Pridie-Bohrung, Abrasionschondroplastik) die Bildung von Knorpelersatzgewebe anzuregen. Auch achsenkorrigierende Osteotomien und Gelenkspülungen werden angewandt. Autologe osteochondrale Transplantationen sind seit langem bekannt und werden heute arthroskopisch ausgeführt. Verhältnismässig neu ist die Idee der Wachstumsstimulierung von hyalinem Knorpel, zum Beispiel durch Periost, Perichondrium oder Chondrozyten. Diese Methoden zeigen auch klinisch initial erfreuliche Ergebnisse, wobei allerdings prospektive Untersuchungen und langfristige Ergebnisse noch fehlen.

Knorpelschäden: Auf die Prävention kommt es an

Da der Gelenkknorpel am Ende der Wachstumsperiode aufhört zu proliferieren, sind Knorpelschäden im Erwachsenenalter irreparabel, erklärte Dr. Hofmann. Knorpel, welcher z.B. durch Überlastung geschädigt wird, wird mit biomechanisch minderwertigem Faserknorpel ersetzt. Wenn man das physiologische Prinzip fände, das dem Knorpel das Signal zum Proliferationsstop gibt, hätte man den Schlüssel, um ein Mittel zu suchen, welches dieses Signal ausser Kraft setzt. Knorpelzellen lassen sich entnehmen und im Reagenzglas vermehren. Mit diesem neugebildeten Gewebe kann man heute bereits umschriebene Knorpeldefekte decken. Die Transplantate werden mit Periost überdeckt und heilen zu einem grossen Teil ein, wenn das Gelenk für einige Zeit nicht belastet wird. Langzeitergebnisse mit dieser Methode fehlen jedoch noch. Für grossflächige Knorpeldefekte, wie sie zum Beispiel bei Arthrose bestehen, ist diese Methode jedoch ungeeignet. Herausgerissene Knorpelstücke können heute arthroskopisch mit Fibrinkleber wieder angeklebt werden. Ob die pulsierende Signaltherapie Knorpelschäden positiv beeinflusst, ist noch umstritten. Objektivierbare Effekte konnten bisher nicht nachgewiesen werden.

Wohldosierte Aktivität

Es ist also nicht viel, was man tun kann, um defekten Knorpel wieder zu reparieren. Um so mehr Wert muss auf die Prävention gelegt werden, betonten beide Redner. Hier steht im Vordergrund sportliche Aktivität. Knorpeldicke und Belastbarkeit nehmen bei dosiertem Training zu. Überlastungsschäden kann durch eine regelmässige, wohldosierte körperliche Aktivität wirksam vorgebeugt werden. Der wichtigste schonende Mechanismus, den die Natur selbst für das Kniegelenk bereithält, sind die Menisci. Deshalb ist man heute bestrebt, alles zu tun, um einen defekten Meniskus zu erhalten. Bei jeder Gelenkverletzung zielt die Therapie heute auf Frühmobilisation und Teilbelastung, um die Regeneration zu fördern. Während ein Bänderriss am Sprunggelenk früher für sechs Wochen mit einem Gipsverband ruhiggestellt wurde, bekommt der Patient heute schon am ersten Tag eine Orthese, welche ihm Bewegungsmöglichkeit verschafft. Damit konnten die Rehabilitationszeiten extrem verkürzt werden. Denn Knorpel, welcher nicht belastet wird, atrophiert.