

Arthrose der kleinen Gelenke



Dr. Thomas Schwingenschlögl

Die Arthrose ist die mit Abstand häufigste Gelenkerkrankung und Ursache von Gelenksschmerzen. Die Arthrose, auch Osteoarthrosis oder Osteoarthritis genannt, gehört zum Formenkreis des degenerativen Rheumatismus. Die Inzidenz und Symptomatik nehmen zwar mit steigendem Lebensalter rapid zu, die ersten Verschleißerscheinungen an den Gelenken treten aber bereits in der Jugend auf, weshalb der Frühbehandlung zunehmend größere Bedeutung zukommt. Das rechtzeitige Erkennen sowie die Entwicklung neuer Therapien nehmen deshalb einen zentralen Stellenwert in der Rheumatologie ein.

Grundsätzlich können alle Gelenke betroffen sein, am meisten aber jene Gelenke, die wir mechanisch sehr beanspruchen: die durch das Körpergewicht belasteten Gelenke der Beine wie Knie-, Hüft- und Sprunggelenke. Zur zweiten großen Gruppe zählen Hand-, Finger- und Zehngelenke, wobei hier erbliche familiäre Belastungen besonders häufig gesehen werden. Auch die kleinen Wirbelgelenke sind oft betroffen.

Fingerpolyarthrose

Diese meist polyartikuläre und primäre Arthrose tritt meist nach dem 45. Lebensjahr auf und nimmt mit steigendem Lebensalter rasch zu. Sie wird bei 20–30% aller Frauen und nur bei 3–4% aller Männer gesehen, womit sich ein Geschlechtsverhältnis Frauen : Männer von zirka 10 :1 ergibt. Je nachdem, welche Fingergelenke befallen sind, unterscheidet man:

Heberden-Arthrose (distale Interphalangealgelenke): Sie beginnt meist mit dem Auftreten von zwei oder mehreren dorsolateral gelegenen Knötchen über dem Fingerendgelenk, die von prall-elastischer bis derber Konsistenz sein können. Schmerzen, Morgensteifigkeit, Kraftverlust und Kälteempfindlichkeit treten anfänglich häufig auf. Manche Patienten verspüren allerdings trotz ausgeprägter optischer Veränderungen keine Beschwerden. Mit Fortschreiten der Erkrankung kommt es zu Fehlstellungen mit radialer Deviation und Fixierung der Gelenke in Beugestellung.

Bouchard-Arthrose (proximale Interphalangealgelenke): Knotenbildungen sind selten, dagegen kommt es zu derben und oft erheblichen Verdickungen der Gelenke mit teilweise prall-elastischer Konsistenz. Bei jedem dritten Patienten tritt sie gemeinsam mit der Heberden-Arthrose auf und verursacht Schmerzen, Steifigkeit, Kraftverlust, Fehlstellungen und Bewegungseinschränkungen.

Fingergrundgelenksarthrose (Metakarpophalangealarthrose): Sie tritt wesentlich seltener als die anderen Arthrosen auf und löst ähnliche Beschwerden aus. Ein kräftiger Händedruck oder der „Squeeze Test“ verursachen starke Schmerzen.

Rhizarthrose (Daumensattelgelenk): Sie tritt meist in Kombination mit den anderen Fingerarthrosen auf, kann aber auch isoliert vorkommen. Meist treten erhebliche Schmerzen bei manuellen Tä-

tigkeiten wie Öffnen von Gläsern und Flaschen, Wäscheauswringen und generell beim Greifen auf. Über dem Gelenk besteht eine starke Druckdolenz, Krepitationen und oft sichtbare Gelenksfehlstellungen mit Stufenbildung, Subluxation und Thenaratrophie. Da das Daumensattelgelenk für die Handfunktion wichtiger als die peripheren Fingergelenke ist, werden Veränderungen vom Patienten oft dramatisch empfunden.

Trapezio-Skaphoid-Arthrose: Diese isoliert oder mit anderen Arthrosen in Kombination auftretende und oft durch Traumen verursachte Arthrose im Handwurzelbereich verläuft häufig klinisch stumm und wird lediglich radiologisch diagnostiziert.

Radiokarpalarthrose: Diese Abnutzung zwischen Radius und Handwurzel wird gerne sekundär nach Traumen, chronischen Überbeanspruchungen und Entzündungen wie einer rheumatoiden Arthritis gesehen und kann zu erheblichen Funktions- und Bewegungseinschränkungen führen.

Erosive destrukturierende Fingerpolyarthrose: Sie ist eine besonders aggressive Form mit stärkerer entzündlicher Aktivierung, Verdickung und Deformierung als bei der banalen Arthrose. Meist bei Männern, insgesamt in 5% aller Fingerarthrosen. PIP-Gelenke sind bevorzugt mit oft langdauernden entzündlichen Schüben mit erheblicher Beeinträchtigung der Gelenksfunktion. Hier werden auch knöcherne Ankylosen als Folge der Entzündung gesehen.

Diagnosekriterien im Überblick

Entsprechend den Vorschlägen des American College of Rheumatology müssen folgende Kriterien vorliegen:

- Schmerzen und Steifigkeit in den Finger- und Handgelenken
- Harte Schwellung oder Auftreibung von zwei der folgenden Gelenke: Daumensattelgelenk beidseits, PIP II und III bds., DIP II und III bds.
- Deformierung von mindestens einem dieser Gelenke
- Weniger als drei geschwollene MCP-Gelenke

Die Verläufe der Fingerarthrosen sind variabel von chronisch progredientem bis schubweise verlaufendem Charakter. Bei manchen Patienten kommt es nur zu schmerzlosen Verdickungen, andere leiden unter Dauerschmerzen.

Klassische Anzeichen sind eine Morgensteifigkeit von weniger als 30 Minuten,

Krepitationen, Wetterfühligkeit, Kraftverlust, Bewegungsschmerzen und eine Bewegungseinschränkung. Im Spätstadium treten Gelenksdeformierungen mit nächtlichen Schmerzen und schließlich Dauerschmerzen auf.

Röntgenologisch sieht man asymmetrische Gelenkspaltverschmälerungen, subchondrale Sklerosierungen, Osteophytenbildungen, Fehlstellungen und Weichteilschwellungen sowie Ossikelbildungen im Bereich der Gelenkkapsel. Zur Diagnose von Arthrosen werden neben den klinischen Symptomen und konventionellen Röntgenaufnahmen zunehmend die Sonographie und Magnetresonanztomographie eingesetzt. Diese Methode erlaubt neben dem Erkennen von Frühzeichen der Abnutzung auch die graduelle Abstufung des Knorpel-schadens.

Laborbefunde sind bei Arthrosen in der Regel unauffällig. Lediglich bei stark

aktivierten Arthrosen sind die Entzündungsmarker im Serum wie Blutsenkung und CRP mäßig erhöht. Ein wichtiges diagnostisches Instrument zur Unterscheidung von primär entzündlichen Gelenkserkrankungen ist die Synovialanalyse mittels Gelenkspunktion.

Differenzialdiagnostisch müssen eine rheumatoide Arthritis, eine Psoriasisarthritis und Arthropathien bei Hämochromatose und Hypothyreose ausgeschlossen werden. Schwierigkeiten stellt oft die Abgrenzung einer Propfpolyarthritis dar, bei der sich zu bestehenden Arthrosen eine chronische Polyarthritis dazugesellt. Das Gelenkmuster, erhöhte humorale Entzündungsaktivität und typische Beschwerden lassen aber auch hier eine Unterscheidung zu. Eine Arthritis urica in den Fingergelenken ist eher selten.

Als Ursachen der Arthrosen werden neben genetischen und hormonellen Faktoren chronische mechanische Über-

lastungen, rezidivierende Mikrotraumen, Instabilitäten, Hypermobilität und chronische Kälteeinflüsse diskutiert. Auch entzündliche Prozesse und Stoffwechselstörungen begünstigen das frühe Auftreten von Arthrosen.

Frühzeitige Therapie sinnvoll

Die Behandlung der Fingerarthrosen läuft grundsätzlich auf mehreren Ebenen ab, die optimalerweise miteinander kombiniert werden. Da Schmerzen meist im Vordergrund stehen, kommen in erster Linie auch Schmerzmittel zum Einsatz.

Bei der nicht aktivierten blauen Arthrose sind rein analgetisch wirksame Substanzen wie Paracetamol, Mefenaminsäure, schwache und starke Opioide die Mittel der Wahl.

Zu den schwachen Opioiden zählen Tramadol und Dihydrocodein. Bewährt haben sich hier die Tabletten NOAX UNO der Firma CSC Pharmaceuticals mit dem Wirkstoff Tramadol. Die analgetische Wirkung tritt bereits innerhalb von ein bis zwei Stunden ein bzw. wird der Wirkstoff über weitere 22 Stunden kontrolliert und kontinuierlich abgegeben. Zu den starken Opioiden zählt man Morphin und Hydromorphon. In letzter Zeit haben sich die transdermalen Präparate (Buprenorphin und Fentanyl) aufgrund der einfachen Handhabung und guten Verträglichkeit durchgesetzt. Die häufigste Nebenwirkung ist bei Opioiden die Obstipation, die von Beginn an prophylaktisch durch diätetische Maßnahmen behandelt werden sollte. Bei Buprenorphin kommt es jedoch zu einer weitaus schwächer ausgeprägten Obstipation, was neben einer geringeren Toleranzentwicklung und der längeren Tragdauer (96 Stunden) von entscheidendem Vorteil ist.

Gegen die zeitweise am Anfang der Behandlung auftretende Übelkeit wird Metoclopramid erfolgreich eingesetzt.

Bei chronischen Schmerzen bewähren sich als Zusatzmittel Antidepressiva, die Schmerzschwelle und -wahrnehmung günstig beeinflussen.

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) sollten vorwiegend bei entzündlicher Aktivierung einer Arthrose mit Gelenksschwellungen und -ergüssen zum Einsatz kommen. Dabei muss den

eventuell möglichen Nebenwirkungen und vor allem bei älteren Patienten den möglichen Interaktionen mit anderen Pharmaka Rechnung getragen werden. NSAR sollten immer so niedrig wie möglich dosiert werden. Bei vorbestehenden Problemen am Gastrointestinaltrakt ist der sofortige Einsatz von Magenschutzmitteln indiziert. Hier können alternativ auch die COX-2-Hemmer verwendet werden. Die topische Applikation von NSAR als Salbe, Gel oder Creme bietet ebenfalls eine brauchbare Alternative. Um eine Wirkung zu erzielen, sollte die lokale Anwendung zweimal täglich in ausreichender Menge über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden. All diese Maßnahmen zielen nur auf eine Schmerzbekämpfung ab und sind eine rein symptomatische Therapie.

Knorpelaufbau

Im Gegensatz dazu gibt es auch Substanzen, die in den Krankheitsprozess eingreifen und den Knorpelabbau verzögern können. Sie werden unter dem Begriff SYSADOA (Symptomatic Slow Acting Drugs of Osteoarthritis) zusammengefasst. Chondroitin-, Glucosaminsulfat, Diacerin und Hyaluronsäurepräparate zählen zu diesen Medikamenten.

Als orale Therapieform haben sich Chondroitin- und Glucosaminsulfat bewährt. Für beide Substanzen gibt es sehr gute Studienergebnisse, die nachweisen, dass sie große Effekte auf Schmerz und Funktionsfähigkeit besitzen und zugleich äußerst nebenwirkungsarm sind.

Ein neues Therapiekonzept verfolgt der IL-1 Inhibitor Diacerein. Bei Arthrosen spielen wie auch bei echten Gelenkentzündungen verschiedene Botenstoffe unseres Immunsystems, allen voran Interleukin-1, eine große Rolle bei der weiteren Gelenkszerstörung. Diacerein hemmt diesen Entzündungsmediator, vermindert die Schmerzen und schützt den Knorpel.

Für die drei genannten Präparate gilt, dass die volle Wirkung erst nach mindestens sechs bis acht Wochen regelmäßiger Einnahme zu merken ist, dafür aber nach Absetzen des Medikamentes noch längere Zeit anhält. Als Standard wird die Einnahme jedes dieser Medikamente über drei Monate empfohlen, danach wird für drei Monate pausiert.

In den letzten Jahren hat man mit Hyaluronsäure auch kleinere Gelenke wie

das Daumensattelgelenk und das Großzehengrundgelenk erfolgreich behandelt. Zwei Zyklen einer Therapieserie im Jahresabstand sind von der Wirkung auf Schmerz und Funktionsfähigkeit der Gelenke jeder anderen medikamentösen Therapie überlegen.

Diese Technik verbessert die Viskosität der vorhandenen Knorpelschmiere, bildet einen Schutzfilm über den Knorpel und vermindert dadurch das Reiben der Gelenkflächen. Die Zellen der Gelenkapsel werden außerdem zu einer vermehrten Produktion von natürlicher Hyaluronsäure für die Gelenke aktiviert. Unterschieden werden die verschiedenen Produkte nach ihrem Molekulargewicht. Präparate mit hohem Molekulargewicht fungieren eher nur als reine Schmiermittel und kommen bei hochgradigen Arthrosen zum Einsatz. Präparate mit niedrigerem Molekulargewicht haben dagegen eine zusätzlich knorpelstimulierende Wirkung. Die Voraussetzung ist hier aber das Vorhandensein von noch genügend funktionsfähigen Knorpelzellen, wie das bei gering- und mittelgradigen Arthrosen der Fall ist.

Gute Ergebnisse weist bei dieser Behandlungsmethode ERECTUS, die viskoelastische Lösung der Firma CSC Pharmaceuticals auf. Der Ruhe- und Bewegungsschmerz verbessert sich signifikant, die Patientenzufriedenheit ist hoch und die Verträglichkeit gut.

Bei aktivierten Arthrosen mit Entzündungszeichen und Ergussbildung bewähren sich Injektionen mit langwirksamen Kortikosteroiden, die allerdings auf einige Male beschränkt bleiben sollten.

Eine kausale Therapie im Sinne einer Verhinderung der Arthroseentstehung oder einer vollständigen Reparatur einer bestehenden Arthrose ist derzeit noch nicht möglich.

Nichtpharmakologische Maßnahmen

Physikalische und balneologische Therapien zielen ebenfalls auf eine Symptomverbesserung ab und sind eine wichtige Säule jeder Arthrosebehandlung. Bei nicht aktivierten Arthrosen stehen Wärmeanwendungen im Sinne von Paraffinpackungen, Wärmelampen, Wärmewickel oder warmen Heublumen-, Moor- und Kräuterbädern zur Verfügung. Zellenbäder und Ultraschallanwendungen wir-

ken weiters schmerzlindernd. Bei der Balneotherapie ist schwefelhaltiges Heilwasser sicherlich das am stärksten wirksame Instrument.

Der Schutz vor Kälte bei niedrigen Temperaturen im Winter durch das Tragen von Handschuhen und das Vermeiden von Kontakt mit kaltem Wasser sind einfache aber effiziente Maßnahmen. Gegen Fehlstellungen sollten auch frühzeitig Orthesen und ergotherapeutische Behandlungen eingesetzt werden.

Auch eine regelmäßig angewandte Magnetfeldtherapie unterstützt erfolgreich das Therapiekonzept. Über eine verbesserte Sauerstoffversorgung des Gewebes und Abtransport von Stoffwechselschlacken ergibt sich oft eine erstaunliche entzündungshemmende und schmerzlindernde Wirkung. Da auch die Gelenkkapsel besser durchblutet wird, kommt es zu einer vermehrten Produktion von Gelenkschmiere. Dies nährt einerseits den Knorpel und verhindert Reibungsphänomene.

Bei akuten Entzündungen (Gelenke geschwollen, überwärmt, gerötet, stark druckschmerzhaft) sollte dagegen nur Kälte verwendet werden. Kalte Topfenumschläge oder Eisbeutel können mehrmals täglich für jeweils 15–20 Minuten aufgelegt werden.

Für ausgeprägte Arthrosen mit starken Fehlstellungen und nach Ausschöpfen aller konservativen Maßnahmen sind orthopädisch-rekonstruierende Eingriffe zu überlegen.

Natürlich spielen auch präventive Maßnahmen eine große Rolle. Belastende einseitige und stereotype Bewegungen sollten vermieden werden, kleine Verletzungen immer adäquat behandelt werden. Gesunde Ernährung und Lebensstilveränderungen (kein Nikotin, wenig Alkohol) wirken ebenfalls positiv auf das Fortschreiten der Arthrose. Fischöle und diverse Vitamine (Provitamin A, Vitamin C und E) haben antioxidative Eigenschaften und verlangsamen Entzündungsprozesse.

Obwohl bei Arthrosen bis heute keine Heilung angeboten werden kann, gibt es dennoch viele gute Möglichkeiten, um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Dabei braucht natürlich jeder Patient je nach Alter, Schweregrad und Komorbidität ein individuell maßgeschneidertes Therapieprogramm.



Dr. Thomas Schwingenschlögl
Reisenbauerring 5/1/5
A-2351 Wiener Neudorf
Tel.: +43/2236/86 59 10
Fax: +43/2236/86 59 10-30
gesundheit@dr-schwingenschloegl.at
www.dr-schwingenschloegl.at