



Degenerative Gelenkerkrankungen (Arthrosen)

3. Auflage

Unter Arthrosen versteht man Gelenkerkrankungen, die durch eine großflächige Knorpelschädigung eines Gelenkes gekennzeichnet sind. Meist sind Knie- und Hüftgelenke betroffen, selten Fußgelenke oder Gelenke an den oberen Extremitäten. Einmal aufgetreten, handelt es sich um ein progredientes, d. h. fortschreitendes Leiden. Infolge eines Missverhältnisses zwischen Belastung und Belastbarkeit eines Gelenkes wird ein zerstörerischer Teufelskreis angestoßen, bei dem ein mechanischer Abrieb und ein biochemischer Selbstandauerungsprozess zum Untergang der Knorpelzellen führen. Diese können sich nicht erneut bilden, im besten Falle können Knorpelschädigungen durch minderwertigen Bindegewebsknorpel ersetzt werden.

fläche, kann dies zu einer Ergussbildung führen. Diese bedingt wiederum eine Minderversorgung des Knorpels mit Gelenkschmiere und damit Nährstoffen. Es kommt zum Untergang von Knorpelzellen. Dabei werden aus der Knorpelzelle Substanzen frei, die die Knorpelsubstanz angreifen und somit zur weiteren Zerstörung des Knorpels beitragen.

Wie macht sich Arthrose bemerkbar?

Typisch sind insbesondere wechselnde Schmerzen im betroffenen Gelenk. Häufig treten die Schmerzen als sogenannter Anlaufschmerz beim Aufrichten aus einem Sessel oder beim Aussteigen aus dem Auto auf. Frühsymptome sind jedoch auch Schmerzen insbesondere beim Bergabgehen oder Treppenheruntergehen sowie nach längeren Gehstrecken. Oft kommt es zu nächtlichen Schmerzen, insbesondere beim Herumdrehen im Bett, die anfänglich meist als stechender oder dumpfer Schmerz nur zeitweise auftreten. Allmählich weichen sie einem mehr oder minder starken Dauerschmerz. Über eine Schmerzverstärkung bei feucht-kalter Witterung wird vielfach geklagt.

Welche Faktoren begünstigen eine Arthrose?

Wer alt genug wird, kann mit hoher Wahrscheinlichkeit damit rechnen, an einer Arthrose zu erkranken. Höheres Lebensalter ist der größte Risikofaktor. Weitere Risikofaktoren sind Fehlstellungen, beispielsweise ein X- oder O-Bein für die Entstehung einer Kniegelenksarthrose oder eine sogenannte Hüftdysplasie, bei der ein Ungleichgewicht zwischen einer kleinen Pfanne und einem großen Gelenkkopf besteht und somit erhöhte Drucke pro Fläche auftreten. Auch Fehlstellungen nach Verletzungen sind, wenn diese nicht anatomisch exakt wiederhergestellt werden konnten, ein Risikofaktor. Weitere sind Übergewicht, mangelnde Bewegung sowie körperliche Überlastung und Krampfäden. In aller Regel befällt die Arthroseerkrankung Hüft- und Kniegelenke; seltener Fußgelenke, Schultergelenke und Ellenbogen sowie Handgelenke. Wohingegen die Fingergelenkpolyarthrose Fingerend- und -mittelgelenke befällt und zu 95% bei Frauen auftritt.

Wie wird die Diagnose gestellt?

Am Anfang hat die ärztliche Untersuchung zu stehen. Diese legt die weitere Diagnostik fest, da es auch zahlreiche andere Erkrankungen gibt, die Schmerzen in einem Gelenk verursachen können. In der Regel ist ein Röntgenbild erforderlich, aber auch Laborbefunde, Ultraschalluntersuchungen oder gelegentlich eine Kernspintomographie bei komplizierteren Fragestellungen. Die beste diagnostische Sicherheit ergibt eine Gelenkspiegelung, die jedoch nur dann angestrebt wird, wenn es auch gleichzeitig einen therapeutischen Handlungsbedarf gibt (z. B. gleichzeitig bestehender Meniskusschaden).

Wie entsteht Arthrose?

Die Gelenkflächen werden vom Knorpel gebildet. Dieser wird nicht durch Blutgefäße, sondern ausschließlich von der Gelenkflüssigkeit ernährt, welche als Schmierdient und durch die Gelenkinnenhaut gebildet wird. Damit sie sich mit neuen Nährstoffen anreichern und auch gleichzeitig die Entsorgung von Stoffwechselendprodukten der Knorpelzellen bewerkstelligen kann, ist Bewegung unbedingt erforderlich. Kommt es infolge eines Missverhältnisses zwischen Belastung und Belastungsfähigkeit des Knorpels zu Rissen der Knorpelober-

Was kann ich gegen Arthrose tun?

An erster Stelle sollte die **physikalische Therapie** stehen, d. h. die Therapie mit physikalischen Maßnahmen wie Wärme, Kälte und Mechanik (Sporttherapie), Krankengymnastik, Ergotherapie und Massagen sowie Elektrophysiotherapie. Die physikalische Therapie hat den Vorteil, dass sie schon vor Eintreten der Erkrankung als vorbeugende Maßnahme eingesetzt werden kann. Physikalische Therapie sollte die Erkrankung in ihrer langen Dauer

No.
1.3

immer begleiten. Da die Existenz der Knorpel von Bewegung abhängt, muss das wichtigste therapeutische Ziel immer sein, Beweglichkeit und Bewegung wieder möglich zu machen. Grundprinzip dabei ist: »**Bewegen ohne allzu sehr zu belasten**«. Ideal sind deshalb Sportarten wie Schwimmen oder Radfahren. In erster Linie dienen dazu neben der physikalischen Therapie die medikamentöse Therapie entweder als Salbe zum Auftragen oder als Tablette oder Zäpfchen zum Einnehmen.

Die Medikamente sollten gezielt eingesetzt werden, d. h. gegebenenfalls neu dosiert, sodass weitgehende Schmerzfreiheit und damit Bewegung wieder möglich sind und sofort abgesetzt werden, wenn Schmerzfreiheit eingetreten ist. Als wichtigste Medikamentengruppe sind die so genannten **nichtsteriodialen Antirheumatika (NSAR)** zu nennen. Sie sind bei Arthrose sehr gut wirksam, weil sie im betroffenen Gewebe wirken und nicht erst im Gehirn. Wie jedes Medikament haben diese auch Nebenwirkungen, die vornehmlich den Magen betreffen. Vorsicht ist also geboten bei Menschen, die zu Magengeschwüren oder Magenschleimhautentzündungen neigen. Häufig kann man durch Einnahme von retardierten Formen, d. h. von Medikamentenzubereitungen, die den Wirkstoff allmählich und über einen langen Zeitraum konstant frei setzen, Nebenwirkungerscheinungen vermeiden. Die pharmakologische Wirkung der nichtsteriodialen Antirheumatika ist so gut, dass sie nicht mehr gespritzt werden müssen, sondern auch als Tablette ausreichend ist.

Werden nichtsteriodiale Antirheumatika nicht vertragen, ist die Einnahme anderer sogenannter **zentral wirksamer Schmerzmittel** zu erwägen. Grundsätzlich muss jedoch bedacht werden, dass Schmerzmedikamente die Arthrose nicht heilen können und deren Einnahme nur zur Gelenkbeweglichkeit beitragen sollen. Keinesfalls sollten Schmerzmedikamente eingenommen werden, um große Gelenkbelastungen zu meistern.

Was bringen Knorpelaufbaupräparate?

Der Volksmund sagt der Gelatine ein knorpelaufbauendes Potential nach. Es ist leider nicht der Fall. Ebenso blieben Knorpelschutz und Aufbaupräparate zum Einnehmen ihren Wirksamkeitsnachweis schuldig.

Einzig der **Hyaluronsäure**, die aus Hahnenkämmen oder genetisch gewonnen wird und die ein wesentlicher Bestandteil der Knorpelsubstanz ist, wird ein knorpelverbessernder Effekt nachgesagt. Das gleiche gilt auch für Hylan G-F 20, welches sich durch seine Molekülgröße und durch eine etwas andere Handhabung von Hyaloron-

säurederivaten unterscheidet. Im akuten Arthrostadium mit heftigen Schmerzen, möglicherweise einem Gelenkerguss, kann eine Cortisonspritze im Gelenk sehr hilfreich sein, sorgt **Cortison** doch zur Abschwellung der entzündeten Gelenkhaut. Da es möglicherweise eine direkte Schädigung von Cortison auf dem Knorpel gibt, sollte diese Therapie jedoch sehr mit Bedacht durchgeführt werden.

Wenn nichts mehr hilft – Operation?

Wenn der Arthrose eine Fehlstellung zugrundeliegt, empfiehlt sich die rechtzeitige Operation mit dem Ziel, das Gelenk noch zu retten. »Erwischt« man den richtigen Zeitpunkt, kann mit einer solchen Operation ein Arthrosekranker lange Jahre vor einer Gelenkprothese bewahrt werden. Derartige Eingriffe werden sowohl an der Hüfte wie auch am Kniegelenk durchgeführt. Am Kniegelenk werden meist im Rahmen einer Kniespiegelung sogenannte »**Gelenktoiletten**« durchgeführt. Dabei handelt es sich um Eingriffe, bei denen Verklebungen gelöst werden, ausgefrante Menisken begradigt und begrenzte Knorpeldefekte durch Reizbohrungen zu erneutem Wachstum angeregt werden. Ist die Arthrose jedoch weiter fortgeschritten, bleibt nur der endoprothetische Ersatz. Die **Endoprothetik** hat in den letzten Jahren einen Siegeszug weltweit angetreten. Galt noch vor Jahren die Empfehlung, Prothesen erst bei über 65-jährigen einzusetzen, so werden heute schon viele Menschen mit Prothesen versorgt, die deutlich unter 50 Jahre alt sind. Die Operationstechnik ist mittlerweile standardisiert und ausgereift, die Häufigkeit von Komplikationen gering. Wann der richtige Zeitpunkt zur Operation gekommen ist, sollte der Betroffene mit sich und seinem Arzt klären.

Operation und dann?

Für das Einsetzen einer Prothese sollte ein Krankenhausaufenthalt von 2 Wochen Dauer veranschlagt werden, anschließend sind in der Regel 3 - 5 Wochen intensive physikalische Therapie erforderlich. Ob dies im Rahmen einer ambulanten krankengymnastischen Behandlung, einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme oder eines Aufenthaltes in einer Rehabilitationsklinik bewältigt werden sollte, ist von vielen Faktoren abhängig. Neben Alter und Befinden des Patienten ist weiter von Bedeutung, ob und welche Begleiterkrankungen vorliegen, ebenso die häusliche Versorgung und die Entfernung zum nächsten Physiotherapeuten. Häufig wird die Beeinträchtigung im Alltag unmittelbar nach der Operation von den Betroffenen unterschätzt. Meist ist eine Hüftgelenkprothese erst 6 Wochen nach einer Operation voll belastbar.

Autor: Dr. Martin Quarz, Reha-Zentrum, Bernkastel-Kues

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Maximilianstr. 14 • 53111 Bonn

Telefon 0228 - 7 66 06 0
Fax 0228 - 7 66 06 20

Internet www.rheuma-liga.de
eMail bv@rheuma-liga.de

Herausgeber:
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Überarbeitete 3. Auflage 2003 - 30.000 Exemplare
Drucknummer: MB 1.3/BV/05/03

Mit freundlicher Unterstützung der
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)

