

### Arthrose

#### **Die Crux der Endoprothetik: zu hohe Erwartungen**

Viele Patienten mit fortgeschrittener Arthrose im Knie- oder Hüftgelenk und erheblichen Schmerzen versprechen sich von einem Gelenkersatz die „Heilung“. Nach der Implantation einer Totalendoprothese (TEP) sind aber längst nicht alle Patienten zufrieden, insbesondere solche mit Knie-TEP. Die Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik (AE) warnte auf einer Pressekonferenz anlässlich ihres Jahreskongresses im November 2017 in Hamburg vor zu frühen Implantationen und falschen Erwartungshaltungen der Patienten (1).

Die Zufriedenheit sei vor allem bei Patienten mit Knie-TEP suboptimal und liege nur bei 80 bis 85 Prozent, berichtete Prof. Dr. Henning Windhagen, Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover und Präsident der AE. Bei Patienten mit künstlichem Hüftgelenk beträgt sie immerhin rund 95 Prozent. „Eine Knieprothese macht nicht jeden Patienten zu einem glücklichen Menschen“, betonte Windhagen. Nicht selten würden die Patienten über Bewegungseinschränkungen und Schmerzen klagen. Umso wichtiger seien sorgfältige Auswahl und Aufklärung der Patienten.

#### **TEP-Zahlen steigen stetig**

Die Implantation künstlicher Knie- und Hüftgelenke zählt zu den häufigsten Eingriffen in deutschen Kliniken und nimmt in absoluten Zahlen aufgrund der demographischen Entwicklung stetig zu (2). Laut des Statistischen Bundesamtes haben im Jahr 2016 bundesweit 233.000 Patienten eine Hüft- und 187.000 eine Knie-TEP erhalten – am häufigsten 55- bis 84-Jährige. Aber auch jüngere Patienten sind nicht so selten wie gedacht. Über 10 Prozent der Hüftgelenks- und rund 8 Prozent der Kniegelenks-Patienten erhalten den Gelenkersatz im Alter von unter 55 Jahren (2).

#### **Erwartungen mitentscheidend**

Laut einem systematischen Literatur-Review mit Daten aus den Jahren 2005 bis 2016 hängt die Zufriedenheit von Patienten mit Knie-TEP in erster Linie von den Erwartungen vor dem Eingriff, vom Ausmaß der Funktionsverbesserung und dem Schmerzverlauf ab (3). Alle konservativen Therapiemöglichkeiten sollten bei Patienten mit fortgeschrittenem Knorpelverschleiß ausgeschöpft sein, so Windhagen. Mindestens über ein halbes Jahr (bei jüngeren Patienten besser über ein Jahr) sollte versucht werden, die Beschwerden durch Schmerzmittel und körperliches Training in den Griff zu bekommen. Die Patienten sollten sich darüber im Klaren sein, dass der Eingriff eine Einbahnstraße sei, Revisionen nötig werden könnten und der alte Zustand nicht wiederhergestellt werden könne.

„Ein Implantat kann den natürlichen Knochen nie vollständig ersetzen“, betonte Windhagen. Das Ziel sei eine gute Funktion und ein natürliches Gelenkgefühl. Während moderater Sport wie Skifahren, Laufen, Schwimmen, Golfen, Radfahren oder Wandern mit Gelenkendoprothese möglich sei, werde von extremeren Belastungen wie Fußballspielen oder Boxen abgeraten.

#### **Intensive Belastungen vermeiden**

„Ein künstliches Gelenk ist kein Jungbrunnen“, ergänzte Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Orthopäde aus Braunschweig. Je intensiver die Belastung, desto größer sei das Risiko für eine frühzeitige Lockerung der Implantate. Kritisch sieht Heller in diesem Zusammenhang das Medienecho um den deutschen Schwergewichts-Boxer Manuel Charr, der 2017 mit zwei künstlichen Hüftgelenken Weltmeister wurde. „Das ist zwar Werbung für die Operateure, schürt aber auf Patientenseite falsche Erwartungen“, sagte Heller.

#### **Fortschritte bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen**

Wie lange ein Gelenkimplantat funktioniert, hängt nicht nur vom Können des Operateurs, sondern auch von Patientenfaktoren wie Übergewicht oder Begleiterkrankungen wie Gicht, Diabetes oder Rheuma ab.

„Bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ist die Haltbarkeit von Gelenkprothesen geringer als bei anderen Patienten“, sagte Prof. Dr. Wolfgang Rütter, Orthopäde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Dennoch könnten viele Rheuma-Patienten von einem künstlichen Gelenk ganz stark profitieren. Beurteilt werden sollte, welches Gelenk am stärksten betroffen und wo eine endoprothetische Versorgung vorrangig sei.

Durch neue Biologikatherapien und bessere präventive Ansätze sei es vor allem bei jüngeren Rheuma-Patienten in den letzten Jahren gelungen, die Zahl von Prothesenimplantationen um 30 bis 50 Prozent zu verringern.

## ☒ QUELLEN

- (1) Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE), 30.11.2017, Hamburg, anlässlich des 19. AE-Kongresses
- (2) Bleß HH, Kip M (Hrsg.): Weißbuch Gelenkersatz. Versorgungssituation endoprothetischer Hüft- und Knieope-

rationen in Deutschland. Springer Verlag, 2017. ISBN 978-3-662-52904-1, doi: 10.1007/978-3-662-53260-7

- (3) Gunaratne R et al.: Patient Dissatisfaction following total knee arthroplasty: a systemic review of the literature. J Arthroplasty 2017; 32(12): 3854-3860.

## ACR 2017

### Mit Fibroblastenwachstumsfaktor gegen Arthrose

Die Jahrestagung des American College of Rheumatology (ACR) in den USA zählt zu den Highlights in der rheumatologischen Fortbildung und bietet neben Standards auch Überraschungen. Beispiele vom ACR 2017 in San Diego (1): ein Fibroblastenwachstumsfaktor gegen Arthrose, BMI-abhängige Grenzwerte für das C-reaktive Protein (CRP) und die Schlafdauer als Risikofaktor für Lupus.

Als größte Überraschung vom ACR 2017 nannte Prof. Dr. Torsten Witte von der Medizinischen Hochschule Hannover bei einer Fortbildungsveranstaltung in Hannover im Anschluss an den US-Kongress (2) den Erfolg versprechenden Ansatz, durch **intraartikuläre (i.a.) Injektionen von** rekombinant hergestelltem humanem Fibroblastenwachstumsfaktor (**Sprifermin**) die Knorpeldicke von Arthrose-Patienten erhöhen zu können. Erste Daten einer Placebo-kontrollierten Phase-II-Studie in den USA weisen darauf hin. Durch dreiwöchentliche Injektionen von Sprifermin konnte die Knorpeldicke der Studienteilnehmer nach bisher zwei Jahren erhöht werden (Hochberg MC et al., Abstract 11).

Sehr praxisrelevant sind **gewichtshängige Grenzwerte für CRP**. „Übergewichtige produzieren mehr Interleukin-6 und haben deshalb höhere CRP-Werte als Normalgewichtige“, sagte Witte. Die bereits häufig diskutierte Frage ist daher, ob bei Messungen des CRP auch der BMI der Patienten berücksichtigt werden sollte? Neue Daten aus der US-amerikanischen NHANES-Studie mit rund 37.000 Teilnehmern legen dies nahe. Die durchschnittlichen CRP-Werte nahmen mit dem BMI der Untersuchten stetig zu. Bis zu einem BMI < 25 war dieser Effekt weitgehend vernachlässig-

bar, die Werte lagen i.d.R. immer noch im Normbereich (je nach Messgerät bis zu 5 bis 10 mg/dl). Bei Personen mit einem BMI  $\geq 25$  lagen die CRP-Messwerte allerdings immer häufiger über dem Normbereich (Kim T et al., Abstract 1954). Extrapoliert lag die obere Referenzgrenze bei Männern mit einem BMI von 25 bei 20 mg/dl und bei Frauen bei 12,5 mg/dl. In der Praxis sollte dies berücksichtigt werden. Witte riet dazu, bei übergewichtigen Personen mit leicht erhöhten CRP-Werten ohne weitere Hinweise für eine Erkrankung zunächst nichts zu unternehmen.

Witte wies auch auf neue Erkenntnisse zum möglichen Zusammenhang zwischen der **Schlafdauer und dem Risiko für systemischen Lupus erythematoses (SLE)** hin. In einer US-Studie bei 436 gesunden Verwandten von SLE-Patienten war eine Schlafdauer < 7 Stunden mit einem fast dreifach erhöhten Risiko verbunden, dass diese Personen ebenfalls an SLE erkrankten (Young KA et al., Abstract 1644).

## ☒ QUELLEN

- (1) Jahrestagung ACR 2017, 03.-08.11.2017, San Diego
- (2) Novartis-Pressesgespräch „ACR American College of Rheumatology 2017“, 16.11.2017, Hannover

## Rheumatoide Arthritis (RA)

### Mehr Deutsche werden wegen RA behandelt

Die Häufigkeit der RA könnte in den Jahren 2009 bis 2015 nach Zahlen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) gestiegen sein (1). Grundlage für die Berechnungen sind die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten. Demzufolge stieg von 2009 bis 2015 die Häufigkeit der Abrechnungsdia- gnose RA von 0,87 auf 1,08 Prozent aller Versicherten. Im Jahr 2014 zählte das ZI 80 Neuerkrankungen je 100.000 Krankenversicherte. Frauen erkrankten etwa doppelt so häufig wie Männer. Das ZI sieht in den Zahlen einen Hinweis auf eine wachsende Bedeutung der RA in der vertragsärztlichen Versorgung. „Wir wissen jedoch nicht, ob der beobachtete Anstieg auf eine tatsächliche Zunahme der Krankheit zurückgeht“, so Prof. Dr. rer. pol. Angela Zink aus Berlin vom Beirat der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) (2). Es könne auch an einem veränderten Kodierverhalten der Ärzte liegen. Beispielsweise könnten verbesserte Möglichkeiten der Frühdiagnose oder der Therapie zu einem Anstieg geführt haben. Einfluss habe auch die Qualität der Diagnosen. Prof. Dr. med. Hanns-Martin Lorenz aus Heidelberg, Präsident der DGRh, betont: „Um die Situation der Betroffenen zu verbessern, ist es besonders wichtig, dass internistische Rheumatologen die Patienten versorgen“ (2). Nach Schätzung der DGRh leiden etwa 1,5 Mio. Deutsche an einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung.

## ☒ QUELLEN

- (1) Steffen A et al.: Epidemiologie der rheumatoiden Arthritis in Deutschland – eine Analyse anhand bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/08. Berlin 2017; DOI: 10.20364/VA-17-08
- (2) Pressemitteilung der DGRh vom 28.11.2017

Neue ACR-Empfehlungen**US-Leitlinie zur Therapie und Prävention einer Glukokortikoid-induzierten Osteoporose**

Glukokortikoide (GC) zählen zu den effizientesten Entzündungshemmern und sind bei vielen Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen unverzichtbar. Zur Vermeidung von Therapie-assoziierten Komplikationen, vor allem Knochenverlust und Frakturen, sollten GC so kurz und so niedrig dosiert wie möglich eingesetzt werden. Das American College of Rheumatology (ACR) gibt in seiner kürzlich aktualisierten Leitlinie weitere Empfehlungen zur Therapie und Prävention einer Glukokortikoid-induzierten Osteoporose (GOP) (1).

Immerhin rund ein Prozent der US-Amerikaner werden langfristig mit GC behandelt, schätzt die ACR. Mehr als jeder zehnte dieser Patienten erleidet eine Fraktur und bei 30 bis 40 Prozent gibt es radiologische Anzeichen für Wirbelkörperfrakturen. Am stärksten ist der Verlust an Knochenmasse in den ersten drei bis sechs Monaten einer GC-Therapie, abhängig von der Tages- und kumulativen Dosis.

Die ACR empfiehlt, die Patienten vor Therapiebeginn in drei Gruppen mit niedrigem, mittelgradigem und hohem Frakturrisiko zu stratifizieren. Bewährt hat sich dazu das Fracture Risk Assessment Tool FRAX ([www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp](http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp)), mit dessen Hilfe sich das 10-Jahres-Risiko einer größeren osteoporotischen Fraktur (< 10 %, 10 - 19 %, ≥ 20 %) bzw. einer Hüftfraktur (≤ 1 %, >1- <3%, ≥ 3 %) anhand weniger Parameter abschätzen lässt. Alle Erwachsenen, die bereits eine osteoporotische Fraktur erlitten hatten, sowie Männer ≥ 50 Jahre und postmenopausale Frauen mit einem T-Score ≤ -2,5 zählen zu den Hochrisikogruppen für eine Fraktur. Zu den Risikofaktoren für eine Fraktur zählen außerdem GC-Dosierungen > 7,5 mg pro Tag über einen Zeitraum von sechs Monaten und länger.

Eine Knochendichtemessung wird bei allen Erwachsenen innerhalb von sechs Monaten nach Beginn einer GC-Therapie und bei einer langfristigen Therapie alle 2 - 3 Jahre empfohlen.

Die Risikobeurteilung mit FRAX wird alle 12 Monate empfohlen, sowohl bei Erwachsenen als auch Kindern unter langfristiger GC-Therapie.

**Wie sieht konkret die vorbeugende Therapie aus?**

Bei allen Erwachsenen mit längerfristiger GC-Therapie (≥ 3 Monate in Dosierungen ≥ 2,5 mg/Tag) sowie bei Kindern im Alter von 4 - 17 Jahren werden eine Optimierung der Zufuhr von Kalzium (800–1000 mg/Tag) und von Vitamin D (600–800 IE/Tag) sowie Lebensstilmodifikationen empfohlen (ausgewogene Ernährung, Gewichtskontrolle, nicht Rauchen, regelmäßige körperliche Aktivität, moderater Alkoholkonsum). Erwachsene ≥ 40 Jahre mit moderatem bzw. hohem Frakturrisiko sowie jüngere Patientinnen und Patienten mit hohen GC-Dosierungen (initial ≥ 30 mg Prednison-äquivalent täglich) sollten zusätzlich mit oralen Bisphosphonaten behandelt werden (cave: Frauen mit Kinderwunsch!). Sind die Patienten für diese Therapie nicht geeignet, kommen als weitere Alternativen infrage: Bisphosphonate i. v., Teriparatid, Denosumab und Raloxifen (in der genannten Reihenfolge). Kommt es bei Erwachsenen trotz einer Prophylaxe mit oralen Bisphosphonaten unter GC-Therapie zu einer Fraktur, sollten i. v. Bisphosphonate oder eine andere Klasse von Knochenprotektiva zum Einsatz kommen.

Bei Kindern im Alter von 4 - 17 Jahren, die bereits eine osteoporotische Frak-

tur erlitten haben und weiterbehandelt werden, wird zusätzlich zur Supplementation von Kalzium und Vitamin D ebenfalls die orale (alternativ intravenöse) Therapie mit Bisphosphonaten empfohlen. Die Optimierung der Kalziumzufuhr ist unter einer GC-Therapie relevanter als Sicherheitsbedenken bezüglich einer möglichen Erhöhung kardiovaskulärer Risiken, schreiben die Experten der ACR. Allerdings seien bei mit GC behandelten Patienten noch mehr Daten zum Nutzen-Risiko-Verhältnis einer Supplementation von Vitamin D und Kalzium wünschenswert. Die gute Nachricht: Eine GC-Therapie ist ein potenziell reversibler Risikofaktor für eine GC-induzierte Osteoporose. Nach Beendigung der Therapie nimmt die Knochendichte wieder zu und das Frakturrisiko sinkt.

**QUELLE**

- (1) Buckley L et al.: 2017 American College of Rheumatology Guideline for the Prevention and Treatment of Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY 2017; 69(8): 1521–1537

**Impressum****Herausgeber und Verlag**

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH  
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen  
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99  
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg  
E-Mail: [info@rheumaguide.de](mailto:info@rheumaguide.de)

**Redaktion**

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin),  
Dipl.-Biologe Roland Fath (Schriftleiter),  
Dr. Stephan Voß M.A. (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

**Lieferung**

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

**Hexal AG**

Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen  
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290  
E-Mail: [service@hexal.com](mailto:service@hexal.com)

**Hinweis**

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.