

Arthrose erkennen und behandeln

Univ.-Prof. Dr. Heinz Hammer über den Knorpelabrieb der Gelenke



Univ.-Prof. Dr. Heinz Hammer

Im Rahmen der Bezirksinitiative „Gesundes Eggenberg“ hielt Dr. Raimund Lunzer vom Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Graz-Eggenberg heuer einen Vortrag, der von über 120 Personen besucht wurde. Ich möchte Ihnen in der Folge eine Zusammenfassung dieses Vortrags bringen.

Arthrose ist ein zunehmender, altersabhängiger Knorpelabrieb der Gelenke des Körpers. Dieser Knorpelabrieb kann schleichend erfolgen oder in eine schmerzhafte Erkrankung übergehen (aktivierte Arthrose). In fortgeschrittenen Fällen stellen sich auch Veränderungen im Bereich des gelenknahen Knochens, der Gelenkschleimhaut, der Gelenkkapsel sowie der Muskulatur ein. Letztendlich kann Arthrose zur Zerstörung des Gelenks führen. Von Arthrose kann jedes Gelenk betroffen sein. Am häufigsten sind Veränderungen an den großen Gelenken vorzufinden (Hüfte und Knie). Tritt die Arthrose an vielen Gelenken gleichzeitig auf, spricht man von einer Polyarthrose.

Die Arthrose entwickelt sich aus einem Ungleichgewicht zwischen der Belastungsfähigkeit eines Gelenks und der tatsächlichen Belastung. Die klassische altersbedingte Arthrose entwickelt sich ohne erkennbare Ursache. Der Knorpelabrieb ist dabei vor allem von genetischen Einflussfaktoren bestimmt. Wenn man so will bestehen unterschiedliche Güteklassen von Gelenkknorpel, welcher früher oder eben später von Abnutzung betroffen ist. Die sekundäre Arthrose ist Folge von Fehlstellungen (X- oder O-Beine), Unfällen mit bleibenden Gelenkschäden oder Infektionen.

Der Gelenkknorpel hat keine Blutgefäße. Dies bedeutet, dass er von der Gelenkflüssigkeit und den Gefäßen des Knochens ernährt wird. Dadurch erklärt sich auch die schlechte Heilungspotenz des Gelenkknorpels. Die Faserstruktur des Knorpels ist so aufgebaut, dass Belastungen sich gleichmäßig über den Knorpel verteilen. Eine gesunde Belastung ist für die Ernährung des Knorpels sogar notwendig, da durch Be- und Entlastung der Knorpel ähnlich einem Schwamm ausgepresst wird und dadurch die Ernährung über die Gelenkflüssigkeit verbessert wird.

Jeder Mensch kann früher oder später von Arthrose betroffen sein. Männer und Frauen sind gleichermaßen betroffen, auch wenn es Unterschiede gibt wie häufig die verschiedenen Gelenke betroffen sind. Das Leiden beginnt schleichend, in der Regel

nach dem 50. Lebensjahr. Es verläuft aber auch in Schüben, am Beginn meist symptomlos, später aber mit zum Teil starken Schmerzen.

Ab einem entsprechenden Alter lassen sich praktisch an allen Gelenken Veränderungen im Sinn einer arthrotischen Veränderung (Gelenkverschleiß) erkennen. Interessanterweise steht die Stärke des Knorpelabriebs nicht in direktem Zusammenhang mit den Beschwerden eines Patienten. Das bedeutet, ein Patient mit relativ geringem Knorpelabrieb kann unter deutlich stärkeren Schmerzen leiden, als ein Patient mit deutlich weiter fortgeschrittener Arthrose. Die Ursache hierfür ist, dass der Knorpelabrieb als solcher keine Schmerzen verursacht, sondern die durch die Knorpelpartikel ausgelöste Schleimhautentzündung des Gelenks, die auch für die Überwärmung des Gelenks und die Bildung eines Gelenkergusses verantwortlich ist.

Es gibt charakteristische Arthrosebeschwerden, die für fast alle Gelenke gelten, unabhängig davon, wo sich die Arthrose manifestiert. Dazu gehören der

- Anlaufschmerz: Man versteht darunter die typische Schmerzverstärkung zu Beginn einer Belastung, z.B. Hüftgelenksschmerzen nach dem Aufstehen vom Stuhl nach längerer Sitzphase oder morgens nach dem Aufstehen. Der Arthrosepatient braucht ein wenig um „in die Gänge zu kommen“. Ist das Gelenk warmgelaufen bessern sie die Beschwerden.
- Belastungsschmerz: Das Gelenk kann mitunter eine zeitlang recht gut belastet werden. Nach einer gewissen Zeit verstärken sie die Beschwerden aber wieder. Mitunter fühlt sich das Gelenk warm an und schwillt an. Die Beschwerden verstärken sich im Tagesverlauf. Ruhe bessert die Beschwerden. Weitere Beschwerden sind:
 - Schwellung des Gelenks
 - Überwärmung des Gelenks
 - Steifheitsgefühl des Gelenks
 - Bewegungseinschränkung des Gelenks
 - Formveränderung des Gelenks

Von den Folgen der Arthrose sind auch die Weichteile (Muskeln, Sehnen, Bänder etc.) in der Umgebung des Gelenks betroffen. Durch Schonung des schmerzenden Gelenks werden die Muskeln schwächer und weniger flexibel. Je nach Formveränderung des Gelenks verkürzen sich gewisse Bandstrukturen, während andere überdehnt werden. Es resultiert eine Instabilität des Gelenks. Die allgemeine Unfallgefahr steigt. Die Arthrose nimmt weiter zu.

Die Gelenkkapsel wird steif, der Bewegungsumfang für das Gelenk sinkt. Durch Flüssigkeitsbildung der Gelenkschleimhaut können sich Zysten bilden (z.B. Bakerzyste des Kniegelenks). Durch eine Schonung des betroffenen Gelenks entstehen Fehlhaltungen und Fehlbelastungen anderer Gelenke. Dies verdeutlicht, dass Arthrose keine Erkrankung ist, die auf das betroffene Gelenk allein beschränkt bleibt.

Für den Arzt richtungweisend sind das Alter des Patienten, seine berufliche und sportliche Tätigkeit, die Familiengeschichte (Arthrose häufig?), die Art und das Auftreten der Beschwerden. Die körperliche Untersuchung ist immer unerlässlich.

Obwohl in Röntgenuntersuchungen der Knorpelabrieb selbst nicht darstellbar ist, weil Knorpelgewebe völlig strahlendurchlässig für Röntgenstrahlen ist, kann man Hinweise auf den Schweregrad einer Arthrose erheben. Diese sind Verengungen des Gelenkspalts, Überlastungserscheinungen des Knochens (Sklerosierung, Zysten,

Knochenanbauten (Osteophyten) und Formänderungen des Gelenks. Bei einer Magnetresonanztomographie können schon sehr früh Knorpelveränderungen festgestellt werden, wenn das Röntgenbild noch völlig unauffällig ist. Da derartige frühe Knorpelschäden aber nur eine geringe klinische Relevanz besitzen, kann darauf meistens verzichtet werden. Wichtiger ist sie für die Feststellung von Verletzungen des Meniskus oder der Kreuzbänder. Im Rahmen einer Arthroskopie ist es möglich den Knorpel direkt zu besichtigen. Es ist die genaueste Möglichkeit sich einen Eindruck von den Knorpelverhältnissen zu beschaffen. Vorteil ist zudem, dass sich direkt eine Therapie des Knorpelschadens anschließen kann. Ist der Gelenksknorpel einmal verloren kann man ihn nicht mehr aufbauen. Obwohl eine Vielzahl von „Knorpelaufbaupräparaten“, welche von Gelatine über pflanzliche Wirkstoffe, welche die verschiedensten Dinge enthalten können, angeboten werden, fehlt doch bisher der wissenschaftliche Beweis für ihre Wirkung. Da die meisten auf dem Markt befindlichen Präparate relativ unschädlich sind, liegt es an den Erfahrungen des Arztes und am Patienten selbst, ob ein derartiger Therapieversuch eingeschlagen werden soll. Die Alternativen sind zumindest begrenzt und zielen vordergründig auf eine Therapie der Symptome ab, nicht auf eine kausale Arthrotherapie.

Verschiedene Maßnahmen können jedoch eine deutliche Erleichterung der Beschwerden bei Arthrose bringen:

- Physikalische Therapie (Wärme, Strom etc.) und Krankengymnastik (u.a. Erhalt von Kraft und Beweglichkeit) sind oft gut wirksam.
- Gelenkinjektionen mit Spülung des Gelenks und Instillation von Cortisonpräparaten in entzündlichen Phasen der Arthrose oder Applikation von Lokalanästhetika als Schmerztherapie.
- Gabe von Hyaluronsäure in das Kniegelenk, welches als „Gelenkschmiere“ wirkt und manchen Patienten längere Zeit Erleichterung bringt.
- Orthopädietechnik (Handstock, Pufferabsätze).
- Ergotherapeutische Hilfsmittel zur Erleichterung der täglichen Arbeiten.
- Schmerzmittel: insbesondere entzündungshemmende Präparate sind gut wirksam, haben aber den Nachteil, dass sie die Magenschleimhaut angreifen. Zur besseren Verträglichkeit kann die Kombination mit einem „Magenschutzpräparat“ sinnvoll sein.

Wenn alle Maßnahmen versagen muss an einen künstlichen Gelenkersatz gedacht werden. Diese wird am häufigsten am Hüftgelenk und Kniegelenk durchgeführt. Aber auch an der Schulter, dem Ellenbogengelenk, dem Sprunggelenk oder dem Großzehengrundgelenk können Prothesen bei Arthrose eingebaut (implantiert) werden. Über den richtigen Zeitpunkt für einen künstlichen Gelenkersatz bei Arthrose entscheiden die Schmerzen des Patienten, zusammen mit den Veränderungen auf dem Röntgenbild.

Da die künstlichen Gelenke eine begrenzte Haltbarkeit besitzen (Hüftgelenke halten etwa 15 Jahre) und Wechseloperationen dann nicht nur in einem höheren Alter stattfinden und schwieriger sind als die Erstimplantation, versucht man den Zeitpunkt einer Prothesenimplantation bei „jüngeren“ Personen hinauszuzögern. Die Entscheidung muss immer im Einzelfall zwischen Arzt und Patient getroffen werden.

Foto: Begsteiger