

WISSENSWERTES AUS DER PHYSIOTHERAPIE

ARTHROSE

- Vom Corona-Virus zur Knie OP -

„So ist mein Leben nicht mehr lebenswert“ erzählt Ingrid M. bei einer ihrer letzten Physiotherapiesitzungen.

Die 69jährige Rentnerin weiß seit einiger Zeit von ihrer Kniearthrose, die sie aber bis vor wenigen Wochen kaum einschränkte. Sie ging regelmäßig ins Fitnessstudio, kümmerte sich um ihre Enkel und hatte einen erholsamen Schlaf. Mittlerweile jedoch weckt ihr schmerzendes Knie sie jede Nacht, Spaziergänge mit ihrer Familie sind zur Qual geworden und an die lieb gewonnenen Wanderungen in den Bergen will sie gar nicht erst denken.

Was passierte in den letzten Wochen, dass sich ihre Situation derart verschlechterte?

Weniger Abwechslung durch den Lockdown

Ingrids verstärkte Knieschmerzen sind vor allem mit einer plötzlichen Veränderung ihrer Bewegungsgewohnheiten zu erklären: die Corona bedingte Schließung des Fitnessstudios glich sie mit täglichen Spaziergängen aus. Das regelmäßige Krafttraining und die Gymnastik fielen weg, die Belastung wurde einseitiger.

Der gute Wille, etwas für ihre Gesundheit zu tun, entpuppte sich jedoch als Trugschluss: ihre Knieschmerzen nahmen zu, waren häufiger zu spüren, bis sie auch in Ruhe nicht mehr nachließen und sogar die Nachtruhe unterbrachen.

Bewegung – Kernelement der Arthrosetherapie

Zu den drei wichtigsten Therapien der Knie- und Hüftarthrose zählt – neben einer individuellen Beratung und der Gewichtsreduktion bei Übergewicht – die Bewegungstherapie (s. Abbildung 1). Darin sind sich internationale Leitlinien und Studien einig^{2,3,4}. Inhalte bei Knie- und Hüftpatienten sollten dazu eine angepasste Mischung aus Kraft- und Ausdauertraining vorweisen. Dabei wirken die Programme – sofern regelmäßig und langfristig durchgeführt und von einem Experten (z.B. Physiotherapeuten) betreut - schmerzlindernd und verringern Einschränkungen des Alltags. Und zwar mindestens so viel wie herkömmliche Schmerzmedikamente!^{2,5}

In Ingrids Fall kann das tägliche Spaziergehen als „normale Belastung auf ein nicht mehr normales Gelenk“ gesehen werden. Jedoch waren die Anpassungsmöglichkeiten ihres Knies mittlerweile leider ausgeschöpft und es entwickelten sich anhaltende Entzündungen und Beschwerden.



Abbildung 1:
Behandlungsaufbau bei Knie- und Hüftarthrose (mod. n. Roos, 2012)¹

Mehr als nur Verschleiß

Arthrose ist Folge einer aktiven Veränderung verschiedener Gelenkstrukturen (s. Abbildung 2). Es kommt zum Ungleichgewicht zwischen komplexen Ab- und Aufbauprozessen.

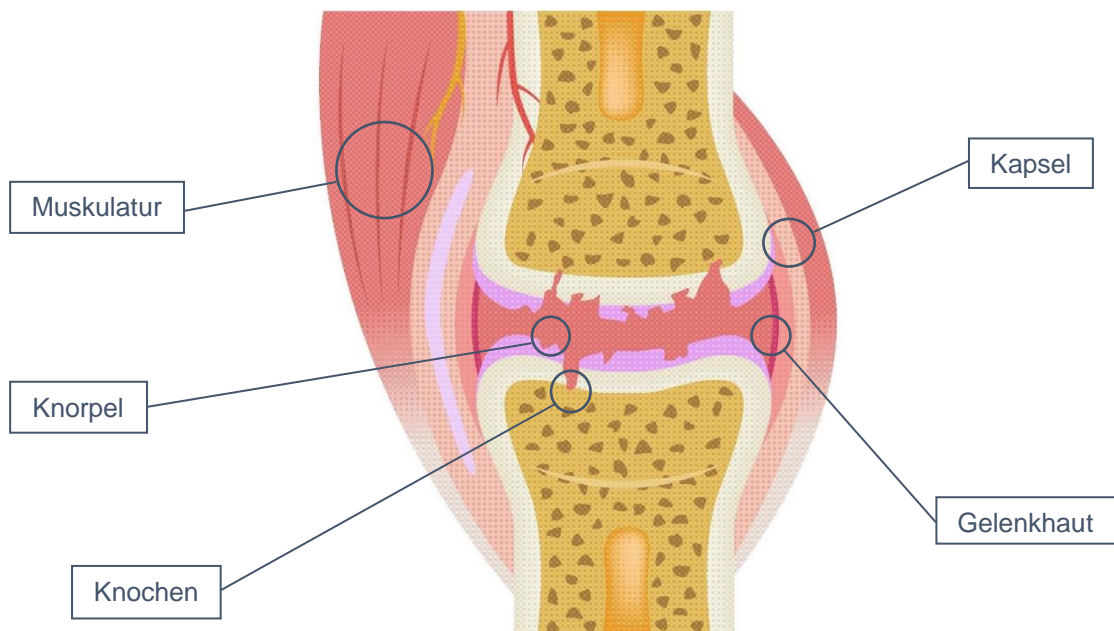


Abbildung 2: Arthrotisches Gelenk

Viele der betroffenen Bereiche können sich entzünden, vom Stoffwechsel weniger gut versorgt sein, mechanisch überlastet werden oder verschlissen sein. Noch dazu variieren die Entstehungswege einer Arthrose: bei älteren Menschen unterscheiden sie sich von denen der Jüngeren nach einer Verletzung oder denen übergewichtiger Personen.

Das Krankheitsbild als einfachen Verschleiß zu betrachten ist somit unpassend und kann hilfreiche Therapien verhindern².

Arthrose ist weltweit die häufigste Gelenkerkrankung

Arthrose - weltweit die häufigste Gelenkerkrankung – schränkt ältere Menschen stärker in ihrem Alltag ein als jede andere Erkrankung. Wie Ingrid hat fast jede 2. Frau in Deutschland im Alter zwischen 70 und 79 Jahren eine nachgewiesene Arthrose. Bei den 18 bis 79jährigen Personen berichtet jede fünfte von einer Arthrose. Dabei ist das Kniegelenk, das mit Abstand am meisten betroffene Gelenk, gefolgt von Finger- und Hüftgelenken⁶.

Viele verschiedene Bedingungen „begünstigen“ die Entstehung einer Arthrose. Einige von diesen Bedingungen, wie Alter und Geschlecht, sind nicht zu ändern. Andere aber, zum Beispiel Übergewicht und fehlende oder falsche körperliche Aktivität, eröffnen Betroffenen wirkungsvolle Möglichkeiten, ihre Beschwerden selbstwirksam zu beeinflussen (s. Abbildung 3)^{2,7}.

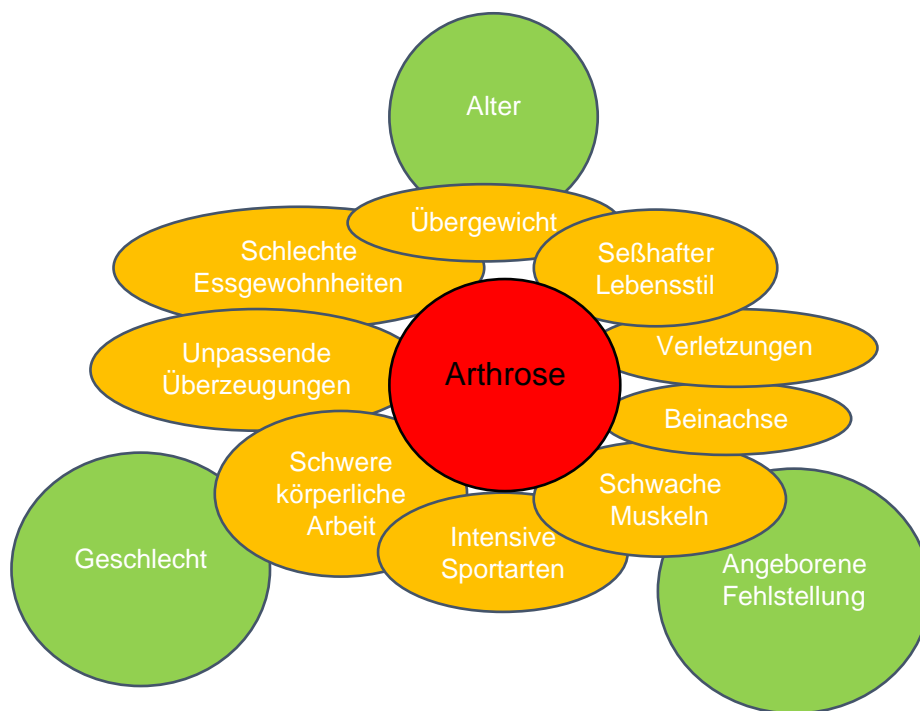


Abbildung 3: Bedingungen für Arthrose^{2,7}

Arthrose Diagnose: Röntgenbilder sind nicht aussagekräftig

Internationale Leitlinien empfehlen zur Diagnose einer Arthrose auf den Einsatz von Röntgenbildern zu verzichten. Vielmehr sollten entsprechende Hinweise aus dem Alltag Betroffener und eine gezielte körperliche Untersuchung die Arthrose bestätigen^{8,9,10}. Dies wird der Komplexität des Krankheitsbilds gerecht, das unterschiedliche Gelenkstrukturen und somit auch unterschiedliche Entstehungsgeschichten mit sich bringt.

Verdeutlicht wird dies durch die Tatsache, dass Röntgen- und Kernspindbilder bei 3 bis 4 von 10 schmerzfreien Personen eine Arthrose im Knie entdecken^{2,11}.

Eine Operation – die letzte Möglichkeit

In der Reihenfolge der Therapieempfehlungen steht der operative Ersatz eines Gelenks an letzter Stelle (s. Abbildung 1). Erst wenn die 3 Kernelemente – gezielte Übungsprogramme, Gewichtsreduktion bei Bedarf und individuelle Beratung – über mehrere Monate keinen Effekt hatten und eine dauerhafte Schmerzmedikation notwendig ist, sollte die Frage nach einer Operation gestellt werden^{2,8,9,10}. Die Einsatzhäufigkeit eines künstlichen Knie- oder Hüftgelenks nimmt weltweit zu – mit Deutschland und den USA an der Spitze. Allerdings sind teilweise nur 7 von 10 operierten Kniepatienten mit ihrem Ergebnis zufrieden, sodaß die Entscheidung wohl überlegt sein sollte^{12,13}. Eindeutig nicht mehr zu empfehlen ist hingegen bei arthrotischen Beschwerden eine arthroskopische Knieoperation. Diese zeigt nachweislich keinen vermehrten Effekt im Vergleich zu einer Placeboanwendung, erhöht die Wahrscheinlichkeiten für Nebenwirkungen und sogar die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines bestimmten Zeitraums ein künstliches Gelenk zu benötigen^{2,14,15}.

Ingrid hat ihre Entscheidung derweil getroffen: die fehlende Verbesserung ihrer Beschwerden in den letzten Wochen, die in der Rückschau zu großen Einschränkungen der letzten Monate und nicht zuletzt die Aussicht, endlich mal wieder schmerzfreie aktive Tage zurück zu erhalten, haben ihr diese Entscheidung leicht gemacht.

Wenn Sie diese Zeilen lesen, hat sie ihre OP hinter sich und ist eine aktive Partnerin ihrer täglichen ambulanten Rehabilitation. Wir freuen uns, sie im Anschluss ihrer Reha physiotherapeutisch zu unterstützen, nach dem Motto: eine erfolgreiche OP ist so gut wie die Nachbehandlung!

Sollten Sie Fragen oder Anmerkungen zum Text haben, können Sie diese gerne als E-Mail an folgende Adresse senden: aktuelles@physiomed-weinheim.de.

Quellenangaben finden Sie unter: www.physiomed-weinheim.de/index.php/aktuelles

Quellen

- 1 Roos, E. M., & Juhl, C. B. (2012). Osteoarthritis 2012 year in review: rehabilitation and outcomes. *Osteoarthritis and cartilage*, 20(12), 1477-1483.
- 2 Hunter, D. J., & Bierma-Zeinstra, S. (2019). Seminar Osteoarthritis.
- 3 Fransen, M., McConnell, S., Hernandez-Molina, G., & Reichenbach, S. (2014). Exercise for osteoarthritis of the hip. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
- 4 Fransen, M., McConnell, S., Harmer, A. R., Van der Esch, M., Simic, M., & Bennell, K. L. (2015). Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).
- 5 Juhl, C., Christensen, R., Roos, E. M., Zhang, W., & Lund, H. (2014). Impact of exercise type and dose on pain and disability in knee osteoarthritis: a systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *Arthritis & rheumatology*, 66(3), 622-636.
- 6 Gößwald, A., Lange, M., Kamtsiuris, P., & Kurth, B. M. (2012). DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 6, 7.
- 7 Whittaker, J. L., & Roos, E. M. (2019). A pragmatic approach to prevent post-traumatic osteoarthritis after sport or exercise-related joint injury. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 33(1), 158-171.
- 8 Sakellariou, G., Conaghan, P. G., Zhang, W., Bijlsma, J. W., Boyesen, P., D'Agostino, M. A., ... & Naredo, E. (2017). EULAR recommendations for the use of imaging in the clinical management of peripheral joint osteoarthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 76(9), 1484-1494.
- 9 McAlindon, T. E., Bannuru, R., Sullivan, M. C., Arden, N. K., Berenbaum, F., Bierma-Zeinstra, S. M., ... & Kwoh, K. (2014). OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage*, 22(3), 363-388.
- 10 Osteoarthritis, N. I. C. E. (2014). care and management in adults. Clinical Guideline CG177 [Internet]. National Clinical Guideline Centre. *National Institute for Health and Clinical Excellence*.
- 11 Culvenor, A. G., Øiestad, B. E., Hart, H. F., Stefanik, J. J., Guermazi, A., & Crossley, K. M. (2019). Prevalence of knee osteoarthritis features on magnetic resonance imaging in asymptomatic uninjured adults: a systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 53(20), 1268-1278.
- 12 Beswick, A. D., Wylde, V., Gooberman-Hill, R., Blom, A., & Dieppe, P. (2012). What proportion of patients report long-term pain after total hip or knee replacement for osteoarthritis? A systematic review of prospective studies in unselected patients. *BMJ open*, 2(1).
- 13 Price, A. J., Alvand, A., Troelsen, A., Katz, J. N., Hooper, G., Gray, A., ... & Beard, D. (2018). Knee replacement. *The Lancet*, 392(10158), 1672-1682.
- 14 Thorlund, J. B., Juhl, C. B., Roos, E. M., & Lohmander, L. S. (2015). Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. *bmj*, 350, h2747.
- 15 Brignardello-Petersen, R., Guyatt, G. H., Buchbinder, R., Poolman, R. W., Schandelmaier, S., Chang, Y., ... & Vandvik, P. O. (2017). Knee arthroscopy versus conservative management in patients with degenerative knee disease: a systematic review. *BMJ open*, 7(5).

