

9. Geraer Symposium Ambulante Chirurgie am 8. März 2014 zur Arthrose

Matthias Hager

„Vieles über Arthrose außer TEP“ lautete das Motto des 9. Symposiums „Ambulante Chirurgie“.

Es gibt fast unzählige, mehr oder weniger seriöse Therapieempfehlungen und fast genauso viele Fragen. Wo gehört der Arthrosepatient eigentlich hin – Hausarzt, Orthopäde, Chirurg, Internist oder gar Heilpraktiker? Entspricht eine konservative Behandlung überhaupt noch dem Patientenwunsch? Die Zusammenführung der Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie, ausufernde Bürokratie sowie der Kostendruck von allen Seiten machen es im Praxisalltag nicht einfacher. Sechzehn Referenten traten vor 117 Teilnehmer, um zu versuchen, einige Fragen zum komplexen Thema Arthrose zu beantworten.

Nach kurzen einführenden Worten und der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Erkrankung (Kosten > 7,5 Mrd. Euro/a) eröffnete **Dr. Matthias Hager**, Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera, das Symposium.

Professor Dr. Georg Matziolis, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Waldkrankenhaus „Rudolf Elle“ in Eisenberg klärte zunächst über die Ätiologie und Pathophysiologie der



Prof. Dr. Georg Matziolis.

Arthrose auf. Bemerkenswert dabei ist, dass Übergewichtige nicht nur durch die mechanische Überlastung die Arthrose z.B. der Kniegelenke fördern, sondern dass auch der krankhafte Fettstoffwechsel zusätzlich den Knorpel zerstört. Zuversichtlich stimmte der von Professor Matziolis gegebene Ausblick in die Forschung mit der Entwicklung biologischer, vielleicht arthroseheilender Präparate, deren Einsatz allerdings frühestens in zehn Jahren zu erwarten ist.

Jens-Uwe Streu, niedergelassener Radiologe aus Gera gab einen Überblick zur radiologischen Diagnostik. Sein Fazit: Röntgen ist am besten zur Basisdiagnostik und Verlaufskontrolle insbesondere bei höheren Stadien geeignet. Ein großer Vorteil ist die flächendeckende Verfügbarkeit in radiologischen, orthopädischen und chirurgischen Praxen. Die MRT ist in frühen Stadien der Knorpelschädigung und zur Beurteilung der Aktivität sowie von Nebenbefunden wie Osteonekrosen und Meniskopathien etc. wertvoll. Hier bedarf es aber einer gezielten Fragestellung des Überweisers an den Radiologen. Szintigrafie und/oder CT stehen für spezielle Fragen zur Verfügung.

Zur Differentialdiagnose Arthrose und Arthritis äußerte sich **Dr. Andreas Kießling**, niedergelassener Orthopäde aus Gera. Kennzeichnend für die Arthrose sind der Ruhe- und Belastungsschmerz sowie eine Morgensteifigkeit bis 30 Minuten. Bei z.B. einer rheumatisch-entzündlichen Arthritis sind das mehr als zwei betroffene Gelenke über sechs Wochen, mit einem polyartikulären symmetrischen Verteilungsmuster und einer Morgensteifigkeit länger als 60 Minuten. Entscheidend sind aber eine genaue Anamneseerhebung und Untersuchung des Patienten.

Über medikamentöse Therapieoptionen bei Arthrose berichtete der Apotheker **Dr. Siegfried Schellin**. Nahrungsergänzungsmittel (NEM, Lebensmittelrecht), Medizinprodukte (MP, z.B. Hyaluronsäure) und Arzneimittel (AM) stehen zur Verfügung. Der Markt der NEM ist von falschen Werbeversprechungen und dubiosen Vertriebswegen geprägt, obwohl es auch durchaus seriöse Ansätze gibt. Ebenso ist das Zulassungsverfahren für MP nicht mit der für AM vorgesehenen Prozedur vergleichbar. Hier wird auch nur eine physikalische Wirkung erzielt. AM sind gekennzeichnet durch klinische Studien, Zulassung nach AMG unter anderem mit vorgeschriebenem Vertriebsweg und Apotheken- beziehungsweise Verschreibungspflicht. Analgetika und Antiphlogistika wirken nur symptomatisch und sind bei der Linderung der Arthroseschmerzen das meistgenutzte Mittel.



Dr. Matthias Hager, Prof. Dr. Wolf Strecker und PD Dr. Olaf Bach.

Zur Frage, ob die Strahlentherapie noch eine Option zur Arthrosebehandlung ist, nahm **Privatdozent Dr. Jürgen Füller**, Chefarzt der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am SRH Waldklinikum Gera, Stellung. Ja, sie ist es. Die entzündliche Begleitreaktion habe modulatorische Effekte, es führe zur Besserung bei bis zu zwei Drittel der Patienten. Die Dosierung liegt mit zumeist 6 x 1 Gy (1 x pro Woche) sehr niedrig, sodass auch Patienten die Angst vor Strahlen genommen werden kann. Es darf keine Kombinationsbehandlung laufen und eine zweite Serie ist frühestens nach drei Monaten möglich.

Auf die Behandlung der Gonarthrose aus ganzheitlicher medizinischer Sicht ging die niedergelassene Orthopädin **Dr. Christiane Kranich** aus Eisenberg ein. Ernährung (Knorpelkiller Zucker), Heilfasten, Fußstatik, Sport und Physiotherapie sind wesentliche Säulen. Der Vortrag umfasste die Bedeutung der Akupunktur, der Neural- und Manualtherapie, Alternativen (Enzyme, orthomolekulare und mit Abstand die homöopathische Therapie) und die Magnetfeldtherapie. Sie bemängelte den sinkenden Wert der Akupunktur, seit diese Kassenleistung ist und damit den üblichen Reglementierungen unterliegt. Auf die ACP-Therapie (Autologes Conditioniertes Plasma) ging die Referentin näher ein. Diese ist unter anderem indiziert bei Gonarthrose Grad 1 bis 3. Die aus Eigenblut gewonnenen Thrombozyten sind in der Lage, lokal am Ort der Degeneration oder der Verletzung eine Regeneration einzuleiten.

Sport – Ursache und Therapie degenerativer Erkrankungen

Uwe Leipold-Büttner, Physiotherapeut und Sportwissenschaftler aus Suhl, definierte Sport als Ursache und Therapie bei degenerativen Gelenkerkrankungen. Sport als Medikament ist eine Kombination aus Trainingstherapie und Gewichtsreduzierung sowie befundorientierter Manualtherapie und Übungstherapie. Das Ziel ist die Verbesserung des Knochen-Knorpel-Stoffwechsels, eine genaue Belastungssteuerung im Training ist dazu erforderlich. Das einfachs-



Blick ins Auditorium.

te Hilfsmittel dabei ist immer noch das Ergometer. Behandlungsprinzipien sind Untersuchung und gegebenenfalls Behandlung der Bewegungskette (LWS, Becken, HG, Fuß) mittels Manueller Therapie, Behandlung hypertoner, verkürzter und insuffizienter Muskeln, lokale und segmentale Maßnahmen durch Muskeltraining, Reflexzontechnik sowie Training im Kraft- und Ausdauerbereich. Fazit: Mit der Diagnose Arthrose sollte nicht das Leid, sondern das Training beginnen.

Steffen Rothgaenger, Inhaber eines Sanitätshauses in Gera, referierte über die Wertigkeit von Bandagen und Orthesen. Diese führen zu einer verbesserten Muskelsteuerung und Gelenkwahrnehmung und damit besseren Stabilität und Schmerzlinderung. Bandagen haben eine elastische Kompressionswirkung mit Stimulation der gelenkführenden Muskulatur sowie Wärmewirkung und propriozeptionsstimulierende Effekte. Orthesen stabilisieren das betroffene Gelenk mechanisch, lassen Bewegungen geführt ablaufen und entlasten überlastete Gelenkanteile. Orthesen und Bandagen müssen eine einfache Handhabung durch den Patienten gewährleisten (müssen angenommen werden). Sie sind keine Modeartikel, sondern ein dezidiert überlegter und individuell indizierter Einsatz ist erforderlich.

Über die Stufen der präoperativen Schmerztherapie berichtete **Privatdozent Dr. Michael Kretzschmar**, Chefarzt des Zentrums für Interdisziplinäre Schmerztherapie am SRH Wald-Klinikum Gera. Schmerzursachen bei Arthrosen und Reizzustände in periartikulären Sehnen- und Bandsätzen („De-kompensation“ der Arthrose), sekundäre Entzündung („Aktivierung“ der Arthrose), Gelenkkapseldehnung, Reizergüsse, Druckerhöhung im subchondralen Knochen und eventuell Mikrofrakturen. Das therapeutische Vorgehen ist immer individuell, abgestimmt auf den betroffenen Menschen und Stadium der Erkrankung. Die Stufen sind Entlastung (Ruhigstellung vermeiden), orale analgetische, antiphlogistische Therapie, hochdosierte NSAR (Ibuprofen 1800 – 2400 mg/d!, Cave Risiko!), Opiate, z.B. Tramadol retardiert (max. 400 mg/d), kurzfristig bei starken Schmerzen Parecoxib (80 mg/d i.v.). Des Weiteren intra-artikuläre Medikation (Bupivacain + Triamcinolon nicht öfter als alle sechs Wochen bis zu dreimal je Serie), gegebenenfalls regionale Blockaden als Katheterverfahren. Schlussendlich könne bei aller Fokussierung auf die medikamentöse Schmerztherapie bei Arthrose jedoch nicht genug betont werden, dass diese nur ein Instrument eines komplexen therapeutischen Konzeptes ist, zu dem auch physikalische Therapie, opera-

tive Behandlung, Prävention und Rehabilitation u.a. gehören.

Intraartikuläre Injektion – Hyaluronsäure vs. Kortison war das Thema von **Dr. Ramon Handro**, niedergelassener Orthopäde aus Gera. Die Wirkung intraartikulärer Kortikosteroidinjektionen ist symptomatisch, lokal und auch systemisch entzündungshemmend. Bei wasserlöslichen Präparaten bestehen ein schneller Wirkungseintritt und eine kürzere Wirkungsdauer. Bei Kristallsuspensionen hat man demzufolge einen langsameren Wirkungseintritt und eine längere Wirkungsdauer. Die Funktion von Hyaluronsäure besteht in Wasserspeicherung, Druckentlastung, Schmiermittel und Freihalten von Wegen. Damit wirkt sie symptomatisch schmerzlindernd und ist gegebenenfalls eine ergänzende Maßnahme. Der Therapieerfolg ist genauso wie die Studienlage mäßig.

Dr. Andreas Schubert, Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera, nahm sich des zuletzt umstrittenen Themas Arthroskopie bei Gonarthrose an. Diese hat die Ziele Verlangsamung des Krankheitsprozesses, Inaktivieren der Arthrose, Linderung der Beschwerden, Funktionsverbesserung und Staging (vor Osteotomie / Prothetik). Therapeutisch kann das durch Lavage, Débridement, Entfernen freier Gelenkkörper, Synovektomie, Osteophytenabtragung und ferner auch Weichteileingriffe (z. B. Patellaführung) erreicht werden. Arthroskopie bei Gonarthrose ist indiziert bei Patienten unter 60 Jahren, frühen Stadien mit radiologisch gut erhaltenem Gelenkspalt, hohem Leidensdruck, ohne Gelenkkontrakturen und relevanten Achsfehlstellungen sowie kurzer Symptombdauer. Trotz schlechter Presse, hanebüchener Gegenargumente zum Zwecke der Kostenreduzierung, ist die ASKP ein Baustein in der Therapie der Gonarthrose mit Voraussetzung einer ungeschönten Patientenaufklärung und immer individueller Indikationsstellung.

Totaler Gelenkersatz – Amputation des Gelenks?

Ein Höhepunkt der Veranstaltung war der Vortrag von **Professor Dr. Wolf Strecker** aus Bamberg. Er gilt als Verfechter

der gelenkerhaltenden Chirurgie und demonstrierte das am Beispiel Gonarthrose. Er hat sich den Leitsatz „total joint replacement is the amputation of a joint“ – „Der totale Gelenkersatz ist die Amputation eines Gelenks“ (Dror Paley, kanadischer Chirurg), zu Eigen gemacht. Zum Gelenkerhalt gehören unter anderem neben dem Patientenwillen Physiotherapie, Medikation und Gewichtsreduktion auf einen BMI von 25! Professor Strecker demonstrierte die aufwendige Vorplanung einer Umstellungsosteotomie an verschiedenen Beispielen anhand von „technischen Zeichnungen“. Ziele sind die harmonische Belastung der Knorpelreserven, die patello-femorale Balance, volle Extension, seitengleiche Längen, physiologische Torsionen und Vermeidung des Gelenkersatzes. Der Aufwand korreliert heute keinesfalls mehr mit den Gepflogenheiten des heutigen deutschen Gesundheitswesens. Die Aufklärungszeit für den Patienten beträgt ca. eine Stunde. Wird auch deswegen heute zu oft zur schnellen „Lösung“ TEP gegriffen? Die bange Frage der Zuhörer war: Wird das heute eigentlich noch dem chirurgisch-orthopädischen Nachwuchs gelehrt und zur Reife gebracht?

Dr. Stefan Pietsch, Oberarzt in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Waldkrankenhaus „Rudolf Elle“ in Eisenberg, gab einen Überblick zum Entwicklungsstand der Knorpelersatztherapie. Voraussetzung ist in gewisser Weise ein Idealpatient mit einem isolierten traumatischen vollschichtigen Defekt mit intakten Band- und Meniskusstrukturen bei orthograde Beinachse. Die Indikation zur Knorpeltherapie ist ein symptomatischer Knorpelschaden mit subchondralem Substanzdefekt. Je nach Größe des Defektes, Aktivitätsanspruch und Alter des Patienten stehen die Bone Marrow Stimulation (BMS, z.B. Mikrofrakturierung), die Autologe Chondrozytentransplantation (ACT) und die Osteochondrale Transplantation (OCT) zur Verfügung.

Wenn gar nichts mehr geht, dann muss an die Arthrodesen gedacht werden. Darüber berichtete **Privatdozent Dr. Olaf Bach**, Chefarzt der Klinik für Orthopä-

die und Unfallchirurgie am Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar. Das Endstadium einer Arthrose ist die biologische Ankylose ohne Fremdmaterial. Die Indikation zur Arthrodesen ist der Schmerz. Distal des Ellenbogen- und des Kniegelenkes sind Arthrodesen oft die Methode der Wahl. Aber erstaunlicherweise haben im TEP-Zeitalter auch Schulter-, Ellenbogen- Hüft- und Kniegelenkarthrodesen ihre Indikation. Nach einer Hüftarthrodesen sind nach über 30 Jahren noch 70 Prozent der Patienten zufrieden. Die Arthrodesen ist also besser als ihr Ruf. Eine Domäne der Versteifung und Teilversteifung sind das Handgelenk, die Handwurzel, das Daumensattelgelenk und die distalen Phalangealgelenke. Die Rolle der Arthrodesen als Rettungsoperation nach fehlgeschlagenen TEP-Implantationen ist gesichert. Neue Forschungen gehen in die Richtung der Remobilisierungsoperation nach einer Versteifung.

Dr. Uwe Kahl aus der Praxisklinik am Urbicher Kreuz in Erfurt gab Tipps für den Umgang mit unzufriedenen TEP-Patienten. Genaue Untersuchung und Anamnese sind unabdingbare Grundlagen der Behandlung. Eruieren des Problems des Patienten, Aufschlüsseln des postoperativen Verlaufes (war es nach der OP trotzdem besser als vorher?), kommt der Patient zurecht? Die entscheidende Frage ist, ob sich der Patient noch einmal operieren lassen möchte. Eine wichtige Erkenntnis ist die, dass eine schmerzhaft Prothese als infiziert gilt bis das Gegenteil bewiesen ist. Ohne Operation sollen keine Antibiotika gegeben werden.

Das 9. Geraer Symposium Ambulante Chirurgie war von der Themenwahl, der Auswahl der Referenten und der Resonanz des Publikums ein großer Erfolg für unseren Verein.

Dr. med. Matthias Hager

Verein zur Förderung der Ambulanten Chirurgie e.V.

c/o Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera

Schmelzhüttenstraße 4

07545 Gera