

Früharthritis; Therapiemaßnahmen aus rheumaorthopädischer Sicht

Das frühzeitige Stellen der Diagnose der rheumatoiden Arthritis ist eminent wichtig. Auch zu diesem Zeitpunkt ist die enge Kooperation des internistischen und orthopädischen Rheumatologen für den Patienten von absoluter Wichtigkeit, denn nur das schnellstmöglich Einleiten einer adäquaten Therapie durch beide Behandler ermöglicht das Herauszögern ggf. sogar das Verhindern der Progredienz von Gelenkdestruktionen und den damit verbundenen Problemen für den Patienten.

Bekanntermaßen ist die Synovialitis der befallenen Gelenke primär zu therapieren. Zur Diagnostik und Stadieneinteilung werden neben dem klinischen Bild die radiologischen und sonographischen Befunde herangezogen. Es gilt dann einen individuellen medikamentösen und operativen Therapieplan für den Patienten gemeinsam mit allen Beteiligten (Patient, Orthopäde, Internist) zu erarbeiten und zu diskutieren.

Hier gilt es zwischen operativen und konservativen Maßnahmen zu unterscheiden und die jeweiligen Maßnahmen in der Erfolgsaussicht und dem Nutzen für den Patienten abzuwägen.

Im Verlaufe der Erkrankung kommt es zu stadienhaft verlaufenden Einschränkungen der unterschiedlichen Regionen des muskuloskelettalen Systems wodurch es zu einem frühzeitigen Bedarf an operativen Interventionen kommen kann. Im Frühstadium der Arthritis weisen die operativen Maßnahmen einen präventiven Charakter auf und wiesen folgende Ziele auf:

- Schmerzreduktion
- Gelenk- und Funktionserhalt
- Verhinderung einer Progredienz.

Im weiteren Verlauf der Destruktion stehen dann die rekonstruktiven Maßnahmen der Endoprothetik, Arthrodesen, Spätsynovektomien oder Resektionsarthroplastiken im Vordergrund.

Die Fortschritte der orthopädisch-rheumatologischen Operationsverfahren, z.B. in Form der minimal invasiven Techniken haben auch dazu beigetragen operative Eingriffe durch das vernünftige Verhältnis von Gewinn durch die Op zu dem objektivem und subjektivem Aufwand in das notwendige positive Erscheinungsbild zu rücken. Das interdisziplinäre Behandlungsteam ist dazu angehalten, gemeinsam mit dem Patienten zum bestmöglichen Zeitpunkt notwendige operative Interventionen zu planen.

Im Rahmen der operativen Versorgung ist aber zu bemerken, dass eine alleinige fachliche Spezialisierung auf die Behandlung singulärer Gelenke zu kurz greift. Erfahrung mit den chronischen Systemerkrankungen und ein ganzheitliches Behandlungskonzept, in Verbindung mit der Kenntnis schwerer Defekarthropathien an allen Skelettanteilen in den verschiedenen Stadien kennzeichnen den verantwortungsvollen Umgang mit diesen besonderen Patienten.

Besondere Berücksichtigung bedarf es auch dem erhöhten Operations- und Komplikationsrisiko durch die Krankheit und ihrer medikamentösen Behandlung. Besonderes Augenmerk muß in der Kooperation auf die Medikation gerichtet werden. Anzustreben ist eine Reduktion der ggf. bestehenden Glukokortikoiddosis, des Weiteren sind mögliche Infektherde wie Karies, Panaritium der Nägel, Pilzbefall oder eine chronische Zystitis zunächst zu sanieren.

Auch muss im Behandlungsteam der Umgang mit ggf. bestehender DMARD Therapie abgesprochen werden. Biologicals und Levlonumid wird ein absetzen in der perioperativen Phase für etwa 3 Wochen empfohlen. Eine bestehende low-dose Methotrexat-Therapie kann weitergeführt werden, vorausgesetzt es liegen keine weiteren Risikofaktoren für Wundheilungsstörungen vor.

Ein weiteres therapeutisches Ziel ist eine schnellst mögliche Mobilisation. Hierzu gehört dann auch eine entsprechende Hilfsmittelversorgung wenn möglich auch schon im Vorfeld von operativen Maßnahmen durch Ergotherapeuten, Orthopädietechnikern und orthopädischen Schuhmachermeistern.

Nicht unerwähnt bleiben darf die psychologische Komponente in der Frühphase der Erkrankung. Es ist auch Aufgabe hier helfend und steuernd bei Seite zu stehen, ggf. psychologische Betreuung zu veranlassen, Kontakt zu Selbsthilfeorganisationen, insbesondere der Rheumaliga herzustellen. Wichtig ist für den Patienten in seinem Behandler team eine Hilfestellung zu finden, damit er in der Frühphase die Erkrankung akzeptiert und lernt mit dieser lebendverändernden Situation entsprechend umzugehen.

Im Rahmen der konservativen Maßnahmen stehen die Verordnung von Orthesen, Bandagen und entsprechenden Hilfsmittelversorgung an erster Stelle.

Im Bereich der Hände gilt es je nach Befallsmuster und Instabilität unter dem Aspekt des Gelenkschutzes stabilisierende Handgelenksorthesen, Nachtlagerungsschienen zu verordnen und im Anschluss daran deren Passform und Funktion zu kontrollieren. Gleichzeitig sollte eine geschulte ergotherapeutische Behandlung und Betreuung erfolgen unter dem Aspekt des Erlernens von Gelenkschutzmaßnahmen.

Da neben den Händen auch die Füße im früharthritischen Verlauf eine > 80%ige Beteiligung aufweisen muss auch hier protektiv durch eine entsprechende Versorgung verordnet werden. Hier gilt es das Befallsmuster des Fußes genau zu analysieren und eine dementsprechende Versorgung einzuleiten. Bei Vorfußarthritiden werden langsohlige Einlagen mit Vorfußweichbettung und retrokapitaler Abstützung notwendig. Kommen entzündliche Prozesse des Mittel- und Rückfußes hinzu, welche zu einer medialen Schwächung und Instabilität des Längsgewölbes führen können, ist eine mediale Anstützung des Sustentaculum tali notwendig. Dies kann bis zu einer weit fersenumfassenden schalenförmigen Einlage reichen um dem Fuß in der entzündlichen Phase die entsprechende Abstützung zu geben. Schuhzurichtungen wie Pufferabsatz oder Abrollhilfe bieten weitere Möglichkeiten die Mobilität unter dem Gesichtspunkt des Gelenkschutzes zu erhalten. Auch sollte eine Beratung über adäquates und sinnvolles Schuhwerk erfolgen.

Die Versorgung von Patienten unter Beteiligung der Wirbelsäule mit Orthesen und Bandagen stellt sich für den Orthopädietechniker und den Arzt oft schwierig dar. Die Akzeptanz und die Handhabung dieser Hilfsmittel sind für die Betroffenen vielfach problematisch. Sind die Gelenke der oberen Extremität beeinträchtigt, wird die Handhabung der Orthesen massiv erschwert und die Versorgung eine Herausforderung. Wird ein Befall der HWS diagnostiziert steht zu Beginn der Therapie zur Schmerzlinderung die Verordnung einer Halskrawatte –insbesondere in der Nacht und beim Autofahren- sowie eine gezielte stabilisierende Physiotherapie zur Schmerzlinderung. Bei entzündlichen Veränderungen der LWS muss häufig auf maßgefertigte Mieder zurückgegriffen werden, da die konfektionierten Bandagen oft nur bei normalem Körperbau Anwendung finden können. Insbesondere eine Steroid induzierte Adipositas und Hautveränderungen machen den Einsatz von Maßmiedern notwendig.

Bei Persistenz einer Gelenkschwellung im Frühstadium des Prozesses ohne wesentliche radiologische Usuren besteht durch die lokale Steroidapplikation intra artikulär die Möglichkeit einer lokalen immunsuppressiven Therapie. Die Medikation richtet sich hier nach Größe des Gelenkes und der Wirkungsdauer des Medikamentes.

Die Punktion der Gelenke muss unter streng sterilen Kautelen erfolgen gemäß der Leitlinien der DGOCC. Hier bietet sich auch die Möglichkeit der sonographischen Steuerung der Punktion, insbesondere an schwer zugänglichen Gelenken. Im Rahmen der Punktion besteht die Möglichkeit der Gewinnung eines Punktats zu weiteren Diagnostik, Synoviaanalyse, Abstrichuntersuchung

und ggf. histologischer Untersuchung einer PE. Bei akuter schmerzhafter Entzündung empfiehlt sich eine lokale Anästhesie des subcutanen Gewebes um einen erhöhten Patientenkomfort zu bieten und auch eine entsprechende Kanülendicke verwenden zu können, da ansonsten die Gefahr der Verstopfung der Kanüle und ein daraus resultierende frustranen Punktion führt.

In der nächsten Therapiestufe der persistierenden Früharthritits kommt die operative Synovektomie des befallenen Gelenkes zum Einsatz. Hier bietet die Möglichkeit der minimalinvasiven arthroskopischen Synovektomie der großen Gelenke eine radikale Reduktion des proliferierten synovialitischen Gewebes. Je nach Befallsmuster wird die arthroskopische Synovektomie mit zusätzlichen Mini-Arthrotomien kombiniert um eine radikale Synovektomie zu gewährleisten. Die reine offene Früh-Synovektomie findet nahezu nur noch im Fingerbereich Anwendung, wobei auch hier in ausgewiesenen Zentren durch eine arthroskopische Synovektomie sehr gute Ergebnisse erzielt und dokumentiert werden. Zum Therapiestandard ist im Anschluss an die arthroskopische Synovektomie eine Radiosynoviorthese im Abstand von 6-8 Wochen geworden.

Im Anschluß an die durchgeführten Maßnahmen kommt auch der physikalischen Betreuung eine besondere Bedeutung zu. Neben den kryotherapeutischen Maßnahmen ist eine Betreuung der Mobilisation und ggf. Erlernen des Laufens mit den entsprechenden Gehstützen zur Entlastung der therapierten Extremität notwendig. Des Weiteren gehören Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Beweglichkeit nicht der operierten Gelenkes zum Therapiekonzept. Im Sinne des Gelenkschutzes müssen auch stabilisierende Übungen durchgeführt und zur Eigentherapie vermittelt werden und dies zu jedem Zeitpunkt der entzündlichen Grunderkrankung.

Dr. med. M. Preis