



Beweglich bleiben – trotz Arthrose

Inhalt

- **Arthrose – konservative Therapie oder Operation?**
Was ist empfehlenswert?
- **Knorpel schützen vor Arthrose**
Welche Methoden gibt es, Knorpelschäden vorzubeugen?
- **Arthrose und Sport**
Sport nicht *trotz*, sondern *wegen* Arthrose
- **Orthopädietechnik bei Arthrose**
Wichtiger Baustein der Arthrosetherapie



Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

unter den Gelenkkrankheiten ist Arthrose am häufigsten. Wenn die Knorpelschicht eines Gelenks verschlissen oder zerstört ist, kann es zu schmerzhaften Knochenveränderungen kommen. Die Bewegungsfreiheit des betroffenen Patienten wird dadurch eingeschränkt. Das Gelenk entzündet sich, schwillt an und schmerzt. Am häufigsten betroffen sind Hände, Knie und Hüften, aber auch jedes andere Gelenk kann an Arthrose erkranken.

Bevor eine Arthrose auftritt, können vorbeugende Maßnahmen ergriffen werden, um die Ursachen für eine beginnende Arthrose zu minimieren.

In dem vorliegenden Newsletter wollen wir Sie über die aktuellen therapeutischen Maßnahmen bei Arthrose informieren. Sie werden sehen, dass



Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg Jerosch
Chefarzt
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

es eine Vielzahl unterschiedlicher Behandlungsmethoden gibt, um bei Gelenkverschleiß jedem Patienten individuell gerecht zu werden.

Auch ist es wichtig, schon in einem frühen Stadium von Gelenkbeschwerden Physiotherapeuten und Orthopädietechniker in die Diagnose, Therapie und Nachsorge mit einzubinden. Dann fließt das kompetente Fachwissen der unterschiedlichen Spezialisten

in den Gesundheitsprozess mit ein und die individuellen Erfolgsaussichten nehmen deutlich zu.

Ich hoffe, dass Ihnen die vorliegende Ausgabe viele nützliche Informationen liefert.

Wie gewohnt bekommen Sie den Newsletter, auch die vergangenen Ausgaben, über die Geschäftsstelle des Hauses bei s.palmer@ak-neuss.de.

Weitergehende Beratung erhalten Sie natürlich gerne in unseren Sprechstunden.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr



Dr. med. Jacob J. Rondhuis
Ltd. Oberarzt
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Sportmedizin
j.rondhuis@ak-neuss.de



Priv.-Doz. Dr. med. Lars Victor Baron von Engelhardt
Oberarzt
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
l.vonengelhardt@ak-neuss.de



Ahmet Ercan
Funktionsoberarzt
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
a.ercan@ak-neuss.de



Dr. med. Andreas Breil-Wirth
Funktionsoberarzt
a.breil@ak-neuss.de



Mathias Herwig
Funktionsoberarzt
m.herwig@ak-neuss.de

Arthrose – konservative Therapie oder Operation?

Was ist empfehlenswert?

Die Grundlage jeder Arthrosetherapie ist, den Patienten zunächst umfassend über seine Erkrankung und mögliche Behandlungsmaßnahmen aufzuklären. Dazu gehört die Vermittlung von sinnvollen und individuellen Übungs-

weise Schuhranderhöhungen, Pufferabsätze oder Fußorthesen, kombiniert mit entsprechendem Schuhwerk.

Ein sicherer und sinnvoller Weg pharmakologisch ergänzend zu behandeln,

ben. Dabei ist zu bedenken, dass es sich immer nur um kurzfristige Behandlungszyklen handeln soll. Der eindeutige Vorteil gegenüber den längerfristig zwar sichereren SYSADOAs ist aber der raschere Wirkungseintritt der Anti-



programmen, beispielsweise zur notwendigen Gewichtsreduzierung bei Übergewichtigen.

Oft ist diese Basistherapie allein aber nicht ausreichend, um die schmerzhaften Symptome einer Arthrose zu verbessern. Hier gilt es, die Basistherapie durch nicht pharmakologische und pharmakologische Behandlungen zu ergänzen, welche individuell auf den Patienten zugeschnitten sind.

Dazu gehören physiotherapeutische Maßnahmen ebenso, wie beispiels-

weise die Verwendung von SYSADOAs (Symptomatic Slow-Acting Drugs for Osteoarthritis) in Kombination mit Paracetamol.

Sollten trotz SYSADOAs und Paracetamol klinische Symptome bestehen, sind lokal angewendete, entzündungshemmende Antirheumatika das Mittel der Wahl.

Leidet der Patient unvermindert unter Schmerzen, werden sinnvollerweise entzündungshemmende Antirheumatika zur oralen Einnahme verschrie-

ben. Es ist sinnvoll, die Auswahl des Präparates der allgemeinen medizinischen Situation des Patienten anzupassen.

Bei Kontraindikationen für Antirheumatika, wenn der Patient entsprechende Präparate also nicht verträgt, wird eine intraartikuläre Therapie angewendet, ein Wirkstoff, üblicherweise Hyaluronsäure, also direkt in das Gelenk injiziert. Eine Hyaluronsäureinjektion wird zwar noch kontrovers diskutiert, laut Studien überwiegen aber die Vorteile, insbesondere der einer länger an-

haltenden Schmerzkontrolle. Dadurch wird ein Gelenkersatz deutlich hinausgezögert. Die intraartikuläre Hyaluronsäureapplikation stellt durchaus eine gute Alternative zur oralen Einnahme von Antirheumatika dar, insbesondere bei älteren Patienten und bei entsprechenden Risikopatienten.

Falls es gilt, nicht operable Patienten zu behandeln oder Patienten für eine kurze Zeit bis zur Operation zu begleiten, kann die kurzzeitige Anwendung von schwachen Opioiden sinnvoll sein. Arthrosepatienten sollten diese nur in Extremsituationen anwenden, da Begleiterkrankungen auftreten können.

Führen die beschriebenen Maßnahmen nicht zur Schmerzfremheit bei optimaler Beweglichkeit, ist eine Operation sinnvoll.

Eine Vielzahl von Untersuchungen bestätigt in der Summe den positiven Effekt arthroskopischer Verfahren: Es kommt zu einer deutlichen Symptomreduktion, wie zu einer Funktionsverbesserung bei Arthrosepatienten. Entscheidend für den Erfolg einer Operation sind allerdings die Voraussetzungen, die der Patient mitbringt: Jüngere Patienten und frühere Stadien profitieren mehr als ältere Patienten und fortgeschrittene Stadien.

Bei bereits vorhandener eingeschränkter Gelenkbeweglichkeit oder einem Alter von über 60 Jahren ist die Prognose weniger günstig.

Der Stellenwert der Arthroskopie bei der Gonarthrose, der Arthrose des Kniegelenks, ist in allen Frühstadien der Erkrankung sinnvoll. Die anatomi-

schischen Voraussetzungen, z. B. keine ausgeprägte Achsfehlstellung, beeinflussen aber auch hier das Ergebnis.

Der totale Gelenkersatz ist eine sinnvolle und kosteneffektive Maßnahme, wenn vorhergehende Therapien versagen. Der Gelenkersatz ist sehr effektiv, weil weitgehende Schmerzfremheit, sowie größere Beweglichkeit erreicht werden können. Zudem ist der Gelenkersatz bei 90% der Prothesen nach zehn Jahren noch stabil. Voraussetzung dafür ist das entsprechende medizinische Gesamtbild des Patienten, sowie eine Rehabilitation nach dem operativen Eingriff. So verhält es sich auch mit dem teilweisen Kniegelenkersatz. Er ist ebenfalls als sinnvolles Verfahren geeignet und geht mit geringeren Komplikationen einher.

Knorpel schützen vor Arthrose

Welche Methoden gibt es, Knorpelschäden vorzubeugen?

Heute haben die meisten Menschen einen hohen Anspruch an eine aktive, sportliche Lebensführung. Durch einen Unfall, durch eine Störung der Knochendurchblutung oder durch zunehmenden Verschleiß bei älteren, oft aber auch jungen Menschen, kann es zu Knorpelschäden mit erheblichen Beeinträchtigungen kommen. Wenn Knorpelschäden auftreten, können sie auch eine fortschreitende Knorpeldegeneration verursachen und Arthrose auslösen.

Klinische Studien zeigen, dass die frühzeitige operative Sanierung von Knorpelschäden der konservativen, medikamentösen Therapie oder verzögert durchgeführten Knorpelrekonstruktion überlegen ist. Verschiedene Verfahren stehen zur operativen Sanierung von Knorpelschäden zur Verfügung.

Sowohl das Knochenmark stimulierende, als auch die Gelenkflächen glättende und aktivierende Verfahren (Abrasion) sind jedoch, insbesondere

bei jüngeren Patienten, kontrovers zu beurteilen. Sie bewirken lediglich eine Vernarbung des Knorpeldefekts. Dieses Narbengewebe (Abb. 1) erreicht nicht die Belastbarkeit des gesunden Gelenkknorpels und wird zumeist frühzeitig wieder abgetragen.

Bei einer Knorpelzelltransplantation (ACT) werden körpereigene Knorpelzellen gespritzt, die sich aber letztlich doch wieder in Zellen, die an Narbengewebe erinnern, umwandeln.

Auch bei der osteochondralen Transplantation (OATS) wurde gezeigt, dass Knorpel-Knochen-Stanzen allmählich zu Faserknorpel degenerieren und ihre biomechanische Qualität verlieren.



Abb. 1: Ausbildung von fibrösem Narbengewebe nach der Durchführung des Knochenmark stimulierenden Verfahrens

Dagegen bewährt sich unser neuartiges Verfahren zur autoregenerativen Behandlung von Schäden des Gelenkknorpels. Der Chondrofiller ist ein zellfreies Kollagenimplantat. Wie in Studien gezeigt werden konnte, beruht sein wiederherstellendes Potential auf der Einwanderung von Knorpelzellen und Stammzellen aus dem umgebenden Gewebe. Innerhalb kurzer Zeit bildet sich qualitativ hochwertiger Gelenkknorpel. Hierbei haben es die Wissenschaftler geschafft, eine flüssige Knorpelmatrix zu entwickeln, die den defekten Teil des Knorpels ausfüllt und abdeckt. Nach einer sanften Abtragung von Knorpelfasern, wird die zunächst flüssige Matrix tropfenweise

aufgetragen. In wenigen Minuten entwickelt sich eine feste Knorpelmatrix (Abb. 2), deren Aushärtung eine glatte und schließlich auch feste Oberfläche ergibt. Dieses neue Verfahren erinnert an Steinschlagreparaturen, bei der ein flüssiger Harz auf die Autoscheibe aufgetragen wird, der dann unter UV-Licht aushärtet.

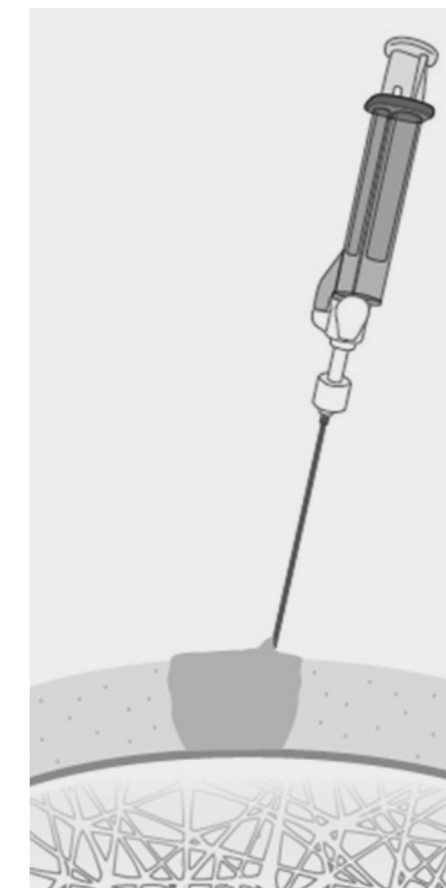


Abb. 2: Auffüllung des Knorpeldefekts mit der zunächst flüssigen Knorpelmatrix aus der Doppelkammerspritze

Die Operation führen wir häufig rein arthroskopisch, also unter Kamerasicht in der sog. Schlüssellochtechnik durch. Somit ist mit unserem Verfahren eine äußerst schonende und effiziente Behandlung von Knorpelschäden möglich (Abb. 3).

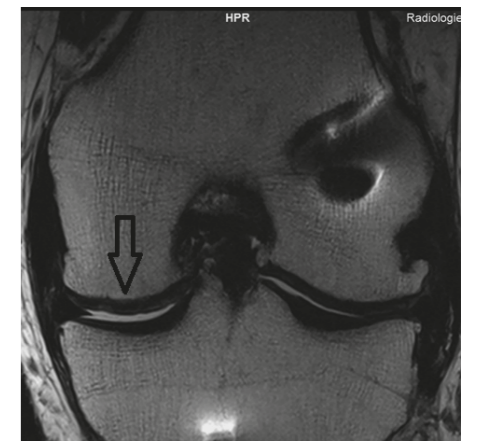


Abb. 3: MRT-Bild der neuen Knorpelschicht an am inneren Kniegelenk sechs Monate nach Einbringung des Chondrofillers. Es zeigt sich ein isointenses Knorpelgewebe mit glatter Oberflächenkontur.

Dabei lässt sich durch die frühzeitige Füllung von Knorpeldefekten die Entstehung weitreichender Folgeschäden vermeiden.

Voraussichtlich werden solche innovativen Weiterentwicklungen in Zukunft Knochenmark stimulierende Verfahren oder rein zellbasierte Techniken ersetzen. So erfolgt unter der Leitung von Prof. Dr. Jerosch und Privatdozent Dr. v. Engelhardt eine europaweite Multicenterstudie zur Evaluierung und Optimierung dieser neuen Technik.

Diese medizinische Entwicklung entspricht den Empfehlungen der 2001 gegründeten Arbeitsgemeinschaft *Geweberegeneration und Gewebersatz* der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, wonach eine klinikorientierte Forschung in diesen Bereichen im Interesse unserer Patientinnen und Patienten nachdrücklich empfohlen wird.

Arthrose und Sport

Sport nicht *trotz*, sondern *wegen* Arthrose

Der Anteil von Patienten mit Arthrose wird aufgrund steigender Lebenserwartung immer größer. Oft befinden sie sich in einem Teufelskreis: Eingeschränkte Gelenkbeweglichkeit und Rückgang der Muskelkraft führen zu Inaktivität und Gewichtszunahme, die wiederum die Schmerzen verstärken. Daher müsste es nicht „Sport *trotz*“, sondern „*wegen* Arthrose“ heißen. Die Schädigung der Knorpelschicht ist irreversibel – auch Sport kann dies nicht rückgängig machen, er kann allerdings den Prozess aufhalten und einen künstlichen Gelenkersatz um Jahre hinauszögern.



Auch im Alter ist der menschliche Körper gut trainierbar. Ziel der Sporttherapie bei Arthrose ist die Reduktion von Gleichgewichtsstörungen, eingeschränkter Mobilität und des Sturzrisikos durch Verbesserung der Muskelkraft, der Gelenkbeweglichkeit, der Propriozeption sowie der kardiopulmonaren Leistungsfähigkeit.

Die „American Geriatrics Society“ empfiehlt 2 bis 5 wöchentliche Trainingseinheiten bei niedriger bis moderater Intensität.

Bei Sportarten gilt es grundsätzlich, hohe, unkontrollierte Belastungsspitzen und Kräfteleistungen in extremen Gelenkwinkeln zu vermeiden, bei denen die Gelenke ein Vielfaches des eigenen Körpergewichts stützen müssen. Besonders wasserbasierte Sportarten

bieten Vorteile für übergewichtige und stark beeinträchtigte Patienten. Eine Übersicht besonders oder eingeschränkt geeigneter sowie nicht empfohlener Sportarten bietet die Tabelle.

Eine gute Anleitung, Dosierung und Auswahl der Trainingsinhalte vorausgesetzt, können prä- wie postoperative Patienten von der Sporttherapie langfristig profitieren.

Besonders geeignet	Eingeschränkt erlaubt	Nicht empfohlen
Wandern	Rennradfahren	Jogging
Walking	Rudern	Fußball
Aquajogging	Skilanglauf	Squash
Radfahren/Heimtrainer	Inline Skating	Volleyball
Schwimmen	Tennis	Basketball
Gymnastik	Kanufahren	Turnen
Paddeln	Gerätekrafttraining	Klettern

Liste von geeigneten, eingeschränkt erlaubten und nicht empfohlenen Sportarten bei Cox- und Gonarthrose, aufgestellt von Hip bzw. Knee Society, publiziert von Healy et. al.

Orthopädietechnik bei Arthrose

Wichtiger Baustein der Arthrosetherapie

Ein wichtiger Baustein der Arthrosetherapie sind orthopädietechnische Hilfsmittel. Da Arthrose jedes Gelenk betreffen kann, stehen den Patienten viele Spezialprodukte zur Auswahl.

Bei Arthrose im Fuß oder Sprunggelenk versucht man Schmerzen mit Einlagen, Schuhzurichtungen oder Sprunggelenkbandagen zu lindern.



Fußeinlage nach Abdruck



Sprunggelenkbandage

Bei der Arthrose im Kniegelenk werden, je nach Schweregrad, Kniegelenkbandagen oder spezielle Kniegelenkorthesen empfohlen, um das Kniegelenk zu führen und zu entlasten.

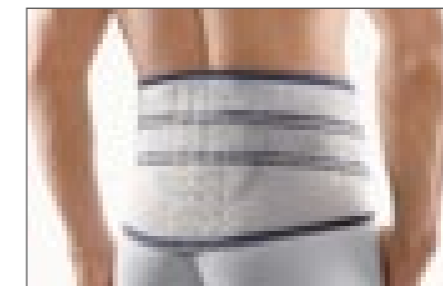


Kniegelenkbandage



Gonarthroseorthese

Es gibt viel Möglichkeiten die Gelenke zu stützen und zu entlasten. Selbst das Hüftgelenk, die Hand, die Fingergelenke und das Armgelenk können mit Orthopädietechnik unterstützt werden.



Rückenbandage

Welches orthopädische Hilfsmittel das richtige ist, bespricht man am besten mit dem behandelnden Arzt und Orthopädie-Techniker.

Klinik aktuell

ARTHROSE-SPRECHSTUNDE

Eine **spezielle Arthrose-Sprechstunde** bietet die Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin immer donnerstags von 14.30 bis 16.30 Uhr an.

In dieser Sondersprechstunde werden die Patienten von einem Arzt, einem Physiotherapeuten, einem Ernährungsberater und von einem Orthopädietechniker untersucht und persönlich beraten. Ziel ist es, durch diese interdisziplinäre, multimodale und individuelle Beratung eine maßgeschneiderte Lösung für jeden einzelnen Patienten zu finden.

Impressum

Newsletter der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin am Johanna-Etienne-Krankenhaus

Herausgeber
St. Augustinus-Kliniken gGmbH
Am Hasenberg 46, 41462 Neuss

V.i.S.d.P.
Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg Jerosch
Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin am Johanna-Etienne-Krankenhaus

Layout
copymed⁺ agentur für text & medien-gestaltung
www.copymed.de

Fotovermerke
Titelfoto: © dirma/istockphoto.com, S. 3: © fovivafoto/fotolia.com, S. 6: © Alexander Rochau/fotolia.com, weitere Fotos: Johanna-Etienne-Krankenhaus

Illustrationen
Rückseite: Charlotte Schmitz

Ausgabe 02/2015
Der Newsletter erscheint viermal jährlich
Auflage 8.000 Exemplare

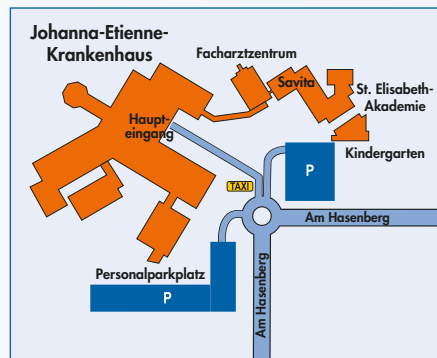
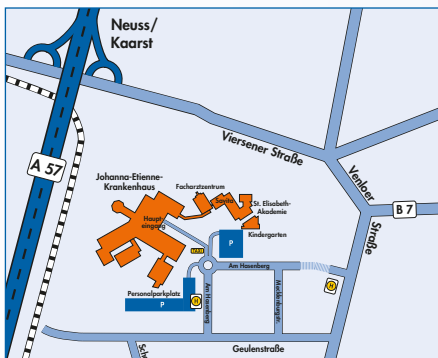
Veranstungskalender

Veranstaltungen für Patienten	Wissenschaftliche Veranstaltungen der Klinik für Ärzte	
	Anmeldungen sind nicht erforderlich!	Anmeldungen im Chefarztsekretariat
Patientenforum: Arthrose Mittwoch, 20.05.2015, 17.00 Uhr St. Elisabeth-Akademie, Krankenpflegeschule am Johanna-Etienne-Krankenhaus	Klinischer Nachmittag mit Fallvorstellung für niedergelassene Ärzte: Arthrose Mittwoch, 27.05.2015, 16.00 Uhr Johanna-Etienne-Krankenhaus, Raum 02.04.002 (Demoraum im Kellergeschoss) Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Nordrhein mit vier Fortbildungspunkten anerkannt.	CoST OP-Kurs Hüftprothetik 08.05. und 09.05.2015
		IGOST OP-Kurs Wirbelsäule 01.10. bis 03.10.2015
		CoST OP-Kurs Schulterprothetik 13.11. und 14.11.2015 Die Kurse finden im MEDucation Center Rhein-Ruhr in Mülheim an der Ruhr statt.
		17. UpDate Orthopädie & Unfallchirurgie Thema 2015: Die Wirbelsäule 27.11. und 28.11.2015, Neuss, Rhein. Landestheater

Sprechstunden

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.00 – 16.30 Uhr Notfallsprechstunde	8.00 – 16.30 Uhr Notfallsprechstunde	8.00 – 16.30 Uhr Notfallsprechstunde	8.00 – 16.30 Uhr Notfallsprechstunde	8.00 – 16.30 Uhr Notfallsprechstunde
8.30 – 15.00 Uhr Kassenärztliche Sprechstunde	8.30 – 15.00 Uhr Kassenärztliche Sprechstunde	8.30 – 15.00 Uhr Kassenärztliche Sprechstunde	8.30 – 15.00 Uhr Kassenärztliche Sprechstunde	8.30 – 12.00 Uhr Kassenärztliche Sprechstunde
9.00 – 10.30 Uhr Berufsgenossenschaftliche Sprechstunde	8.30 – 12.15 Uhr Wirbelsäulensprechstunde	8.00 – 10.00 Uhr Berufsgenossenschaftliche Sprechstunde	8.30 – 12.00 Uhr Endoprothesen- und Tumor- sprechstunde	9.00 – 10.00 Uhr Handsprechstunde
11.30 – 15.00 Uhr Privatsprechstunde	12.30 – 15.15 Uhr Fußsprechstunde	10.00 – 11.30 Uhr Kindersprechstunde	12.00 – 14.15 Uhr Schulter- und Sportsprechstunde	9.00 – 10.00 Uhr Fußsprechstunde
	14.00 – 15.00 Uhr Golfersprechstunde	11.30 – 14.30 Uhr Privatsprechstunde	14.30 – 16.30 Uhr Arthrosesprechstunde	10.30 – 12.30 Uhr Endoprothesensprechstunde
Für alle Sprechstunden ist unbedingt eine Terminabsprache über die Ambulanz unter T (02131) 5295-8700 erforderlich.				

Ihr Weg zu uns



Johanna-Etienne-Krankenhaus

Am Hasenberg 46
41462 Neuss

Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Chefarztsekretariat
Monika Stichelbruck
Terminvereinbarungen Ambulanz
T (02131) 5295-8700
F (02131) 5295-2003
m.stichelbruck@ak-neuss.de

Mit dem Bus Haltestelle Johanna-Etienne-Krankenhaus: 848
Haltestelle Neusser Weyhe: 841, 843, 844, 851, 852

Mit dem Pkw A 57 Ausfahrt Neuss-Holzbüttgen/Kaarst, Zufahrt über Viersener Straße, Venloer Straße

www.johanna-etienne-krankenhaus.de