

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet

Knieschmerz bei Arthrosezeichen

DEGAM S1- Handlungsempfehlung

AWMF-Register-Nr. 053-050

Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin e.V.



AWMF
DEGAM
E
D

DEGAM

© DEGAM 2017

Autoren

Detmar Jobst, Martin Mücke

Paten

Uwe Popert, Joachim Seffrin, Horst Christian Vollmar

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion

SLK-Leitungsteam

Stand 11/2017

Gültig bis 11/2022

Für die Aktualisierung sind die Autoren und Paten verantwortlich.

Interessenkonflikte wurden mit dem AWMF-Formblatt eingeholt. Nach Bewertung durch ein Gremium der SLK wurden keine Interessenkonflikte festgestellt.

Schlüsselwörter

DEGAM, S1, Knieschmerz, Arthrosezeichen

Definition/Behandlungsanlass

Behandlungsanlass ist der nicht durch Trauma bedingte Knieschmerz in der Hausarztpraxis bei Zeichen der Kniearthrose. Diese Ätiologie schließt sowohl normale als auch besondere Belastungen der Knie ein, wie z.B. längere Wanderungen oder Zwangshaltungen, Fehltritt oder Sprung aus geringer Höhe. Die Leitlinie thematisiert nicht Schwellungen und Schmerzen des unverbrauchten Knies Jugendlicher und junger Erwachsener, nicht Sport- oder Rasanztraumata mit heftigem Kniegelenksanprall und befasst sich nicht mit entzündlichen Mono- oder Oligoarthritiden. Eine Gonarthrose tritt in der Regel erst nach dem 50. Lebensjahr auf. Früharthrosen sind Folgen von Verletzungen, anlagebedingten knöchernen Abweichungen, rheumatischen Gelenkveränderungen oder Einblutungen.

Epidemiologie / Versorgungsproblem

Verschleiß bedingte Kniegelenkschmerzen sind mit 0,8% aller Beratungsanlässe in der Allgemeinpraxis selten, nehmen jedoch ab dem 65. Lebensjahr auf bis zu 6% zu. Die aktuelle Gesundheitsberichterstattung des Bundes errechnet Lebenszeitprävalenzen aller Arthrosen von 25% für Frauen und 17% für Männer (Selbstauskünfte der Patienten). Gonarthrosen machten 2010 in Deutschland 48,4% aller 202.500 durch Arthrose veranlassten Krankenhausfälle aus. Zwischen 2003 und 2009 nahmen Knie-TEPs um 43% zu, ähnlich wie z.B. in den USA, GB und in Skandinavien. Die Steigerung ist deutlich höher als die Zunahme von Arthrosen generell (um 4,7% bei Frauen bzw. 2,4% bei Männern seit 2003) und wird mit der zunehmenden Alters- und Körpergewichtsentwicklung wie auch mit der Verfügbarkeit der Operation erklärt.

Diagnostik

Als Zeichen einer Kniearthrose gelten u.a. häufigere Knieschmerzen, Morgensteifigkeit und Funktionseinschränkungen. Bei der klinischen Untersuchung finden sich Bewegungseinschränkungen, Reibegeräusche bei Bewegung und eine vergrößerte/vergrößerte, manchmal druckschmerzhaftige Gelenkkontur (EULARKriterien). Überwärmung und Gelenkerguss signalisieren eine sog. aktivierte Arthrose aufgrund einer (sterilen) Synovitis. Zum Nachweis von (entzündlichen) Gelenkergüssen und synovialen Schwellungen (oder Verdickungen) kann die Sonografie angewendet werden. Eine weitere Bildgebung ist nur indiziert, wenn die Beschwerden sich nicht ausreichend bessern und differentialtherapeutische Maßnahmen erwogen werden. Mit einer Arthrose als wahrscheinlichster Ursache reicht ein natives Röntgenbild aus. Werden andere Läsionen der Knieinnenstruktur vermutet, ist eine MRT indiziert. Sie ermöglicht die detaillierte und nichtinvasive Darstellung von Knorpel- und Knochen-Matrixveränderungen sowie anderer struktureller Schäden. Ohne wesentliche Änderung des Befundes und der Beschwerden ist eine erneute Bildgebung bei rezidivierenden Knieschmerzen nicht notwendig.

Einteilung

Als Röntgenzeichen eines arthrotischen Gelenkumbaus gelten verschmälerter Gelenkspalt, Osteophyten - initial an der Eminentia intercondylica - und vermehrte subchondrale Sklerosierung des Knorpel-Knochenübergangs der Gelenkflächen. Fortgeschrittene Arthrosen zeigen Osteophyten an den Gelenk-Außenseiten und Aufbrauch des Gelenkknorpels mit Zystenbildung im gelenknahen Knochen (Einteilung nach Kellgren und Lawrence).

Prognose/Verlauf

Behandelt und unbehandelt verschlechtern sich Kniearthrosen im Sinne einer chronischen Verschleißerkrankung. Durch regelmäßige Behandlungsmaßnahmen und Kontrollen des Gelenkstatus kann die Zunahme der Arthrose verlangsamt und können Beschwerden gelindert werden.

Abwendbar gefährliche Verläufe

entstehen durch zusätzliche Erkrankungen und Verletzungen des arthrotischen Knies, z.B. Kapsel-, Band- oder Meniskusrisse, Osteochondrosis dissecans, durch Gonagra oder septische Arthritiden, z.B. nach Gelenkpunktionen.

Therapie

Man kann zwischen physikalischen und medikamentösen Anwendungen unterscheiden. Zu den physikalischen zählen beispielsweise Ruhigstellung bzw. Belastungsminderung, Anwendung von Kälte und Wärme, Applikation von Orthesen, Strom und Hautreizen sowie Muskelaufbau (Tab. 1). Zu den medikamentösen zählen orale, topische und intraartikuläre arzneiliche Applikationen (Tab. 2). Chirurgische Verfahren am Knie gehören nicht in die Hausarztmedizin, sind jedoch eine späte Behandlungsoption.

Hinweise für Hausärzte

Akute gelenkbezogene Erkrankungen (Trauma, Rheuma, Infekt) sind primär auszuschließen. Zur Linderung der akuten Beschwerden sollten gezielt NSAR unter Beachtung der UAW, lokale Maßnahmen und nicht medikamentöse Therapien eingesetzt werden (Tab. 1), intraartikuläre Injektionen nur in Ausnahmefällen. Vor chirurgischen Verfahren sollte eine Zweitmeinung bevorzugt durch einen nichtoperativen Orthopäden eingeholt werden.

Tabelle 1: Nichtmedikamentöse Therapie der Gonarthrose

Therapie	Empfehlung*
<ul style="list-style-type: none"> ■ (Angeleitete) Übungen für Ausdauer und Krafttraining ■ Physiotherapie ■ Wärmebehandlung (z.B. Fango) ■ Balneo- und Hydrotherapie ■ Gewichtsreduktion 	starke Empfehlung
<ul style="list-style-type: none"> ■ Akupunktur ■ Qi Gong/Tai Chi/Yoga ■ Orthesen und Einlegesohlen 	Empfehlung
<ul style="list-style-type: none"> ■ Blutegeltherapie ■ Elektrische Stimulation (TENS) 	schwache Empfehlung
<ul style="list-style-type: none"> ■ Lasertherapie ■ Magnetfeldtherapie 	negative Empfehlung

Tabelle 2: Medikamentöse Therapie der Gonarthrose

Therapie	Empfehlung*
<ul style="list-style-type: none"> ■ Topische NSAR 	starke Empfehlung
<ul style="list-style-type: none"> ■ Systemische NSAR* ■ Niedrigdosierte orale Glucocorticoide 	Empfehlung
<ul style="list-style-type: none"> ■ Intraartikuläre Glucocorticoide ■ Intraartikuläre Hyaluronsäure ■ Ingwer/Curcuma/Harpagophytum procumbens 	schwache Empfehlung
<ul style="list-style-type: none"> ■ Chondroitinsulfat/Glucosamine 	negative Empfehlung

Tabelle 3: Therapie der aktivierten Gonarthrose

Therapie	Empfehlung*
<ul style="list-style-type: none"> ■ Systemische NSAR* ■ Topische NSAR ■ Ruhigstellung des Gelenks ■ Lokale Kälteapplikation 	starke Empfehlung
<ul style="list-style-type: none"> ■ Intraartikuläre Glucocorticoide 	schwache Empfehlung

Anmerkungen

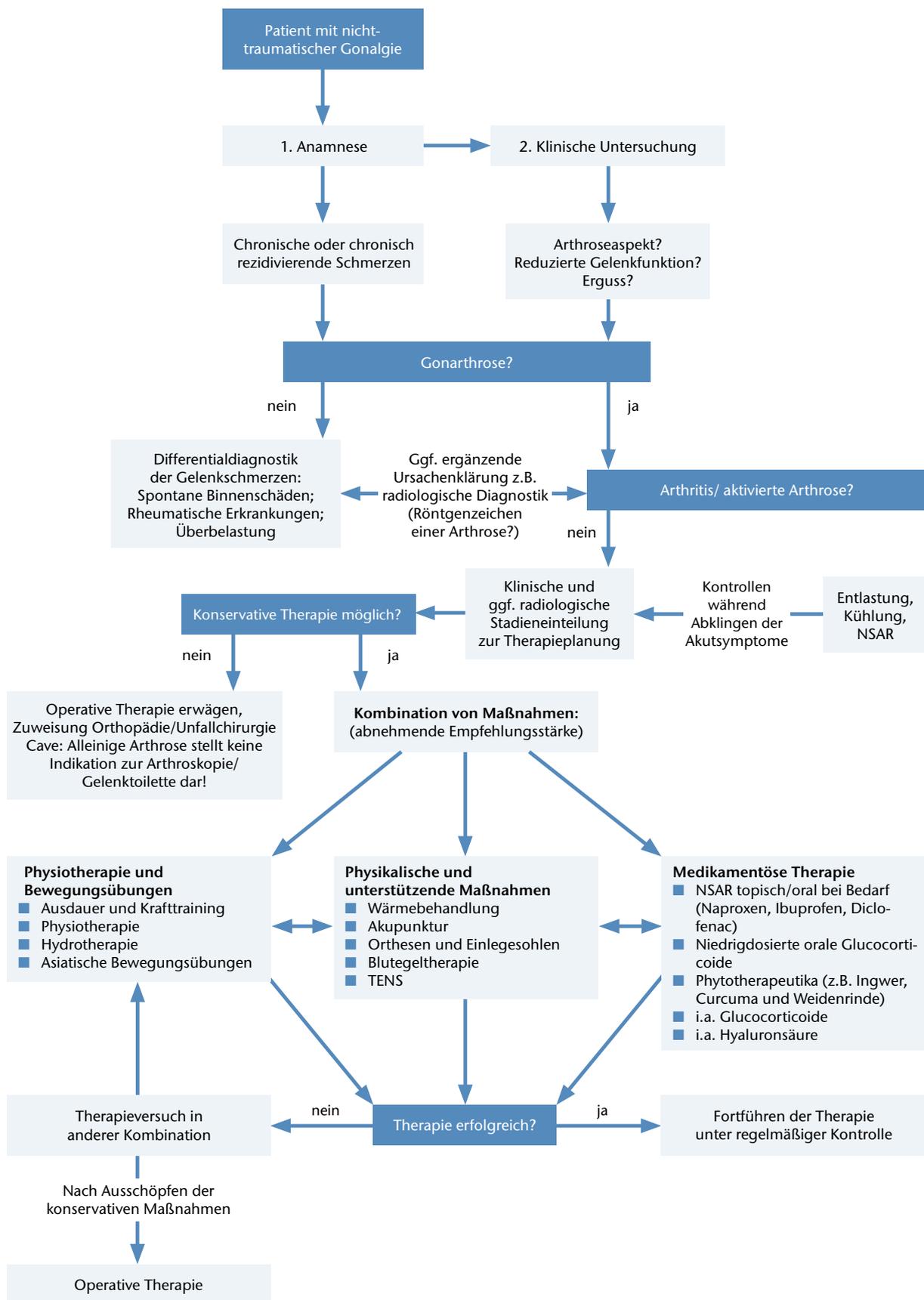
Intraartikuläre Hyaluronsäure: Schwache Bewertung, da firmenunabhängige Evidenz gegeben

Intraartikuläre Glucocortikoide: Schwache Bewertung, da bei aktivierter Arthrose wirksam

Pflanzliche Medikamente: Schwache Bewertung, da zwar schwächer wirksam, aber auch weniger UAW als NSAR

* Empfehlung nach AWM-Kriterien

Cave: Kreatinin bzw. GFR!



	Martin Mücke	Dietmar Jobst	Uwe Popert	Joachim Seffrin	Horst-Christian Vollmar
1 Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	■ nein	■ nein	■ Modulkoordinator Primary medical care Universität Southampton / Kassel School of Medicine	■ nein	■ nein
2 Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	■ nein	■ Nicht in 2015 und nicht in 2016; zuvor je Jahr 1x1 Vortrag auf der „Patricia“, unterstützt von Dr. Willmar Schwabe	■ Vorträge für IHF und andere Fortbildungsträger (nicht Industrie)	■ nein	■ nein
3 Finanzielle Zuwendungen (Drittmitel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	■ nein	■ nein	■ nein	■ nein	■ nein
4 Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	■ nein	■ nein	■ nein	■ nein	■ keine Eigentümerinteressen
5 Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	■ nein	■ nein	■ nein	■ nein	■ IBM, SAP, Medtronic, BB Biotech, Beiersdorf, Procter & Gamble; diverse breitstreuende Zertifikate und Aktienfonds, die auch Unternehmen d. Gesundheitswirtschaft enthalten.
6 Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	■ nein	■ nein	■ nein	■ nein	■ nein
7 Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	■ SLK DEGAM	■ Gesellschaft für Phytotherapie, Vorstand SLK DEGAM	■ SLK DEGAM	■ SLK DEGAM Mitglied der Leitliniengruppe Hessen	■ Sprecher der AG Digital Health im DNVF, Mitgliedschaft in ca. 10 weiteren Fachgesellschaften; nirgendwo fließen Honorare (allenfalls Fahrtkosten zu Einladungen seitens des Vorstandes)
8 Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	■ Mitglied Gesellschaft für Sportmedizin	■ Mitglied Gesellschaft für Naturheilkunde	■ nein	■ nein	■ nein
9 Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	■ Praxis seit 2016	■ UKB Bonn 30%, eigene Praxis seit 1988	■ Eigene Praxis seit 1990	■ Eigene Praxis	■ Uniklinikum Jena