

Patientenversion der S2k-Leitlinie „Synovialektomie“

Bei dieser Patientenversion handelt es sich um eine vereinfachte Zusammenfassung der ärztlichen Leitlinie zur Synovialektomie. Sie wurde von Patientenvertretern mit Unterstützung durch den Referenten der Deutschen Rheumaliga für den Bereich Forschung Herrn Dr. Clausen erstellt und ärztlich auf Richtigkeit geprüft. Bei Fragen zu möglichen Interessenkonflikten ist dies in der Dokumentation der Leitlinie zu entnehmen. Sollten Detailfragen bestehen, sollte entweder die eigentliche Leitlinie zu Rate gezogen werden (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/187-007.html>) oder das Gespräch mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt gesucht werden.

Kursiv geschriebene Begriffe sind im Glossar erläutert.

1 Einleitung

1.1 Was ist die Synovialis, was ist eine Synovialitis?

Die Gelenkschleimhaut (Membrana synovialis, Synovialmembran oder kurz Synovialis) ist eine dünne Haut der Gelenke und Sehnenscheiden. Diese besteht aus mehreren Lagen von speziellen Zellen, sog. „Synovialzellen“. Im Gelenk produziert die Synovialis die Gelenkflüssigkeit (Synovia), die der Ernährung des Gelenkknorpels dient und durch ihre Eigenschaften zur Schmierung des Gelenkes beiträgt. Auch bei den Sehnenscheiden hat die Synovialis die Funktion eines Gleitgewebes.

Die Entzündung dieser Schleimhaut bezeichnet man als Synovialitis.

1.2 Was sind die Symptome einer Entzündung der (Gelenk-)schleimhaut (Synovialitis)

Eine Synovialitis ist gekennzeichnet durch Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, die sich sowohl im Gelenk (Arthro-Synovialitis) als auch außerhalb des Gelenks im Bereich der Sehnen und Sehnenscheiden (Teno-Synovialitis) bemerkbar machen können.

1.3 Was ist eine Synovialektomie?

Bei einer Synovialektomie, genauer gesagt der Arthro-Synovialektomie, handelt es sich um die operative Entfernung der Gelenkschleimhaut. Darunter wird im Normalfall die vollständige Entfernung verstanden.

Davon abgegrenzt wird die Teno-Synovialektomie, bei welcher die Sehnenscheide entfernt wird.

1.4 Wie kann man eine Entzündung der Gelenkschleimhaut (Synovialitis) nachweisen?

In der Regel erfolgt eine klinische Untersuchung des betroffenen Gelenkes durch den Arzt und ergänzend wird die bildgebende Diagnostik eingesetzt, um entzündliche (synoviale) Erkrankungen sicher zu diagnostizieren.

Ziel der Bildgebung ist die Abbildung der entzündeten Gelenkschleimhaut (Synovialis) und die Abbildung von umliegenden Strukturen, um zu prüfen, ob die Entzündung schon negative Auswirkungen auf diese Strukturen gehabt hat. Es ist wichtig, diese Untersuchungen vor einer eingreifenden (=„invasiven“) Therapie durchzuführen. Am besten geeignet für die Bildgebung ist eine Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel. Daneben sind die Ultraschalluntersuchung (Sonographie), Röntgen, Computertomographie (CT) und Diagnoseverfahren, bei denen radioaktive Substanzen Verwendung finden („nuklearmedizinische Untersuchungen“), verbreitet und bei bestimmten Fragestellungen zielführend.

2 Behandlungen vor, während und nach einer Synovialektomie

2.1 Gewebeuntersuchungen

Bei klinisch unklaren chronischen Gelenkveränderungen oder bei unvollständiger Klassifikation von entzündlichen Gelenkerkrankungen kann eine Gewebeuntersuchung („histopathologische Untersuchung“) der Synovialis und die Bewertung durch den Grad der Entzündung („*Synovialitis-Score*“) einen wesentlichen diagnostischen Beitrag in der rheumatologischen, rheumaorthopädischen und vor allem in der orthopädischen Diagnostik leisten. Der *Synovialitis-Score* ist ein diagnostischer, standardisierter und reproduzierbarer Wert und ist als wesentlicher Standard für die Synovialitis-Diagnostik eingestuft worden.

2.2 Wie kann man die Entzündung der (Gelenk-)schleimhaut (Synovialitis) behandeln?

Die Therapie der Synovialitis kann auf verschiedene Arten erfolgen.

Neben der systemischen Therapie kommen *lokale* Therapien zur Anwendung. Zur *lokalen* Therapie zählt die Gabe von *NSAR* in Form von Salben oder Gelen, zumeist in Verbindung mit Elektro- oder Ultraschalltherapie. Außerdem kann versucht werden, mittels Injektion von *Kortison* in das betroffene Gelenk, die Entzündung zu unterdrücken.

Unter bestimmten Bedingungen kommen auch radioaktive Substanzen im Rahmen einer „Radiosynoviorthese“ (RSO) zur Anwendung (siehe Abschnitt 4).

Bei einer Operation (Synovialektomie) kann die Synovialis mit einem Schnitt („*offen*“) oder *arthroskopisch* entfernt werden. Dies wird in der Regel abhängig von der Entzündungsaktivität entschieden. Der optimale Verlauf ist dann, dass sich die Synovialis neu bildet – ohne Entzündungszeichen.

2.3 Was muss vor einer Synovialektomie passieren?

2.3.1 Aufklärung durch die behandelnden Ärzt*innen

Im Vorfeld einer Synovialektomie ist immer die Aufklärung der behandlungsbedürftigen Person erforderlich. Die behandlungsbedürftige Person ist in verständlicher und angemessener Weise insbesondere über den Ablauf, die Bedeutung und die Tragweite der Behandlung aufzuklären, einschl. der Behandlungsalternativen und die mit ihnen verbundenen Risiken. Sofern Behandlungsalternativen vorliegen, sollen Patient*in und Ärztin/Arzt gemeinsam eine Entscheidung fällen, welche Therapieoption ergriffen wird, sofern diese gemeinsame Entscheidungsfindung von der behandlungsbedürftigen Person gewünscht wird.

2.3.2 Physiotherapeutische Maßnahmen

Mittels Physiotherapie soll ein ausreichend hohes Funktionsniveau vor und nach der Operation erreicht werden. Eine Risikoeinschätzung vor der Operation in Verbindung mit einer Patient*innenschulung und Trainingstherapie reduziert das Risiko für Komplikationen und unerwünschte Folgezustände nach der Operation. Bei Rheumatikern ist das Risiko eines Funktionsverlustes des betroffenen Gelenks nach der Operation deutlich erhöht.

2.3.3 Medikamenteneinnahme zum Zeitpunkt der Synovialektomie

Werden behandlungsbedürftige Personen mit entzündlich-rheumatischen Gelenkerkrankungen behandelt, sind in der Regel bereits *immunsuppressive* Substanzen Teil der Therapie bei diesen Patienten. Inwieweit durch die *Immunsuppression* ein erhöhtes Risiko für Infektionen oder Wundheilungsstörungen besteht, ist bislang nicht hinreichend geklärt. Zur Vorgehensweise unter Therapie mit *DMARDs* (z.B. Methotrexat (*MTX*) oder Biologika) bei entzündlich-rheumatischen

Erkrankungen vor / während und nach der Operation existieren Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. Konventionelle, synthetische *Immunsuppressiva* (csDMARDs, z.B. MTX) müssen hierbei in der Regel nicht abgesetzt werden.

Blutverdünnende Substanzen (Orale Antikoagulantien) werden, soweit möglich, vor einer Synovialektomie abgesetzt, um ein erhöhtes Blutungsrisiko zu vermeiden. Im Einzelfall ist eine Abstimmung aller behandelnder Ärzt*innen empfehlenswert. Weitere Anpassungen der medikamentösen Therapie ergeben sich aus dem individuellen Medikamentenplan.

2.4 Was ist nach einer Synovialektomie zu beachten (postoperative Behandlung)?

Die *postoperative* Behandlung beginnt möglichst zeitnah. Sie zielt vor allem auf Verbesserung bzw. Erhaltung der normalen Gelenkbeweglichkeit, Aktivieren der entsprechenden Muskulatur und Aufbau der Muskelkraft, Steigern der Alltagsaktivitäten und Teilhabe am sozialen Leben. Die Weiterbehandlung untergliedert sich in verschiedene, zeitlich gestaffelte Teilbereiche, die hier nachfolgend aufgeführt sind:

2.4.1 Nachbehandlung

Bei Arthro-Synovialektomie (an Gelenken)

- Ruhigstellung so kurz wie möglich wegen der Gefahr des Bewegungsverlustes; eventuell passiv geführte Mobilisation
- Eine Teilbelastung nach Synovialektomie des Gelenks wird bis zum Wiederaufbau ausreichender Synovialis empfohlen (ca. 4-6 Wochen)

Bei Teno-Synovialektomie (an Sehnen)

- Frühzeitige Mobilisation mit Wiederherstellung der Gleitfähigkeit des Sehngewebes; bei direkten Eingriffen an Sehnen (Naht, Kopplung, etc.) soll diese zunächst passiv erfolgen. Aktive Mobilisierung nur nach Maßgabe der Operateur*innen.

2.4.2 Rehabilitation

Ein multidisziplinärer Therapie-Ansatz ist sinnvoll. In dessen Zentrum sollte eine Physiotherapie mit Bewegungstherapie, Koordinationstraining und Muskelaufbau stehen. Je nach Gelenk und individueller Situation sind weitere Maßnahmen (z.B. Funktionstraining, Manuelle Therapie, physikalische Therapie, Ergotherapie) zu überlegen.

Eine Sozialmedizinische und Berufliche Beratung, sowie die frühe Einbeziehung der Behandlungsbedürftigen Person, ihrer Betreuer*innen, Familie, Hausärzt*innen, Heim, Reha-Einrichtung verbessert die Rehabilitation.

2.4.3 Spätkomplikationen

Unter Spätkomplikationen werden negative Veränderung zusammengefasst. Hierbei werden direkte von indirekten Folgen am Gelenk unterschieden (z.B. Bewegungssnschränkungen (direkte Spätkomplikation); *Reflexdystrophiesyndrom* (indirekte Spätkomplikation)). Eine unzureichende Nachsorge kann auch Dauerfolgen, wie Funktionseinschränkungen oder Schmerzen, provozieren.

2.4.4 Kontrollen

Die behandelnden Ärzte sind angehalten, das operierte Gelenk regelmäßig (siehe unten) zu überprüfen und Veränderungen zu dokumentieren. Die Veränderungen können zum Beispiel mit *Scores* zur Beurteilung des Gelenkzustands in Verbindung mit Laborkontrollen auf Entzündungsaktivität und

Infektionszeichen (ggf. septische Arthritis; siehe Abschnitt 3.11) und einer Bildgebung bei einer entsprechenden Fragestellung verfolgt werden.

Als Faustregel für die Kontrollen gilt: Die erste Kontrolle soll nach zwei Wochen beim Ziehen der Fäden erfolgen. Danach, je nach individueller Situation, nach 2 oder 4 Wochen. Die zeitlichen Intervalle der Kontrollen nehmen mit Abstand zur Synovialektomie bei unauffälligem Verlauf zu.

3 Spezielle Krankheitsbilder

3.1 Arthrose

Die Datenlage zur Sicherheit und Wirksamkeit der Synovialektomie bei der Arthrose ist äußerst beschränkt. Die derzeit gültigen Leitlinien „Coxarthrose“ (Hüftarthrose) und „Gonarthrose“ (Kniearthrose) nennen die Synovialektomie nicht als therapeutische Aktion. Eine Empfehlung zur Anwendung der Synovialektomie bei Arthrose kann derzeit nicht gegeben werden.

3.2 Entzündlich-rheumatische Erkrankungen (wie rheumatoide Arthritis [adulte Form], Morbus Bechterew (Spondyloarthritis))

Leitsymptom der rheumatoiden Arthritis (RA) sowie der peripheren Arthritis im Rahmen der Spondylarthritis (SpA) ist die Synovialitis, die sich sowohl innerhalb der Gelenkkapsel (*intraartikulär*) als auch außerhalb der Gelenkkapsel (*extraartikulär*) im Bereich der Sehnen und Sehnencheiden (Teno-Synovialitis) manifestieren kann.

Die Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen erfolgt in erster Linie medikamentös. Wenn sich ein einzelnes oder wenige Gelenke der ansonsten erfolgreichen medikamentösen Therapie widersetzen (therapie-resistente Synovialitis), können eine RSO (siehe Abschnitt 4) oder die Synovialektomie als zusätzliche Maßnahmen in Erwägung gezogen werden. Zur Definition einer therapie-resistenten Synovialitis bedarf es einer interdisziplinären Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Fachdisziplinen.

Bei gesicherter rheumatoider Arthritis oder peripherer Gelenkbeteiligung im Rahmen einer seronegativen Spondylarthritis ist die Radiosynoviorthese (siehe Abschnitt 4) eine zugelassene und etablierte *Lokaltherapie*.

Die Arthro-Synovialektomie kann sowohl in frühen Stadien (geringe Schädigung des Gelenks) als auch bei bereits fortgeschrittener Schädigung des Gelenks bei therapie-resistenten Gelenken in Erwägung gezogen werden.

Die Indikation zur Teno-Synovialektomie wird gestellt, um eine durch die Entzündung hervorgerufene Schädigung von Sehnen zu vermeiden (Vergleiche Abschnitt 3.3).

3.3 Tenosynovialitiden (Entzündungen der Sehnen / Sehnencheiden)

Eine Teno-Synovialitis ist meist mechanisch bedingt. Ursachen können das Vorhandensein abnormaler körperlicher Veränderungen (z.B. Geschwulste) oder mechanische Überbeanspruchungen oder mechanische Schädigungen großen und kleinen Ausmaßes sein.

Ebenso können die Rheumatoide Arthritis, andere *systemische* Gelenkerkrankungen und Infektionen zu dieser Erkrankung führen. Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung ist unerlässlich, da eine falsche oder verspätete Diagnose und Behandlung der Teno-Synovialitis potentiell zum Fortschreiten der Schäden bis hin zum Sehnenriss führen wird. Im Rahmen fuß- oder handchirurgischer Eingriffe ist die Kombination mit Teno-Synovialektomien bewährt und etabliert.

3.4 Juvenile idiopathische Arthritis (JIA)

Vergleichende Studien einer Synovialektomie gegenüber medikamentösen Therapien bzw. *intraartikulären Kortisoninjektionen* liegen nicht vor. Allerdings liegen zahlreiche Einzelfallberichte über erfolgreiche Verläufe bei therapie-resistenter JIA vor. Die Entscheidung zur Synovialektomie bei Verläufen, die nicht auf eine medikamentöse Therapie ansprechen, ist daher eine Einzelfallentscheidung.

3.5 Kristallinduzierte Arthritiden (z.B. Chondrokalzinose, Gicht)

Die Therapie der kristallinduzierten Arthritiden erfolgt in aller Regel nicht operativ, sondern durch *lokale* oder *systemische* Gaben von *Kortison*, *NSAR* und weiteren schmerz- und entzündungshemmenden Maßnahmen.

3.6 Synoviale Chondromatose

Bei der synovialen Chondromatose soll eine Synovialektomie in Kombination mit der Entfernung sämtlicher freier Gelenkkörper erfolgen.

3.7 Tenosynovialer Riesenzelltumor (TSRZT)

Beim TSRZT soll eine Synovialektomie durchgeführt werden. Als *Rezidivprophylaxe* ist die *postoperative* RSO (siehe Abschnitt 4) in Deutschland eine zugelassene Indikation. Der Zeitpunkt der RSO sollte für einen optimalen Therapieerfolg etwa 6-8 Wochen nach der operativen Synovialektomie liegen. Somit ist eine vollständige Wundheilung gesichert und es liegt noch kein nennenswertes erneutes Wachstum der Synovialis vor.

Die Erkrankung wurde früher als „pigmentierte villonoduläre Synovialitis“ (PVNS) bezeichnet.

3.8 Lipoma arborescens (LA)

Das LA geht in der Regel mit schmerzlosen Schwellungen und wiederkehrenden Gelenkergüssen einher. Sie tritt gemeinsam mit einer Vielzahl anderer Gelenkerkrankungen auf (z.B. rheumatoide Arthritis, Arthrose, Gicht, Trauma und Hypothyreose). Beim Lipoma arborescens kann eine Synovialektomie erfolgen.

3.9 Synoviales Hämangiom

Eine vollständige Entfernung der Hämangiome (Synovialektomie und Entfernung der veränderten Blutgefäßzellen) wird angestrebt, um die sekundäre Gelenksschädigung durch einen regelmäßig wieder auftretenden Bluterguss im Gelenk zu vermeiden.

3.10 Hämophilie (Bluterkrankheit)

Die RSO (siehe Abschnitt 4) ist die Therapie der ersten Wahl bei Synovialitis aufgrund von Bluterkrankheit. Sie soll frühzeitig geplant werden.

Führen die nicht-operativen Verfahren wie z.B. die Behandlung der Hämophilie und eine Radiosynoviorthese nicht zum Erfolg, soll eine Synovialektomie durchgeführt werden. Diese kann *arthroskopisch* oder *offen* durchgeführt werden. Ein *arthroskopischer* Eingriff ist dem *offenen* Verfahren vorzuziehen.

3.11 Septische Arthritis

Es liegt eine Infektion des Gelenks durch Bakterien vor, die über den Blutkreislauf in die Gelenke gelangt sind oder direkt in das Gelenk gelangt sind (z.B. bei einem Unfall). Nach medizinischen Eingriffen besteht ebenfalls ein geringes Risiko, dass es im Nachgang zum Eingriff zu einer Infektion im Gelenk kommt. Personen mit entzündlichen Synovialerkrankungen haben dabei, unabhängig von der zusätzlichen medikamentösen Therapie, ein deutlich höheres Risiko zur Entwicklung einer septischen Arthritis.

Behandlung bei Erwachsenen

Die akute bakterielle Gelenkinfektion stellt eine Notfallsituation dar, die eines sofortigen chirurgischen Eingriffes bedarf. Bei einem chronischen Infekt ist gegebenenfalls zunächst eine weiterführende Diagnostik zur Planung des operativen Eingriffs gerechtfertigt.

Zur operativen Therapie der septischen Arthritis gehört die ausgiebige Spülung des Gelenks („Lavage“), ggf. mit Wundschläuchen und Einsetzen eines Reservoirs, das mit entsprechenden Medikamenten beladen ist.

Die Notwendigkeit einer Synovialektomie wird im Allgemeinen bei begleitender, deutlich ausgeprägter Synovialitis gesehen.

Ob dabei die *offene* oder *arthroskopische* Operation zu favorisieren ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab. In der Regel ist es so, dass die großen Gelenke wie Schulter, Ellenbogen, Handgelenk, Hüfte, Knie und Sprunggelenk einem *arthroskopischen* Verfahren gut zugänglich sind, während die kleinen Finger- und Fußgelenke primär mit Schnitt behandelt werden sollten.

In Abhängigkeit des *postoperativen* Verlaufs sind gegebenenfalls mehrmalige Folgeeingriffe (*Revisions-Eingriffe*) nötig. Eine *Bakerzyste* als mögliches Keimreservoir sollte immer entfernt werden.

Behandlung bei Kindern

Bei Kindern ist bei kurzem Krankheitsverlauf primär die *Punktion* und eine dem *Punktions*-Ergebnis entsprechende Antibiotikatherapie indiziert. Zusätzliche Maßnahmen ist die Spülung des Gelenks. Die Indikation für die zusätzliche Gelenkspülung besteht bei ausbleibender Besserung nach 24 Stunden oder längerer Krankheitsdauer (Tage). Eine (radikale) Synovialektomie ist bei Kindern in der Regel nicht erforderlich.

Anmerkung: Die Diagnostik und Behandlung von Infektionen nach Gelenkersatz erfordert ein abweichendes Vorgehen und ist nicht Gegenstand dieses Kapitels. Eine Leitlinie hierzu ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Leitlinie Synovialektomie in Arbeit.

4 Radiosynoviorthese (RSO)

Die Behandlung der krankhaft (*pathologisch*) veränderten Gelenkschleimhaut (Synovialmembran) kann durch radioaktive Substanzen, die in das Gelenk (*intraartikulär*) eingeführt werden, erfolgen. Das Verfahren ist unter dem Namen Radiosynoviorthese (RSO) bekannt. Die injizierten radioaktiven Substanzen führen zur Vernarbung der Synovialis wodurch die Synovialis weniger empfindlich wird (Schmerzlinderung). Die Wirksamkeit der RSO hängt von der Ausprägung der Synovialitis und der ggf. bereits vorhandenen knöchernen Veränderungen ab und ist in frühen besser als in fortgeschrittenen Stadien.

Die RSO kann bei folgenden Erkrankungen in Erwägung gezogen werden:

- Rheumatoide Arthritis
- seronegative Spondyloarthritiden (z.B. Morbus Bechterew)
- Nach einer Operation bei TSRZT
- Hämophile Arthropathie

Die Strahlenbelastung durch eine RSO kann allgemein als gering eingestuft werden. Es wird keine Häufung von Krebserkrankungen nach RSO berichtet.

5 Autoren

Michaela Fritsch, Dr. Jürgen Clausen, Dr. Christoph Biehl

6 GLOSSAR

Begriffe, die im Text *kursiv* geschrieben sind, werden im Glossar erläutert

A	
Arthroskopisch	Über winzig kleine Schnitte werden Metallstäbe ins Gelenk eingeführt, an deren Ende Licht, Kamera und Werkzeug sitzen, mit denen die Operation durchgeführt wird. Bei einer arthroskopischen Operation entstehen wesentlich kleinere Wunden als bei einer offenen Operation. Vergleiche „ <i>offen</i> “.
B	
Bakerzyste	Eine Bakerzyste ist eine mit Flüssigkeit gefüllte Zyste in der Kniekehle. Sie entsteht oft in Folge von Meniskus – oder Knorpelschädigungen.
bsDMARD	Siehe DMARD
C	
Cortison	Siehe Kortison
csDMARD	Siehe DMARD
D	
DMARDs	Diese Medikamente werden oft als Basismedikamente bezeichnet. Sie sollen Entzündungen verhindern und die Krankheitsaktivität dadurch umgestalten. Die DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug; Plural = DMARDs) bestehen aus verschiedenen Wirkstoffen. Es gehören dazu Medikamente wie <i>loka</i> oder Biologika. Man unterscheidet die Untergruppen csDMARDs, bsDMARD, tsDMARDs.
E	
extraartikulär	Hiermit werden in der Medizin Strukturen beschrieben, die außerhalb der Gelenkkapsel liegen. Aber auch Krankheitsprozesse, die außerhalb von Gelenken stattfinden, werden so bezeichnet. Ein Beispiel wäre die extraartikuläre Ablagerung von Harnsäurekristallen in der Niere bei einer Gichtkrankung, welche Schmerzen und Organschäden verursachen können.

I	
Immunsuppression	Immunsuppression ist das Eingreifen von außen zur Unterdrückung einer Immunreaktion im Körper. Ein Beispiel wäre die Einnahme von Medikamenten zur Unterdrückung der rheumatischen Erkrankung.
immunsuppressiv	Bei einer immunsuppressiven Therapie wird das Immunsystem mehr oder weniger unterdrückt. Damit soll verhindert werden, dass der Körper sich selbst angreift und sich die rheumatische Erkrankung verschlimmert.
intraartikulär	Hiermit werden in der Medizin Strukturen beschrieben, die innerhalb der Gelenkkapsel liegen. Aber auch Krankheitsprozesse, die innerhalb von Gelenken stattfinden, werden so bezeichnet; zum Beispiel die Ablagerung von Harnsäurekristallen im Gelenk (=Gicht).
K	
Kortison /Cortison	Kortison wird im Körper zu Kortisol umgewandelt, was die eigentlich wirksame Substanz ist. Der Begriff „Kortison“ wird oft (und auch hier) allgemein zur Umschreibung der Medikamentengruppe der „Glucocorticoide“ verwendet. Hierzu gehören z.B. Prednisolon und Dexamethason. Kortison kann oral als Tablette eingenommen werden oder auch direkt in das betroffene Gelenk oder die Sehne durch eine/n Ärztin/Arzt gespritzt werden. Kortisol wirkt entzündungshemmend und auch die Morgensteifigkeit bessert sich bei vielen Patienten durch die Einnahme des Medikamentes.
L	
Lokale Therapien	Hier ist die örtliche Anwendung z.B. einer Salbe auf der entzündeten Stelle gemeint oder die spritze mit Kortison, die direkt in das Gelenk gespritzt wird.
M	
MTX	Methotrexat
N	
NSAR	Zur Medikamentengruppe der NSAR (Nicht steroidale Antirheumatika) gehören verschiedene schmerzlindernde und entzündungshemmende Medikamente. Manche von Ihnen können auch Fieber senken. In der Rheumatologie setzt man aus dieser Gruppe z.B. häufig Diclofenac, Ibuprofen oder Naproxen ein.

O	
offen	Bei einer offenen Operation werden die Haut und die darunterliegenden Gewebe von außen auf- und durchgeschnitten. Auch die Gelenkkapsel muss durchgeschnitten werden, um an die Synovialis zu gelangen. Bei einer arthroskopische Operation entstehen im Gegensatz zur offenen Operation wesentlich kleinere Wunden. Vergleiche „arthroskopisch“.
P	
pathologisch	Krankhaft verändert
postoperativ	Nach oder in Folge der Operation
Punktion	Hier wird mit einer Nadel in das betroffene Gelenk eingestochen und mit einer leeren Spritze die Flüssigkeit aus dem Gelenk gezogen. Diese Flüssigkeit (Punktat) kann in einem Labor untersucht werden und so kann ggf. festgestellt werden, ob Bakterien im Gelenk sind.
R	
Reflexdystrophiesyndrom	Hier handelt es sich um eine chronische neurologische Erkrankung, die unter anderem mit Schmerzen und Sensibilitätsstörungen einhergeht. Sie tritt häufig nach Weichteil- oder Nervenverletzungen auf.
Revisions-Eingriffe	Notwendige Folgeeingriffe nach vorhergehender erster Operation
Rezidivprophylaxe	Hiermit sind alle Maßnahmen gemeint, die verhindern sollen, dass dieselbe Erkrankung erneut auftritt.
S	
Score	Ein „Score“ ist ein Zahlenwert, der zum Beispiel das Ausmaß einer Erkrankung beschreibt.
Sonographie	Ultraschall – Untersuchung z.B. eines Gelenkes oder einer Sehne.
Synovialitis - Score	Der Synovialitis – Score nach Veit Krenn beschreibt die Ausprägung der Entzündung der inneren Gelenkinnenhaut, die von Pathologen in einem Labor unter dem Mikroskop untersucht wird.
Systemisch / Systemische Therapie	Bedeutet „den gesamten Organismus betreffend“. Eine systemische Therapie stellt das Gegenteil einer <i>lokalen</i> („an einer definierten Stelle) oder topischen (oberflächlich / auf der Haut) Therapie dar. Eine systemische Therapie kann ggf. „überall im Körper“ wirken.
T	
tsDMARD	Siehe DMARD

Versionsnummer: 1.0
Erstveröffentlichung: 12/2021
Nächste Überprüfung geplant: 12/2025

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**