

Der Kassenarzt

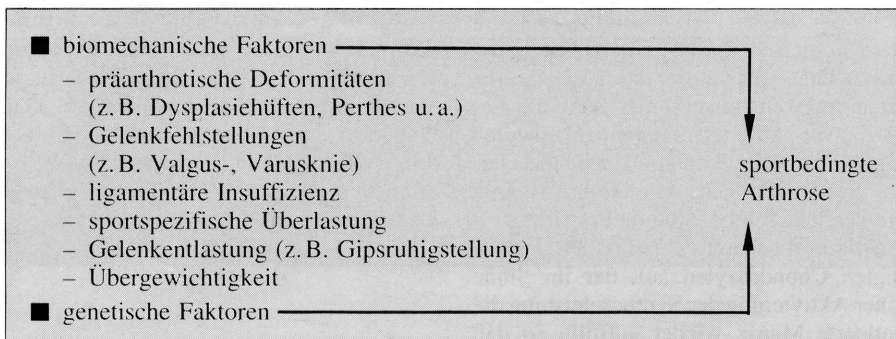
Deutsches Ärztemagazin · Sonderdruck aus Heft 44 (1991) 37-42

Klaus Lehnhardt

Die sportbedingte Arthrose und ihre Behandlung

© Kassenarzt-Verlag GmbH
Werrastraße 4
6000 Frankfurt (Main) 90
Telefon 069/770001

Redaktion
Kastanienstraße 8-10 · Postfach 1920
4670 Lünen 1
Telefon 02306/57057-59



Tab. 1: Sportbedingte Arthrose

- intraartikuläre Frakturen
- chondrale und osteochondrale Einbrüche (Flake fracture) und Aussprengungen (Abb. 1)
- Kreuzbandrupturen mit Gelenkinstabilität und sekundärer Meniskushinterhornschädigung (Abb. 2)
- Meniskuläsionen
- Seitenbandläsionen mit Gelenkinstabilität

Tab. 2: Häufige Verletzungsmuster am Kniegelenk

ten Gipstutor sollte wegen der innerhalb kürzester Zeit auftretenden gelenknahen Muskelminderung mit reaktiver Knieinstabilität und lokaler Osteoporose der Vergangenheit angehören. Interessante Bestätigungen dieser These zeigten tierexperimentelle Untersuchungen mit Gipsruhigstellung an Kaninchenbeinen, wobei sich innerhalb weniger Tage inaktivitätsbedingte Knorpelschädigungen nachweisen ließen.

Vermehrte chondrale Schäden der Gelenke lassen sich jedoch gehäuft auch bei einer Reihe von Sportarten nachweisen, bei denen aufgrund ihrer spezifischen Belastungsspitzen langfristig Gelenkdekom-

pensationen auftreten können (Tab. 3). Technische Disziplinen wie Golf und Speerwurf führen aufgrund ihrer explosiven Hyperextensionsmechanismen zu extremen Gelenkbelastungen und damit zu Ellenbogenarthrosen. Vermehrte Flexionsbelastungen des Kniegelenkes mit Schermechanismen der Kniescheibenrückfläche treten besonders bei Sportkeglern sowie Abfahrtskiläufern wegen der geforderten Knievorlage mit Ausbildung einer Chondromalazie oder späteren Retropatellararthrose auf. Bei einer Reihe von Sportarten führt besonders auch das Umfeld zu gehäuften Knorpelschäden.

So ist die Gefahr einer primären Knie-

- Golfer, Speerwerfer: Ellenbogen
- alpiner Skilauf, Sportkegler: Kniescheibenrückfläche
- Marathonläufer, Hallensportarten wie Volleyball- und Handballspielen: tragende Gelenke

Tab. 3: Sportarten mit spezifischer Gelenkknorpelgefährdung

- posttraumatische Fehlstellung bzw. Instabilität eines Gelenkes
- rez. Gelenkschmerzen nach Sportbelastung mit beginnenden Zeichen einer Arthrose
- sportspezifische Mehrbelastung eines Gelenkes mit Neigung zu Schmerzschüben
- arthroskopisch nachgewiesene Knorpelschäden ohne röntgenologisches Substrat
- familiär nachgewiesene biologische Minderwertigkeit des Gelenkknorpels

Tab. 4: Indikation zur prophylaktischen Knorpelbehandlung bei Sportlern

arthroseentwicklung bei Hallensportarten wie Handball und Volleyball mit ihren extremen Stauchungs- und Torsionsmechanismen deutlich erhöht, ebenso sind tragende Gelenke, z. B. auch das Großzehengrundgelenk beim Marathonläufer, häufig arthrotisch verändert.

Sportarten mit harmonischen Bewegungsabläufen, selbst bei ausgeprägten Kampfsportarten wie z. B. beim Eishockey, führen praktisch nie primär zur Arthroseentwicklung.

Arthrosetherapie

Bei den therapeutischen Überlegungen zur Behandlung von Arthrosen muß unterschieden werden zwischen symptomatischen und kausalen, das heißt chondroprotektiven beziehungsweise regenerativen Maßnahmen.

Der akute Ansatzpunkt ist zunächst immer das schmerzende Gelenk – die gereizte Arthrose –, die eine mehr oder weniger ausgeprägte Synovitis beinhaltet und die aufgrund ihrer Schmerzen den Sportler zum Arzt führt.

Vordringlich muß hier mit physikalischer Therapie, besonders lokalen Eisapplikationen, kühlenden oder antiphlogistischen Umschlägen und oralen entzündungshemmenden Medikamenten bis hin zur Anwendung sogenannter intraartikulär zu injizierender Antiphlogistika ein klinisch-subjektiv stummer, das heißt reizfreier, Zustand der Gelenkarthrose erreicht werden.

Beim sportaktiven Patienten ergibt sich dann die Frage einer zusätzlichen chondroprotektiven Maßnahme gerade im Hinblick auf weitere sportliche Belastungen. Die Diskussion über Sinn und Unsinn einer derartigen Therapie ist ausgesprochen widersprüchlich.

Nachdem bis vor kurzem eine kausale Arthrosetherapie von der Schulmedizin generell abgelehnt wurde, ist heute die Möglichkeit der Knorpelprotektion, ja sogar der Regeneration unbestritten. Die Entscheidung zu einer derartigen Behandlung beim Sportler sollte in Abhängigkeit von den in Tabelle 4 zusammengestellten Indikationen, zum Teil auch prophylaktisch durchgeführt werden.

Bei der spezifischen Behandlung der sportbedingten Arthrosen mit sogenannten Chondroprotektiva ist immer eine unterstützende Allgemeinbehandlung mit physikalischen Maßnahmen zur Verbesserung der Gelenkdurchblutung und damit Aktivierung des Gelenkstoffwechsels sowie ein konsequentes Aufbautraining der gelenk-

nahen Muskulatur zur stabilen Gelenkführung von größter Wichtigkeit.

Bei der eigentlichen medikamentösen Chondroprotektion erscheint es wesentlich, die „Spreu vom Weizen“ zu trennen. Zweifelhaft erscheint der Wert oraler knorpelstabilisierender Medikamente, die nach dem Prinzip Substitution keine nachweisbare Verbesserung der Knorpelqualität erbringen.

Interessant erscheint die medikamentöse Knorpelbehandlung durch Einflußnahme auf den geschädigten Chondrozyten mit biomolekularen Präparaten wie Ney-Arthros®* und Ney-Chondrin®*, wobei davon ausgegangen werden kann, daß eine positive Einwirkung am ehesten im Sekundärstadium der Arthrosepathologie, das

heißt bei der leichten bis mittleren Form der Knorpelschädigung, möglich ist, in der es zu einer Alteration des geschädigten Chondrozyten mit erhöhter Aktivität degradativer knorpelzerstörender Enzyme und Umkehr der Proteoglykansyntheseleistung kommt. Bei der intraartikulären Anwendung biomolekularer Präparate tritt ein direkt regenerativer Effekt am geschädigten Chondrozyten auf, der im Sinne einer Aktivierung der Syntheseleistung die entleerte Matrix wieder auffüllt, so daß eine Normalisierung des Knorpels und Verbesserung der Knorpelqualität eintritt.

Zusammengefaßt ist festzustellen, daß beim Sport multifaktorielle Ursachen zur Arthroseentwicklung führen können. Wesentlich zur Arthroseprophylaxe ist eine sorgfältige Diagnosestellung und Therapie sportbedingter Gelenkverletzungen bezie-

ungsweise prophylaktische Chondroprotektion bei spezifischen, arthroseauslösenden Sportarten, wobei sich die intraartikuläre biomolekulare Behandlung mit den Präparaten Ney-Arthros® und Ney-Chondrin® aufgrund ihrer biochemischen Wirkprinzipien als äußerst wirksame Behandlungsmethode erwiesen hat.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Klaus Lehnhardt
Orthopädie – Sportmedizin
Salzstraße 2
7737 Bad Dürkheim

* Hersteller: vitOrgan Arzneimittel GmbH,
Postfach 4240, 7302 Ostfildern 1