

Össur Expertenkonsens Gonarthrose

Empfehlungen zum Einsatz der Unloader One® X

Eine leitliniengerechte Behandlung der Gonarthrose ist eine interdisziplinäre Aufgabe, die die Patientinnen und Patienten maßgeblich mit beeinflussen können. Diese sollten neben den ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen über das Krankheitsbild und den individuellen Zustand umfassend aufgeklärt werden. Körperliche Aktivität, Gewichtsreduktion und Bewegungsübungen sind Bestandteile, die im Rahmen einer Basis-Therapie adressiert werden sollten. Eine unzureichende Behandlung kann zu einer Vielzahl weiterer Beschwerden führen. Daher ist es besonders wichtig, die richtige, spezifische Therapie einzuleiten.

Aus diesem Grund hat Össur ein Konsensus-Meeting durchgeführt, um mit renommierten Fachärztinnen und Fachärzten aus aller Welt Empfehlungen zur spezifischen konservativen Therapie zu erarbeiten. Hierzu wurden in Vorbereitung auf ein 1,5-tägiges „Face to Face“-Meeting ein standardisierter Fragebogen an alle

Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Moderatorinnen und Moderatoren, Referentinnen und Referenten versendet, um die aktuellen Strategien zu erfassen und zu analysieren. Die Auswertung der Fragebögen diente als Grundlage für die Diskussion zwischen den Expertinnen und Experten.

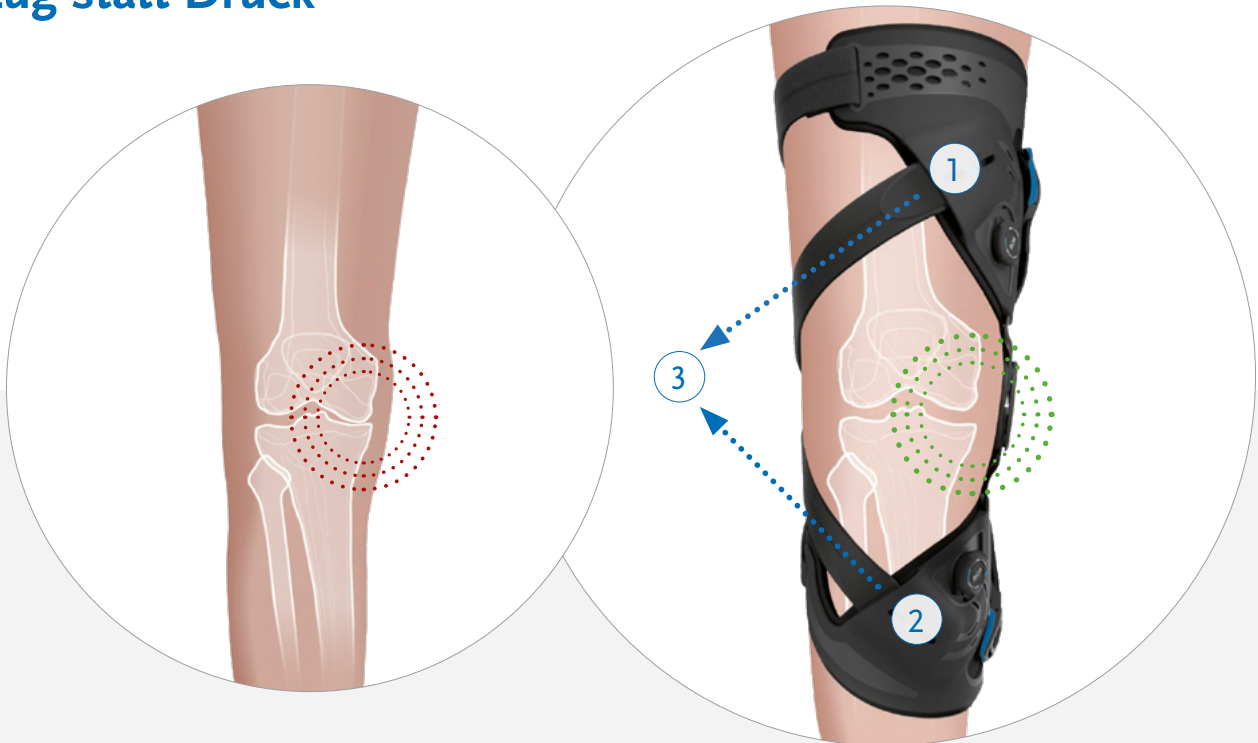
Beispielhaft wurden drei unterschiedliche Patientinnen und Patienten beschrieben und ein Konsens zur spezifischen und leitliniengerechten Therapie erarbeitet und im Rahmen einer Delphi-Runde anschließend konsentiert.

Die Ergebnisse aus den einzelnen Workshops zeigen die Vielfalt und den hohen Anspruch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an eine umfassende und nachhaltige Gonarthrose-Therapieempfehlung bei unterschiedlichen Patientinnen und Patienten.

Es wurden für unterschiedliche Arthrose- und Aktivitätsstadien die entsprechenden Expertenkonsense erstellt.

- ▶ Expertenkonsens – Aktiver Gonarthrose-Patient
- ▶ Expertenkonsens – Junger / mittelalter Gonarthrose-Patient
- ▶ Expertenkonsens – Älterer Gonarthrose-Patient (> 60 Jahre)

Unloader One® X – Zug statt Druck



Össur Entlastungsorthesen zeichnen sich im Vergleich zu konventionellen Entlastungsorthesen durch ein innovatives Behandlungsprinzip aus: Das dynamische 3-Punkt-Wirkprinzip basiert auf einem korrigierenden Zug, durch den der Gelenkspalt geöffnet wird. Die Wirksamkeit wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen.

- Anders als übliche Hartrahmen-Orthesen arbeiten Össur Entlastungsorthesen anstelle von Druck mit einem individuell einstellbaren Zug.
- Die entlastende Wirkung der Össur Entlastungsorthesen erfolgt insbesondere während der Kniestreckung, was zu einer Entlastung in der Standbeinphase führt.
- Bei Hartrahmen-Orthesen und Orthesen mit Druckmechanismus wirkt die Kraft dauerhaft, was den Tragekomfort einschränken kann.

Expertenkonsens – Aktiver Gonarthrose-Patient

Patienteninformation: Aktiver Lebensstil trotz mäßiger Einschränkungen im Alltag

Behandlungsziel: Erhalt des Knorpels und Aufrechterhaltung eines hohen Aktivitätsniveaus

	Akute Phase: Woche 0–6	Sub-akute Phase: Woche 7–12		Fortlaufende Therapie: Woche >13	Kommentare
		Responder	Non-Responder		
Diagnostik					
Röntgen-Aufnahmen bei Belastung, Ganzbeinstandaufnahme	X				
Anamnese	X	X	X	X	
Funktionelle Untersuchung	X	X	X	X	
Sonographie			X		
MRT			X		Bei Gelenkblockierungen auch in der akuten Phase
Sozialanamnese	X	X	X	X	
Sportartspezifische Tests		X		X	
Basistherapie					
Patientenschulung/Anpassung des Lebenswandels	X	X	X	X	
Aqua-Therapie	X	X	X	X	
Krafttraining	X (beschwerdeadaptiert)	X	X	X	
Körperliches Training	X	X	X	X	
Gewichtsoptimierung	X	X	X	X	
Orthopädietechnische Maßnahmen					
Unloader-Orthese	X (brace-test)	X	X	X	
Einlagen (ggf. mit Erhöhung)	X	X	X	X	Innen-/Außenranderhöhung je nach Indikation
Je nach Sportart: Anpassung Schuhwerk/Untergrund	Umstellung/Anpassung	X		X	
Dynamic Taping			X	X	
Gang-/Laufschule		X	X	X	

Expertenkonsens – Aktiver Gonarthrose-Patient

	Akute Phase: Woche 0–6	Sub-akute Phase: Woche 7–12		Fortlaufende Therapie: Woche >13	Kommentare
		Responder	Non- Responder		
Medikamentöse Therapie					
NSAR (oral/topisch)	X				
Paracetamol	X				
I.a. Steroide			X		
DMOADs					
HA			X	X	
PRP			X	X	
Weitere Therapieoptionen					
Physiotherapeutische Maßnahmen	X	X	X	X	
Kältetherapie	X				
Psychologische Beratung	X		X	X	
Operative Therapie					
Arthroskopie					Bei mechanischen Symptomen K & L 2/3
Osteotomie / Re-Alignment					Bei bestehendem Malalignment und bei Versagen der initialen therapeutischen Maß- nahmen

Expertenkonsens – Junger / mittelalter Gonarthrose-Patient

Patienteninformation: Mäßige bis starke Schmerzen und ausreichende Aktivität

Behandlungsziel: Schmerzen lindern und Aktivitätsniveau halten

	Akute Phase Woche 0–6	Sub-akute Phase: Woche 7–12		Fortlaufende Therapie: Woche >13		Kommentare
		Responder	Non-Responder	Responder	Non-Responder	
Diagnostik						
<ul style="list-style-type: none"> Anamnese Klinische Untersuchung Gangbild Röntgen-Aufnahmen bei Belastung (p.a. lateral, Tunnelaufnahme, Ganzbeinstandaufnahme) 	X		X		X	Ganzbeinstandaufnahme bei Varus- /Valgus-Malalignment
Sonographie	Sono bei V. a. Poplitealzyste und bei Schwellungen / Ergüssen					
MRT			Ggf.		Ggf.	
Basistherapie						
<ul style="list-style-type: none"> Gewichtsoptimierung Patientenschulung / Anpassung des Lebenswandels Steigerung der körperlichen Aktivität 	X	X	X	X	X	
Orthopädietechnische Maßnahmen						
Unloader-Orthese			X		X	
Medikamentöse Therapie						
NSAR (oral/topisch)	Topisch, ggf. kurzzeitig oral bei fehlenden Kontraindikationen	Absetzen	Wechsel auf anderes NSAR	Absetzen	Absetzen	
Paracetamol	Optional					
Schwach wirksame Opioide			Ggf.		Dosisanpassung	
Kortikoidinjektionen	Optional		Ggf.		Ggf.	Max. 2 Kortikoidinjektionen

Expertenkonsens – Junger / mittelalter Gonarthrose-Patient

	Akute Phase Woche 0–6	Sub-akute Phase: Woche 7–12		Fortlaufende Therapie: Woche >13		Kommentare
		Responder	Non-Responder	Responder	Non-Responder	
DMOADs						
<ul style="list-style-type: none"> • Glucosamin • Chondroitin 	Optional	Optional	Optional	Optional	Optional	Mindestens über 3 Monate hinweg empfehlen.
<ul style="list-style-type: none"> • Hyaluronsäure (HS) • PRP • Kollagen (oral) 	Optional		X	X	X	Fortlaufende Behandlung mit HS zur Knorpelpräservierung jährlich empfohlen. Bei ausbleibendem Therapieerfolg ggf. Wechsel auf PRP bzw. PRP mit HS.
Weitere Therapieoptionen						
<ul style="list-style-type: none"> • Spa • Yoga • Stoßwelle (Triggerpunkte) • Induktionstherapie • Akupunktur (TCM) • Flossing 	Optional			X		
<ul style="list-style-type: none"> • K-Tape • Bandagen • Eiskompression 	Optional					
Operative Therapie						
Osteotomie			Ggf.		Ggf.	
Arthroskopie					Ggf.	
Gelenkersatz					Ggf.	

Expertenkonsens – Älterer Gonarthrose-Patient (> 60 Jahre)

Patienteninformation: Weniger aktiv, Schmerzen beim Gehen

Behandlungsziel: Schmerzen lindern, Knorpel erhalten und Aktivitätsniveau verbessern

	Akute Phase Woche 0–6	Sub-akute Phase: Woche 7–12		Fortlaufende Therapie: Woche >13		Kommentare
		Responder	Non-Responder	Responder	Non-Responder	
Diagnostik						
<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Untersuchung • Inspektion • Sozialanamnese • Röntgen (bei Belastung, Ganzbeinstandaufnahme) • PROMS • Ganganalyse 	X	X	X	X	X	Bei ausbleibendem Therapieerfolg andere Schmerzursachen z. B. Referred Pain abklären
Sonographie	Sono bei V. a. Poplitealzyste und bei Schwellungen / Ergüssen					
MRT			Ggf.		Ggf.	
Basistherapie						
<ul style="list-style-type: none"> • Gewichtsoptimierung • Patientenschulung / Anpassung des Lebenswandels • Steigerung der körperlichen Aktivität 	X	X	X	X		Spezifisches Muskeltraining, individuelles Trainingsprogramm
Orthopädietechnische Maßnahmen						
<ul style="list-style-type: none"> • Einlagen • Schuhranderrhöhungen • Unloader-Orthese • Ggf. Gehstock 		X		X		

Expertenkonsens – Älterer Gonarthrose-Patient (> 60 Jahre)

	Akute Phase Woche 0–6	Sub-akute Phase: Woche 7–12		Fortlaufende Therapie: Woche >13		Kommentare
		Responder	Non-Responder	Responder	Non-Responder	
Medikamentöse Therapie						
NSAR (oral/topisch)	Topische Anwendung, ggf. oral	Absetzen		Absetzen	Absetzen	
Schwach wirksame Opioide			Ggf.		Dosisanpassung	Absetzen bei Nebenwirkungen, ausbleibendem Therapieerfolg
I.a. Steroide	Optional		Ggf.		Consider	Max. 2 Corticosteroid-Injektionen
Antidepressiva						Überweisung Schmerztherapeut
DMOADs						
<ul style="list-style-type: none"> • Glucosamin • Chondroitin 	Optional	Optional		Optional		Patienten:in über Evidenzlage informieren, mindestens über 3 Monate hinweg empfehlen.
<ul style="list-style-type: none"> • Hyaluronsäure (HS) • PRP 	X		X	X		Fortlaufende Behandlung mit HS zur Knorpelpreservation jährlich empfohlen. Bei ausbleibendem Therapieerfolg ggf. Wechsel auf PRP bzw. PRP mit HS.
<ul style="list-style-type: none"> • Kollagen (oral) • Stammzellen (intra-artikulär) 	Optional	Individuell mit Patient:in zu besprechen, da derzeit keine Evidenz vorliegt.				

Expertenkonsens – Älterer Gonarthrose-Patient (> 60 Jahre)

	Akute Phase Woche 0–6	Sub-akute Phase: Woche 7–12		Fortlaufende Therapie: Woche >13		Kommentare
		Responder	Non-Responder	Responder	Non-Responder	
Weitere Therapieoptionen						
<ul style="list-style-type: none"> • Spa • Yoga • Thai Chi • Kältetherapie • Stoßwelle (Triggerpunkte) • Induktionstherapie • Akupunktur (TCM) • Flossing 	Optional	X		X		
Operative Therapie						
Osteotomie			Ggf.		Ggf.	
Arthroskopie					Ggf.	
Knorpelrepair			Ggf.			
Gelenkersatz					Ggf.	

Internationales Expertengremium

A. Adhikari (UK) • A. Antebi (USA) • A. Anz (USA) • M. Aunger (UK) • J. Baldwin (UK) • T. Beadle (UK) • C. Becher (GER) • T. Billers (UK) • C. Botha (UK) • N. Boyd (UK) • J. Boyer (USA) • W. Bruke (UK) • B. Busfield (USA) • J. Cassens (GER) • S. Chandran (USA) • T. Conrozier (FRA) • P. Crocker (UK) • D. Danneberg (GER) • B. Devitt (AUS) • S. Ferns (UK) • V. Ford (UK) • J. Griffiths (UK) • M. Hadod (GER) • A. Hamadou (GER) • H. Hassouna (UK) • A. Hegab (UK) • P. Heinzelmänn (GER) • A. Kamath (USA) • Y. Kordofani (UK) • M. Korkola (USA) • J. Kozdryk (UK) • W. Kregher (GER) • R. Kruse (USA) • M. Lal (UK) • P. Lee (UK) • J. Lisk (UK) • A. Makinde (USA) • C. Minshull (UK) • K. Moholkar (UK) • K. T. Naik (UK) • M. Niederhaus (GER) • B. Nistor (UK) • C. Oliva (UK) • L. Oliver-Welsh (UK) • A. Panero (USA) • A. Patel (USA) • S. Patel (IND) • B. Pietrosimone (USA) • W. Potthast (GER) • T. Rindlisbacher (CAN) • J. Saksena (UK) • M. Schwellnus (SA) • S. Smallbone (UK) • C. Stolz (GER) • L. Strong (UK) • S. Stubbs (UK) • P. Trikha (UK) • A. Vajramani (UK) • J. Wagner (GER) • D. Wang (USA) • S. Whalen (USA) • T. Williams (UK) • R. Yallapragada (UK)

Quellen:

1. Osteoarthritis: Care and management in adults [Internet] [cited 2014 Jul 21]. Available from: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG177>
2. Stöve J, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), 2018. Gonarthrose S2k Leitlinie, AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin, download 04.04.2018
3. Moyer R, Birmingham T, Marriott K, Bryant D, Leitch K, Giffin J, Marriot K, Leitch M. Valgus bracing for knee osteoarthritis: a meta-analysis of randomized trials. *Arthritis Care & Research*. 2015;67(4), 493–501.
4. Gohal C, Shanmugaraj A, Bedi A, Adili A, Khan M. Effectiveness of Valgus Offloading Knee Braces in the Treatment of Medial Compartment Knee Osteoarthritis: A Systematic Review, *Sports Health*. 2018; 10(6):500-514
5. Phillips et al. (2016) Treatment of Osteoarthritis of the Knee with Bracing: A Scoping Review. *Orthopedic Reviews* 2016; volume 8.
6. Briggs KK, Matheny LM, Steadman JR. Improvement in quality of life with use of an unloader knee brace in active patients with OA: a prospective cohort study *J Knee Surg*. 2012 Nov; 25(5):417-21.