

Hans-Dieter Carl

Gelenkerhaltende Rheumachirurgie

Zusammenfassung:

Die gelenkerhaltende Chirurgie bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wurde durch die enormen Fortschritte in der medikamentösen Behandlung möglich. Die historisch häufig indizierten gelenkersetzenden Eingriffe wie Arthrodesen und Gelenkersatzoperationen können immer häufiger verlassen werden, zugunsten von gelenkgehaltenen Verfahren aus der klassischen orthopädischen Chirurgie. Die folgende Übersichtsarbeit fasst den aktuellen Stand der Wissenschaft zu gelenkerhaltenden Eingriffen bei entzündlich rheumatischen Grunderkrankungen zusammen.

Schlüsselwörter:

Gelenkerhaltende Chirurgie, rheumatoide Arthritis, Operation, Orthopädie

Zitierweise:

Carl H-D: Gelenkerhaltende Rheumachirurgie

OUP 2025; 14: 227-229

DOI 10.53180/oup.2025.0227-0229

Allgemeiner Teil

Versorgungssituation in der Rheumatologie

Sowohl die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) als auch die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) haben auf die prekäre Versorgungssituation für Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen hingewiesen [1, 2]. Dies verdeutlicht ein Blick auf die aktuellen demografischen Zahlen: Derzeit leben bundesweit etwa 65 Millionen erwachsene Bürgerinnen und Bürger. Bei einer Prävalenz der rheumatoiden Arthritis von etwa 1 % bedeutet dies, dass bundesweit alleine von dieser Erkrankung etwa 650.000 Menschen betroffen sind. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie weist derzeit etwa 1750 Mitglieder auf, wovon mindestens 20 % nicht mehr beruflich aktiv sind. Auf die verbleibenden etwa 1400 Mitglieder dieser Fachgesellschaft entfallen dann etwa 465 Patientinnen und Patienten, die es fachgerecht zu versorgen gilt. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie hat derzeit etwa 170 Mitglieder, sodass bei der gleichen An-

nahme von 80 % in der Patientenversorgung aktiven Mitglieder jeweils etwa 4800 Patientinnen und Patienten zu versorgen sind. Diese Zahlen machen deutlich, welche enorme Kraftanstrengung erforderlich ist, gerade in der orthopädischen Rheumatologie eine qualifizierte Versorgung aufrechtzuerhalten. Hierzu gehören, wie im Memorandum beschrieben, die konservative Therapie der entzündlich rheumatischen Erkrankungen, wie beispielsweise die Orthopädie-schuh-technische Versorgung, Orthesenbehandlung, die ergotherapeutische Beratung zur Hilfsmittelausstattung, physikalische Therapie und Infiltrationsbehandlungen. Elementarer Bestandteil ist auch die frühzeitige Diagnosestellung und Einleitung einer medikamentösen Therapie, um strukturelle Schäden der Betroffenen zu vermeiden [2]. Die vor einigen Jahren vorgeschlagene, jährlich durchzuführende orthopädisch-rheumatologische Basisuntersuchung [3] kann hierfür einen geeigneten Rahmen bieten.

Für eine qualifizierte operative Versorgung rheumatisch bedingter Gelenkveränderungen existieren bundesweit derzeit 11 Spezialzentren für operative Rheumatologie, die von der

DGORh auditiert sind und hierfür unter anderem Mindestmengen in der operativen Versorgung von entzündlich-rheumatischen Krankheitsbildern fordert. In Anbetracht der Entwicklung in den operativen Fachdisziplinen mit zunehmender Spezialisierung auf einzelne Körperregionen und weg vom „rheuma-chirurgischen Generallisten“ erstellt die DGORh derzeit Kriterien für Gelenk- bzw. körperregionbezogene Zertifikate „Rheumachirurgie“, welche letztendlich dazu beitragen sollen, eine flächendeckende rheumachirurgische Versorgung der Patientinnen und Patienten zu sichern.

Indikationsstellung für gelenkerhaltende Rheuma-Chirurgie

Vor dem Siegeszug der DMARDs (Disease modifying antirheumatic drugs), im Besonderen der zielgerichteten (ts-) DMARDs, waren nur wenige rheumachirurgische Eingriffe durchgeführt worden, die einen Gelenkerhalt im weitesten Sinne zum Ziel hatte. Hierzu gehörte die sog. Früh-Synovialektomie, die im Falle einer nur geringen Gelenkschädigung und therapieresistenten Synovialitis indiziert ist. Hiermit konnte im Idealfall die sy-

Joint preserving surgery for patients with rheumatic disorders

Summary: Due to the groundbreaking improvement in the medical treatment of rheumatic disorders, the surgical treatments for such patients have been expanded to joint-preserving surgery, replacing joint-sacrificing arthrodesis and joint arthroplasty. The following summary highlights current concepts of joint preserving surgery for patients with rheumatic disorders.

Keywords: Joint preserving surgery, rheumatoid arthritis, surgery, orthopedics

Citation: Carl H-D: Joint preserving surgery for patients with rheumatic disorders
 OUP 2025; 14: 227–229. DOI 10.53180/oup.2025.0227-0229

noviale Schwellung auf Dauer beseitigt werden, ein echter gelenkerhaltender Effekt dieses Eingriffs wurde wissenschaftlich jedoch nicht belegt [4]. Der unverändert hohe Stellenwert der Synovialektomie und die Indikationsstellung werden im speziellen Teil der Übersichtsarbeit erläutert. Gelenkerhaltende knöcherne Eingriffe aus der klassischen orthopädischen Chirurgie wie kniegelenksnahe Osteotomien oder Osteotomien zur Korrektur von Fußdeformitäten wurden bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen nicht angewendet, weil die fortschreitende und medikamentös nicht ausreichend zu kontrollierende entzündliche Gelenkschädigung erwarten ließ, dass ohnehin in kurzer Zeit ein Gelenkersatz erforderlich werden würde.

Gelenkerhaltende knöcherne Eingriffe bei entzündlichen Gelenkerkrankungen erscheinen also nur dann sinnvoll, wenn eine andauernde Remission angenommen werden kann. Hierfür existieren noch keine allgemein akzeptierten Kriterien. Die aktuellsten Vorschläge der ELUAR aus 2023 [5] beinhalten den swollen joint count (SJC), tender joint count (TJC), den Patients global assessment (PtGA) mit jeweils < 1, alternativ den SJC, TJC, den Patients global assessment (PtGA) und Physicians global assessment (PhGA) mit Werten ≤ 2.8. Der im deutschen Sprachraum am häufigsten eingesetzte DAS 28 (< 2,6 als Kriterium für eine Remission) kann ebenfalls zur Beurteilung herangezogen werden, gegebenenfalls in seiner

Erweiterung zum DAS28 CRP [6]. Zusätzlich zu den genannten Werten könnten sonografische Kriterien definiert werden, die eine subklinische Inflammation von Gelenken [7] erfassen und zu einer verbesserten Selektion geeigneter Patientinnen und Patienten beitragen.

Spezieller Teil

Arthro-Synovialektomie

Auch wenn Synovialektomien ebenso wie endoprothetische Eingriffe bei Rheumatikern mittlerweile deutlich seltener durchgeführt werden [8], sind sie nach wie vor im Spektrum der operativen Rheumatologie bedeutsam. Selbst bei wohlwollender Schätzung der Remissionsrate entzündlicher Erkrankungen von etwa 75 % verbleiben die restlichen 25 % der Betroffenen, in absoluten Zahlen über 160.000 Patientinnen und Patienten bundesweit, welche aufgrund des Krankheitsverlaufs potenzielle Kandidaten für eine Arthro- oder Tenosynovialektomie darstellen. Die Indikation zur Arthro-Synovialektomie ist unverändert gegeben bei der sog. therapierefraktären Synovialitis eines Gelenkes [9]. Eine aktuelle S2k-Leitlinie zur Synovektomie mit präziser Darlegung der Indikationen und Kontraindikationen liegt vor [10]. Die intradisziplinäre Zusammenarbeit von internistischer und operativer Rheumatologie ist für die Indikationsstellung zur Synovialektomie unverzichtbar, wie sie im klinischen Alltag beispielsweise im Rahmen der ASV Rheumatologie abgebildet wird. Auch

bei den 2026 anstehenden Leistungsgruppen zur Vergütung stationärer Behandlungen wird für die Leistungsgruppe „Komplexe Rheumatologie“ vom Gesetzgeber ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie gefordert [11].

Gelenkerhaltende Chirurgie des rheumatischen Fußes

Für gelenkerhaltende Eingriffe bei rheumatischen Fußdeformitäten ist die externe Evidenz am größten, wobei die überwiegende Anzahl der Studien aus dem asiatischen Raum stammt [12]. Hierfür werden proximale, diaphysäre oder distale Korrekturosteotomien des 1. Strahls kombiniert mit Weichteilkorrekturen, Sehnen transfers und/oder Osteotomien für den 2. bis 5. Strahl. Bei den Studien handelt es sich zu meist um Fallserien. Ein Kohortenvergleich aus dem Jahr 2021 beschreibt bessere funktionelle Ergebnisse und eine geringere Rezidivrate der Hallux valgus-Deformität bei gelenkerhaltenden Techniken im Vergleich zur Resektionsarthroplastik [13]. In einem Kohortenvergleich aus dem Jahr 2024 wird beschrieben, dass gelenkerhaltende Eingriffe auch bei fortgeschrittener Gelenkschädigung (Larsen Stadium 3 und 4) über einen mittleren Beobachtungszeitraum von 40 Monaten zu einer vergleichbaren klinischen Verbesserung führen wie bei geringer Gelenkschädigung (Larsen Stadium 1 und 2) [14].

Kniegelenkserhaltende Rheuma-Chirurgie

Bezüglich kniegelenksnaher Osteotomien zur Deformitäten-Korrektur bei entzündlichen Gelenkerkrankungen liegen lediglich Fallberichte vor. Eine Fallserie mit $n = 2$ von valgusierender open wedge Tibiakopf-Osteotomie bei RA-Patientinnen und -Patienten unter Kombinationstherapie (MTX, Abatacept, Prednisolon bzw. MTX und Golimumab) zeigte zufriedenstellende Ergebnisse im Zweijahres-Follow-up, sodass die Autoren vorschlagen, gelenkerhaltende Osteotomien bei einem ausgewählten Patientengut auch bei RA durchzuführen [15]. Keine Evidenz findet sich zur Frage, ob sich die verschiedenen Operationstechniken (z.B. aufklappende oder zuklappende Osteotomie am Tibiakopf) hinsichtlich ihrer Eignung bei Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischer Erkrankung unterscheiden.

Ebenso findet sich keine Evidenz zur Verwendung eines partiellen Kniegelenksersatzes (Patellofemorallersatz, unikondyläre Schlittenprothese, individueller Oberflächenersatz) bei entzündlichen Gelenkerkrankungen.

Zusammenfassung

Die Fortschritte in der medikamentösen Behandlung von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen legen nahe, dass gelenkerhaltende Operationsverfahren aus der klassischen orthopädischen Chirurgie auch in diesem Patientenkollektiv angewendet werden können. Die externe Evidenz ist für gelenkerhaltende Chirurgie des Rheumafußes gut, für andere Gelenke quasi nicht existent. Nach Einschätzung des Autors ist gelenkerhaltende Rheumachirurgie gerechtfertigt im Falle einer stabilen Remission und nach suffizienter Patientenaufklärung.

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Das Literaturverzeichnis zu diesem Beitrag finden Sie auf:
www.online-oup.de.



Foto: privat

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Hans-Dieter Carl
Krankenhaus Martha-Maria
St. Theresien
Stadenstraße 58
90491 Nürnberg
hans-dieter.carl@martha-maria.de



Unser Goldstandard für die Premium Reha

Die Villa Aurelia steht für medizinische Kompetenz in der orthopädischen Rehabilitation. Unser Therapiekonzept verbindet orthopädische und chirurgische Expertise mit individueller Zuwendung und integrativen Verfahren. Für zuweisende Kolleginnen und Kollegen sind wir ein verlässlicher Partner in der postoperativen Weiterbehandlung.

Premium Reha bedeutet: eine nachhaltige funktionelle Wiederherstellung, unterstützt durch Naturheilkunde, Stressreduktion und ein gastfreundliches Umfeld auf Hotelniveau.



Weitere Informationen und Ansprechpartner
finden Sie auf unserer neuen Zuweiseite.
zuweiser.roemberbad-klinik.de

Villa Aurelia

Römerbad Klinik für Orthopädie, Physikalische und Rehabilitative Medizin
Römerstraße 15 | 93333 Bad Gögging



**„In der Reha muss sich der ganze Mensch erholen!
Nicht nur das Gelenk!“**

Markus Wasmeler
Doppel-Olympiasieger
und Ski-Weltmeister
Botschafter der Villa Aurelia

www.premium-reha.de