

# Intraartikuläre Kortikosteroide bei Kniearthrose

**In einem aktualisierten Cochrane-Review waren intraartikuläre Kortikosteroide im Vergleich zu Scheininjektionen bei Kniearthrose mit einer etwas besseren Wirksamkeit im Hinblick auf die Schmerzlinderung und die Funktionalität des Knies verbunden. Da die Evidenzqualität der ausgewerteten Studien jedoch als gering eingestuft wurde, bleibt der Nutzen dieser Behandlungsoption weiterhin unklar.**

## Cochrane Database Systematic Reviews

Während einer fortschreitenden Kniegelenk-arthrose kommt es zur Knorpeldegeneration und zu einer Abflachung der Gelenkoberfläche. Gleichzeitig wird im Gelenk mehr Knochenmasse gebildet. Diese Prozesse sind mit Schmerzen und einer zunehmenden Versteifung des Gelenks verbunden. Die Kniearthrose gehört daher zu den häufigsten Ursachen chronischer Schmerzen und eingeschränkter Beweglichkeit. Bei der Arthrose handelt es sich vorwiegend um ein degeneratives Geschehen. Die Datenlage weist jedoch darauf hin, dass zumindest phasenweise auch eine entzündliche Komponente vorhanden sein kann. Zur Behandlung der Kniearthrose werden deshalb seit mehr als 50 Jahren antientzündlich wirkende intraartikuläre Kortikosteroide appliziert. Am häufigsten kommen Triamcinolon (Kenacort A®, Kenacort-A Solubile®, Ledermix®) und Methylprednisolon (Medrol® und Generika) zum Einsatz. Trotz der langjährigen Anwendung werden die Wirksamkeit und die Sicherheit dieser therapeutischen Option noch immer kontrovers diskutiert.

### Update des Cochrane-Reviews

Im Rahmen der Aktualisierung eines Cochrane-Reviews evaluierten Experten der Cochrane Collaboration den Nutzen und

die Risiken intraartikulärer Kortikosteroide bei Kniegelenkarthrose im Vergleich zu Scheininjektionen oder zu keiner Behandlung. Dazu werteten sie randomisierte und quasi-randomisierte Studien aller Sprachen aus, die bis zum 3. Februar 2015 publiziert worden waren.

Als Endpunkte definierten die Forscher Schmerzen und die Funktionalität des Knies sowie die Lebensqualität, die Gelenkspaltverengung und die Sicherheit. Die kombinierten Studienergebnisse wurden in einer Metaanalyse ausgewertet.

Insgesamt schlossen die Wissenschaftler 27 Studien (darunter 13 neue) mit 1767 Patienten in das Update ein. Die jeweilige Studiendauer reichte von zwei Wochen bis zu einem Jahr. Bei den ausgewerteten Untersuchungen handelte es sich vorwiegend um kleine Studien mit geringer methodischer Qualität und inkonsistenten Ergebnissen. Zudem bestand bei den meisten Studien ein hohes oder ein unklares Verzerrungsrisiko. Die Autoren beurteilten die Qualität der Evidenz daher im Hinblick auf alle Endpunkte als gering.

### Schmerzlinderung

Intraartikuläre Kortikosteroide schienen zur Schmerzlinderung wirksamer zu sein als die Kontrollinterventionen. Die standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD) betrug -0,40 (95% Konfidenzintervall [KI]: -0,58 bis -0,22). Auf der 10 Zentimeter langen visuellen Analogskala (VAS; 0 = keine Schmerzen, 10 = stärkste vorstellbare Schmerzen) betrug der Schmerzunterschied zwischen Patienten, die Kortikosteroidinjektionen erhalten hatten, und denen, die mit Scheininjektionen behandelt wurden, 1 cm (Verbesserung um 2,8 cm [46%] vs. Verbesserung um 1,8 cm [29%]). Daraus ergab sich eine Differenz von 17 Prozent (95%-KI: 10–25) und eine NNTB (number needed to treat for an additional benefit)

von 8 Patienten (95%-KI: 6–13). Eine Stratifizierung der Ergebnisse entsprechend der Studiendauer ergab, dass die Patienten ein bis zwei Wochen nach der Kortikosteroidinjektion eine mässige (SMD: -0,48; -0,70 bis -0,27), in Woche 4 bis 6 eine geringe bis mässige (SMD: -0,41; -0,61 bis -0,21) und nach 13 Wochen eine geringe (SMD: -0,22; -0,44 bis 0,00) Schmerzlinderung verspürten. Nach 26 Wochen war kein schmerzlindernder Effekt mehr festzustellen (SMD: -0,07; -0,25 bis 0,11).

### Funktionalität des Knies

Auch bezüglich der Funktionalität des Knies schienen Kortikosteroidinjektionen wirksamer zu sein als die Kontrollinterventionen (SMD: -0,33; -0,56 bis 0,09). Auf der Skala (0 bis 10) des Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) betrug die Differenz zwischen beiden Gruppen 0,7 Einheiten (Verbesserung um 1,2 Einheiten vs. Verbesserung um 1,9 Einheiten). Daraus errechneten die Forscher eine Differenz von 13 Prozent (95%-KI: 4–22) und eine NNTB von 10 Patienten (95%-KI: 7–33). Ein bis zwei Wochen nach Beendigung der Behandlung war der Nutzen bezüglich der Kniefunktion gering bis mässig (SMD: -0,43; -0,72 bis -0,14), in Woche 4 bis 6 ebenfalls gering bis mässig (SMD: -0,36; -0,63 bis -0,09) und nach 13 Wochen gering (SMD: -0,22; -0,44 bis 0,00) ausgeprägt. Nach 26 Wochen konnte kein Effekt mehr festgestellt werden (SMD -0,13; -0,37 bis 0,10).

### Lebensqualität und Gelenkspaltverengung

Im Hinblick auf die Lebensqualität (SMD: -0,01; 95%-KI: -0,30 bis 0,28) und die Gelenkspaltverengung (SMD: -0,02; 95%-KI: -0,49 bis 0,46) stellten die Forscher keine Unterschiede zwischen beiden Behandlungsgruppen fest. Das Nebenwirkungsprofil beider Behandlungsoptionen war ebenfalls vergleichbar.

### Fazit

Angesichts der geringen Evidenzqualität, der Studienheterogenität und der geringen klinischen Wirksamkeit bleibt der Nutzen von Kortikosteroidinjektionen bei einer Kniegelenkarthrose weiterhin unklar.

### Petra Stöltzing

Quelle: Juni P et al.: Intra-articular corticosteroid for knee osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev 2015; 10: CD005328.

Interessenkonflikte: Alle Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

## MERKSÄTZE

- ❖ Intraartikuläre Kortikosteroide sind zur Schmerzlinderung bei Kniearthrose etwas wirksamer als Scheininjektionen.
- ❖ Intraartikuläre Kortikosteroide sind bezüglich der Kniefunktion etwas wirksamer als Scheininjektionen.
- ❖ Diese Ergebnisse wurden in vorwiegend kleinen heterogenen Studien geringer methodischer Qualität beobachtet.