

**EULAR-Empfehlungen für die Therapie der Hand- bzw. Fingerpolyarthrosen  
(ARD 2007; 66: 377-388 – Übersetzung/Zusammenfassung Dr. J. Sautner, 10/2010):**

OA, Osteoarthritis=Arthrose

- 1) Optimale Therapie von Fingerpolyarthrosen erfordert eine Kombination aus nicht-pharmakologischer und pharmakologischer Therapie, individuell auf den Patienten zugeschnitten.
- 2) Die Behandlung sollte abhängig von der Lokalisation der Arthrose individuell gestaltet werden; Risikofaktoren (Alter, Geschlecht, schädigende mechanische Faktoren); Art der OA (knotig, erosiv, traumatisch), Begleitentzündung; Schweregrad der strukturellen Schädigung; Schmerzausmaß; Handicap und Einschränkung in der Lebensqualität; Komorbidität und Co-Medikation (incl. OA in anderen Gelenken); bzw. die Wünsche und Erwartungen des Patienten.
- 3) Gelenksschutzschulung (Vermeidung von ungünstigen mechanischen Faktoren) zusammen mit einem Übungsprogramm (sowohl Beweglichkeits- als auch Stärkungsübungen) werden für alle Hand-OA-PatientInnen empfohlen.
- 4) Lokale Wärmeanwendung (zB Paraffinwachs, warme Bäder), speziell vor Übungen, und therapeutischer Ultraschall sind wertvolle Behandlungen.
- 5) Splints für die Rhizarthrose und Orthesen, um Lateralabweichungen und Flexionsdeformitäten zu verhindern/korrigieren.
- 6) Lokale Therapie ist gegenüber systemischer zu bevorzugen, speziell bei mildem-moderatem Schmerz und bei Befall weniger Gelenke. Topische NSAR und Capsaicin sind effiziente und sichere Behandlungsmöglichkeiten für Hand-OA.
- 7) Wegen seiner Effizienz und Sicherheit ist Paracetamol (bis zu 4g/Tag) das orale Analgetikum der 1.Wahl und –bei Erfolg- das bevorzugte Langzeitanalgetikum.
- 8) Orale NSAR sollten so niedrig dosiert und so kurz wie möglich bei Patienten, die auf Paracetamol nicht angesprochen haben, gegeben werden. Das Therapieansprechen sollte regelmäßig überprüft werden. Bei Pat. mit erhöhtem gastrointestinalem Risiko sollten nicht-selektive NSAR mit einem Magenschutz oder selektive COX-2-Hemmer (Coxibe) eingesetzt werden. Bei Pat. mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko sind Coxibe kontraindiziert bzw. sollten nicht-selektive NSAR wenn, dann nur mit
- 9) SYSADOA (zB Glucosamin, Chondroitinsulfat, Avocado-Sojabohnen-Extrakte, Diacerein, intraartikuläre Hyaluronsäure) können symptomatisch wirken bei geringer Nebenwirkungsrate, aber die effect sizes sind klein, passende Patienten sind bis dato

Vorsicht eingesetzt werden. nicht definiert worden, bzw. wurden bisher weder klinisch relevante Strukturmodifikation noch pharmakoökonomischer Benefit bestätigt.

- 10) Intraartikuläre Injektionen von langwirksamen Steroiden sind effizient für Aktivierungen von OA, besonders im Trapezometacarpalgelenk.
- 11) Chirurgie (zB Arthroplastik, Osteotomie oder Arthrodesen) ist effizient bei schwerer Rhizarthrose and sollte bei Patienten mit anhaltenden Schmerzen und/oder funktioneller Einschränkung erwogen werden, wenn die konservative Therapie versagt.