

## **EULAR-Empfehlungen für die Therapie der Hüftgelenksarthrose**

**(ARD 2005;64:669-681 – Übersetzung/Zusammenfassung Dr. J. Sautner, Stand 10/2010)**

OA, Osteoarthritis = Arthrose

- 1) Optimales Management der Hüft-OA erfordert eine Kombination aus nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Therapien
- 2) Die Pharmako-Therapie sollte zugeschnitten sein auf:
  - a. Risikofaktoren (Adipositas, mechanische Faktoren, körperliche Aktivität, Dysplasie..)
  - b. Allgemeine Risikofaktoren (Alter, Geschlecht, Co-Morbiditäten, Co-Medikationen)
  - c. Schmerzausmaß, Beeinträchtigung und Handicap
  - d. Ort und Ausmaß des strukturellen Knorpelschadens
  - e. Die Wünsche und Erwartungen des Patienten
- 3) Die nicht-pharmakologische Therapie umfasst regelmäßige Schulung, Training, physikalische Anwendungen und Gewichtsreduktion bei Übergewicht.
- 4) Paracetamol (bis zu 4g/Tag) ist das orale Analgetikum der 1. Wahl für milde-moderate Schmerzen, und bei Effizienz das empfohlene Langzeitanalgetikum
- 5) NSAR; in der niedrigst möglichen Dosierung, sollten zu oder statt Paracetamol gegeben werden; eventuell Coxibe.
- 6) Opiate, mit oder ohne Paracetamol, sind oft eine nützliche Alternative.
- 7) SYSADOA (Glucosaminsulfat, Chondroitinsulfat, Diacerein, Avocado-Sojabohnen-Extrakte und Hyaluronsäure) haben einen symptomatischen Effekt und niedrige Toxizität. Caveats: effect size, Auswahl geeigneter Patienten, klinisch relevante Strukturmodifikation und pharmakoökonomische Aspekte.
- 8) Intraartikuläre Steroidinjektionen (Sonographie- oder Röntgen-gezielt) können bei Pat. mit Aktivierung, die auf NSAR bzw. Analgetika nicht ansprechen, versucht werden.
- 9) Die Osteotomie und Gelenks-erhaltende chirurgische Verfahren kommen bei jungen Patienten mit symptomatischer Hüft-OA, speziell bei Dysplasie oder Varus/Valgus-Deformität in Betracht.
- 10) Der Gelenkersatz muss bei jenen Patienten mit radiographischer Evidenz der Hüft-OA mit Therapie-refraktärem Schmerz und Handicap erwogen werden.