

Prävalenz, Inzidenz und Verlauf der Rhiz- und Skaphotrapezialgelenk-arthrose

Teunissen JS et al. The prevalence, incidence, and progression of radiographic thumb base osteoarthritis in a population-based cohort: the Rotterdam Study. *Osteoarthritis Cartilage* 2022; 30: 578–585. doi:10.1016/j.joca.2022.01.003

Patientinnen und Patienten mit einer Arthrose des Daumensattelgelenks klagen über Schmerzen, Steifigkeit, Kraftverlust sowie eine Behinderung bei Alltagsaktivitäten. Wie hoch sind die Prävalenz und kumulative Inzidenz der radiologisch bestätigten Rhizarthrose und der Arthrose des Skaphotrapezialgelenks in der niederländischen Bevölkerung? Und welchen Verlauf nehmen diese degenerativen Erkrankungen in der Regel?

Diesen Fragen ging ein Forscherteam aus den Niederlanden nach. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler werteten die Daten von 7792 Männern und Frauen aus, die zwischen 1990 und 2001 im Alter von 55 Jahren oder höher in die Kohorte I bzw. II der Rotterdam-Studie eingeschlossen worden waren. Diese noch andauernde prospektive Bevölkerungsstudie untersucht das Auftreten chronischer Erkrankungen und die damit verbundenen Faktoren bei älteren Menschen. Von allen Personen waren bei Studieneinschluss Röntgenaufnahmen beider Hände angefertigt worden. Im weiteren Beobachtungszeitraum – nach 12 Jahren (Kohorte I) bzw. nach 4 Jahren (Kohorte II) – hatten 3804 Personen erneut eine Röntgendiagnostik absolviert. Anhand der Röntgenaufnahmen objektivierte die Forschenden das Arthroestadium mithilfe der Klassifikation nach Kellgren-Lawrence. Von einer radiologisch bestätigten Arthrose im Daumensattelgelenk bzw. im Skaphotrapezialgelenk gingen sie bei einem Kellgren-Lawrence-Grad ≥ 2 aus. Sie prüften, wie viele Personen bereits bei Studieneinschluss entsprechende Röntgenveränderungen aufwiesen, welche Progression diese Läsionen im weiteren Beobachtungszeitraum zeigten und bei wie vielen der ini-

tial gesunden Personen im Verlauf erstmals Arthroestadien auftraten.

Ergebnisse

Die Studienteilnehmenden waren im Schnitt 65,3 Jahre alt und 56,2% waren Frauen. Bei Studieneinschluss wiesen 1977 Personen (25,3%) radiologische Zeichen der Rhizarthrose und 1133 (14,5%) radiologische Zeichen der Skaphotrapezialgelenkarthrose auf. Bei beiden Erkrankungen war die Prävalenz bei den Frauen signifikant höher als bei den Männern (altersadjustierte Odds Ratio 1,98; 95% KI 1,77–2,21 bzw. 2,00; 95% KI 1,74–2,29) und nahm mit jedem Jahr um 8 bzw. 6% zu (geschlechtsadjustierte Odds Ratio 1,08; 95% KI 1,07–1,08 bzw. 1,06; 95% KI 1,05–1,07). 512 Personen entwickelten im Verlauf eine radiologisch bestätigte Rhizarthrose und 167 eine Skaphotrapezialgelenkarthrose. Frauen waren diesbezüglich erneut häufiger betroffen als Männer. Die Mehrzahl (85,4%) der inzidenten Rhizarthrosen war leichtgradig (Kellgren-Lawrence-Grad 2), wogegen die Mehrzahl (86,8%) der Skaphotrapezialgelenkarthrosen eine mäßige bis schwere Ausprägung zeigte (Kellgren-Lawrence-Grad 3/4). 100 Personen mit einer vorbestehenden Rhizarthrose und 17 Personen mit vorbestehender Skaphotrapezialgelenkarthrose erlitten im Verlauf der Beobachtungsphase einen Krankheitsprogress. In 88 bzw. 23,5% dieser Fälle handelte es sich dabei um Personen mit einem initialen Kellgren-Lawrence-Grad 2. Eine vorbestehende Sattelgelenkarthrose erhöhte das Risiko für eine simultane Skaphotrapezialgelenkarthrose um das Vierfache und umgekehrt (alters- und geschlechtsadjustierte Odds Ratio 4,06; 95% KI 3,54–4,66). Ferner stieg bei einer initialen Sattelgelenkarthrose die Wahrscheinlichkeit für eine spätere Skaphotrapezialgelenkarthrose.

FAZIT

Ein erheblicher Anteil der älteren niederländischen Bevölkerung weist radiologische Arthroestadien im Daumensattel- oder Skaphotrapezialgelenks auf, so das Fazit der Autorinnen und Autoren. Eine Rhizarthrose stellt dabei offenbar einen starken Prädiktor für eine spätere Skaphotrapezialgelenkarthrose dar. Ihrer Ansicht nach muss nun unter anderem geklärt werden, bei welchen Betroffenen die radiologische zu einer symptomatischen Arthrose fortschreitet.

Dr. med. Judith Lorenz, Künzell