

Stellungnahme und Kommentierung der Informationsbroschüre: „Mehr Wissen – Wie wird ein Meniskusriss behandelt?“ (Herausgeber: IQWiG)

AGA, DKG, BVASK

28.7.2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei finden Sie eine Stellungnahme zur Gesundheitsinformation „Mehr Wissen – Wie wird ein Meniskusriss behandelt?“ des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Wir begrüßen die Bemühungen, Informationen bezüglich der aktuellen Behandlungsstandards im Bereich der Meniskuserkrankungen zusammenzuführen und diese entsprechend des aktuellen Wissensstands der medizinischen Fachliteratur zu diskutieren. In den letzten Jahren wurde eine wichtige Diskussion bezüglich der Behandlungsstrategien bei Meniskusverletzungen geführt, die entsprechend der vorliegenden Fachliteratur zu Anpassungen der Behandlungsalgorithmen und der Verfassung neuer Leitlinien geführt hat. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat hierzu im Jahre 2015 eine neue S2k Leitlinie publiziert [14], die European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy, welches die größte europäische Fachgesellschaft darstellt, hat ebenfalls ein Consensus Paper im Jahre 2017 zur Behandlung von degenerativen Meniskuserkrankungen publiziert [1]. In Anbetracht dieses Wissensstands möchten wir die aktuelle Veröffentlichung des IQWiG zum Meniskusriss und Meniskusschaden kommentieren.

- 1.) Auf Seite 1 findest du im ersten Absatz der Satz „Bei verschleißbedingten Meniskusrissen hilft eine Operation nicht“. Diese Aussage ist mit der aktuellen Fachliteratur nicht haltbar. Es ist korrekt, dass die klinischen Beschwerden bei Meniskusrissen in Kniegelenken mit fortgeschrittenen arthrotischen Veränderungen durch eine Arthroskopie nicht erfolgreicher als durch eine nicht-operative Therapie behandelt werden können. Auch hier stellen jedoch Ausnahmen die Gelenke dar, bei denen eine Gelenkblockade durch das Einklemmen von Meniskusanteilen zu beobachten ist. Hier wird entsprechend geltender deutscher und europäischer Leit- und Richtlinien ein operatives Vorgehen empfohlen [1, 14]. Der degenerative Meniskusriss in einem nicht oder nur gering arthrotisch geschädigten Kniegelenk kann bei einer Versagerrate von 15-35% im Zeitraum von 6 Monaten unter konservativer Therapie ausheilen. Bei den Patienten, bei denen es zu einem Versagen der konservativen Therapie gekommen ist, kann durch einen operativen Eingriff dann eine signifikante Beschwerdelinderung und Funktionsverbesserung erreicht werden [4, 6, 7, 10].
- 2.) Auf Seite 2, Absatz 2, findet sich die Aussage: „Wenn das Knie instabil ist, kann es durch eine Stütze (Knieorthese) stabilisiert werden.“ Diese Aussage lässt sich durch den aktuellen medizinischen Wissensstand nicht belegen. Primär führen Meniskusverletzungen bei isoliertem Vorliegen, nicht zu einer Gelenkinstabilität, sei denn, es ist zu einem kompletten Abriß der Aufhängung des Meniskus an seiner Wurzel mit Dislokation des Meniskus gekommen. Diese Patienten müssen aber umgehend einer operativen Versorgung zugeführt werden und können nicht konservativ behandelt werden. Der Einsatz von Orthesen bei Meniskusrissen, die konservativ behandelt werden, konnte bisher nicht als medizinisch sinnvoll belegt werden. Es gibt biomechanische Untersuchungen, dass spezielle, sehr kostenintensive Rahmen-Orthesen mit der Funktion einer Entlastung des inneren oder äußeren Gelenkbereichs, eine Verringerung der Meniskusbelastung erlauben können [8]. Dieses Konzept kommt aber bisher nur in der

Arthrosetherapie und postoperativen Behandlung von Meniskusrekonstruktionen zur Anwendung und ist entsprechend belegt. Eine allgemeine Empfehlung eine beliebige Orthese zur konservativen Behandlung von Meniskusläsionen hieraus abzuleiten, ist sachlich nicht korrekt. In Ihrer Broschüre schreiben Sie: „Generell gilt, dass eine kräftige Muskulatur das Knie stützt“. Dies ist eine Aussage, welche wissenschaftlich so nicht belegbar ist. Eine ungezieltes Auftrainieren der Muskulatur ist nicht sinnvoll, was Ihre Aussage implizieren würde. Vielmehr sind eine Verbesserung der Koordination, Propriozeption und neuromuskulären Steuerung in Kombination mit einem gezielten Muskelaufbau hilfreich und indiziert.

- 3.) Auf Seite 3 findet sich eine Tabelle. Die Aufführung der Kriterien für die operative und konservative Therapie ist unvollständig. In der Zeile „Größe und Art des Risses“ fehlt bei operativer Indikation die Ergänzung „sämtliche Risse mit Blockadeerscheinungen des Kniegelenkes, sog. dislozierte Risse, sowie die Meniskuswurzelläsionen. Bei konservativer Therapie steht „kleiner Riss im äußeren Bereich des Meniskus, der von selbst heilen kann“. Diese Aussage ist nicht korrekt. Korrekt wäre die Formulierung von kleinen Rissen, die klinisch nicht symptomatisch sind. Dabei ist es unabhängig vom Ort des Risses. Tatsächlich sind die häufigsten asymptomatischen Risse im Bereich der inneren Zone des Meniskus, da hier die Lastaufnahme am geringsten ist. Risse in der äußeren Peripherie sind deutlich höheren Kontaktdrücken ausgesetzt, was sich aus der Anatomie und Morphologie des Meniskus ergibt, und sind daher viel seltener asymptomatisch. In der Zeile „Mögliche Folgen“ wird in der Spalte „operative Therapie“ angegeben, dass „Der Meniskusriss geht mit einem erhöhten Risiko für Kniearthrose einher, zum Beispiel, weil der Riss groß ist“. Diese Aussage ist nicht vollständig korrekt. Das primäre Problem ist, dass Art und Lokalisation des Risses primär Schmerzen verursacht, die durch eine konservative Therapie häufig nicht erfolgreich zu behandeln sind, dann wenn durch das Dislozieren des Meniskus im Rissbereich es zu mechanischen Symptomen kommt. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten, die einen primär symptomatischen Meniskusriss aufwiesen und konservativ erfolgreich behandelt wurden, im Verlauf von 5 Jahren eine signifikant erhöhte Arthroseentwicklung zeigten als eine meniskusgesunde Vergleichspopulation [2]. Aktuell gibt es keine Untersuchungen, die Rissgröße mit der Entwicklung von Arthrose korrelieren konnten. Entscheidend sind Rahmenfaktoren wie assoziierte Instabilitäten, Beinachsenveränderungen, Belastungserwartung und -verhalten des Patienten, die entscheidend für die Prognose einer Arthroseentwicklung sind.
- 4.) Seite 4, „Welche konservativen Behandlungsmöglichkeiten gibt es ?“. Auch hier ist die Empfehlung des Tragens von Kniebandagen (siehe 2.) medizinisch nicht belegt bzw. trifft nur für bestimmte Rahmenorthese, sog. Unloader, zu. Hier sollte eine entsprechende Korrektur erfolgen.
- 5.) Auf Seite 5 Absatz 2 wird darauf hingewiesen, dass eine physiotherapeutische Therapie hilfreich ist in der konservativen Behandlung von Meniskusverletzungen. Diese Empfehlung ist wichtig. Jedoch fehlt eine Angabe zum Zeitraum der physiotherapeutischen Behandlung, in dessen Rahmen eine erfolgreich Schmerzlinderung erreicht werden kann. Hierzu gibt es eine Vielzahl an Studien, die zeigen konnten, dass nach 3 Monaten einer 2x/Woche stattfindenden Behandlung der Therapieerfolg sich zeigen muss [4, 7, 10]. Basierend auf der aktuellen Literatur sind diese Empfehlungen in das Consensus Paper des ESSKA eingegangen. Diese Ergänzung ist daher wichtig, da eine relevante Anzahl an Patienten, zwischen 15-35%, in diesem Zeitraum nicht erfolgreich behandelt werden konnten, und dann durch einen arthroskopischen Eingriff erfolgreich therapiert werden konnten. Eine solcher Hinweis ist für den Patienten von Bedeutung, um eine realistische Erwartungshaltung schaffen zu können und sollte somit dringend ergänzt werden.

- 6.) Auf Seite 8 Absatz 1 besteht die Aussage, dass „Bislang es nur wenig Studien gibt, die die Vor- und Nachteile einer Meniskusnaht im Vergleich zur Teilentfernung geprüft haben“. Diese Aussage basieren die Autoren auf einer einzigen Publikation von Mutsaerts et al., die versucht haben, ausschließlich Level I Studien zu diesem Thema zu finden. Es ist korrekt, dass es nur eine begrenzte Anzahl an Studien mit diesem Evidenzlevel gibt. Allerdings liegt dies daran, dass heute ausreichende medizinische Literatur vorliegt, die klar belegt, dass die Entfernung von Meniskusgewebe mit einem deutlich erhöhten Arthroserisiko einhergeht. Es liegen ebenfalls eine Vielzahl von Studien vor, die belegen, dass nach Meniskusnaht, eine vergleichbare Arthroseentwicklung nicht zu beobachten ist mit Beobachtungsverläufen von bis zu 20 Jahren [3, 5, 11, 13, 16, 17]. Die aktuellen Leitlinien der AWMF, der anglo-amerikanischen Fachgesellschaften und der ESSKA belegen dies. Daher ist es aktuell ethisch nicht mehr vertretbar und wird von den Ethikkommissionen abgelehnt, entsprechende vergleichende Studien der Meniskusnaht vs. -Meniskusteilresektion durchzuführen. Daher muss diese Aussage korrigiert werden und die Formulierung der entsprechenden Fachliteratur angepasst werden. Entsprechender der vorliegenden Aussage müsste der Patient davon ausgehen, dass ein Nutzen der Meniskusnaht im Vergleich zur Teilresektion nicht vorliegt. Dies ist aber grob falsch.
- 7.) Auf Seite 10 wird die Rehabilitation nach Meniskusnaht beschrieben. Hier wird ein sehr konservatives Behandlungsschema erwähnt, welches heute kaum mehr zur Anwendung kommt. Die Vollbelastung nach Meniskusnaht mit entsprechender Orthese ist in Abhängigkeit des Meniskusrisses zu sehen. Häufig kann eine Vollbelastung schon nach 1 Woche nach Operation stattfinden. Man sollte hier verweisen auf die deutlich längere Rehabilitation als bei Meniskusteilresektion, aber dann entweder variable Zeiträume der Behandlungsstadien angeben und darauf hinweisen, dass diese abhängig von der vorliegenden Schwere der Meniskusuverletzung ist. Alternativ dazu lässt man die Spezifika der Nachbehandlung weg und verweist auf die tatsächlich behandelnden Ärzte, die hier individuell entscheiden müssen.
- 8.) Auf Seite 11, Absatz 2 wird angegeben, dass „die Hälfte der Menschen ein Jahr nach der Operation mit dem Ergebnis zufrieden ist. 15% der Operierten den Eingriff als erfolglos betrachteten“. Die Selektion der hierzu angeführten Literatur scheint mit Vorsatz getroffen worden zu sein. Zum einen wird in dieser Aussage nicht die Meniskusteilresektion von der Meniskusnaht unterschieden. Zum anderen untersuchte eine der Studien (9) ob nach 3 Monaten die Erwartung der Patienten erfüllt werden konnten, welches tatsächlich nur in 59% erreicht wurde. Jedoch ist bekannt, dass die Erholung nach Meniskusoperation häufig längere Zeiträume erfordert bis eine Wiederherstellung von Funktion erreicht werden kann. Es gibt eine erhebliche Anzahl an Studien und Übersichtsarbeiten, die die gesamte Literatur zu diesem Thema zusammenfassen, die Erfolgsraten nach Meniskusoperation nach 1 Jahr mit zufriedenen Patienten > 80% beschreiben [9] [4, 7, 15]. Es ist wichtig, dass den Patienten mitgeteilt wird, welche Erwartungshaltung erreicht werden kann. Die aktuelle Darstellung ist aber grob verzerrend und stellt nicht die Sachlage dar, die aktuell vorliegt. Wichtig wäre eine Ergänzung, dass die Erholungsphase nach einem Meniskuseingriff, vor allem nach Meniskusnaht, Zeiträume > 6 Monate andauern kann.
- Auch der folgende Absatz führt zu keinem Informationsgewinn des Patienten. Dass körperliche Voraussetzungen bei der Erholung wichtig sind, steht außer Frage. Viel entscheidender sind jedoch die Faktoren Gelenkdegeneration, Art der Meniskusoperation neben den rein körperlichen Faktoren wie Gewicht, Beinachse, etc. . Da der vorliegende Absatz keinen Informationsgewinn bietet, sollte er entfernt werden.

- 9.) Seite 12, Absatz 1. „Ein Eingriff kann die Beschwerden bei etwa 10% der Menschen mit degenerativen Meniskusschäden zwar geringfügig lindern. Die Wirkung ist aber begrenzt und hält nur wenige Monate an“. Auch hier wird eine einzige Literaturstelle zitiert, die in keinsten Weise die tatsächliche medizinische Literatur darstellt. Inzwischen gibt es zu dieser Studie drei Kommentierungen großer weltweiter Fachgesellschaften (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28490431>), die die einseitige und durch die aktuelle Literatur nicht zu belegenden Aussagen dieser Studie kritisieren. Es verwundert, warum der Autor dieser Publikation des IQWIG nicht die existierende Literatur erwähnt. Große Übersichtsarbeiten, eine Vielzahl von klinischen Nachuntersuchungsstudien belegen, dass die Beschwerden der Patienten in einem Zeitraum von 6-12 Monaten in >80% erfolgreich reduziert werden können und auch mittelfristig (5 Jahre) erhalten bleiben. [9] [4, 7, 15]. Ähnliche Ergebnisse können auch mit der konservativen Therapie erreicht werden, wobei hier eine größere Zahl an Therapieversagern als bei der operativen Therapie zum Teil zu beobachten waren. Korrekt ist die Feststellung, dass eine Meniskusglättung in einem Gelenk mit arthrotischen Veränderungen keinen langfristigen Nutzen erlaubt [12].

Literatur:

1. Beaufils P, Becker R, Kopf S, Englund M, Verdonk R, Ollivier M, Seil R (2017) Surgical Management of Degenerative Meniscus Lesions: The 2016 ESSKA Meniscus Consensus. *Joints* 5:59–69
2. Englund M, Guermazi A, Roemer FW, Aliabadi P, Yang M, Lewis CE, Torner J, Nevitt MC, Sack B, Felson DT (2009) Meniscal tear in knees without surgery and the development of radiographic osteoarthritis among middle-aged and elderly persons: The multicenter osteoarthritis study. *Arthritis Rheum* 60:831–839
3. Englund M, Roos EM, Roos HP, Lohmander LS (2001) Patient-relevant outcomes fourteen years after meniscectomy: influence of type of meniscal tear and size of resection. *Rheumatology (Oxford)* 40:631–639
4. Gauffin H, Tagesson S, Meunier A, Magnusson H, Kvist J (2014) Knee arthroscopic surgery is beneficial to middle-aged patients with meniscal symptoms: a prospective, randomised, single-blinded study. *Osteoarthr. Cartil. Elsevier* 22:1808–1816
5. Goebel L, Reinhard J, Madry H (2017) [Meniscal lesion. A pre-osteoarthritic condition of the knee joint]. *Orthopäde Springer Medizin* 46:822–830
6. Herrlin S, Hållander M, Wange P, Weidenhielm L, Werner S (2007) Arthroscopic or conservative treatment of degenerative medial meniscal tears: a prospective randomised trial. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 15:393–401
7. Herrlin SV, Wange PO, Lapidus G, Hållander M, Werner S, Weidenhielm L (2012) Is arthroscopic surgery beneficial in treating non-traumatic, degenerative medial meniscal tears? A five year follow-up. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 21:358–364
8. Kalra M, Bakker R, Tomescu SS, Polak AM, Nicholls M, Chandrashekar N (2019) The effect of unloader knee braces on medial meniscal strain. *Prosthet Orthot Int* 43:132–139
9. Kang D-G, Park Y-J, Yu J-H, Oh J-B, Lee D-Y (2019) A Systematic Review and Meta-Analysis of Arthroscopic Meniscus Repair in Young Patients: Comparison of All-Inside and Inside-Out Suture Techniques. *Knee Surg Relat Res* 31:1–11
10. Katz JN, Brophy RH, Chaisson CE, de Chaves L, Cole BJ, Dahm DL, Donnell-Fink LA, Guermazi A, Haas AK, Jones MH, Levy BA, Mandl LA, Martin SD, Marx RG, Miniaci A, Matava MJ, Palmisano J, Reinke EK, Richardson BE, Rome BN, Safran-Norton CE, Skoniecki DJ, Solomon DH, Smith MV, Spindler KP, Stuart MJ, Wright J, Wright RW, Losina E (2013) Surgery versus physical therapy for a meniscal tear and osteoarthritis. *N Engl J Med* 368:1675–1684

11. Liechti DJ, Constantinescu DS, Ridley TJ, Chahla J, Mitchell JJ, Vap AR (2019) Meniscal Repair in Pediatric Populations: A Systematic Review of Outcomes. Orthop J Sports Med SAGE PublicationsSage CA: Los Angeles, CA 7:2325967119843355
12. Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, Hollingsworth JC, Ashton CM, Wray NP (2002) A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. N Engl J Med Massachusetts Medical Society 347:81–88
13. Noyes FR, Chen RC, Barber-Westin SD, Potter HG (2011) Greater than 10-year results of red-white longitudinal meniscal repairs in patients 20 years of age or younger. Am J Sports Med 39:1008–1017
14. Siebert CH, Becker R, Buchner M, Förster J, Frosch K-H, Losch A, Niemeyer P, Scheffler SU MD PhD (2018) [S2k-Guideline on Meniscal Disease: Non-operative and Surgical Management]. Z Orthop Unfall 156:324–329
15. Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, Itälä A, Joukainen A, Nurmi H, Kalske J, Järvinen TLN, Finnish Degenerative Meniscal Lesion Study (FIDELITY) Group (2013) Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. N Engl J Med 369:2515–2524
16. Stein T, Mehling AP, Welsch F, Eisenhart-Rothe von R, Jäger A (2010) Long-term outcome after arthroscopic meniscal repair versus arthroscopic partial meniscectomy for traumatic meniscal tears. Am J Sports Med 38:1542–1548
17. Weber J, Koch M, Angele P, Zellner J (2018) The role of meniscal repair for prevention of early onset of osteoarthritis. J Exp Orthop 5:10

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass in der vorliegenden Publikation des IQWiG medizinische Zusammenhänge teilweise vereinfacht, teilweise nicht entsprechend der vorliegenden medizinischen Fachliteratur und Leitlinien der nationalen und internationalen Fachgesellschaften im Bereich Orthopädie / Unfallchirurgie dargestellt wurden. Damit eine adäquate Information der Patienten ermöglicht wird, sollte hier eine umfangreiche Revision der Aussage und Darstellung der Broschüre unter Berücksichtigung bestehender Publikationen erfolgen.

PD Dr. med. Sven Scheffler
Vorstandsmitglied BVASK

Prof. Dr. med. Mirco Herbolt
Vorstandsmitglied DKG

Prof. Dr. med. Stephan Vogt
Vorsitzender des AGA-Knorpel-Meniskus Komitees