

Leserbrief zu Journal Club «Kein spezifischer Effekt der arthroskopischen Meniskektomie bei nicht-traumatischer Meniskusläsion» Praxis 2014; 103 (6); 349–350

Im PRAXIS-Journal Club wird die aus Finnland stammende, bezüglich der Patienten verblindete, randomisierte Studie [2] über den Ergebnis-Vergleich zwischen Patienten mit arthroskopischen Teilmeniskusentfernungen und solchen mit Scheinoperationen bei nicht-traumatischen Meniskusschädigungen durch einen geschätzten und erfahrenen Facharzt für Innere Medizin analysiert, wobei die Aussagen der Autoren vom Kommentator ohne Einwände übernommen werden [1]. Der offenbar fehlende Behandlungsnutzen rückt nun die Operateure ins Licht der (pekuniär motivierten) Überversorger, auch wenn selbst die Scheinoperation letztlich einen kleinen Behandlungsnutzen erzeugen soll.

Die Studienaussage steht für methodisch einigermaßen parkettsichere Orthopäden in einem gewissen Widerspruch zur jahrzehntelangen Erfahrung und fordert diese natürlich heraus, dem Wahrheitsgehalt vertiefter nachzuspüren. Die dabei betroffenen, wichtigsten Auffälligkeiten sollen an dieser Stelle genannt werden:

1. Degenerative Veränderungen von Menisken mit oder ohne traumatische Bagatellereignisse sind die Regel und nicht die Ausnahme, speziell im untersuchten Krankengut ab 35 Jahren. In nert sechs bis sieben Jahren wurden an fünf finnischen Kliniken letztlich 205 Patienten einbezogen, abschliessend 146 «Idealfälle» ausgewertet. Dies macht pro Klinik rund 6 Patienten pro Jahr! Die Einschlusskriterien wurden somit als Ausdruck einer hohen internen Validität sehr streng gesetzt. Operateure, welche gewohnt sind, allein 200 bis 400 Patienten pro Jahr, darunter zur Hälfte Patienten mit weitgehend erfüllten Einschlusskriterien, arthroskopisch zu operieren, fällt es schwer, diese Auswahl nachzuvollziehen.

2. Betrachtet man die Einschlusskriterien (Alter zwischen 35 und 65 Jahren, persistierende Schmerzen im medialen Gelenkspalt über mehr als drei Monate, Druckschmerz bzw. Endphasenschmerz in Beugung im medialen Gelenkspalt oder positives McMurray-Zeichen, positive MRI-Bildgebung und Bestätigung bei der Arthroskopie), so gewinnt man den Eindruck einer hohen externen Validität. Diese Kriterien sind zu wenig spezifisch, um eine klinisch relevante Meniskusschädigung zu postulieren. Sie sind ein Hinweis auf eine Tiefprävalenz, entsprechend einem Krankengut in der Hausarztpraxis. Der McMurray-Test, welcher von den eingesetzten Tests noch am ehesten Meniskus-spezifisch wäre, kommt bezeichnenderweise nur in 20–23% der Fälle positiv zum Ausdruck. Es wird zudem nicht näher darauf eingegangen, welche Art von konservativer Therapie zuvor stattgefunden hat. Die spezifischen Zeichen einer klinisch relevanten Meniskusschädigung fehlen (Torsionsempfindlichkeit, Schwellung, Blockierungen, Einschränkung der Alltags- und Berufsfähigkeit usw.). Wären diese Faktoren der klinischen Relevanz einbezogen worden, wäre möglicherweise aus ethischer Sicht gar keine randomisierte Studie mit der Scheinoperation erlaubt worden.

3. Der WOMET-Score soll ein Meniskus-spezifischer Fragebogen und gut validiert sein. Er besteht aus neun Fragen zu Funktion und Schmerzen (Organebene), vier Fragen zu Fähigkeiten (Individuumebene) und drei Fragen zur Beeinträchtigung (Gesellschaftsebene). Es handelt sich somit nicht um ein reines Fähigkeitsassessment, sondern um einen Misch-Score mit dem Risiko eines Score-Bias. Er müsste auch zwischen vorhandenen und fehlenden Merkmalen einer klinisch relevanten Meniskusschädigung diskriminieren können. Da

er aber bei der Auswertung in beiden Gruppen praktisch identische Werte im Verlauf der ersten zwölf Monate zeigt, entstehen zwei Fragen. Ist der WOMET-Score nicht in der Lage, wirklich Meniskus-spezifische Merkmale zu erfassen und zu diskriminieren? Oder wurde bei der Operation der Teilmeniskusentfernung zu wenig wirksam interveniert? Letztere Hypothese muss leider für möglich gehalten werden. Die Tatsache, dass das Verhalten des Operateurs durch den Randomisierungsentscheid anlässlich der Arthroskopie bestimmt wird, lässt einen Performer- oder Performing-Bias zu. Er kann das Ausmass der Resektion selber bestimmen. In der Studienplanung steht die Vorgabe, mit einem Shaver abgelöste Teile zu entfernen und möglichst viel an Restmeniskusgewebe zu erhalten. Es gilt das Prinzip: So viel wie nötig, so wenig wie möglich. Wer häufig voroperierte Kniegelenke, welche weiterhin eine Meniskus-spezifische Restsymptomatik zeigen, zur Rearthroskopie bekommt, kann mit einer erweiterten Teilmeniskusentfernung weiter in die Peripherie die Restschmerzen effektiv beseitigen, auch wenn der periphere Restring sich ordentlich stabil erweist. Patienten können dann rasch den Unterschied wahrnehmen. Man muss sich somit die Frage der Wirksamkeit der Teilmeniskusentfernung stellen, im Extremfall die Frage des Vergleichs von zwei Scheinoperationen!

4. Die Tatsache, dass der Patient durch die Verblindung grossmehrheitlich nicht in der Lage gewesen sein soll zu entscheiden, ob bei ihm die «richtige» oder die Scheinoperation vorgenommen wurde, spricht bei diesen Vorgaben der Studienleiter auch eher für ein ineffizientes operatives Vorgehen. In der Regel können Patienten bei der Behandlung von klinisch relevanten Meniskusschädigungen schon am nächsten Tag oder

zumindest innerhalb der folgenden Wochen über ein deutliches Verschwinden der präoperativen spezifischen Schmerzen berichten.

5. Die Ausgangswerte im Lysholm-Score und im WOMET-Score erscheinen nicht sehr tief, die Werte bei den Nachkontrollen nicht sehr hoch. Somit sind die durchschnittlichen Punkteveränderungen (21,7 bis 27,1 bei maximal 100 Punkten) nicht überzeugend. Eine klinisch relevante degenerative Meniskusschädigung müsste durchschnittlich tiefere Ausgangswerte zeigen, andererseits sollte bei offenbar fehlenden Arthrosezeichen auch ein höherer durchschnittlicher Punktwert nach der Ausheilung erreicht werden können.

6. Die Anzahl der bereits innert zwölf Monaten notwendigen Rearthroscopien ist in der Shamgruppe mit 5,3% höher als in der operierten Gruppe mit 1,4%.

Eine Verlängerung der Patientenbeobachtung um weitere vier Jahre wäre interessant. In der Frühphase müssen einstweilen 25 Patienten eine Teilmeniskusentfernung bekommen, um eine Rearthroscopie zu vermeiden.

Zusammenfassend erhält man den Eindruck, dass die Aussagen der Autoren aus der letztlich unbefriedigend durchgeführten Studie nicht grundlegend falsch, aber doch eher irreführend erscheinen. Die besprochenen Limitationen müssen Anlass geben, die Aussagen differenzierter zu formulieren.

Dass eine prinzipiell internistisch geprägte, hochkarätige Zeitschrift solche Artikel prominent publiziert, löst spekulative Gedanken aus. Aufmerksamkeit und Ruhm sind ihr gewiss, vielleicht auch stärkere Auflagen und Umsätze. Bezüglich Glaubwürdigkeit erzielt sie mit dieser Strategie aber eher ein Eigentor.

Korrespondenzadresse

*Dr. med. Luzi Dubs
Facharzt FMH für Orthopädische
Chirurgie
Merkurstrasse 12
8400 Winterthur*

dubs.luzi@bluewin.ch

Bibliographie

1. Steurer J: PRAXIS-Journal-Club: Kein spezifischer Effekt der arthroskopischen Menispektomie bei nicht-traumatischer Meniskusläsion. *Praxis* 2014; 103 (6): 349–350.
2. Shivonen R, Paavola M, Malmivaara A, et al.: Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. *New Engl J Med* 2013; 369: 2515–2524.