

Internationale Studienergebnisse

CHIROPRAxis

Kaum mehr Nebenwirkungen als eine Scheinbehandlung

■ In einigen früheren Studien kamen Autoren zu dem Schluss, dass Chiropraxis häufig Nebenwirkungen nach sich zieht, beispielsweise stärkere Schmerzen. Allerdings gibt es bislang keine Studie, welche überprüfte, ob diese Therapieform mehr Nebenwirkungen hat als eine Scheinbehandlung. Das wollten australische Chiropraktiker nun mit ihrer „OUCH“-Studie (Outcomes of Usual Chiropractic) nachholen.

Sie akquirierten 183 Erwachsenen, die unter Schmerzen in einem Wirbelsäulenabschnitt litten. Die Probanden bekamen entweder eine chiropraktische Behandlung, bestehend aus Manipulationen, Weichteiltechniken, Mobilisationen, bewegungserweiterten Übungen etc., oder eine Scheinbehandlung. Diese beinhaltete eine „Behandlung“ mit ausgeschaltetem Ultraschall, bei der der Therapeut zeitweise eine Hand auf die Wirbelsäule des Patienten legte, sowie die Anwendung eines Handgeräts, mit dem der Therapeut

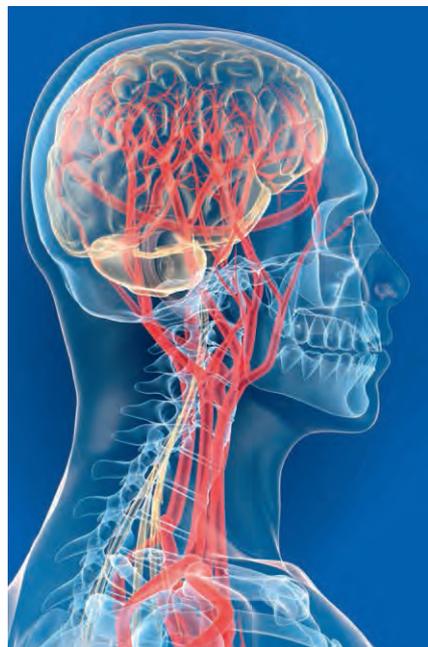


minimale, therapeutisch unwirksame Impulse auf die Wirbelsäule applizierte.

Das Ergebnis: Nebenwirkungen wie stärkere Schmerzen und Muskelsteifigkeit kamen nach der chiropraktischen Behandlung häufiger vor als nach der Placebointervention (42% gegenüber 33%). Allerdings waren die Neben-

wirkungen der Chiropraxis harmlos und hielten nur kurzzeitig an. Laut der Autoren könnte zudem – angesichts des ebenfalls recht hohen Anteils in der Placebogruppe – ein wesentlicher Teil der Nebenwirkungen unabhängig von der Art der Therapie sein. *josc*

Spine 2013; 38: 1723–1729



SCHLAGANFALL

Erhöhen Stents die Rezidivrate?

■ Implantiert man einem Patienten nach ischämischem Schlaganfall oder transitorischer ischämischer Attacke (TIA) einen Stent in das verengte Hirngefäß, lässt sich damit die Rezidivrate nicht verringern. Im Gegenteil: Schlaganfälle und Todesfälle kommen bei diesen Patienten in den ersten 30 Tagen bis zu dreimal häufiger vor als bei Patienten ohne OP.

Das hatten nach einer Meldung von *aerztezeitung.de* vor zwei Jahren die ersten Daten einer Studie an 451 Patienten gezeigt. Das nun publizierte Follow-up, das über maximal drei Jahre lief, lässt die Hoffnung der Mediziner in diese Operationstechnik offenbar weiter verblassen. Zwar ist die Rezidivrate bei den

operierten Patienten nach den ersten 30 Tagen nicht mehr höher also bei den nicht operierten – aber auch nicht geringer. Da die Ergebnisse der OP-Gruppe innerhalb von drei Jahren unterm Strich deutlich schlechter waren als die der Kontrollgruppe, schließen die Studienautoren aus, dass sich dieses Verhältnis langfristig noch ändern könnte.

Allerdings äußern einige Ärzte laut *aerztezeitung.de* Kritik an der Auswahl der Probanden. So hätte beispielsweise für viele Patienten keine OP-Indikation bestanden, da sie gut ausgebildete Kollateralgefäße hatten. *josc*

Nach einer Meldung auf

www.aerztezeitung.de; online 26.11.2013

Große Differenz. Kurzinterventionen helfen Patienten mit Rückenschmerzen genauso gut wie multidisziplinäre Programme, sind aber deutlich günstiger.



RÜCKKEHR ZUR ARBEIT

Kurze Intervention tut's auch

■ Sind Patienten wegen Rückenschmerzen krankgeschrieben, nehmen sie manchmal an multidisziplinären Programmen teil, die ihnen die Rückkehr zur Arbeit erleichtern sollen. Derartige Programme sind sehr zeit- und kostenaufwendig – und bringen möglicherweise nur wenigen Patienten einen Vorteil. Das zeigt eine Untersuchung dänischer und norwegischer Wissenschaftler.

Sie schlossen 351 Menschen ein, die seit vier bis zwölf Wochen aufgrund von Rückenschmerzen krankgeschrieben waren bzw. nur stundenweise arbeiteten. Eine Hälfte bekam jeweils einen Untersuchungstermin bei einem Rehamediziner und einem Physiotherapeuten, bei dem der Patient unter anderem über Schmerzphysiologie und allmähliche körperliche Belastungssteigerung aufgeklärt wurde. Die anderen Probanden nahmen an einem multidisziplinären Programm teil. Darin gab es einen sogenannten Case Manager, der gemeinsam mit dem Patienten einen detaillierten Plan zur Arbeitsrückkehr ausarbeitete. Dieser Plan wurde dann in einer gemeinsa-

men Runde mit Rehamediziner, Physio- und Ergotherapeut, Sozialarbeiter und Sozialmediziner besprochen.

Die beiden Interventionen unterschieden sich letztendlich hauptsächlich durch ihre Kosten: Sie lagen für die multidisziplinäre Intervention pro Patient 1.377 Euro höher als die für die Kurzintervention. Die Arbeitsrückkehr wurde durch die Art der Intervention nur bei einer kleinen Subgruppe von Patienten beeinflusst: solchen, die ihre Arbeit nicht selbst einteilen und planen konnten und dazu glaubten, möglicherweise ihren Job zu verlieren. Ansonsten unterschieden sich die Ergebnisse des multidisziplinären Programms nicht von denen der kurzen Intervention.

josc
Spine 2013; 38: 1059–1067



Schneller wieder am Boden. Wird eine gerissene Achillessehne konservativ versorgt, leidet darunter möglicherweise die Sprungkraft.

Die Achillessehne ...

... ist zwar die dickste Sehne des Körpers. Sie ist aber auch die Sehne, die am häufigsten reißt: Pro Jahr erleiden etwa 18 bis 37 von 100.000 Menschen eine Achillessehnenruptur.

*Orthop J Sports Med 2013;
doi: 10.1177/2325967113504734*

ACHILLESSEHNENRUPTUR

Schlechteres Outcome nach konservativer Versorgung

■ Eine gerissene Achillessehne kann sowohl konservativ als auch operativ versorgt werden. Schwedische Wissenschaftler fanden nun jedoch heraus, dass das funktionelle Outcome nach konservativ versorgter Ruptur offenbar nicht optimal ist.

Sie untersuchten 52 Patienten mit konservativ versorgter Ruptur zwei bis fünf Jahre

nach dem Unfall und verglichen sie mit Gesunden. Dabei erkannten sie, dass die Patienten auf der operierten Seite unter anderem eine geringere Sprungkraft und weniger Kraft in den Plantarflexoren hatten. Dazu schätzten die Patienten ihre allgemeine körperliche Funktion sowie die Funktion des Fußes auf der betroffenen Seite als schlechter ein.

Die Autoren regen an, in einer weiteren Studie Patienten mit konservativ und operativ versorgter Achillessehnenruptur zu untersuchen, um zu sehen, ob sich das Outcome auch hier unterscheidet.

*josc
Orthop J Sports Med 2013;
doi: 10.1177/2325967113504734*

SCHLAGANFALL

Bergab geht's bergauf

■ Diverse Studien aus den letzten Jahren zeigen, dass Patienten in einem chronischen Stadium nach Schlaganfall ihre Gehstrecke durch ein Laufbandtraining erweitern können. Ob es hierbei effektiver ist, aufwärts oder abwärts zu gehen, testete nun eine italienisch-schweizerische Forschergruppe.

Sie verteilte 38 Patienten, die vor mehr als drei Monaten einen Schlaganfall erlitten hatten, zufällig auf zwei Gruppen. Neben einer 45-minütigen Physiotherapie erhielten beide ein 30-minütiges Laufbandtraining. Bei der einen Gruppe war das Band auf fünf Prozent Steigung eingestellt, die zweite Gruppe ging „bergab“. Alle Patienten trainierten sechs Wochen lang jeweils an den Werktagen. Die Forscher stellten fest, dass 16 der 19 „Abwärtsgeher“ im 6-Minuten-Gehtest um mehr als 50 Meter zulegten. Bei der aufwärts gehenden Gruppe war dies nur bei drei Teilnehmern der Fall. Ähnliche Ergebnisse, die bis zu drei Monate anhielten, zeigten sich für die Gehgeschwindigkeit (10-Meter-Gehtest) und die Mobilität (Timed Up-and-Go-Test). Wie sich das Training auf die Alltagsmobilität auswirkt, konnten die Forscher mit ihrer Studie jedoch nicht feststellen.

*hoth
Clin Rehabil 2013; 27: 932–938*



KNIE-TEP

Koordinationstraining verbessert Outcome

■ Sie legen bei Patienten nach Knie-TEP-OP nicht nur Wert auf Kraft und Mobilität, sondern auch auf die Koordination? Damit sind Sie auf dem richtigen Weg, wie eine Studie taiwanesischer Wissenschaftler bestätigt.

Diese untersuchten 113 Patienten nach Knie-TEP-OP und verteilten sie per Zufall auf zwei Gruppen. Alle erhielten ein funktionelles Training bestehend aus Mobilisations- und Kräftigungsübungen für das Hüft- und Kniegelenk. Es beinhaltete beispielsweise isometrisches Training für die Kniegelenkextensoren und Hüftgelenk-abduktoren, Fahrradergometerfahren und

Treppensteigen. Die Experimentalgruppe machte in jeder Trainingseinheit zusätzlich Koordinationsübungen wie Seitwärtsgehen, Überkreuzgehen und Stehen auf einem Wackelbrett. Die gesamte Intervention erstreckte sich über acht Wochen.

Am Ende des Untersuchungszeitraums zeigte sich, dass sich die Koordinationsgruppe hinsichtlich Zehn-Meter-Gehtest, Timed Up-and-Go-Test sowie des WOMAC-Scores signifikant mehr verbessert hatte als die Kontrollgruppe.

*josc
Clin Rehabil 2013; 27: 697–709*

KNIE-TEP

Zufriedenheit mit OP-Ergebnis



Ungefährer Anteil der Patienten, die nach einer Knie-TEP-OP mit dem Operationsergebnis zufrieden sind
Clin Rehabil 2013; 27: 697–709

PATELLOFEMORALES SCHMERZSYNDROM

„McConnell“-Tape gegen „Spider“-Tape: unentschieden



■ Das patellofemorale Schmerzsyndrom (PFPS) macht bei Sportlern rund ein Viertel aller Kniebeschwerden aus. Als eine der Ursachen gilt die Lateralisation der Patella, etwa aufgrund eines verkürzten Tractus iliotibialis. Um dem entgegenzuwirken, entwickelte die Australierin Jenny McConnell einen Verband mit unelastischem Tape. Damit soll die Patella nach medial gezogen und so ein schmerzfreies Training ermöglicht werden. Der positive Effekt dieses McConnell-Tapes wurde in mehreren Studien belegt. Es gibt aber auch Untersuchungen, die keinen Unterschied zwischen einem McConnell- und einem Plazebo-Tape feststellen können. Nun wollten Wissenschaftler herausfinden, ob sich der Effekt eines McConnell-Tapes von dem des „NUCAP Medical Upper Knee Spider“-Tapes unterscheidet.

Die Forscher rekrutierten 20 Patienten mit patellofemoralem Schmerzsyndrom, zehn davon erhielten ein McConnell-Tape. Dabei wird zunächst ein Hautschutz-Tape (z. B. Fixomull stretch) großflächig über die Patella geklebt. Anschließend schiebt der Therapeut die Knie- scheibe nach medial und fixiert sie in der korrigierten Position mittels eines Streifens unelastischen Tapes, den er – ausgehend vom latera-

len Patellarand – quer über die Patella bis zum medialen Kniebereich zieht.

Die restlichen Probanden bekamen das aus mehreren Streifen elastischen Tape-materials bestehende Spider-Tape:

- > Den ersten Streifen klebt der Therapeut ohne Zug quer knapp unterhalb der Patella.
- > Der zweite Streifen beginnt medial auf dem ersten, zieht über den medialen Patellarand, kreuzt oberhalb der Patella die Seite und endet am lateralen Oberschenkel, etwa zehn Zentimeter oberhalb und leicht lateral der Patella.
- > Der dritte Tapestreifen beginnt auf gleicher Höhe der Patella wie der zweite, jedoch auf der lateralen Seite, und wird spiegelverkehrt zum zweiten geklebt, sodass er mit diesem ein Kreuz bildet und rund zehn Zentimeter oberhalb und leicht medial der Patella endet.
- > Der vierte und fünfte Streifen beginnen jeweils dort, wo der zweite bzw. dritte geendet haben, und werden von dort aus gerade nach unten bis auf Höhe des ersten Streifens geklebt. Bis auf den zweiten und dritten appliziert der Therapeut alle Streifen ohne Zug.

Die Forscher maßen bei den Probanden die Kraft und Ausdauer des Quadrizeps und die Schmerzen während der Tests. Dazu ließen sie sie mehrere Fragebögen beantworten. Das Ergebnis: Beide Tapes verbesserten Kraft und Ausdauer signifikant, auch die Schmerzen während der Tests waren geringer. Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen konnten die Autoren jedoch nicht feststellen.

Allerdings merken sie an, dass das McConnell-Konzept die Möglichkeit bietet, die Position der Patella exakt manuell zu bestimmen und das Tape je nach Befund anzupassen. In dieser Studie wurde jedoch nur das Tape für mediales Gleiten appliziert, das in der Regel für einen Großteil der Patienten mit PFPS passend ist. Dennoch hätte eine Individualisierung des Tapes möglicherweise dem einen oder anderen Probanden besser geholfen.

josc
Phys Ther Sport 2013; 14: 199–206