

Physiotherapie bei Hüftgelenksarthrose nutzlos?

Bei Hüftarthrose wird meist Physiotherapie verordnet. In einer randomisierten Studie waren jedoch sowohl eine multimodale Physiotherapie als auch eine Scheinbehandlung mit einer deutlichen vergleichbaren Verbesserung der Schmerzen und der körperlichen Funktion verbunden. Somit könnte auch ein Placeboeffekt für den Behandlungserfolg eine Rolle spielen.

JAMA

Die Hüftarthrose ist eine häufige muskuloskeletale Erkrankung in der Hausarztpraxis. In klinischen Richtlinien wird ungeachtet der Schwere, des Schmerzgrades und des körperlichen Funktionsstatus eine nicht medikamentöse physiotherapeutische Behandlung empfohlen. Die Evidenz zur Wirksamkeit dieser Massnahmen wurde bis anhin jedoch nicht schlüssig nachgewiesen.

In älteren Studien spielte der Placeboeffekt für den Erfolg von Hüftarthrosebehandlungen eine grosse Rolle. In einer randomisierten, gegenüber Patienten und Datenauswertern verblindeten Studie prüften Kim Bennell von der Universität Melbourne (Australien) und seine Arbeitsgruppe deshalb, ob

Merksätze

- ❖ Mit Physiotherapie oder einer Scheinbehandlung konnten eine vergleichbare Schmerzlinderung und eine vergleichbare Verbesserung der körperlichen Funktion erreicht werden.
- ❖ Die Bedeutung der Physiotherapie sollte daher überdacht werden.
- ❖ Für den Behandlungserfolg scheint auch die Qualität der Beziehung zwischen Patient und Therapeut eine wichtige Rolle zu spielen.

ein multimodales Physiotherapieprogramm im Vergleich zu einer Scheinbehandlung bei Patienten mit symptomatischer Hüftarthrose zu einer besseren Schmerzlinderung und einer ausgeprägteren Verbesserung des körperlichen Funktionszustands führt. Der Studienzeitraum umfasste eine 12-wöchige Behandlungsphase mit jeweils 10 Terminen beim Therapeuten und eine Nachbeobachtung über weitere 24 Wochen.

Methoden

An der Studie nahmen 102 ambulante Patienten teil, die unter Hüftschmerzen mit Punktwerten ab 40 auf einer visuell analogen Skala (VAS) von 100 mm und einer im Röntgenbild bestätigten Hüftarthrose litten. Die Teilnehmer wurden randomisiert der Physiotherapie (49 Patienten) oder der Scheinbehandlung (53 Patienten) zugeordnet.

Alle Teilnehmer der aktiv behandelten Gruppe erhielten manuelle Therapien wie eine Manipulation der Hüfte, eine Mobilisierung der Lendenwirbelsäule, Tiefengewebmassagen und Muskelstretching. Ergänzend führten die Patienten unter Anleitung des Physiotherapeuten viermal pro Woche individuell geeignete Übungen zur Kräftigung der Hüftabduktoren und des Musculus quadriceps, Übungen zur Erweiterung des Bewegungsradius oder Balance- und Gehübungen durch. Zur Scheinbehandlung gehörten eine inaktive Ultraschallbehandlung und die Applikation eines inerten Gels auf die vordere und hintere Hüftregion durch den Therapeuten. In der Nachbeobachtungszeit führten die physiotherapeutisch behandelten Teilnehmer eigenständig ihre Übungen dreimal pro Woche aus, und die scheinbehandelten Patienten trugen das Gel selbst im Hüftbereich auf.

Als primäre Endpunkte definierten die Forscher den durchschnittlichen Schmerz auf der VAS und die körperliche Funktionsfähigkeit entsprechend dem Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index (WOMAC; 0 = keine

Beschwerden, 68 = extreme Schwierigkeiten) in Woche 13. Zu den sekundären Endpunkten gehörten die jeweiligen Skalenwerte in Woche 36.

Ergebnisse

Das durchschnittliche Alter (Standard Deviation [SD]) lag zu Baseline bei 64,5 (8,6) Jahren in der aktiv behandelten und bei 62,7 (6,4) Jahren in der scheinbehandelten Gruppe. Die Evaluierung der Schmerzen und der körperlichen Funktionsfähigkeit konnte bei 96 Patienten (94%) in Woche 13 und bei 83 Patienten (81%) in Woche 36 vorgenommen werden. Die Therapieadhärenz war in beiden Gruppen gut.

In beiden Gruppen war eine signifikante Reduzierung der Schmerzen zu beobachten. Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren jedoch nicht signifikant. In der aktiv behandelten Gruppe betrug der durchschnittliche Wert (SD) auf der VAS zu Studienbeginn 58,8 mm (13,3). In Woche 13 lag er bei 40,1 mm (24,6). In der scheinbehandelten Gruppe betrug der Baseline-Score 58,0 mm (11,6) auf der VAS, und in Woche 13 lag er bei 35,2 mm (21,4). Daraus ergab sich eine durchschnittliche Differenz von 6,9 mm (95%-Konfidenzintervall [KI]: -3,9-17,7) zugunsten der Scheinbehandlung.

Auch die körperliche Funktion verbesserte sich in beiden Gruppen deutlich ohne signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Der Score für die körperliche Funktionsfähigkeit betrug bei Studienbeginn in der aktiv behandelten Gruppe 32,3 (9,2) Punkte auf der WOMAC-Skala, und in Woche 13 lag er bei 27,5 (12,9). In der scheinbehandelten Gruppe betrugen die Werte zu Studienbeginn 32,4 (8,4) und 26,4 (11,3) in Woche 13. Somit zeigte sich eine Differenz von 1,4 Einheiten (95%-KI: -3,8-6,5) zugunsten der Scheinbehandlung. Auch im Hinblick auf die sekundären Endpunkte wurden keine Unterschiede zwischen den Gruppen beobachtet. Über leichte Nebenwirkungen klagten in der aktiv behandelten Gruppe 19 von 46 Patienten (41%) und in der scheinbehandelten Gruppe 7 von 49 (14%) Patienten ($p = 0,003$). Dabei handelte es sich meist um eine vorübergehende Zunahme der Hüftschmerzen oder -steifheit sowie um Schmerzen im Rücken oder in anderen Regionen des Körpers.

Diskussion

Unbehandelte Patienten mit Hüftarthrose verspüren meist keine Verbesserung über die Zeit. Dass die Scheinbehandlung in dieser Studie mit einer deutlichen subjektiven Verbesserung verbunden war, weist nach Ansicht der Autoren darauf hin, dass eine glaubwürdige Scheinbehandlung ausgewählt wurde.

Der Nutzen der Scheinbehandlung entsprechend der Patientenselbstauskunft stimmt mit den Ergebnissen einer Metaanalyse überein, in der ein signifikanter Placeboeffekt im Zusammenhang mit der Behandlung von Hüftarthrosen beobachtet wurde. Die Grössenordnung der Verbesserung ist zudem vergleichbar mit Studien, in denen die Hüftarthrose mit Übungen und Analgetika behandelt wurde.

Die Scheinintervention beinhaltete 10 individuelle Termine mit einem emotional zugewandten Therapeuten und einer Behandlung mit Hautkontakt. Diese Komponenten tragen bekanntermassen – ebenso wie das Vertrauen des Patienten in die Wirksamkeit der Behandlung – zu einem effektiven Ansprechen auf Placebo bei. Zudem zeigt die Evidenz, dass die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Patient das Ergebnis im Hinblick auf die Schmerzen und die körperliche Funktion beeinflusst und dass ein patientenfokussierter Kommunikationsstil mit Zuhören und Ermutigung die Entwicklung dieser Beziehung fördert. Möglicherweise waren emotionale Zuwendung und Berührung wichtige Elemente für den Erfolg der Scheinbehandlung, während im Rahmen der

aktiven Behandlung für die patientenzentrierte Kommunikation möglicherweise weniger Zeit vorhanden war. Somit könnten Scheinbehandlung und Physiotherapie verschiedene therapeutische Elemente aufweisen, die unter dem Strich in einer ähnlichen klinischen Verbesserung resultieren. ❖

Petra Stölting

Bennell KM et al.: Effect of physical therapy on pain and function in patients with hip osteoarthritis. *JAMA* 2014; 311(19): 1987–1997.

Interessenkonflikte: Die Studie wurde vom National Health and Medical Research Council finanziert.