

Physikalische IN THEORIE UND PRAXIS Therapie

■ VPT Informiert

CITY BKK wird zum 01.07.2011 geschlossen

■ Fortbildung

Arthrose von Hüft- und Kniegelenk

Störungen am Stütz- und Bewegungsapparat unter Einfluss innerer Organe – ein Zusammenhang?

Effekte mittelfrequenter stereodynamischer Reizströme auf die Unterarmdurchblutung gesunder Probanden



Arthrose von Hüft- und Kniegelenk

Teil 4: Konservative Behandlung der Hüftarthrose*

Timo Striegel

Einleitung

Die Coxarthrose ist eine degenerative Erkrankung, die mit Schmerzen und Steifigkeitsgefühl im Hüftgelenk einhergeht. In den meisten Fällen wird sie mittels einer Operation mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks therapiert.

Ein künstliches Hüftgelenk hält im Durchschnitt 15–20 Jahre. Lebt der Patient länger, steht eine weitere Operation an, um die Endoprothese zu ersetzen. Die konservative Therapie hat das Ziel, den Zeitpunkt der Operation zu verzögern. Deshalb sollte vor einer Operation immer zuerst konservativ behandelt werden.

Im Mittelpunkt der Therapie steht die Reduktion des Schmerzes sowie eine Erweiterung des Bewegungsausmaßes im Hüftgelenk, damit der Patient im Alltag durch seine Erkrankung nicht zu stark behindert wird. Es werden viele verschiedene Therapien angeboten und durchgeführt, ohne wirklich zu wissen, ob diese effizient sind. Diese Arbeit untersucht Studien, die sich mit den Möglichkeiten der Physiotherapie befassen, die Symptome bei Osteoarthritis (OA) zu lindern.

Methode der Literatursuche

Grundlage war eine umfangreiche Internetrecherche in den elektronischen Datenbanken PubMed, PEDrO und Cochrane Database. Die Suche beschränkte sich auf Reviews und Practice Guidelines sowie Meta-Analysis. Als Keywords wurden Osteoarthritis, hip, physical therapy, exercise NOT surgery NOT arthroplasty verwendet. Weitere Limitierungen waren: humans, aged: 45+ years.

Das Ergebnis der Suche waren insgesamt weit über 1000 Treffer (davon die meisten bei PubMed), welche hinsichtlich weiterer Verwertbarkeit zusätzlich limitiert und auf ihre Verwertbarkeit zur Beantwortung der Fragestellung untersucht wurden. Am Ende standen leider nicht mehr als fünf wichtige Studien zur Verfügung, die als Grundlage für diesen Artikel verwendet wurden.

Ergebnisse

2008 erschien im Journal American College of Rheumatology der Artikel „Effect of Therapeutic Exercise for Osteoarthritis Pain: Results of a Meta-Analysis“. In dieser Arbeit fassten Hernandez-Molina et al.¹ bereits erschienene Unter-

suchungen zum Effekt von therapeutischen Übungen auf Schmerz bei Hüftarthrose zusammen. Dazu analysierten sie neun ausgesuchte klinisch randomisierte und kontrollierte Studien (RCTs), die sich mit diesem Thema auseinandersetzen. Ergebnis dieser Analyse:

Therapeutische Übungen, vor allem mit Elementen von Muskelkräftigung sind eine effiziente Behandlung bei Hüftgelenkarthrose¹. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen van Baar et al. 1999 in einem Systematic Review von 11 RCTs².

Hugo L. Hoeksma et al. untersuchten in einer einfach-verblindeten, randomisierten Studie mit 109 Hüftarthrose-Patienten die Wirkung von Manueller Therapie im Vergleich zu einem Übungsprogramm. Die Interventionsgruppe erhielt eine manualtherapeutische Behandlung mit Manipulationen und Dehnungen, die Kontrollgruppe ein standardisiertes Übungsprogramm. Für die Auswertung wurden

- der Harris Hip Score, ein Fragebogen, welcher die Schmerzen und Funktionsfähigkeit des Gelenkes mit Punkten bewertet,
- die Ganggeschwindigkeit und
- Teile des SF-36, ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten, verwendet³.

Die Patientengruppe, die eine manualtherapeutische Behandlung bekam, zeigte eine deutliche Verbesserung im Harris Hip Score in den Bereichen Schmerz, Steifigkeit und Bewegungsausmaß. Außerdem verbesserte sich ihre Ganggeschwindigkeit signifikant. Keinen Unterschied zeigten die Gruppen im SF-36⁴.

„Die Körpergewichtsreduktion stellt eine effektive und nebenwirkungsarme Basismaßnahme zur Verbesserung der Beweglichkeit und Schmerzreduktion dar.“ (Haller, Schölmerich 2008). In einer Metaanalyse wurde eine Untergrenze von 5% über 20 Wochen angegeben, um einen klinisch relevanten Effekt zu erreichen⁵. Patienten sollten mind. 5% des Körpergewichtes binnen 20 Wochen abnehmen, um einen Effekt durch Reduzierung des Körpergewichtes zu erzielen. Fast alle Leitlinien beinhalten die Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Patienten mit OA. Damit besitzt sie einen hohen Grad an Evidenz und Expertenkonsens.

Als zusätzliche Maßnahmen werden „ergänzende Maßnahmen der Schmerzlinderung (Wärme- oder Kälteanwendungen, Reizstrom oder Massage)“⁶ empfohlen. Desweiteren steht dem Therapeuten das Motor Imagery Training zur Verfügung, ein Training der Bewegungs-

vorstellung, welches ähnliche Ergebnisse im EEG zeigt wie richtiges Training, nur mit abgeschwächter Intensität.

Fazit

Dem Therapeuten stehen viele verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, Schmerzen des Patienten zu lindern und seine Beweglichkeit zu verbessern:

- manualtherapeutische Behandlung
- ergänzende Wärme- oder Kälteanwendungen, Reizstrom oder Massage
- Beratung zur Reduktion des Körpergewichts

Die heutige Studienlage lässt darauf schließen, dass eine manualtherapeutische Behandlung ähnlichen Erfolg verspricht wie die Behandlung mit aktiven Übungen. Es ist anzunehmen, dass die Physiotherapie damit den Zeitpunkt einer TEP-Implantation verzögern kann.

In der Literatur findet man allerdings kaum ein wissenschaftliches Konzept mit konkreter physiotherapeutischer Anleitung, das an dieser Stelle genannt werden kann und an dem sich der Therapeut orientieren kann. Selten werden in wissenschaftlichen Studien die untersuchten Behandlungen eindeutig und nachvollziehbar beschrieben.

Literaturverzeichnis

- ¹ Hernandez-Molina G., Zhang B., Reichenbach S., Lavelly M., Felson D. Effect of Therapeutic Exercise for Hip Osteoarthritis. *Arthritis Care&Research*. 2008;59(9):1221-1228
- ² Van Baar M., Assendelft W., Dekker J., Oostendorp R., Bijlma J. Effectiveness of Exercise Therapy in Patients with Osteoarthritis of the hip and knee. *American College of Rheumatology*. 1997;42(7):1361-1369
- ³ Bullinger, M. & Kirchberger, J. Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt*. 2000;43(3): 190-197
- ⁴ Hoeksma H., Dekker J., Runday K., Heering A. et al. Comparison of Manual Therapy and Exercise Therapy in Osteoarthritis of the Hip. *American College of Rheumatology*. 2004; 51:722-729
- ⁵ Haller H., Schölmerich J. Medikamentöse oder nicht medikamentöse Therapie der Osteoarthritis. *Der Internist*. 2008;49(12):1458-1462
- ⁶ Diemer F., Sutor V. *Medizinische Trainings-therapie*. Thieme Verlag. 2004. S.236

Anschrift der Verfasser

Timo Striegel
Wagrainstraße 5
71723 Grobottwar

* Eine Literatursuche der AG Wissenschaftliches Arbeiten an der VPT Akademie Fellbach, durchgeführt von Studenten zum Bachelor of Science in Präventions-, Therapie- und Rehabilitationswissenschaften, Jahrgang 2008