

„Hornhaut-Lesen“

In der Ausgabe 10/2008 der Zeitschrift *physiopraxis* beleuchtete Georg Supp vom PULZ in einem Artikel gängige postoperative Verhaltensregeln nach Bandscheiben-Operationen. Auf der Grundlage der momentan verfügbaren Evidenz zum Thema gab er Tipps für eine effektive physiotherapeutische Nachbehandlung.

Physiopraxis erhielt daraufhin einen Leserbrief. Der Autor kritisierte die Fotoauswahl des Artikels (unter anderem Flexion im Liegen und Extension im Liegen).



Leserbrief von Reinhard Schülke

Ich möchte in diesem Artikel nur auf die dargestellten Bilder eingehen -und eine Warnung an meine Kollegen ansprechen. Hyperflexion und Hyperextension in der LWS! Diese Bilder stellen das Desaster der Physiotherapie bei Behandlungen der Bandscheibenschäden im LWS Bereich dar.

Schon 1993 habe ich in einer für den Wissenschaftspreis des ZVK eingereichten Arbeit darauf hingewiesen, dass bei den 2 häufigst aufgetretenen Bandscheibenschäden L4/5 und L5/S1 die LWS eine besondere segmentale Stellung einnimmt, aus der sie der Therapeut nicht mehr herausholen sollte! Auf Röntgenbildern sichtbar und in über 90% der Fälle zutreffend: Eine Steilstellung der LWS bei Schäden in Höhe L4/5. Befindet sich der Schaden in Höhe L5/S1 bevorzugt der Patient fast immer eine starke Lordosestellung der LWS um schmerzfrei zu bleiben. Diese Stellung bleibt, ob mit oder ohne Operation.

"Die Stellung der Lenden- und Kreuzbeinwirbelsäule je nach dem Schadensgrad der Bandscheiben in diesem Bereich" war eine 1988 von der DGOT ausgezeichnete Arbeit der Orthopäden Bilinski, Wall und Koprokowski .

Dazu haben wir in unserem Therapiezentrum noch folgendes herausgefunden: Eine L4/5 Problematik hat Hornhaut unter dem Großzehengrundgelenk! Eine L5/S1

Problematik bekommt Hornhaut an der Hacke! Mit diesem Wissen werden in unserem Therapiezentrum sehr viele Patienten mit sehr großem Erfolg multifunktionell und dynamisch behandelt.

Aus meiner Sicht sollte daher der Patient nur in der vom Schaden vorgegebenen LWS Stellung behandelt werden-mit viel Bewegung.

Reinhard Schülke, Physiotherapeut

Leiter des Fachzentrums für Gelenk- und Wirbelsäulenleiden, Uelzen

Antwort von Georg Supp

Sehr geehrter Herr Schülke,

herzlichen Dank für Ihre Anmerkungen.

Diese haben jedoch keinerlei Bezug zu der von mir beschriebenen Thematik.

Es geht in meinem Artikel nicht um die Therapie von discogenen Beschwerden sondern um das Management von Bandscheiben-operierten Patienten.

Die von Ihnen angesprochenen Übungen wurden in einer Studie von Gunilla Kjellby-Wendt [1] in diesem Kontext von operierten Patienten durchgeführt.

Seit Veröffentlichung der zitierten Studie von Bilinski und Kollegen [2] sind nun fast 20 Jahre vergangen. Die von den polnischen Orthopäden aufgestellten Hypothesen konnte ich seither in keiner einzigen seriösen wissenschaftlichen Veröffentlichung in einer internationalen Publikation wieder finden. Dass die Arbeit den Poster-Preis der DGOT 1988 gewann möchte ich nicht unbedingt als Qualitätsmerkmal der Studie interpretieren. Dies weckt vielmehr Zweifel an den Auswahlkriterien der DGOT.

Mir erschließt sich nicht, auf welche Evidenz sich Ihre Aussage stützt, dass Flexions- und Extensionsbewegungen das Desaster der Physiotherapie bei Bandscheibenleiden darstellen?

Die Zeiten, in denen physiotherapeutische Behandlungsmethoden auf der Grundlage von radiologischen Befunden definiert wurden, sollten eigentlich vorbei sein.

Bereits 1997 zeigte Ron Donelson [3], dass eine standardisierte physiotherapeutische Untersuchung – basierend auf wiederholten endgradigen Bewegungen der Wirbelsäule - bei der Diagnostik discogener Beschwerden sogar der Kernspintomographie überlegen ist.

Die Arbeiten von Helen Razmjou 2000 [4], Sinica Kilpikoski 2002 [5] und Helen Clare 2004 und 2005[6,7] bestätigen die Verlässlichkeit dieses Verfahrens eindrücklich. Todd Wetzel aus den USA schlussfolgerte in seinem Review 2003 [8], dass die Einbeziehung wiederholter endgradiger Bewegungen der Wirbelsäule in der Diagnostik, Therapie und Prognose discogener Beschwerden hilfreich ist. Audrey Long veröffentlichte 2004 im Spine Magazine eine exzellente Studie [9]. Sie wies nach, dass wiederholte endgradige Bewegungen im Verbund mit einer standardisierten Anamnese geeignet sind, klinische Subgruppen von Rückenschmerzpatienten zu bilden. Weiterhin zeigte sie, dass die definierten Subgruppen effektiv mit Übungen in bestimmte Bewegungsrichtungen behandelt werden können. Hierbei handelte es sich unter anderem um wiederholte endgradige Bewegungen der Wirbelsäule.

Das Verbieten völlig normaler Bewegungen unter Berufung auf unbewiesene Hypothesen und willkürliche Annahmen nutzt im besten Falle niemandem. Im schlimmsten Falle schadet es.

Despina Contopoulos-Ioannidis aus Griechenland stellte 2008 fest, dass es im Schnitt 17 Jahre dauert bis sich neue effektive Therapiemethoden in der Medizin durchsetzen [10]. Bis nutzlose Therapien als solche entlarvt werden dauert es im Schnitt 44 Jahre. Mögen die Tage von „Hornhautlesen“ bei Bandscheibenproblemen gezählt sein.

Viele Grüße

Georg Supp, Freiburg

1. Kjellby-Wendt G, Styf J. Early Active Training After Lumbar Discectomy: A Prospective, Randomized, and Controlled Study. Spine 1998; 23(21): 2345-2351.
2. Biliński PJ, Wall A, Koprowski P. Die Stellung der Lenden - und Kreuzbeinwirbelsäule je nach dem Schadensgrad der lumbosacralen Bandscheiben; Orthop. Praxis 1990, 10: 620 - 626
3. Donelson R, Aprill C, Medcalf R, Grant W. A prospective study of centralization of lumbar and referred pain. A predictor of symptomatic discs and anular competence. Spine1997, 22 : 1115 -1122

4. Razmjou H, Kramer JF, Yamada R; Intertester reliability of the McKenzie evaluation in assessing patients with mechanical low-back pain. *J Orthop Sports Phys Ther* 2000, 30 :368-383
5. Kilpikoski S, Airaksinen O, Kankaanpaa M, Leminen P, Videman T, Alen M. Interexaminer reliability of low back pain assessment using the McKenzie method. *Spine* 2002, 27: E207-214
6. Clare HA, Adams R, Maher CG; Reliability of the McKenzie spinal pain classification using patient assessment forms. *Physiotherapy* 2004, 90: 114-119
7. Clare HA, Adams R, Maher CG; Reliability of McKenzie classification of patients with cervical and lumbar pain *J Manipulative Physiol Ther*, 2005, 28:122-127
8. Wetzel FT, Donelson R; The role of repeated end-range / pain response assessment in the management of symptomatic lumbar discs. *Spine J* 2003, 3: 146-154
9. Long A, Donelson R, Fung T; Does it matter which exercise? A randomized control trial of exercises for low back pain. *Spine* 2004, 29: 2593-2602
10. Contopoulos-loannidis D et al., Life cycle of translational research for medical interventions, *Science*, 2008, 321:1298 - 1299