

Leserbrief zu: Thieme H. gelesen und kommentiert: H. Frost, et al. Randomized Controlled Trial of Physiotherapy Compared with Advice for Low Back Pain. BMJ. 2004; 329: 708 – 714 physioscience. 2005; 1: 85 – 86

G. Supp

Sehr geehrter Herr Thieme,

herzlichen Dank für Ihren Kommentar zur Studie von H. Frost et al. Ich kann ihm Gutes abgewinnen.

Obgleich nicht primäre Intention, zeigt ihre Analyse der umstrittenen Studie [5, 9] die Problematik wissenschaftlicher Untersuchungen und ihrer gut gemeinten Aufbereitung für ein breiteres Publikum. Sie lassen die Leserschaft Ihrer Zeilen mit der Botschaft zurück, dass die Ergebnisse der Studie höchst relevant seien und eine gute Beratung bei Rückenschmerzen nun einmal nachgewiesenermaßen ebenso effektiv ist wie einige zusätzliche Physiotherapiebehandlungen. Sie bescheinigen der Studie eine sehr ausgereifte und einwandfreie Methodik, verschweigen jedoch ihre Schwächen bzw. schaufeln sie mit ein paar Nebensätzen beiseite.

Was Ihnen entging

Patientenauswahl

80% der Patienten in der Therapiegruppe gaben an, dass die 1. Episode ihrer Rückenschmerzen bereits mehr als 1 Jahr zurückliegt. 42,3% hatten seit mehr als 6 Jahren, 23% sogar seit mehr als 11 Jahren Beschwerden. 84 Teilnehmer (58,3%) erhielten bereits zu einem früheren Zeitpunkt Behandlungen für ihre Rückenschmerzen. Art und Weise sowie Wirksamkeit dieser Interventionen wurden nicht näher beschrieben.

Bei diesem chronifizierten Patientenkontext, das bereits größtenteils mit therapeutischen Maßnahmen konfrontiert worden war, verwundert es nicht, dass die durchschnittlich 5 Sitzungen Physiotherapie keinen messbaren Erfolg gegenüber der qualifizierten Beratung alleine brachten.

Man stelle sich einen ähnlichen Studienaufbau in der Pharmaforschung bei der Erprobung eines Medikaments zur Behandlung von Diabetes vor:

In einer Gruppe von Patienten mit einem nicht näher definierten Diabetes mellitus erhielt in der Vergangenheit mehr als die Hälfte bereits ein Mittel zur Regulierung des Blutzuckerspiegels. Das Medikament hat seine Effektivität bei diesen Patienten nicht bewiesen, da sonst der Diabetes unter Kontrolle wäre und die Personen die Auswahlkriterien für die Studie nicht erfüllen würden.

Nun werden 2 Studiengruppen gebildet. Die eine Gruppe erhält ein Informationsgespräch zum Umgang mit der Stoffwechselerkrankung (z.B. Ernährung, Bewegung). Die Teilnehmer der anderen Gruppe bekommen das gleiche Informationsgespräch und zusätzlich das Medikament, das die Hälfte von ihnen bereits früher eingenommen hatte. Wäre so ein Aufbau denkbar? Wie sähe das Ergebnis dieser Untersuchung aus?

In der britischen Studie wurden 508 Patienten auf ihre Eignung hin untersucht. 222 wurden ausgeschlossen. Zu einem Großteil der ausgeschlossenen Patienten (178) wurden in der Veröffentlichung keine weiteren Angaben gemacht. Welche Faktoren führten zu deren Nichtberücksichtigung? Fehlende Information hierüber bedeutet, dass 35% der Studienpopulation undokumentiert bleiben.

Außerdem wurden von vornherein sämtliche Patienten von der Eignungsuntersuchung ausgeschlossen, für die ein intensives funktionelles Aufbauprogramm vorgesehen war. Damit wurde eine Gruppe gar nicht berücksichtigt, die nach Einschätzung der behandelnden Ärzte von einer aktiven Therapie profitieren sollte.

Intervention

76 Physiotherapeuten betreuten die Patienten in der Studie, über deren Qualifikation keine Angaben gemacht wurden. Im Durchschnitt behandelte jeder Therapeut im Rahmen der Studie gerade einmal 3 Patienten. Zu einer eventuell vorher durchgeführten Pilotstudie bezüglich Compliance der Therapeuten mit dem Studienprotokoll fanden sich ebenfalls keine Angaben. Bei der Wahl

Korrespondenzadresse

Georg Supp, PT, Dip. MDT · P.U.L.Z. im Rieselfeld · 79111 Freiburg

Bibliografie

physioscience 2005; 1: 1 – 2 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1860-3092

ihrer Behandlungsstrategie richteten sich die Physiotherapeuten nach den Ergebnissen ihrer Untersuchungen. Die Behandlungen wurden nicht näher spezifiziert, sollten aber das Routineprogramm der Physiotherapie innerhalb des National Health System widerspiegeln. Dieses beinhaltet jegliche Kombination von Mobilisation und Manipulation, Weichteiltechniken, Stretching, Übungen zur Mobilisation und Kräftigung, Wärme- und Kältebehandlung sowie Beratung durch den Physiotherapeuten.

Bei der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen hat sich der Großteil der beschriebenen Maßnahmen bisher nicht als effektiv erwiesen [10].

72% der Patienten wurden mit passiven manuellen Verfahren behandelt. In der wissenschaftlichen Literatur wird gerade bei chronischen Rückenschmerzen der Einsatz dieser Intervention sehr kontrovers diskutiert [2, 6].

Die Rückenschmerzforschung der letzten Jahre fokussiert zunehmend die klinische Kategorisierung, d. h. die Bildung von Untergruppen bei Rückenschmerzpatienten [3, 4, 7].

Die Wichtigkeit von Edukation und Angstabbau steht bei der Behandlung von Menschen mit Rückenschmerzen außer Frage. Darüber hinaus wird jedoch nur die Patientengruppe von mechanischer Intervention (Physiotherapie, Trainingsprogramme) profitieren, deren Beschwerden auch mechanisch beeinflussbar sind. Eine Studie, die „Äpfel mit Birnen“ vergleicht, ist nicht geeignet, die Effektivität von Physiotherapie zu untersuchen.

Wieder eine Parallele aus der Pharmaforschung: Man stelle sich vor, die Wirksamkeit von „Herzmedikamenten“ soll in einer randomisierten Studie evaluiert werden. Einschlusskriterien sind: Alter 18 und älter, Schmerz in der Brust seit mindestens 6 Wochen mit oder ohne Ausstrahlung entlang der Rippen. Die Intervention umfasst die Gabe verschiedener „Herzmedikamente“, wobei nicht weiter verfolgt wird, welcher Patient welches Medikament erhält.

Was könnte sich alles hinter der beschriebenen Symptomatik verbergen? Welche der verabreichten Medikamente würden wie auf diese unterschiedlichen Pathologien wirken? Wie ginge die Studie hinsichtlich der Wirksamkeit der „globalen Herzmedikamente“ aus?

Es leuchtet ein, dass ein derartiges Studiendesign keinen Sinn macht. Dennoch laufen Untersuchungen, die sich mit Rückenschmerzen und ihrer Therapie mithilfe von Physiotherapie beschäftigen, laufen aber leider seit Jahren nach diesem Muster ab.

26 Patienten in der Beratungsgruppe erhielten mehr als eine Sitzung (2–22), entweder weil sie mit der Beratung alleine nicht zufrieden waren (8 Patienten) oder weil es der betreuende Physiotherapeut als unethisch erachtete, weitere Behandlungen vorzuenthalten (4 Patienten). Bei 12 Patienten wurden keine Gründe für die zusätzlichen Sitzungen angegeben. Hätten diese 26 Patienten nur eine Sitzung erhalten, wären durchaus statistisch relevante Veränderungen denkbar.

Ausblick

In absehbarer Zukunft werden wirksame Therapien nur dann zur Anwendung kommen können, wenn ihre Wirksamkeit auch wissenschaftlich belegt ist. Im Falle von Physiotherapie bei Rückenschmerzen wird eine adäquate Beurteilung der Effektivität nur möglich sein, wenn die Vorauswahl Patienten ausschließt, die für mechanische Therapie nicht geeignet sind. Die konsequente Bildung von Untergruppen und die genaue Definition der passenden Therapie für die Gruppen sollte das Bestreben zukünftiger Forschungsprojekte sein. Verlässliche Einteilungen sind teilweise heute schon beschrieben [1], und die Nachweise für den Effekt der daran orientierten Therapie werden immer schwergewichtiger [4, 7].

Die Therapie von Rückenschmerzen ist ein Prozess, der nur von Therapeut und Patient gemeinsam erfolgreich vorangebracht werden kann, und die Einteilung in Untergruppen ist unter Umständen erst im Rahmen der Probebehandlungen möglich [11]. Frühzeitige Randomisierung in Interventions- und Kontrollgruppe wird deshalb in Zukunft wohl eines der Hauptprobleme bei den Untersuchungen sein [8].

Fachzeitschriften sind in höchstem Maße dazu geeignet, Therapeuten wissenschaftliche Erkenntnisse verständlich und praxisrelevant zu vermitteln. Die von Ihnen kommentierte Studie ist jedoch von so hoher Brisanz für die Physiotherapie, dass die bloße Übersetzung der Zusammenfassung und ein paar weiche Kommentare meines Erachtens bedenklich sein können.

Literatur

- 1 Aina A, May S, Clare H. The centralization phenomenon of spinal symptoms – a systematic review. *Manual Therapy* 2004; 9: 134–143
- 2 Assendelft WJ, Morton SC, Yu Emily I et al. Spinal manipulative therapy for low-back pain (Cochrane Review). The Cochrane Library. Chichester, UK: Wiley & Sons, 2004
- 3 Borkan JM, Koes et al. A Report from the Second International Forum for Primary Care Research on Low Back Pain: Reexamining Priorities. *Spine* 1998; 23: 1992–1996
- 4 Fritz J et al. Comparison of classification-based physical therapy with therapy based on clinical practice guidelines for patients with acute low back pain. *Spine* 2003; 28: 1363–1372
- 5 Frost H et al. Randomised controlled trial of physiotherapy compared with advice for low back pain. *BMJ* 2004; 329: 708–714. Rapid Responses published online <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/329/7468/708>
- 6 Koes BW, Assendelft WJ, van der Heijden GJ et al. Spinal manipulation for low back pain: an updated systematic review of randomized clinical trials. *Spine* 1996; 21: 2860–2871
- 7 Long A, Donelson R, Fung T. Does it matter which exercises? A randomized control trial of exercise for low back pain. *Spine* 2004; 23: 2593–2602
- 8 Schmidt C, Supp G, Brockow T et al. McKenzie care versus physiotherapy exercises in low back pain patients with centralization phenomenon. Study design and problems of classification during piloting. Presented at 8th International McKenzie Conference, Rom Sept. 2003
- 9 Supp G. Kommentar zu: Frost H., et al. Randomised controlled trial of physiotherapy compared with advice for low back pain. *manuelletherapie* 2005; 9: 45–47
- 10 van Tulder MW, Koes BW, Bouter et al. Conservative Treatment of Acute and Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials of the Most Common Interventions. *Spine* 1997; 22: 2128–2156
- 11 Werneke M, Hart DL. Discriminant Validity and Relative Precision for Classifying Patients with Nonspecific Neck and Back Pain by Anatomic Pain Patterns. *Spine* 2003; 28: 161–166