

Und anderswo ...?

Antoine de Torrenté

Hüftgelenksarthrose: Physiotherapie?

Fragestellung

Hüftgelenksarthrose ist eine äusserst weit verbreitete Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems. Vor einem eventuellen chirurgischen Eingriff wird üblicherweise Physiotherapie verordnet, um die Schmerzen zu lindern und ggf. die Mobilität zu verbessern. Die Anwendungen können mehrere Elemente beinhalten: manuelle Therapie mit Massage und Muskeldehnung, Aufklärung und Heimtraining. Der Placeboeffekt ist wahrscheinlich hoch, und bislang gab es keinen Vergleich einer «aktiven» Physiotherapie mit Scheinanwendungen. Bietet eine physiotherapeutische Behandlung im Vergleich zu Letzteren tatsächlich einen zusätzlichen Nutzen? Angesichts der relativ hohen Kosten der Physiotherapie ist dies eine interessante Frage.

Methode

In der Studie wurde überprüft, ob physiotherapeutische Massnahmen Scheinbehandlungen überlegen sind (Placeboeffekt). Die Teilnehmer waren >50 Jahre alt und litten seit mindestens 3 Monaten an einer radiologisch nachgewiesenen Arthrose mit einer durchschnittlichen Schmerzintensität von ≥ 40 mm laut visuell-analoger Schmerzskala von 0–100. Die Physiotherapie erfolgte durch erfahrene Physiotherapeuten: Gelenkmanipulation, Muskeldehnung, Mobilisation der Lendenwirbelsäule und Tiefenmassage einmal wöchentlich für 10 Wochen. Des Weiteren wurden Heimübungen verordnet. Die inaktive Anwendung bestand aus einer Ultraschallbehandlung bei ausgeschaltetem Gerät und der Applikation eines neutralen Gels. Die Studie dauerte 13 Wochen. Primärer Endpunkt war die durchschnittliche Schmerzintensität

in der letzten Studienwoche sowie die körperliche Funktion anhand eines aus 17 Fragen ermittelten Score, der von der University of Ontario und der McMaster University entwickelt wurde.

Resultate

Von 1339 kontaktierten Patienten wurden lediglich 49 auf die aktive und 53 auf die Placebogruppe randomisiert. 94% nahmen bis zum Studienende teil. In der aktiven Gruppe sank die Schmerzintensität von 58,8 auf 40 mm und in der Placebogruppe von 58 auf 35,2 mm. Eine Senkung um 18 mm gilt als Mindestgrenzwert für eine klinische Verbesserung. Hinsichtlich des Score der körperlichen Funktion gab es keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Probleme

Für eine derart häufige Erkrankung erscheint die Zahl der eingeschlossenen Patienten sehr gering. Die Einschlusskriterien waren jedoch sehr streng, wodurch die Glaubwürdigkeit der Resultate der Studienpopulation noch verstärkt wird.

Kommentar

Vermutlich hatte die Scheinanwendung eine ebenso gute bzw. bessere Wirkung auf die Schmerzen. Dies kann jedoch auch auf einen Typ-I-Fehler zurückzuführen sein. In dieser Population übte die Physiotherapie in keinem Fall eine positive Wirkung aus, weder auf die Schmerzen noch auf die körperliche Funktion. Der Scheinkontakt mit einem aufmerksamen Physiotherapeuten, der jedoch keine Anwendungen durchführt, scheint ebenso wirksam zu sein wie aktive Massnahmen. Aber wie soll so etwas nur abgerechnet werden?

Bennell KL, et al. JAMA. 2014;311:1987–97.

Schlaganfall bei intrakranieller arterieller Stenose: intensive medikamentöse Behandlung mit oder ohne Stent?

451 Patienten mit transitorischer ischämischer Attacke oder Schlaganfall aufgrund einer 70–99%igen intrakraniellen arteriellen Stenose wurden randomisiert. Eine Gruppe mit 227 Patienten erhielt eine intensive medizinische Behandlung (Thrombozytenaggregationshemmer, Behandlung der kardiovaskulären Risikofaktoren) und die andere mit 224 Patienten eine zusätzliche Stent-Implantation an der Stenosestelle. Bei einem medianen Follow-up von 32 Monaten kam es bei 15% der Pat. der Gruppe mit alleiniger medikamentöser Behandlung und bei 23% der Stent-Gruppe zu einem Schlaganfallrezidiv. Was wieder einmal zeigt: Die invasive Behandlung arterieller Läsionen ist nicht immer besser. Auch bei Nierenarterienstenosen zeigte sie keinen Nutzen.

Derdeyn C, et al. Lancet. 2014;383:333–41.

Aromatasehemmer zur Brustkrebsprävention?

Aromatase ist ein Enzym, das Androgene in Östrogene umwandelt. Aromatasehemmer bewirken eine Reduktion von Brustkrebsrezidiven und kontralateralen Karzinomen. In einer Studie erhielten fast 2000 postmenopausale Frauen mit hohem Krebsrisiko (Familienanamnese, Carcinoma in situ, usw.) 5 Jahre lang 1 mg Anastrozol (Arimidex®) pro Tag und ca. 2000 Placebo. 2% der Frauen un-

ter Anastrozol entwickelten ein Karzinom gegenüber 4% unter Placebo, RR 0,47, $p < 0,0001$. Aber: keine Verringerung der Sterblichkeit, ein relativ kurzes Follow-up und ziemlich schwere, hauptsächlich vasomotorische Nebenwirkungen. Das Wichtigste ist, Frauen zu identifizieren, für die ein Behandlungsnutzen besteht, insbesondere solche mit Östrogenrezeptor-positiven Tumoren.

Cuzick J, et al. Lancet. 2014;383(9922):1041–8.

doi: 10.1016/S0140-6736(13)62292-8.

Neue Empfehlungen von Am. College of Cardiology/Am. Heart Association: fragwürdig?

Die neuen ACC/AHA-Empfehlungen haben bereits zu zahlreichen Kontroversen geführt. Hier noch einige überzeugende Zahlen: (1.) Nach den alten Guidelines müssten 43,2 Millionen Amerikaner Statine einnehmen. (2.) Nach den neuen Guidelines wären dies 56 Millionen, also 12,8 Millionen mehr, vor allem in der Altersgruppe der 60- bis 75-Jährigen. (3.) Theoretisch müssten bei Anwendung der neuen Guidelines in zehn Jahren 475 000 kardiovaskuläre Ereignisse verhindert werden. Die neuen Empfehlungen sind also eindeutig übertrieben, wie auch die kritische, im *European Heart Journal* veröffentlichte Auswertung der CoLaus-Kohortenstudie (Prof. G. Waeber) beweist. Eine weitere, jedoch äusserst einträgliche Übermedikalisierung ...

Physician's First Watch. 2014; March 20.