

Internationale Studienergebnisse



SCHLAGANFALL

Atemtraining verbessert Husten nicht

■ Bei Menschen nach Schlaganfall sind auch das Schlucken und die Atmung beeinträchtigt. Durch eine Schluckstörung (Dysphagie) erhöht sich die Gefahr der Aspiration. Aufgrund der beeinträchtigten Atmung haben die Patienten auch Probleme, effektiv zu husten, sodass bei ihnen die Gefahr für Lungeninfekte steigt. Nun fanden britische Forscher heraus, dass ein Atemmuskeltraining zwar die

Inspirationsleistung der Betroffenen steigern kann, die Expirationsleistung aber möglicherweise nicht. Für einen effektiven Hustenstoß sind jedoch beide Komponenten wichtig.

In einem ersten Review analysierten die Briten Studien, welche die Atemmuskelleistung von Patienten nach Schlaganfall mit denen von Gesunden verglichen. Ihr Ergebnis: Die Atemleistung der Betroffenen ist signifikant redu-

SCHLAGANFALL

Schluckstörungen

Anteil der Patienten nach Schlaganfall, die unter Schluckstörungen leiden



Int J Stroke 2013; 8: 124–130

ziert. In einem zweiten Review untersuchten sie den Effekt des Atemmuskeltrainings. Sie stellten fest, dass sich damit zwar die Einatemleistung verbessert, nicht jedoch die Ausatemleistung. Da ihre Ergebnisse allerdings auf den Erkenntnissen aus nur insgesamt sechs Studien beruhen, sind diese Aussagen mit Vorsicht zu genießen.

hoth
Int J Stroke 2013; 8: 124–130

LÄHMUNG NACH BANDSCHEIBENVORFALL

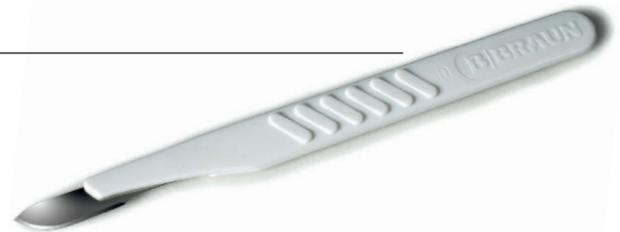
Postoperativer Kraftgewinn unabhängig von Dauer der Parese

■ Patienten, die durch einen LWS-Bandscheibenvorfall Lähmungen im Bein haben, stellen oft die Frage, ob die Kraft nach einer OP wieder vollständig zurückkommen wird. Ein Team norwegischer Wissenschaftler ging dem nun nach.

In ihre Studie schlossen sie 91 Patienten ein, die sich wegen eines LWS-Prolapses einer

Mikrodiskotomie unterzogen. Alle hatten eine Parese im Bein, wobei nicht berichtet wurde, welche Muskeln jeweils betroffen waren.

Ein Jahr nach der OP stellte sich heraus, dass die Chance auf vollen Kraftgewinn viermal niedriger war, wenn die Patienten prä-OP einen Kraftgrad (KG) zwischen 0 und 3 hatten.



Patienten mit einem KG von 4 oder 5 erhielten sich signifikant besser. Wie lange der Kraftverlust prä-OP bereits angehalten hatte, spielte dagegen keine Rolle. Von denen, die sich nicht vollständig erholten, waren nach einem Jahr noch dreimal so viele krankgeschrieben.

josc
Eur Spine J 2012, 21: 655–659

HALSWIRBELSÄULE

Auf Manipulation verzichten – oder doch nicht?

■ Die Frage, ob man auf Manipulationen an der HWS verzichten sollte oder nicht, wird immer wieder diskutiert – nun in der Rubrik „Head to Head“ des British Medical Journal.

Die Befürworter argumentieren unter anderem, dass eine Manipulation zum Beispiel bei akuten Nackenschmerzen besser hilft als Placebo und dass mehrere Reviews die Manipulation bei verschiedenen Beschwerden, etwa zervikogenen Kopfschmerzen, als eine mögliche Primärtherapie empfehlen. Zudem

sei das Risiko für einen Schlaganfall bei Patienten, die wegen Kopfschmerzen manipuliert wurden, nur unwesentlich höher als das von Patienten, die wegen Kopfschmerzen von ihrem Hausarzt behandelt wurden. Außerdem finde sich derzeit keine Evidenz, dass Mobilisationen sicherer sind als Manipulationen.

Manipulationsgegnern nach sei diese Therapieform als unabhängiger Risikofaktor für neurologische Komplikationen nachgewiesen. Zudem zeigen Manipulationen ihrer Meinung nach keinen Vorteil gegenüber alternativen Behandlungsformen. Somit gebe es keinen Grund, das Risiko dieser Therapie einzugehen.

Prof. Dr. Kurt Ammer, ein Rehabilitationsmediziner aus Wien, kommt nach seiner Literaturdurchsicht zu dem Schluss, dass Nutzen und möglicher Schaden einer Manipulation an der HWS anhand der vorliegenden Daten nicht eindeutig bestimmt werden können. Somit wird diese Therapieform weiterhin für Gesprächsstoff und Diskussionen sorgen.

josc

Man Med 2012; 50: 519–521



Schlaganfall

Hirnhälfte hemmen hilft nicht

Es gibt die Theorie, dass beide Hirnhemisphären eine Art Wettkampf ausfechten. Nach einem Schlaganfall könnte dieser Annahme nach der hemmende Einfluss der betroffenen Hirnhemisphäre sinken, wodurch die gesunde Hirnhälfte „überaktiv“ wird. Eine Modulation dieser ungleichen Aktivität könnte sich möglicherweise positiv auf die Rehabilitation auswirken. Polnische Forscher wollten daher herausfinden, ob es sinnvoll ist, die Aktivität der gesunden Hirnhälfte vor einem Motoriktraining mittels transkranieller Magnetstimulation zu senken.

Sie verteilten 40 Patienten, die nach einem Schlaganfall unter einer moderaten Armparese litten, auf zwei Gruppen. Eine Gruppe bekam vor der täglichen Physiotherapie eine 30 Minuten lange, hemmende Magnetstimulation über dem kontraläsionalen motorischen Kortex. Die andere Gruppe erhielt eine Scheinstimulation. Nach drei Wochen und auch nach drei Monaten konnten die Autoren keine signifikanten Unterschiede in der motorischen Armfunktion beider Gruppen feststellen. Die Forscher empfehlen, die Patienten bei nachfolgenden Studien genauer zu kategorisieren, beispielsweise anhand der individuellen Hirnaktivität oder der motorischen Beeinträchtigung der Hand.

hoth

Neurorehabil Neural Repair 2012; 26: 1072–1079



BECKENGÜRTELSCHMERZEN

Längere Ruhezeiten erhöhen Risiko

■ In den Niederlanden gehen viele Frauen recht bald nach der Geburt wieder arbeiten. Einer der Faktoren, die das verhindern können, sind Beckengürtelschmerzen. Niederländische

Wissenschaftler wollten deshalb herausfinden, welche Faktoren während der Schwangerschaft oder nach der Geburt zu Beckengürtelschmerzen führen können.

An ihrer Studie nahmen 548 Schwangere teil, die in unterschiedlichen Firmen arbeiten – vorwiegend in Gesundheitsberufen, der Kinderbetreuung oder im Supermarkt. Der Untersuchungszeitraum reichte bis zur zwölften Woche nach Geburt.

Nach den zwölf Wochen hatten zwar 43% aller Teilnehmerinnen Beckengürtelschmerzen, doch nur bei 15% war deren Intensität höher als sechs auf einer Zehn-Punkte-VAS. Unter anderem folgende Faktoren prädestinierten die Frauen zu Beckengürtelschmerzen:

- Rückenschmerzen in der Vorgeschichte
- unangenehme Arbeitshaltung
- hohes Geburtsgewicht des Kindes
- längere Ruhe- oder Schlafzeiten als andere Teilnehmerinnen
- keine Bettruhe nach der Geburt
- größere Somatisierung (also eine größere Neigung, wegen Symptomen zum Arzt zu gehen, die nicht auf Erkrankungen zurückzuführen sind)

Die Forscher wünschen sich nun vor allem Studien, welche die letzten drei dieser Faktoren genauer untersuchen. Diese waren bislang nicht bekannt.

josc
Pain 2012; 153: 2370–2379

SCHULTERGELENK-IMPINGEMENT

Übungen verhindern OP

■ Eine Studie aus Schweden bestätigt einmal mehr, dass Patienten mit subakromialem Impingement ihre Beschwerden durch aktive Übungen in den Griff bekommen können.

An der randomisierten kontrollierten Studie nahmen 102 Patienten teil, die seit mehr als sechs Monaten unter einem subakromialen Impingement litten. Eine Hälfte davon absolvierte ein spezifisches Übungsprogramm mit exzentrischen Kräftigungsübungen für die Rotatorenmanschette sowie konzentrischen und exzentrischen Übungen für die Skapulafixatoren. Die Kontrollgruppe bekam unspezifische Übungen für den Nacken und die Schulterregion. Alle Probanden erhielten innerhalb von zwölf Wochen fünf bis sechs individuelle Übungsanleitungen. Dazwischen führten die Teilnehmer täglich ein- bis zweimal ein entsprechendes Heimübungsprogramm durch.

Primäre Outcome-Parameter waren unter anderem der Constant-Murley-Schulter-Score,

die Schulterfunktion und die Schmerzintensität. Daneben dokumentierten die Forscher, wie sich das Problem nach Meinung der Teilnehmer selbst entwickelt hatte und wie sich deren Bereitschaft für eine chirurgische Therapie des Problems veränderte. Als erfolgreiches Therapieergebnis galt, wenn die Beschwerden deutlich verringert oder verschwunden waren.

In der Gruppe mit spezifischer Bewegungstherapie berichteten 69% der Patienten, dass

die Therapie erfolgreich war. In der Kontrollgruppe waren dagegen lediglich 24% beschwerdefrei oder hatten deutlich weniger Probleme. Zudem wurden in der Interventionsgruppe nur 20% der Teilnehmer operiert, in der Kontrollgruppe waren es 63%.

josc
BMJ 2012; 344: e787



CHRONISCHE RÜCKENSCHMERZEN

Manuelle Therapie unterstützt Übungsprogramm

■ Es gibt eine Tendenz, Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen (CNSLBP) vorwiegend mit Übungen zu behandeln und auf passive Mobilisationen zu verzichten. Ein Team aus der französischen Schweiz konnte nun jedoch zeigen, dass manuelle Mobilisationen (MM) den positiven Effekt eines aktiven Übungsprogramms durchaus unterstützen können.

Der Hintergedanke ihrer Pilotstudie war, dass Mobilisationen und Manipulationen einen analgetischen Effekt haben und Patienten dadurch anschließend besser aktiv üben können. Daher verglichen die Wissenschaftler 42 Patienten, die unter CNSLBP litten: Die eine Hälfte bekam zunächst eine physiotherapeutische Behandlung mit – je nach individuellem Bedarf – Mobilisationen, Manipulationen und Muskelenergie-Techniken. Alle übrigen Teilnehmer erhielten stattdessen eine Behandlung mit nicht angeschaltetem therapeutischem Ultraschall. Das anschließende

Übungsprogramm war für alle Patienten gleich und beinhaltete Mobilisations-, Stabilisations- und Kräftigungsübungen sowie Dehnungen. Insgesamt erstreckte sich die Intervention über acht Sitzungen, die über vier bis acht Wochen jeweils ein- bis zweimal wöchentlich stattfanden. Das Follow-up fand nach drei und sechs Monaten statt.

Jeweils direkt im Anschluss an die passiven Interventionen hatten die Probanden der Mobilisationsgruppe weniger Schmerzen als die in der Placebogruppe. Die rücken-schmerzbedingten Einschränkungen, gemessen mit dem Oswestry-Disability-Fragebogen, waren in der MT-Gruppe ebenso geringer wie die Schmerzintensität. Nach sechs Monaten unterschieden sich die Gruppen hinsichtlich dieser Parameter jedoch nicht mehr. Nun müssen diese Ergebnisse an einer Studie mit größeren Patientengruppen bestätigt werden. *josc*

BMC Musculoskelet Disord 2012; 13: 162





RÜCKENSCHMERZEN BEI SCHÜLERN

Große Hilfe durch kleines Keilkissen

■ Obwohl auch Kinder und Jugendliche an Rückenschmerzen leiden, gibt es offenbar keine Daten, inwieweit die Beschwerden mit dem Sitzen in der Schule zusammenhängen. Forscher aus Großbritannien ergriffen nun die Initiative: Sie untersuchten, ob Schüler weniger Rückenschmerzen haben, wenn sie während des Unterrichts auf einem Keilkissen sitzen.

Sie wählten 185 Schüler zwischen 14 und 16 Jahre aus, die unter Schmerzen irgendwo am Rücken („zwischen Okziput und Gesäß“) litten. Die eine Hälfte der Schüler erhielt ein speziell für die Schulstühle entworfenes Keilkissen, das sie drei Wochen lang täglich nutzen sollte. Das Keilkissen hatte eine Fläche von 35x30 cm, war fünf Zentimeter hoch und

RÜCKENSCHMERZEN

Erkrankungshäufigkeit bei Kindern



Anteil der Mädchen und Jungen zwischen 11 und 17 Jahren in Deutschland, der zumindest „fast jede Woche“ Kreuzschmerzen hat

WHO Cross National Survey (HBSC).
Sonderauswertung Universität Bielefeld

hatte eine Neigung von 10°. Die andere Hälfte der Teilnehmer diente als Kontrollgruppe und saß wie bisher.

Am Ende des Untersuchungszeitraumes hatten sich die Rückenschmerzen bei den Schülern, die ein Keilkissen verwendeten, um mehr als 50% verringert.

josc
Physiotherapy 2012; 98: 301–306