

# Wird die Rekonditionierung bei PatientInnen mit chronischen Schmerzen überwertet? = Le reconditionnement chez les patients atteints de douleurs chroniques est-il surévalué?

Autor(en): **Winteler, Balz / Monnin, Dominique**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physioactive**

Band (Jahr): **53 (2017)**

Heft 3

PDF erstellt am: **29.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-928594>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## Wird die Rekonditionierung bei PatientInnen mit chronischen Schmerzen überbewertet?

### Le reconditionnement chez les patients atteints de douleurs chroniques est-il surévalué?

BALZ WINTELER, DOMINIQUE MONNIN

Aktive Übungstherapie verursacht nur wenig unerwünschte Nebeneffekte bei PatientInnen mit chronischen Schmerzen. Ihre Wirksamkeit in Bezug auf Schmerz, Funktion und Lebensqualität ist aufgrund der bescheidenen Qualität der Evidenz jedoch nicht geklärt.

Le traitement actif basé sur l'exercice physique cause peu d'effets secondaires chez les patients atteints de douleurs chroniques. Toutefois, son efficacité sur la douleur, la fonction et la qualité de vie n'est pas établie en raison de la qualité modeste des évidences scientifiques.

U ngefähr 18 Prozent der Bevölkerung Europas litt im Jahr 2006 unter chronischen Schmerzen [1]. Sie beeinträchtigen die Lebensqualität, die Stimmung und die Aufgabenerfüllung der Betroffenen [2–5]. Neben dem individuellen Leid führen chronische Schmerzen auch zu hohen Gesundheitskosten. In der Schweiz werden die jährlichen direkten Kosten alleine von chronischen Kreuzschmerzen auf 3,8 Milliarden Franken geschätzt, die indirekten auf 7,4 [6].

E nviron 18 % de la population européenne souffraient de douleurs chroniques en 2006 [1]. Celles-ci retentissent négativement sur la qualité de vie et sur le moral des per-

In der Behandlung von chronischen Schmerzen werden unterschiedliche therapeutische Methoden angewendet. Dazu gehören medikamentöse Therapie, Information, Edukation, Physio- und Ergotherapie, chirurgische Interventionen, Placebothherapie und interdisziplinäre Rehaprogramme [7].

In der Physiotherapie hat sich das Konzept durchgesetzt, chronischen Schmerzen primär mit aktivem Management, Reaktivierung und körperlicher Rekonditionierung zu begegnen. Die Evidenzlage für aktive Übungstherapie ist jedoch bescheiden, wie eine neue Übersicht von Cochrane Reviews (Overview) belegt.

#### Auswertung von 21 Cochrane Reviews

Die Cochrane Overview von Geneen et al. konnte 21 Cochrane Reviews auswerten, mit insgesamt 381 Studien und 37 143 PatientInnen. Die Forschenden berücksichtigten systematische Reviews von randomisierten, kontrollierten Studien, die bis im März 2016 publiziert wurden [8]. Die methodi-



© Edler von Rabenstein – Fotolia

**Übungstherapie hat wenig Nebenwirkungen und könnte vor ischämischen Ereignissen schützen. | Le traitement actif comporte peu d'effets secondaires et protège probablement d'événements ischémiques.**

| Cochrane Review | Messgrösse  | Anzahl Studien (Anzahl PatientInnen)                   | Verlaufsmessung unmittelbar nach Intervention  | Kommentar   |
|-----------------|---|--|--|---|
| Bidonde 2014    | Selbsteinschätzung körperliche Funktion (Skala 0–100) | 5 (285)  | MD –4,35 (95 % KI –7,77 bis –0,94)<br>SMD –0,44 (95 % KI –0,76 bis –0,11)<br>Absolute Differenz –4 (95 % KI –8 bis –1)<br>NNT 6 (95 % KI 3 bis 22)   | Kleine stat. signifikante Verbesserung mit Gruppen-Wassertherapie. Klinisch nicht relevant. |
| Busch 2007      | Körperliche Funktion                                  | <b>Ausdauer:</b><br>4 (253)<br><b>Kraft:</b><br>2 (47) | <b>Ausdauer:</b><br>SMD 0,66 (95 % KI 0,41 bis 0,92)<br>favorisiert aktive Übungstherapie (P < 0.0001)<br><b>Kraft:</b><br>SMD 0,52 (95 % KI –0,07 bis 1,10)<br>favorisiert aktive Übungstherapie (P = 0,08, ns) | Stat. signifikante Verbesserung der Funktion mit Ausdauertraining. Moderate Effektgrössen.  |
| Busch 2013      | HAQ und SF-36 für Funktion                            | 3 (107)  | Veränderungsscore MD –6,29 (95 % KI –10,45 bis –2,13) favorisiert aktive Übungstherapie (P < 0,01)   | Stat. signifikante Verbesserung mit aktiver Übungstherapie.                                 |

**Tabelle 1: Auswahl von Ergebnissen der eingeschlossenen Cochrane Reviews zur körperlichen Funktion bei Fibromyalgie. KI: Konfidenzintervall. MD: Mittelwertsdifferenz. NNT: number needed to treat. Ns: nicht signifikant. SMD: Standardisierte Mittelwertsdifferenz. HAQ: Health Assessment Questionnaire. SF-36: Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität.**

sche Qualität wurde mit dem Amstar-Bewertungsinstrument<sup>1</sup> erhoben.

Die einbezogenen Schmerzpathologien waren: rheumatoide Arthritis, Arthrose, Fibromyalgie, Kreuzschmerzen, Claudicatio spinalis, Dysmenorrhoe, mechanische Nackenbeschwerden, Rückenmarksverletzungen, Post-Polio-Syndrom und patellofemorale Schmerzen. Keine der Reviews untersuchte chronische Schmerzen als eigenständiges Krankheitsbild. Aktive Übungstherapie beinhaltete Aerobic, Trainingsprogramme zur Kräftigung, Dehnung, Beweglichkeits- und Gleichgewichtsverbesserung, Yoga, Pilates und Tai-Chi.

Die Messgrössen waren Schmerz, körperliche und psychologische Funktion, Lebensqualität, Übungsadhärenz, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und unerwünschte Nebeneffekte.

264 Studien (total 19642 PatientInnen) verglichen aktive Übungstherapie mit minimaler, nicht übungsbezogener Therapie. Die Absicht der Cochrane Overview war es, die Wirksamkeit von aktiver Übungstherapie zu bestimmen und mögliche unerwünschte Nebeneffekte festzuhalten.

### Zu kleine Studienpopulationen, fehlende Erhebung von Langzeiteffekten

Obwohl die Cochrane-Forschungsgruppe die Durchführung und Dokumentation der Reviews als gut bewertete und das Verzerrungsrisiko genügend berücksichtigt war, ist die Qualität der Evidenz bescheiden. Ausschlaggebend dafür sind die

sonnes concernées tout comme elles nuisent à la réalisation de leurs activités [2–5]. En plus de la souffrance individuelle qu’elles génèrent, les douleurs chroniques pèsent également sur le budget de la santé. En Suisse, les frais directs impliqués pour les seuls maux de dos sont évalués à 3,8 milliards de francs par année; les frais indirects à 7,4 [6].

Différentes méthodes thérapeutiques sont utilisées pour traiter les douleurs chroniques. Il y les traitements médicamenteux, l’information, l’éducation, la physiothérapie, l’ergothérapie, les interventions chirurgicales, les thérapies à base de placebo et les programmes de rééducation interdisciplinaires [7].

En physiothérapie, le concept consistant à aborder les douleurs chroniques essentiellement par une gestion active, une réactivation et un reconditionnement physique s’est imposé. Toutefois, le niveau des évidences scientifiques est modeste pour le traitement actif comme en témoigne une récente compilation de différentes revues Cochrane.

### Évaluation de 21 revues Cochrane

Geneen et al. ont compilé et analysé 21 revues Cochrane (381 études et 37 143 patients). Les auteurs ont pris en compte des revues systématiques d’études randomisées contrôlées publiées jusqu’en mars 2016 [8]. La qualité méthodologique a été évaluée au moyen de la grille Amstar<sup>1</sup>.

Les pathologies responsables des douleurs prises en compte sont les suivantes: arthrite rhumatoïde, arthrose,

<sup>1</sup> Amstar-Tool: Assessing the methodological quality of systematic reviews. [https://amstar.ca/Amstar\\_Checklist.php](https://amstar.ca/Amstar_Checklist.php)

<sup>1</sup> Amstar-Tool: Assessing the methodological quality of systematic reviews. [https://amstar.ca/Amstar\\_Checklist.php](https://amstar.ca/Amstar_Checklist.php)

| Revue Cochrane | Élément de mesure   | Nombre d'études (nombre de patients)                    | Mesure du déroulement directement après l'intervention  | Commentaire  |
|----------------|---|---|---|--|
| Bidonde 2014   | Auto-évaluation de la fonction corporelle (échelle 0–100) | 5 (285)   | DM –4,35 (95 % IC –7,77 à –0,94)<br>DSM –0,44 (95 % IC –0,76 à –0,11)<br>Différence absolue –4 (95 % IC –8 à –1)<br>NNT 6 (95 % IC 3 à 22)  | Petite amélioration stat. significative chez les groupes de thérapie aquatique. Non pertinente sur le plan clinique. |
| Busch 2007     | Fonction corporelle                                       | <b>Endurance:</b><br>4 (253)<br><b>Force:</b><br>2 (47) | <b>Endurance:</b><br>DSM 0,66 (95 % IC 0,41 à 0,92) favorise le traitement actif fondé sur l'activité physique (P < 0,0001)<br><b>Force:</b><br>DSM 0,52 (95 % IC –0,07 à 1,10) favorise le traitement actif fondé sur l'activité physique (P = 0,08, ns) | Amélioration stat. significative de la fonction avec entraînement d'endurance. Effets modérés.                       |
| Busch 2013     | HAQ et SF-36 pour la fonction                             | 3 (107)   | Le score de changement DM –6,29 (95 % IC –10,45 à –2,13) favorise le traitement actif fondé sur l'activité physique (P < 0,01)  | Amélioration stat. significative avec le traitement actif fondé sur l'activité physique.                             |

**Tableau 1: Sélection de résultats des revues Cochrane incluses sur la fonction corporelle en cas de fibromyalgie. IC: intervalle de confiance. DM: différence entre deux moyennes. NNT: number needed to treat (nombre à traiter). Ns: non significatif. DSM: différence standardisée entre deux moyennes. HAQ: Health Assessment Questionnaire. SF-36: questionnaire sur la qualité de vie relative à la santé.**

kleinen Studienpopulationen (häufig < 50) und die fehlende Erhebung von Langzeiteffekten (> 3–6 Monate).

### Inkonsistente Resultate

Einige Studien konnten einen günstigen Effekt von aktiver Übungstherapie auf den Schmerz belegen. Die Resultate sind aber über unterschiedliche Interventionen und Messzeitpunkte hinweg inkonsistent.

Die *körperliche Funktion*, die häufigste Messgrösse, verbesserte sich signifikant in mehr als der Hälfte der Reviews. Die Effektgrössen sind jedoch zu klein, um die Wirkung abschliessend beurteilen zu können (Tabelle 1).

Die *psychologische Funktion* und die *Lebensqualität* wiesen widersprüchliche Resultate auf.

Unerwünschte Nebeneffekte dokumentierten nur 61 von 246 (25 %) der Studien, wovon 39 (64 %) solche rapportierten. Am häufigsten genannt wurden vorübergehende Schmerzzunahme und Muskelschmerzen.

### Eine valable Therapieoption

Aktuell ist keine abschliessende Aussage zur Wirksamkeit von aktiver Übungstherapie bei chronischen Schmerzen möglich. Weitere Forschung mit grossen Studienpopulationen und Langzeiteffektmessungen ist nötig.

Da aktive Übungstherapie aber eine Intervention mit wenigen Nebenwirkungen ist, und sie möglicherweise vor schwerwiegenden ischämischen Ereignissen schützt, bleibt sie eine valable Therapieoption. Die Frage ist, ob eine rein auf

fibromyalgie, douleurs lombaires, claudication spinale, dysménorrhée, douleurs mécaniques de la nuque, lésions médullaires, syndrome post-polio et douleurs fémoropatellaires. Aucune des expertises n'a considéré les douleurs chroniques comme une maladie en soi. Le traitement actif fondé sur l'exercice physique intégrait l'aérobic, des programmes d'entraînement musculaire, des étirements, une amélioration de la mobilité et de l'équilibration, du yoga, du Pilates et du tai-chi.

Les mesures effectuées étaient la douleur ressentie, le fonctionnement corporel et psychologique, la qualité de vie, l'adhésion aux exercices, l'utilisation de prestations de santé ainsi que sur les effets secondaires indésirables.

264 études (19642 patients) ont comparé un traitement actif fondé sur l'exercice physique à un traitement minimal sans entraînement. L'objectif de cette compilation de différentes revues Cochrane était de définir l'efficacité d'un traitement actif fondé sur l'exercice physique et de déterminer les éventuels effets secondaires indésirables.

### Des populations d'étude trop réduites, absence d'examen des effets à long terme

Même si les auteurs estiment que la réalisation et la documentation des revues systématiques ont été bien menées et que le risque de biais a été suffisamment pris en compte, la qualité des évidences scientifiques est modeste. En effet, les populations sur lesquelles portaient les études étaient trop réduites (souvent < 50 patients) et les effets à long terme (> 3–6 mois) ont rarement été mesurés.

Körperfunktion ausgerichtete Therapie (Rekonditionierung) dem komplexen, multidimensionalen Phänomen chronischer Schmerzen genügen kann. |

### Literatur | Bibliographie

1. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10(4): 287–333.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 136.) [December 2013.] Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>
3. Elliott A, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999; 354(9186): 1248–52.
4. Sjogren P, Ekholm O, Peuckmann V, Gronbaek M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: an update. *Eur J Pain* 2009; 13(3): 287–92.
5. Toblin RL, Mack KA, Perveen G, Paulozzi LJ. A population-based survey of chronic pain and its treatment with prescription drugs. *Pain* 2011; 152(6): 1249–55.
6. Wieser S, et al. Die Kosten der nicht übertragbaren Krankheiten in der Schweiz. 2014, Bundesamt für Gesundheit: Bern.
7. Airaksinen O et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*, 2006. 15 Suppl 2: p. S192–300.
8. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 14; 1: CD011279.

In Zusammenarbeit mit | En collaboration avec



**Balz Winteler**, Physiotherapeut, MSc, PT OMT svomp®, Schwerpunktleiter «Muskuloskelettal» und Leiter Fachentwicklung am Institut für Physiotherapie, Insel Gruppe, Inselspital, Universitätsspital Bern.

**Dominique Monnin**, Physiotherapeut, Leiter «Forschung und Qualität Physiotherapie» am Universitätsspital Genf.

### Des résultats inconsistants

Certaines études présentent un effet favorable sur la *douleur* grâce au traitement actif à basé d'exercice physique. Cependant les résultats sont inconsistants en raison de types d'interventions et de moments de mesure différents.

Le *fonctionnement corporel*, élément de mesure le plus souvent utilisé, s'est significativement amélioré dans plus de la moitié des revues. Toutefois, l'ampleur des effets est trop restreinte pour qu'il puisse être évalué de façon concluante (*tableau 1*).

Le *fonctionnement psychologique* et la *qualité de vie* présentent des résultats contradictoires.

Seules 61 des 246 études (25 %) ont relevé les effets secondaires indésirables. Parmi celles-ci, 39 (64 %) en rapportent. Une intensification passagère des douleurs et des douleurs musculaires sont les effets secondaires indésirables le plus souvent cités.

### Une option thérapeutique valable

Il n'est aujourd'hui pas possible se prononcer clairement sur l'efficacité du traitement actif basé sur l'exercice physique chez les patients atteints de douleurs chroniques. Des recherches supplémentaires sur des populations plus importantes et la mesure des effets à long terme sont nécessaires.

Cependant, le traitement actif basé sur l'exercice physique peut être considéré comme une option thérapeutique valable. Il comporte peu d'effets secondaires et protège probablement d'événements ischémiques graves. La question est de savoir si un traitement orienté uniquement sur le fonctionnement corporel (reconditionnement) suffit pour traiter un phénomène aussi complexe et multidimensionnel que les douleurs chroniques. |

**Balz Winteler**, physiothérapeute, MSc, PT OMT svomp®, responsable du secteur «musculo-squelettique» et du secteur de développement spécialisé de l'Institut de physiothérapie de l'Hôpital de l'Île, l'hôpital universitaire de Berne.

**Dominique Monnin**, physiothérapeute; responsable «recherche et qualité en physiothérapie» aux Hôpitaux Universitaires de Genève.