

## Hüft- und Kniearthrose: Übungsprogramme und Überzeugungen der PatientInnen untersucht

### Arthrose des hanches et des genoux: programmes de réadaptation et croyances des patient·e·s sous la loupe

DOMINIQUE MONNIN, BALZ WINTELER

Die Überzeugungen der PatientInnen beeinflussen ihren Umgang mit den chronischen Schmerzen bei Hüft- und Kniearthrose. Übungsprogramme verbessern sowohl körperliche als auch psychosoziale Faktoren leicht.

Les croyances des patient·e·s influencent leur manière de traiter leurs douleurs liées à la coxarthrose ou à la gonarthrose. Les programmes de réadaptation améliorent légèrement les facteurs corporels ainsi que les facteurs psychosociaux.

Chronische periphere Gelenkschmerzen aufgrund von Arthrose sind ein wichtiger Grund für körperliche Beeinträchtigungen und verursachen hohe Gesundheitskosten [1]. Internationale Best-Practice-Empfehlungen sprechen sich für eine Behandlung auf Basis von Patientenschulungen und Übungsprogrammen aus, bevor andere, invasivere Ansätze in Betracht gezogen werden [2]. Allerdings denken viele Menschen, dass Gelenkschmerzen mit fortschreitendem Alter unvermeidbar sind und dass Bewegung die Beschwerden auslöst oder verschlechtert. Dies löst Hilflosigkeit aus, und die Betroffenen vermeiden körperliche Belastungen – im Glauben, so Schmerzen verhindern oder zumindest begrenzen zu können. Doch dieses Verhalten trägt dazu bei, dass sich die Kraft zusätzlich verringert und sich die Dysfunktion sowie die Gelenksteifigkeit verstärken. Es kommt zu einem Teufelskreis mit fortschreitender Dekonditionierung und gesteigerten Schmerzen [3]. Einige AutorInnen berichten, dass Übungen, sei es individuell oder in der Gruppe durchgeführt, sich nicht nur positiv auf Schmerzen und funktionelle Einschränkungen auswirken [4], sondern auch Faktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beeinflussen (Selbstbewusstsein, Ängstlichkeit, Angst vor bzw. Vermeidung von Bewegung) [5].

#### Eine ungewöhnliche Methode

Michael Hurley und KollegInnen haben eine systematische Review darüber erstellt, wie Übungsprogramme Schmerzen sowie körperliche und psychosoziale Funktionen beeinflussen [6]. Sie untersuchten einerseits in einem quantitativen Ansatz gemäss den Empfehlungen des Cochrane-Instituts, wie sich die körperliche Aktivität auf die peripheren Gelenkschmerzen und die Lebensqualität auswirkt. Andererseits analysierte die

Les douleurs articulaires des membres liées à l'arthrose constituent une cause majeure de limitations corporelles et de frais de santé [1]. Les recommandations internationales de bonne pratique préconisent un traitement basé sur l'éducation thérapeutique et les exercices avant d'effectuer toute autre démarche invasive [2]. Cependant, nombre de gens pensent que les douleurs articulaires viennent inexorablement avec l'âge et qu'elles sont causées ou aggravées par le mouvement. Cela les amène à un sentiment d'impuissance et à éviter le mouvement, en croyant ainsi limiter ou éviter l'apparition des douleurs. Mais cette attitude diminue la force musculaire, aggrave la dysfonction et les raideurs articulaires. Elle initie un cercle de déconditionnement qui ne fait qu'augmenter les douleurs [3]. Certain·e·s auteur·e·s indiquent que la pratique d'exercices, individuellement ou en groupe, agit positivement sur la douleur et les limitations fonctionnelles [4], mais aussi sur la qualité de vie liée à la santé (confiance en soi, anxiété, peur-évitement du mouvement, etc.) [5].

#### Une méthode peu habituelle

Michael Hurley et ses collègues ont effectué une revue systématique de l'impact de l'exercice physique sur la douleur ainsi que sur le fonctionnement physique et psychosocial. Ils ont utilisé une approche quantitative selon les recommandations Cochrane usuelles pour déterminer l'effet des exercices sur les douleurs articulaires périphériques et les facteurs de qualité de vie, ainsi qu'une analyse qualitative pour appréhender l'attitude des patient·e·s face aux douleurs, à l'activité et aux exercices. Ils ont ensuite réalisé une synthèse des données quantitatives et qualitatives [6].

Forschungsgruppe die Einstellungen der PatientInnen zu Schmerzen, zu Aktivität und zu körperlichen Übungen qualitativ. Anschliessend wertete sie die quantitativen und qualitativen Daten zusammenfassend aus.

Nach einer sorgfältigen Recherche konnten die ForscherInnen 21 quantitative kontrollierte, randomisierte Studien (insgesamt 2372 TeilnehmerInnen) und 12 qualitative Studien (insgesamt 197 TeilnehmerInnen) einschliessen, die zwischen 1998 und 2016 publiziert wurden. Die TeilnehmerInnen waren Männer und Frauen im Alter von 45 Jahren und älter mit einer klinischen Diagnose von Arthrose oder selbstberichteten chronischen Hüft- oder Kniebeschwerden, welche mehr als sechs Monate anhielten (oder beidem).

Die Übungsgruppen absolvierten hauptsächlich Kraft- und Ausdauerübungen im Trockenen (1 quantitative Studie und 2 qualitative Studien untersuchten Übungen im Wasser). 13 quantitative Studien beinhalteten Patientenschulungen. Die Übungsprogramme wurden über einen Zeitraum von 4 Wochen bis 18 Monaten durchgeführt, in den meisten Fällen ein- oder dreimal pro Woche über 12 Wochen hinweg. Die PatientInnen in den Kontrollgruppen erhielten kein aktives Übungsprogramm [6].

### **Die Übungen scheinen wirksam, die PatientInnen haben jedoch Vorbehalte**

Die *quantitative Auswertung* zeigte: Die Übungen scheinen die Schmerzen der PatientInnen und die körperliche Funktion zu verbessern sowie Depression und Ängste zu lindern (moderate Qualität der Evidenz). Die Auswirkung auf die Selbstwirksamkeit und die soziale Funktion war weniger eindeutig (niedrige Qualität der Evidenz). Das Effektmass war für die Selbstwirksamkeit mittel, allerdings war die Qualität der Evidenz niedrig. Für die anderen Beurteilungskriterien waren die Effektmasse klein (*Tabelle 1*).

Die Ergebnisse der *qualitativen Review* zeigen, dass sich die Überzeugungen der PatientInnen zu chronischen Schmerzen darauf auswirken, wie sie mit ihren Beschwerden umgehen. PatientInnen sehen Arthroseschmerzen als Auswirkung des Alterns, als Konsequenz familiärer Veranlagung oder als eine Kombination von beidem. Sie denken, dass körperliche Aktivität die Schmerzen steigert. Deshalb tendieren sie dazu, Bewegung zu vermeiden. Die Qualität der Evidenz der qualitativen Studien war im Grossen und Ganzen hoch.

### **Konsequenzen für die Praxis**

Die Überzeugungen der PatientInnen zu ihrer Gesundheit, ihren Symptomen und ihrer sozialen Funktionsfähigkeit wirken sich stark auf ihren Umgang mit chronischen Schmerzen aus.

Ohne Unterstützung und Beratung fühlen sich viele Arthrose-Betroffene ihrer Erkrankung gegenüber hilflos. Als Reaktion wird meist versucht, Bewegung so weit wie möglich zu vermeiden, was die Probleme jedoch nur verschlechtert. Solche PatientInnen brauchen soziale Unterstützung, um



**PatientInnen denken, dass Bewegung die Schmerzen steigert. Übungsprogramme verbessern jedoch die Beschwerden. | Les patient-e-s pensent que le mouvement augmente les douleurs. Les programmes d'exercices diminuent au contraire les symptômes.**

La recherche a permis de sélectionner 21 essais contrôlés randomisés (2372 participant-e-s) et 12 études qualitatives (197 participant-e-s) publiés entre 1998 et 2016. Les participant-e-s avaient 45 ans ou plus, un diagnostic clinique d'arthrose ou une histoire auto-relatée de douleurs chroniques dans les hanches ou dans les genoux qui duraient depuis plus de 6 mois (ou les deux). Les groupes d'intervention ont effectué des exercices de renforcement, d'endurance ou fonctionnels, essentiellement à sec (1 essai quantitatif et 2 études qualitatives dans l'eau). 13 essais quantitatifs comportaient de l'éducation thérapeutique. Les exercices ont été pratiqués entre 4 semaines et 18 mois, le plus souvent 2 à 3 fois par semaine pendant 12 semaines. Les patient-e-s des groupes contrôlés n'effectuaient pas d'exercices [6].

### **Les exercices semblent efficaces, mais les patient-e-s s'en méfient**

L'*évaluation quantitative* a montré que les exercices semblaient améliorer la douleur, le fonctionnement physique, la dépression et l'anxiété (niveau d'évidence modéré); leur effet sur l'auto-efficacité et le fonctionnement social était moins clair (niveau d'évidence faible). La taille de l'effet était moyenne pour l'auto-efficacité, mais avec un niveau d'évidence faible; elle était limitée pour les autres critères de jugement (*tableau 1*).

La *revue qualitative* a montré que les croyances des patient-e-s au sujet de la douleur chronique façonnent leur manière de la traiter. Les patient-e-s la considèrent comme un effet de l'âge et y voient des prédispositions familiales, ou une combinaison des deux. Leur conviction est que l'activité va augmenter la douleur et ils ou elles tendent donc à éviter de bouger. La qualité de l'évidence des études qualitatives était globalement élevée.

### **Implications pratiques**

Les croyances des patient-e-s au sujet de leur santé, de leurs symptômes et de leur fonctionnement social influencent for-

wieder Selbstvertrauen zu gewinnen, pessimistische Gedanken zu vertreiben und ihre Probleme positiver angehen zu können. Sie brauchen Begleitung, um wieder mit Bewegung anzufangen und deren Nutzen zu erfahren.

PhysiotherapeutInnen sind in einer optimalen Position, um individuelle oder Gruppen-Übungsprogramme anzubieten und die Betroffenen zu betreuen. Erfolgreich werden sie dann sein, wenn sie es schaffen, ihr Know-how mit Wissen zu Motivations- und Begleitarbeit zu erweitern. Die Forschung muss währenddessen die Effekte des kombinierten Ansatzes aus körperlicher Aktivität und psychosozialer Unterstützung noch besser herausarbeiten. |

tement leur attitude face à la douleur chronique. Sans soutien et conseil, bon nombre de patient-e-s atteint-e-s d'arthrose des membres restent désespéré-e-s face à ce qui leur arrive. Leur réaction est souvent d'éviter le mouvement, ce qui ne fait qu'aggraver leur problème. Ils ou elles ont besoin de suivi et de soutien pour reprendre confiance en eux ou en elles, sortir des idées noires, envisager leur problème sous un angle plus positif, se remettre à bouger, à en ressentir les bénéfices et à en profiter. La place des physiothérapeutes est idéale pour leur proposer des programmes d'exercices, individuels ou en groupe, et les accompagner dans ce processus. Même si la recherche doit encore mieux cerner les effets de cette approche qui combine exercices et soutien psycho-social. |

**Tabelle 1: Die Veränderung körperlicher und psychosozialer Faktoren nach körperlichen Übungsprogrammen im Vergleich zu konventioneller Behandlung, Patientenschulung sowie Zuwendungskontrollgruppen wie Hausbesuche, Gels ohne Wirkstoffe und Warteliste.**

Ergebnismessung	Anzahl der Studien (Teilnehmende)	Effektmass* (95 %-Vertrauensintervall)	Qualität der Evidenz (GRADE)
Schmerz	9 (1058)	SMD** -0,33 (-0,46 bis -0,21)	Moderat
Körperliche Funktionsfähigkeit	13 (1599)	SMD -0,27 (-0,37 bis -0,17)	Moderat
Selbstwirksamkeit	11 (1138)	SMD 0,46 (0,34 bis 0,58)	Niedrig
Depression	7 (919)	SMD -0,16 (-0,29 bis -0,02)	Moderat
Ängstlichkeit	4 (704)	SMD -0,11 (-0,26 bis 0,05)	Moderat
Soziale Funktionsfähigkeit	5 (576)	AV*** 7,9 % (4,1 % bis 11,6 %)	Niedrig

\*Effektmass: 0,2 kleiner Effekt; 0,5 mittlerer Effekt; ≥0,8 grosser Effekt [7]; \*\*SMD: standardisierte Mittelwertdifferenz; \*\*\*AV: absolute Veränderung.

Erinnerung: Bei einem moderaten Evidenzniveau nach GRADE ist der Effekt nur mässig vertrauenswürdig, die Schätzung ist vielleicht nahe dem wirklichen Effekt, es kann aber auch sein, dass sie sich klar davon unterscheidet. Ist der Evidenzgrad niedrig, so ist der Effekt nur begrenzt vertrauenswürdig, die Schätzung könnte auch klar verschieden sein vom wirklichen Effekt.

**Tableau 1: Modification des facteurs psycho-sociaux après la pratique d'exercices physiques en comparaison au traitement usuel, à l'éducation thérapeutique ou à des groupes contrôles (visites à domicile, application de gels sans agent thérapeutique, liste d'attente).**

Critère de jugement	Nbre d'essais (participant-e-s)	Taille de l'effet* (intervalle de confiance 95 %)	Qualité de l'évidence (GRADE)
Douleur	9 (1058)	DMS** -0,33 (-0,46 à -0,21)	Modérée
Fonctionnement physique	13 (1599)	DMS -0,27 (-0,37 à -0,17)	Modérée
Auto-efficacité	11 (1138)	DMS 0,46 (0,34 à 0,58)	Faible
Dépression	7 (919)	DMS -0,16 (-0,29 à -0,02)	Modérée
Anxiété	4 (704)	DMS -0,11 (-0,26 à 0,05)	Modérée
Qualité de vie (social)	5 (576)	VA*** 7,9 % (4,1 % à 11,6%)	Faible

\*Taille de l'effet: 0,2 effet limité; 0,5 effet moyen; ≥0,8 grand effet [7]; \*\*DMS: différence moyenne standardisée; \*\*\*VA: variation absolue

Rappel: Selon l'échelle GRADE, lorsque la qualité de l'évidence est modérée, nous avons une confiance modérée dans l'estimation de l'effet: celle-ci est probablement proche du véritable effet, mais il est possible qu'elle soit nettement différente. Lorsque la qualité de l'évidence est faible, nous avons une confiance limitée dans l'estimation de l'effet: celle-ci peut être nettement différente du véritable effet.

## Literatur | Bibliographie

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2163–96. doi:10.1016/S0140-6736(12)61729-2.
2. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWW, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological care management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2013;72:1125–35. doi:10.1136/annrheumdis-2012-202745.
3. Dekker J, Boot B, van der Woude LH, Bijlsma JW. Pain and disability in osteoarthritis: a review of biobehavioral mechanisms. *J Behav Med* 1992;15:189–214.
4. Fransen M, McConnell S, Harmer AR, Esch MV der, Simic M, Bennell KL. Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015. doi:10.1002/14651858.CD004376.pub3.
5. Hurley MV, Walsh N, Bhavnani V, Britten N, Stevenson F. Health beliefs before and after participation on an exercised-based rehabilitation programme for chronic knee pain: Doing is believing. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2010;11:31. doi:10.1186/1471-2474-11-31.
6. Hurley M, Dickson K, Hallett R, Grant R, Hauari H, Walsh N, et al. Exercise interventions and patient beliefs for people with hip, knee or hip and knee osteoarthritis: a mixed methods review. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;4:CD010842. doi:10.1002/14651858.CD010842.pub2.
7. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge; 2013. doi:10.4324/9780203771587.

**Dominique Monnin**, Physiotherapeut, Pruntrut JU.

**Dominique Monnin**, physiothérapeute, Porrentruy (JU).

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

**Balz Winteler**, physiothérapeute, MSc, PT OMT svomp®, responsable musculo-squelettique et responsable du développement spécialisé à l'institut de physiothérapie du groupe de l'Île, à l'Hôpital de l'Île, l'Hôpital universitaire de Berne; responsable musculo-squelettique dans le *Master of Science* de la Haute école spécialisée bernoise.

In Zusammenarbeit mit | En collaboration avec

