

## Akute lumbale Rückenschmerzen: manuelle Therapie ja oder nein?

### Lombalgies aiguës: faut-il les traiter manuellement ou non?

THERESA BENGOUGH, MARTIN L. VERRA, DR. MED. ERIK VON ELM

Manuelle Therapien sind beim lumbalen Rückenschmerz nicht wirksamer als andere Behandlungen – so das Fazit einer aktualisierten Cochrane Review. Unsere AutorInnen erklären, wie das Resultat zustande gekommen ist und was es für die Praxis bedeutet.

**E**in 42-jähriger Informatiker kommt als Selbstzahler in Ihre Physiotherapiepraxis. Er hat seit drei Tagen erstmals starke lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die rechte Gesässbacke und ist ansonsten gesund. Ihre neurologische Untersuchung ist ohne Befund. Der Patient fragt, ob er für eine manuelle Therapie mehrere Sitzungen abmachen soll. Hier stellt sich die Frage: Welchen Nutzen haben manuelle Therapien in der Behandlung akuter unspezifischer Schmerzen im unteren Rücken? Eine Cochrane-Review (siehe Kasten) hat sich letztmals 2012 mit dieser Frage auseinandergesetzt [1].

Les thérapies manuelles ne sont pas plus efficaces que d'autres traitements dans le cas des douleurs lombaires selon la Cochrane-Review actualisée. Nos auteurs expliquent comment ce résultat a été obtenu et quelle est sa portée dans la pratique.

**U**n informaticien de 42 ans vient dans un cabinet de physiothérapie et réglera lui-même le montant des soins. Il souffre depuis trois jours et pour la première fois d'une forte douleur lombaire se propageant vers la fesse droite; à part cela, il est en bonne santé. Son examen neurologique est négatif. Le patient souhaite savoir s'il doit planifier plusieurs rendez-vous dans le cas d'une thérapie manuelle. C'est ici que se pose la question: que peut apporter une thérapie manuelle au traitement de douleurs aiguës non spécifiques dans la partie inférieure du dos? Une revue Cochrane (voir encadré) s'est penchée sur ce point en 2012 [1].

#### Cochrane Reviews

Die Cochrane Collaboration, ein internationales Netzwerk von Wissenschaftlern, hat sich zur Aufgabe gemacht, systematische Übersichtsarbeiten zu erstellen und in einer eigenen Datenbank, der «Cochrane Library», zur Verfügung zu stellen. Sie bietet so Akteuren im Gesundheitswesen eine wissenschaftlich fundierte Informationsgrundlage, um den aktuellen Stand der klinischen Forschung in kurzer Zeit objektiv beurteilen zu können.

Seit Oktober 2010 existiert Cochrane Schweiz ([www.cochrane.ch](http://www.cochrane.ch)), domiziliert am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne. Cochrane Schweiz ist ein Zweig des französischen Cochrane-Zentrums und arbeitet eng mit Cochrane Deutschland ([www.cochrane.de](http://www.cochrane.de)) zusammen. Cochrane France produziert einen monatlichen Newsletter mit physiotherapie-relevanten Studien, welcher gratis abonniert werden kann ([www.cochrane.fr](http://www.cochrane.fr)).

#### Revue Cochrane

Cochrane Collaboration, un réseau international de scientifiques, s'est donné pour but de rassembler des travaux offrant une vue d'ensemble systématique et de les mettre à disposition sur une banque de données, la «Cochrane Library». Elle offre ainsi aux acteurs du domaine de la santé des bases d'informations scientifiquement fondées afin de pouvoir évaluer objectivement et rapidement l'état actuel des recherches cliniques.

Cochrane Suisse ([www.cochrane.ch](http://www.cochrane.ch)) existe depuis 2010. L'organisation a son siège à l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne. Cochrane Suisse est une branche du centre Cochrane France et travaille en étroite collaboration avec Cochrane Allemagne ([www.cochrane.de](http://www.cochrane.de)). Cochrane France publie une Newsletter mensuelle contenant des études importantes dans le domaine de la physiothérapie et dont l'abonnement est gratuit ([www.cochrane.fr](http://www.cochrane.fr)).



**Manuelle Therapie hat ein geringes Risiko und bleibt eine Option. | La thérapie manuelle implique un faible risque et reste donc une option.**

### Was die Studie untersucht hat

Die jetzige Cochrane Review ist eine Aktualisierung früherer Studien. Die Schmerzen wurden als akut betrachtet, wenn sie weniger als sechs Wochen dauerten. Es wurden zwanzig randomisierte Vergleichsstudien mit insgesamt 2647 Teilnehmern ab 18 Jahren erfasst. Dabei wurden Studienpopulationen mit oder ohne ausstrahlenden Schmerz berücksichtigt. Die in den Studien durchgeführten Manipulationen unterschieden sich nach Behandlungskonzept, Intensität (mit oder ohne Impuls) und Bewegungsrichtung: osteopathisch (1 Studie), rotational (3 Studien), chiropraktisch (2 Studien), HVLA-Manipulation<sup>1</sup> (8 Studien), Manipulation nach Cyriax, Kaltenborn, Lewit, Janda (1 Studie), Manipulation nach Stoddart und Maitland (1 Studie), Manipulation nach Flynn (1 Studie), gelenkserweiternde Manipulation (1 Studie) sowie Manipulation in Seitenlage (2 Studien).

Diese manuellen Therapien wurden mit folgenden Kontrollbehandlungen verglichen: inaktive Behandlungen (7 Studien), Scheinbehandlungen (1 Studie), andere nicht manuelle Behandlungen (8 Studien) und manuelle Therapie zusätzlich zu anderen Therapien (4 Studien). In 3 Studien wurden verschiedene manuelle Therapien miteinander verglichen. Die Behandlungsergebnisse wurden nach ihrer Dauer eingeteilt. Primäre Endpunkte<sup>2</sup> waren Schmerz, rückenpezifischer funktionaler Status und Symptomverbesserung respektive Genesung; sekundäre Endpunkte waren Arbeitswiederaufnahme und Lebensqualität.

<sup>1</sup> HVLA: High velocity low amplitude thrust, Gelenksmanipulation mit hoher Geschwindigkeit (d.h. Patient kann die Bewegung nicht kontrollieren) und kleiner Amplitude.

<sup>2</sup> Als primärer Endpunkt wird in klinischen Studien das primäre (erstrangige) Ziel der Studie bezeichnet (z. B. Schmerzlinderung oder Verbesserung der Alltagsbewegungen). Es kann daran festgestellt werden, ob die Massnahme erfolgreich war. Mit sekundärem Endpunkt wird das zweitrangige Ziel bezeichnet. Die Endpunkte werden vor der Studie festgelegt.

### Ce que cette étude a examiné

La revue Cochrane en question est une actualisation d'études antérieures. Les douleurs ont été considérées comme aiguës, car elles durent depuis moins de 6 semaines. 20 études comparatives aléatoires, regroupant 2647 participants de plus de 18 ans ont été menées. Des populations avec ou sans douleurs irradiantes ont été prises en considération. Les manipulations appliquées se différencient au niveau du concept de traitement, de l'intensité (avec ou sans impulsion) et par la direction de mouvement: ostéopathique (1 étude), rotationnel (3 études), chiropractique (2 études), manipulation HVLA<sup>1</sup> (8 études), manipulation selon Cyriax, Kaltenborn, Lewit, Janda (1 étude), manipulation selon Stoddart et Maitland (1 étude), manipulations selon Flynn (1 étude), manipulation s'étendant vers les articulations (1 étude), ainsi que manipulation en position latérale (2 études).

Ces thérapies manuelles ont été comparées avec les traitements de contrôle suivants: traitements inactifs (7 études), traitements placebo (1 étude), autres traitements non manuels (8 études) et thérapie manuelle en plus d'autres thérapies (4 études). Diverses thérapies manuelles ont été mutuellement comparées dans 3 études. Les résultats des traitements ont été classés selon leur durée. Les résultats primaires<sup>2</sup> étaient la douleur, le statut fonctionnel spécifique au dos et l'amélioration des symptômes, respectivement la guérison; les résultats secondaires étaient la reprise du travail et la qualité de vie.

### Les thérapies manuelles ne réduisent pas mieux la douleur que les traitements inactifs

Globalement, la qualité de la mise en évidence par rapport aux résultats primaires a été faible à très faible. Seules 6 des 20 études étaient méthodologiquement bonnes. Les thérapies manuelles ne réduisent pas mieux l'intensité des douleurs durant un mois que les traitements inactifs ou placebos. Même en cas de statut fonctionnel spécifique au dos, aucune différence significative n'a été constatée après 3 mois. En comparaison avec d'autres interventions de contrôle et avec des observations ultérieures effectuées jusqu'à 12 mois plus tard, les thérapies manuelles ne sont pas non plus davantage efficaces. Les auteurs mettent cependant quelques restrictions de l'étude en évidence (*voir encadré*).

<sup>1</sup> HVLA: High velocity low amplitude thrust, manipulation de l'articulation à grande vitesse (ce qui signifie que le patient ne peut pas contrôler le mouvement) et de faible amplitude.

<sup>2</sup> Le résultat primaire décrit dans des études cliniques est le premier but visé de l'étude (par exemple soulagement de la douleur ou amélioration de la mobilité dans la vie quotidienne). Cela permet de constater si la mesure a été couronnée de succès. Le résultat secondaire désigne le but de deuxième rang. Les résultats déterminants sont fixés avant l'étude.

## Die manuellen Therapien verringerten den Schmerz nicht besser als inaktive Behandlungen

Insgesamt war die Qualität der Evidenz in Bezug auf die primären Endpunkte gering bis sehr gering. Nur 6 der 20 Studien waren methodisch gut. Manuelle Therapien verringerten die Schmerzintensität während eines Monats nicht besser als inaktive Behandlungen oder Scheinbehandlungen. Auch beim rüchenspezifischen funktionalen Status bestand nach 3 Monaten kein signifikanter Unterschied. Im Vergleich zu anderen Kontrollinterventionen und bei Nachbeobachtungen bis zu 12 Monaten erwiesen sich die manuellen Therapien ebenfalls als nicht wirksamer. Die Autoren zählen jedoch einige Einschränkungen der Studie auf (*siehe Kasten*).

### Fazit der Studie: präventive Massnahmen und Untergruppen erforschen

Manuelle Therapien sind beim lumbalen Rückenschmerz nicht wirksamer als andere Behandlungen. Diese Schlussfolgerung ist die gleiche wie in früheren Reviews. Die Autoren geben zu bedenken, dass anstelle weiterer Studien zur Wirksamkeit von manuellen Therapien die Untersuchung von präventiven Mass-

## Conclusion de l'étude: rechercher les mesures préventives et les sous-groupes

Les thérapies manuelles ne sont pas plus efficaces que d'autres traitements dans le cas des douleurs lombaires. Cette conclusion est la même que dans des revues antérieures. Les auteurs suggèrent que l'examen de mesures préventives serait plus approprié que la poursuite d'études sur l'efficacité des thérapies manuelles. L'identification des sous-groupes qui abordent la question de thérapies manuelles de la colonne vertébrale a la même importance qu'une définition et qu'une documentation plus précises des traitements examinés dans l'étude.

### Les douleurs dorsales ont un bon pronostic de rétablissement avec ou sans thérapie manuelle

En raison des résultats de cette revue systématique, le patient cité au début de cet article ne devrait pas être traité par thérapie manuelle. S'il reste actif, ses douleurs de dos ont un bon pronostic d'amélioration avec ou sans intervention de thérapie manuelle. S'il reste en revanche inactif en raison des douleurs, une forme thérapeutique d'activation peut être envisa-

#### Einschränkungen der Studie

Die Autoren nennen folgende Einschränkungen, welche die Ergebnisse verfälscht haben könnten:

- Die Zahl der Studien und der Teilnehmer, für die Daten zu den primären Endpunkten verfügbar waren, war sehr gering. Zudem waren die Teilnehmergruppen sehr unterschiedlich.
- Es ist sehr wahrscheinlich, dass Studienergebnisse selektiv publiziert wurden (Reporting Bias<sup>1</sup>).
- Zwei Drittel der eingeschlossenen Studien wiesen ein hohes Bias-Risiko<sup>2</sup> auf.
- Lumbaler Rückenschmerz ist bekannt für seinen günstigen natürlichen Verlauf, was das Aufzeigen eines klinisch relevanten Unterschiedes in Studien erschwert.
- Schmerz und funktionaler Status der Teilnehmer waren zu Studienbeginn im Durchschnitt auf mittlerem Niveau, weshalb ein so genannter Floor-Effekt<sup>3</sup> möglich ist.
- Da verschiedene manuelle Therapien untersucht wurden, besteht die Gefahr, dass kombinierte Ergebnisse zu stark verallgemeinern.

<sup>1</sup> Publikationsbias: Verzerrung der Resultate dadurch, dass negative oder nicht signifikante Ergebnisse nicht publiziert wurden.

<sup>2</sup> Ein Bias (systematischer Fehler) führt entweder zu einer Über- oder Unterschätzung der wahren Wirkung einer Massnahme. Die Ursachen dafür liegen vor allem im Design und der Durchführung der Studie.

<sup>3</sup> Floor-Effekt: Von Bodeneffekt spricht man, wenn die Skala eines Messinstruments über keine ausreichend tiefen Werte verfügt, um stark eingeschränkte Leistungsfähigkeit abzubilden. Ein Assessment mit einem Bodeneffekt kann Veränderungen im unteren Leistungsbereich schwer oder nicht erfassen.

#### Restrictions de l'étude

Les auteurs mentionnent les restrictions suivantes qui pourraient avoir faussé les résultats:

- Le nombre des études et des participants disponibles pour l'obtention des données des résultats primaires a été très faible. Les groupes de participants étaient en plus très divers.
- Il est très probable que les résultats de l'étude ont été publiés de manière sélective (biais de report<sup>1</sup>).
- Deux tiers des études dont il a été tenu compte comportent un risque de biais<sup>2</sup> élevé.
- Les douleurs lombaires sont connues pour leur évolution naturelle favorable, ce qui rend difficile la mise en évidence de différences cliniquement significatives.
- La douleur et le statut fonctionnel des participants étaient en moyenne de niveau moyen au début de l'étude, ce qui rend possible un effet dit «seuil<sup>3</sup>».
- Il y a un danger de trop forte généralisation des résultats combinés étant donné que diverses thérapies manuelles ont été examinées.

<sup>1</sup> Biais de publication: distorsion des résultats en raison de la non publication de résultats négatifs ou non significatifs.

<sup>2</sup> Un biais (erreur systématique) conduit à une sous-évaluation ou une sur-évaluation de l'effet réel d'une mesure. Les causes tiennent avant tout à la forme et à l'exécution de l'étude.

<sup>3</sup> Effet de seuil: on parle d'un effet de seuil lorsque l'échelle d'un instrument de mesure ne dispose pas d'une valeur inférieure suffisamment basse pour prendre en considération des performances réduites. Une évaluation avec un effet de seuil ne peut pas ou difficilement détecter des variations dans une gamme de performances inférieures.

nahmen relevanter wäre. Die Identifizierung von Untergruppen, die auf manuelle Therapien der Wirbelsäule ansprechen, sei ebenso wichtig wie die genauere Definition und Dokumentation der in den Studien untersuchten Behandlungen.

**Rückenschmerzen haben mit oder ohne manualtherapeutische Behandlung eine gute Prognose**

Aufgrund der Resultate dieser systematischen Review sollten Sie den eingangs geschilderten Patienten nicht mit manueller Therapie behandeln. Bleibt er aktiv, haben seine Rückenschmerzen, mit oder ohne manualtherapeutische Intervention, eine günstige Prognose. Falls er jedoch schmerzbedingt inaktiv wird, kann eine aktivierende Therapieform durchaus in Betracht kommen. Manuelle Therapie hat ein geringes Risiko. Je nach Ihren bisherigen Erfahrungen und der Präferenz des Patienten bleibt sie deshalb eine Option. |

*Dieser Artikel ist eine leicht gekürzte, bearbeitete Version des in der Zeitschrift «Praxis» erschienenen Beitrags «Sind manuelle Therapien wirksam bei lumbalen Rückenschmerzen?» der gleichen Autoren (PRAXIS, Schweizerische Rundschau für Medizin, 2013; 102 [17]: 1072–1073).*

**Literatur | Bibliographie**

1. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD008880. DOI: 10.1002/14651858.CD008880.pub2.

gée. La thérapie manuelle implique un faible risque. Elle reste donc une option en fonction des expériences accumulées jusqu'ici et de la préférence des patients. |

*Cet article est une version légèrement raccourcie et retravaillée du rapport publié dans le périodique «Praxis» sous le nom de «Sind manuelle Therapien wirksam bei lumbalen Rückenschmerzen?» et écrit par les mêmes auteurs (PRAXIS, Schweizerische Rundschau für Medizin, 2013; 102 [17]: 1072–1073).*

Mag. **Theresa Bengough**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozial- und Präventivmedizin (Universitätsspital Waadt CHUV und Universität Lausanne) und bei Cochrane Schweiz.

Mag. **Theresa Bengough**, collaboratrice scientifique à l'Institut de médecine sociale et préventive (CHUV et Université de Lausanne) et chez Cochrane Suisse.

**Martin L. Verra**, PT, MPTSc, Direktor des Instituts für Physiotherapie, Inselspital, Universitätsspital Bern.

**Martin L. Verra**, MSc, PT, directeur de l'Institut de physiothérapie, Hôpital de l'Île, Hôpital universitaire de Berne.

Dr. med. **Erik von Elm**, Co-Direktor Cochrane Schweiz und Oberarzt am Institut für Sozial- und Präventivmedizin (Universitätsspital Waadt CHUV und Universität Lausanne).

Dr **Erik von Elm**, co-directeur de Cochrane Suisse et médecin-chef à l'Institut de médecine sociale et préventive (CHUV et Université de Lausanne).



Höchstmögliche Bioverfügbarkeit \* Synergistische Produktformulationen \* Hypoallergene Produkte \* Anti-Doping-Produkte \* Fachberatung \* HACCP - Standart \*

Romeinenstraat 84 | NL 6466 CN Kerkrade | Tel (D) 0700-3433 5726 | www.eifelsan.com



**Glucosamin Chondroitin Plus:**  
Gelenkvitalstoffe + Synergisten



**Vitamin E:**  
trägt dazu bei, die Zellen vor oxidativem Stress zu schützen.



www.eifelsan.com