

bracht hatten, wird in den USA der Einsatz dieser operativen Methode nicht mehr empfohlen. Im Gegensatz dazu wird in Lund/Schweden auf diesem Feld weitergeforscht. Ein weiterer viel versprechender Ansatz waren die «glial derived neurotrophic factor» (GDNF), die in Cardiff über ein Schlauchsystem mittels Pumpe striatal appliziert worden waren. Insbesondere Dyskinesien gingen zurück. Nachdem aber in einigen Labortieren Kleinhirnsulte auftraten, wurde die weitere Anwendung von GDNF beim Menschen sofort gestoppt.

Grosse Fragen bestehen ebenfalls bezüglich der Gen- und Stammzell-

therapie. Nachdem Jörg Immenhoff, einem deutschen Maler, in China Stammzellen nasal appliziert wurden, um die ALS (amyotrophe Lateralsklerose) aufzuhalten, steht zu befürchten, dass auch bei Patienten mit IPS viel zu früh solche Verzweigungstaten folgen könnten.

Aus den aktuellen Forschungsbemühungen wird ersichtlich, dass versucht werden muss, zu Behandlungsbeginn eine kontinuierliche Rezeptorstimulation aufzubauen. Fahn et al. gingen deshalb in einer plazebo-kontrollierten Studie der Frage nach, ob Levodopa neuroprotektiv ist. Leider liess auch diese Studie offen, ob

die Substanz neuroprotektiv oder vielleicht sogar neurotoxisch ist. Diese jüngste Studie unterstreicht jedoch eindeutig die Maxime: Levodopa so spät als möglich und so niedrig wie nötig einsetzen.

Fazit

Die Therapie des Parkinson-Syndroms wird aufgrund immer neuer medikamentöser Wirkstoffe weiterhin spannend bleiben.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Parkinson-Therapie des jungen Patienten eine DA-dominante und die des älteren multimorbiden eine Levodopa-dominante Therapie

ist. Solange wie möglich sollte eine Mono- oder Kombinationstherapie mit einem DA angestrebt werden, die L-Dopa sparen hilft und die Spät komplikationen hinauszögert. Etwa 30 Prozent der Patienten scheinen pharmakogenetisch für eine DA-Monotherapie prädestiniert zu sein und diese recht lange zu tolerieren. Wichtig ist es, dem Patienten Mut zu machen. Einerseits haben wir es mit einer heimtückischen Krankheit zu tun, deren Auslöser wir nicht kennen und die ständig zum Untergang wichtiger dopaminerger Neurone führt. Andererseits gibt es keine neurodegenerative Erkrankung, die wir so erfolgreich

wie die Parkinson-Krankheit behandeln können. ■

Korrespondenzadresse:
Heinz Reichmann MD, PhD
Klinik und Poliklinik für Neurologie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Technische Universität Dresden
Fetscherstrasse 74
D-01307 Dresden
Tel. 0049-(0)351-458-3565
Fax 0049-(0)351-458-4365
E-Mail: Heinz.Reichmann@uniklinikum-dresden.de

Literaturangaben auf Anfrage beim Autor.

Therapie von Nackenschmerzen in der Manuellen Medizin

Mehr als ein Zehntel der Bevölkerung leidet unter Nackenschmerzen. Obwohl viele Therapien angeboten werden, beruhen nur wenige Erfahrungswerte auf evidenzbasierten Studien. Ein Gespräch mit dem Vizepräsidenten der Schweizerischen Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin (SAMM), Dr. Ulrich Böhni, Praxis Zenit, Schaffhausen, über den Nutzen der Manuellen Medizin.



Ulrich Böhni

The Medical Journal: Was steht im Vordergrund, wenn Patienten mit Nackenschmerzen kommen?

Dr. med. Ulrich Böhni: Wenn ein Patient mit einem Schmerz am Bewegungssystem oder in diesem Fall mit Nackenschmerzen kommt, gibt es drei Ebenen, die beurteilt werden müssen: die Schmerzebene, das heisst die Symptome des Patienten, die Ebene der gestörten Funktion und die strukturelle Ebene. Danach wird der Kausalität nachgegangen. Hat der Patient beispielsweise Schmerzen aufgrund der gefundenen Funktionsstörung und hat diese allenfalls mit strukturellen, beispielsweise arthrotischen Veränderungen zu tun? Der Patient kommt zum Beispiel, weil er beim Rückwärtsfahren im Auto den Kopf nicht mehr genug drehen kann. Der Patient ist also funktionell eingeschränkt. Wir müssen dann wissen, ob er lokale oder ausstrahlende Schmerzen hat, akute oder chronische Symptome, um wieder strukturelle von funktionellen Veränderungen abzugrenzen. Früher ging man von so genannten Blockierungen aus, man nahm an, dass bestimmte Wirbel in «verrenkten» Stellungen stehen und diese wieder in die richtige Richtung gerent werden müssten. Dieses mechanische Modell wurde von der manuellen Medizin mittlerweile aber verlassen. Denn letztendlich sind funk-

tionelle Blockierungen eine neuroreflektorische Antwort auf bestimmte Schmerzreize. Über die Stimulation, seien es propriozeptive oder allenfalls nozizeptive Stimulationen, kann an diesen Reflexbögen gearbeitet werden, wobei die Afferenzstimulierung über verschiedene Wege erfolgen kann.

Wie gehen Sie therapeutisch vor?

Böhni: Die akute Tortikollis kann häufig durch recht einfache Mobilisationen behandelt werden, wobei hier vordergründig neuromuskuläre Techniken angewendet werden.

Anders sieht es bei Patienten mit Hinterkopfschmerzen und Migräne aus. Das sind Probleme, in die oft eine Schwäche des Schultergürtels mit einbezogen werden muss. Dann klären wir ab, ob beispielsweise der Arbeitsplatz des Betroffenen gut eingerichtet ist. Denn falsche Einstellungen führen zu verkürzten tiefen Nackenmuskeln, zur Hyperkyphosierung der Brustwirbelsäule und Hyperlordosierung der Halswirbelsäule und so weiter und sind Teil der manuellen Beratung.

Beim zervikogenen Kopfschmerz können wir manuell feststellen, ob das Gelenk C1–2 schmerzhaft eingeschränkt ist; die Art der Einschränkung kann Aufschluss geben, ob eine muskuläre Ursache oder beispielsweise eine schwere atlanto-axiale Arthrose als Ursache vorliegt, was

einen gezielten Einsatz von allfälligen Abklärungen ermöglicht. Akute Rückenschmerzen nach einem «Verhebrauma» können zum Beispiel eine reine Funktionsstörung sein, sie können allerdings auch im Zusammenhang mit einer strukturellen Veränderung auftreten, nämlich im Rahmen eines Bandscheibenvorfalles.

Im Gegensatz zur Lendenwirbelsäule sind bei Nackenschmerzen kaum Studien gemacht worden. Woran liegt das? Denn

die Nackenschmerzen sind doch ein häufiges Problem.

Böhni: Bei der Halswirbelsäule gibt es noch zu wenige Studien, die strengen Kriterien, beispielsweise der Cochrane Review, standhalten. Das ist auch auf methodische Probleme zurückführbar. Diese Patientenbehandlungen werden überwiegend in der Praxis durchgeführt, wo es sowieso schwierig ist, randomisierte Studien durchzuführen, weil verschiedene Untersucher auch verschieden vorge-

hen in der Diagnostik und Therapie. Momentan läuft in Bern eine Studie zu akuten Rückenschmerzen, bei der sich diese Schwierigkeiten wieder bestätigen. Allerdings finden sich auch gute Studien. In der Studie von Jull et al. zeigt sich, dass kombinierte Therapien beim zervikogenen Kopfschmerz wirksamer sind und dass die Häufigkeit der Kopfschmerzattacken durch diese Behandlungen beeinflusst wurde. Auch in der Studie von Kjellmann zeigt sich, dass multimo-

**Kasten 1: Studien zum Nackenschmerz
Bewegung und manuelle Therapie bei zervikogenem Kopfschmerz**

In der multizentrisch, prospektiv, randomisiert und kontrolliert durchgeführten Studie mit unverblindeter Therapie und verblindetem Outcome von Jull et al. wurden Patienten mit zervikogenem Kopfschmerz eingeschlossen. Die Behandlung erfolgte über sechs Wochen mit einem Follow-up nach drei, sechs und zwölf Monaten. Verglichen wurde in vier Gruppen: manuelle Therapie versus Trainingsprogramm versus Kombination versus Kontrollgruppe. 200 Patienten im Alter zwischen 18 und 60 Jahren nahmen teil. Die Diagnose zervikogener Kopfschmerz wurde definiert als: unilateraler oder dominant unilateraler seitenkonsistenter Kopfschmerz in Assoziation mit Nackenschmerz, der bei Nackenstellung und -bewegung zunimmt und seit mindestens zwei Monaten bis zehn Jahren besteht.

Resultate

Nach einem Follow-up von zwölf Monaten reduzierte sich in beiden Gruppen – manuelle Therapie versus spezifische Übungen – Intensität und Häufigkeit des zervikogenen Kopfschmerzes. Diese Effekte waren anhaltend (p < 0,05 für alle). Die kombinierte Therapie war aber nicht signifikant überlegen, jedoch erzielten 10 Prozent mehr Patienten als in den beiden anderen Therapiegruppen eine Minderung ihrer Symptomatik unter der Kombinationstherapie.

Fazit

Beide Therapieformen, die manuelle Therapie wie auch die Bewegungstherapie, verbesserten die Symptomatik anhaltend.

Quelle:

Gwendolen Jull et al.: A Randomized Controlled Trial of Exercise and Manipulative Therapy for Cervicogenic Headache, Spine 2002, Volume 27, Number 17, 1835–1843.

Chiropraktische Behandlung und zwei Arten von Training für Patienten mit chronischen Nackenschmerzen

191 Patienten mit chronischen Nackenschmerzen wurden in der Studie von Evans et al. in drei Gruppen eingeteilt und jeweils mit unterschiedlichen Methoden behandelt: Chiropraktik mit Low-tech-Rehabilitationstraining beziehungsweise MedX-Training gekoppelt oder Chiropraktik alleine angewandt. Nach fünf und elf Wochen sowie nach drei, sechs, zwölf und 24 Monaten wurden die Patienten per Fragebogen nach ihrem Zustand befragt.

Ergebnisse

93 Prozent (178) der Patienten beendeten die elfwöchige Behandlung ohne vorzeitigen Abbruch, und 76 Prozent (145) stellten an allen Evaluations-Zeitpunkten über den Zeitraum von zwei Jahren Daten durch die Beantwortung der Fragebögen zur Verfügung. Ein Unterschied der subjektiven Schmerzbewertung wurde zugunsten der zwei Trainingsgruppen festgestellt (F [2141] = 3.2; p = 0,04). Auch bei der Zufriedenheit mit der Betreuung wurden Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt: chiropraktische Behandlung mit Low-tech-Rehabilitationstraining gekoppelt wurde besser bewertet als MedX-Training (p = 0,02) oder chiropraktische Behandlung (p < 0,001) alleine. Für Beeinträchtigungen im Nackenbereich, allgemeinen Gesundheitszustand, Verbesserung und OTC (Over-the-counter)-Medikation wurden keine signifikanten Gruppenunterschiede festgestellt, obwohl der Trend im Laufe der Zeit mehr zu den zwei Trainingsgruppen tendierte.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen einen Vorteil von chiropraktischer Behandlung gekoppelt mit Low-tech-Rehabilitationstraining und MedX-Training gegenüber chiropraktischer Behandlung alleine. Diese Ergebnisse legen eine Behandlung mit überwachtem Rehabilitationstraining für chronische Nackenschmerz-Patienten nahe.

Quelle:

Evans Roni et al.: Two-Year Follow-up of a randomized Clinical Trial of Spinal Manipulation and Two Types of Exercise for Patients with Chronic Neck Pain, Spine 2002, Volume 27 Number 21, 238–2389.