

Aktive Therapie bei Rücken- und Beckenbeschwerden in der Schwangerschaft - ein Evidence Summary

Alina Tschirren & Lara Zutter, BSc PHY16

Einleitung

Eine Schwangerschaft beeinflusst den Körper einer Frau auf vielfältige Weise und kann durch die hormonellen sowie biomechanischen Veränderungen die Entstehung von Rücken- und Beckenbeschwerden begünstigen^{[1],[2]}. Auf Grund dieser Beschwerden sind Schwangere in ihrem Alltag stark eingeschränkt oder sogar arbeitsunfähig^[1]. Die Behandlungsmöglichkeiten werden seit Jahren kontrovers diskutiert. Das Ziel dieser Bachelorthesis ist, einen Überblick, über die Evidenzlage von aktiven Interventionen, bei Rücken- und Beckenbeschwerden in der Schwangerschaft zu erstellen.

Fragestellung

Führen aktive Interventionen in der Prävention und Behandlung von Rücken- und Beckenbeschwerden während der Schwangerschaft zu einer signifikanten Verbesserung der Schmerzintensität?

Methodik

- Literatursuche: PubMed, PEDro, Embase, Cochrane Library und Google Scholar (n=4'422)
- Eingeschlossene Literatur: Systematic Reviews (n=4) und Randomized Controlled Trials (n=3)
- Probandinnen: Frauen mit tiefen Rücken- und Beckenbeschwerden während der Schwangerschaft
- Intervention: verschiedene aktive Interventionen (inkl. Patientenedukation)
- Kontrollgruppe: «usual care»
- Primäres Outcome: Schmerzintensität
Sekundäre Outcomes: schmerzbedingte Arbeitsausfälle und Prävalenz
- Qualitätsbeurteilung: die Critical Appraisal Skills Programme-Checkliste (CASP) und das adaptierte GATE-Frame

Tabelle 1: Übersicht Qualität und Evidenzlevel der Literatur

Literatur	Beurteilung Qualität nach CASP oder GATE-Frame	JBI Levels of Evidence ^[12]
Almoussa et al. (2018) ^[3]	mittel	1.b
Colla et al. (2017) ^[4]	tief	1.a
Liddle & Pennick (2015) ^[5]	hoch	1.a
Shiri et al. (2018) ^[6]	hoch	1.a
Backhausen et al. (2017) ^[7]	tief	1.c
Kluge et al. (2011) ^[8]	tief	1.c
Ozdemir et al. (2015) ^[9]	mittel	1.c

Schlussfolgerung

Die aktive Therapie kann für die Praxis als eine mögliche Behandlungsmethode, zur Reduktion von Rücken- und Beckenbeschwerden in der Schwangerschaft, empfohlen werden. Die Evidenzlage der sekundären Outcomes erscheint widersprüchlich. Weitere Untersuchungen hoher Qualität mit detaillierten Angaben zu Trainingsdosierungen sind notwendig. Ausserdem sollten Studien folgen, welche einen Goldstandard in der Diagnostik und einheitliche Definitionen zum Beschwerdebild festlegen.

Resultate

Zusammengefasst weisen insgesamt fünf von sieben Studien eine signifikante Verbesserung der Schmerzintensität zugunsten der Interventionsgruppe auf. Eine weitere Studie beschreibt ebenfalls positive Resultate, welche aber keine Signifikanz erreicht haben. Bei den schmerzbedingten Arbeitsausfällen zeigen je zwei Reviews für PLBP und PLPP eine Verbesserung in der Interventionsgruppe, davon erreicht jedoch nur je ein Review das Signifikanzniveau. In der Analyse der Prävalenzzahlen erscheint die Evidenz eher widersprüchlich. Lediglich ein Review konnte einen signifikanten Effekt belegen.

Tabelle 2: Übersicht Effekte primäres und sekundäre Outcomes

Literatur	Schmerzintensität			Schmerzbedingte Arbeitsausfälle			Prävalenz		
	PLBP	PPP	PLPP	PLBP	PPP	PLPP	PLBP	PPP	PLPP
Almoussa et al. (2018) ^[3]	-	W	-	-	-	-	-	-	-
Colla et al. (2017) ^[4]	↑ *	-	W	-	-	W	-	-	W
Liddle & Pennick (2015) ^[5]	↑ *	-	-	↑ *	-	↑ *	=	=	↑ *
Shiri et al. (2018) ^[6]	-	-	↑	↑	-	↑	↑	=	=
Backhausen et al. (2017) ^[7]	↑ *	-	-	=	-	-	↑	-	-
Kluge et al. (2011) ^[8]	-	-	↑ *	-	-	-	-	-	-
Ozdemir et al. (2015) ^[9]	-	-	↑ *	-	-	-	-	-	-

PLBP = pregnancy-related low back pain; PPP = pregnancy-related pelvic pain; PLPP = pregnancy-related lumbopelvic pain (PLBP+PPP)
 ↑ Verbesserung zugunsten der Interventionsgruppe
 * signifikanter Gruppenunterschied, p ≤ 0.05
 = kein Gruppenunterschied
 W widersprüchliche Evidenz
 - Keine Angaben

Diskussion

- Die fehlenden quantitativen Daten, die starke Heterogenität der Interventionen und die uneinheitlichen Definitionen sowie Diagnosestellungen erschweren den Vergleich der Studien.
- Durch die teilweise mangelnde Qualität der Studien sind deren Ergebnisse unter Vorbehalt zu betrachten.
- Die aktuelle Studienlage wird aufgrund der genannten Punkte insgesamt als unzureichend bewertet.

Literatur:
^[1] Katonis et al. (2011). *Hippokratia*, 15(3), 205-210.; ^[2] Vermani et al. (2010). *Pain Pract*, 10(1), 60-71. doi:10.1111/j.1533-2500.2009.00327.x; ^[3] Almoussa et al. (2018). *Physiother Res Int*, 23(1). doi:10.1002/pri.1699; ^[4] Colla et al. (2017). *Fisioterapia em Movimento*, 30, 399-411.; ^[5] Liddle & Pennick (2015). *Cochrane Database Syst Rev*(9), Cd001139. doi:10.1002/14651858.CD001139.pub4; ^[6] Shiri et al. (2018). *Eur J Pain*, 22(1), 19-27. doi:10.1002/ejp.1096; ^[7] Backhausen et al. (2017). *PLoS One*, 12(9), e0182114. doi:10.1371/journal.pone.0182114; ^[8] Kluge et al. (2011). *Int J Gynaecol Obstet*, 113(3), 187-191. doi:10.1016/j.ijgo.2010.10.030; ^[9] Ozdemir et al. (2015). *J Adv Nurs*, 71(8), 1926-1939. doi:10.1111/jan.12659; ^[10] Joanna Briggs Institute. (2013). *JBI Levels of Evidence*. Abgefragt am 30.07.2019 unter https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf