

Titel: Physical Therapy versus Glucocorticoid Injection for Osteoarthritis of the Knee

Autoren: Deyle GD, Allen CS, Allison SC, Gill NW, Hando BR, Petersen EJ, Dusenberry DI and Rhon DI.

Referenz: N Engl J Med 2020 Apr 9;382(15):1420-1429. Doi: 10.1056/NEJMoa1905877.

Sowohl Physiotherapie als auch intraartikuläre Injektionen von Glukokortikoiden haben sich bei der Gonarthrose klinisch als vorteilhaft erwiesen. Ob sich die kurz- und langfristige Wirksamkeit zur Schmerzlinderung und Verbesserung der körperlichen Funktion zwischen diesen beiden Therapien unterscheidet, ist ungewiss. Daher haben die Autoren dieser randomisierte kontrollierte Studie 156 Arthrose-Patienten (Kellgren-Lawrence I-IV°) in zwei Gruppen à 78 Patienten aufgeteilt und die Wirksamkeit von Glukokortikoid-Injektionen und Physiotherapie verglichen. Erfasst wurden die WOMAC und *Global Rating of Change Scale* Scores sowie der beanspruchten Zeit im *Alternate Step* und *Timed Up and Go* Test nach einem Jahr. Die mittleren WOMAC-Scores zu Beginn der Studie betragen 109 ± 47 (\pm Standardabweichung [SD]) in der Gruppe mit Glukokortikoid-Injektion und 107 ± 42 in der Gruppe mit Physiotherapie. Nach einem Jahr lagen die Mittelwerte bei 56 ± 54 bzw. 37 ± 31 - ein Resultat, welches die Physiotherapie begünstigt. Die Veränderungen des *Global Rating of Change Scale* Scores sowie der beanspruchten Zeit im *Alternate Step* und *Timed Up and Go* Test gingen in die gleiche Richtung wie die des WOMAC-Scores. Die Autoren schlussfolgerten, dass Patienten mit Gonarthrose, die sich der Physiotherapie unterziehen mussten, nach einem Jahr weniger Schmerzen und Funktionseinschränkungen hatten als Patienten, die eine intraartikuläre Glukokortikoid-Injektion erhielten.

Die Autoren beschreiben die physiotherapeutischen Interventionen nur sehr vage. Dem Leser wird die Art und Weise der durchgeführten Interventionen bei den jeweiligen Patienten nicht im Detail mitgeteilt, lediglich, dass die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen 11.8 Besuche betrug mit einer Bandbreite von 4 bis 22. Bei einer maximalen Konsultationshäufigkeit von 22 Besuchen, kann man hier die Frage anbringen in welchem Ausmass denn diese Leistungen von den Krankenversicherer übernommen werden? Eine weitere «Black-Box» in dieser Studie stellt der Umgang mit Schmerzen dar. Schmerzen werden zwar erfasst und kontrolliert mittels der WOMAC-Subkategorie «Schmerz» oder dem Kriterium «Beeinträchtigung durch Nachtschmerz», jedoch ist völlig unklar, ob Patienten Analgetika einnehmen oder nicht und wenn ja, in welchem Ausmaß. Wird der Schmerz durch

die Intervention oder durch die gleichzeitige Einnahme von Analgesie beherrscht? Ferner erachten wir es als fraglich, Patienten mit Grad I «Arthrosezeichen» nach Kellgren-Lawrence in dieses Studienkollektiv miteinzuschliessen. Denn bei *fraglicher* Gelenkspaltverschmälerung und *möglicher* Osteophytenbildung, wie es die Definition vorsieht, kann eine manifeste Arthrose weder gänzlich ein- noch ausgeschlossen werden. Hinzu kommt, dass 5 der 6 eingeschlossenen Grad I-Patienten in die Physiotherapie-Gruppe eingeteilt wurden.