

physio**praxis**

Die Fachzeitschrift für Physiotherapie

Artikel aus **physiopraxis**

physiopraxis ist eine unabhängige Zeitschrift und erscheint im Georg Thieme Verlag.

Adresse

Georg Thieme Verlag KG
Redaktion physiopraxis
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart
Tel.: 07 11/89 31-0, Fax: 07 11/89 31-871
E-Mail: physiopraxis@thieme.de

Fragen zum Abonnement

Georg Thieme Verlag KG
KundenServiceCenter Zeitschriften
Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart
Tel.: 07 11/89 31-321, Fax: 07 11/89 31-422
E-Mail: aboservice@thieme.de

www.thieme.de/physioonline



Harte Haut

SKLERO Dermie Die Erkrankung ist selten, aber schwerwiegend: Bei der Sklerodermie „verhärten“ die Haut und teilweise auch die inneren Organe. Eine kausale Therapie gibt es bisher nicht. Physiotherapie hat bei diesen Betroffenen daher einen sehr hohen Stellenwert.

Es fing damit an, dass sich seine Fingerspitzen verfärbten, wenn es kalt war: erst weiß, dann blau. Mit der Zeit breiteten sich Martin Wagners Symptome auf immer mehr Finger aus. Die Finger schwellen an. Der Ehering passte nicht mehr. Dann wurde die Haut an seinen Handgelenken und Unterarmen allmählich starr. Der Angestellte einer Logistikfirma suchte viele Ärzte auf. Man untersuchte ihn, veranlasste Sonografien und kam zu dem Schluss, er habe eine Kälteallergie. Im Jahr 2004 ließ er abklären, ob möglicherweise Nerveneinklemmungen die Durchblutungsstörungen an den Finger verursachen. Die Ärzte machten unter anderem ein großes Blutbild. Das Resultat: „gesund“. Ende 2008, zehn Jahre nach Auftreten der ersten Symptome, stellte ein Rheumatologe die Diagnose „systemische Sklerose“ vom diffusen Typ, auch bekannt als systemische Sklerodermie (SSc).

Schwierige Diagnosestellung > Sklerodermie bedeutet wörtlich „harte Haut“. Die systemische Sklerodermie ist eine seltene Multi-systemkrankheit, bei der die Haut und die inneren Organe betroffen sind. Der Krankheit liegt eine vermehrte Ablagerung von extrazellulären Matrixproteinen zugrunde (☞ **Abb. 2**).

Die SSc geht einher mit einer generalisierten Vaskulopathie und einer immunologisch vermittelten Entzündung. Als typisches Zeichen dafür leiden die Betroffenen häufig an Durchblutungsstörungen der Finger, besser bekannt als Raynaud-Phänomen (☞ **Abb. 1**). Diese Symptome werden durch Vasospasmen der Arteriolen hervorgerufen. Die Gefäßkrämpfe treten anfallsartig auf, meist an den Fingern und Zehen, wahrscheinlich auch an inneren Organen.

Es kommt zur Hypoxie, dem Gewebe droht eine Mangelversorgung. Wie bei Martin Wagner stellt sich das Raynaud-Phänomen meist früh ein, wird aber zu Beginn oft als harmlos fehlgedeutet. Viele der Betroffenen berichten zudem über ein inneres Kältegefühl.

Da die Patienten neben dem Gefäßschaden auch unter einem gestörten Lymphabfluss leiden, schwellen ihre Finger im Krankheitsverlauf an. Weitere Komplikationen sind schmerzhafte Kalkablagerungen und Geschwüre in der Haut. Je nach Ausmaß des Hautbefalls unterscheidet man eine kutan limitierte von einer kutan diffusen systemischen Sklerodermie. Etwa fünf Prozent der Patienten haben keine Hautveränderung, was die Diagnosestellung zusätzlich erschwert.

Bei der diffusen SSc kommt es innerhalb weniger Jahre zu einem klinisch fassbaren Befund an der Lunge, den Nieren und/oder des Herzens. Bei der limitierten SSc ist der Verdauungstrakt frühzeitig betroffen. Auch der Bewegungsapparat und das periphere Nervensystem können befallen sein. Zudem haben alle Patienten mit SSc ein erhöhtes Risiko, eine pulmonale arterielle Hypertonie zu entwickeln, die heute, neben der Lungenfibrose, zu den Haupttodesursachen dieser Erkrankung gehört.

Die Schwere der Sklerosierung messen > Um das Fortschreiten der Krankheit so gut es geht einzudämmen, ist es wichtig, frühzeitig mit der Therapie zu beginnen. Doch leider vergeht bis zur Diagnosestellung oft eine lange Zeit. Zudem herrscht bei vielen Ärzten noch immer ein therapeutischer Nihilismus. Daher kommen zur Physiotherapie meist Patienten, die sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung befinden. Die Ausprägung der SSc ist individuell sehr unterschiedlich: Bei den meisten ist die Beweglichkeit des Bewegungsapparats eingeschränkt, oft verbunden mit Spannungsschmerzen der Haut, der Muskulatur und des Kapsel-Band-Apparates. Die Hypomobilität des Ösophagus führt zu Schluckbeschwerden. Ist der Darm betroffen, kommt es zu Obstipation und/oder Durchfall. Oft sind die Patienten kurzatmig, entweder durch die Lungenfibrose, die pulmonale Hypertonie oder die Beteiligung des Herzens. Um den Allgemeinzustand des Patienten besser einschätzen zu können, sollte der Therapeut dementsprechend in seiner Befragung und Untersuchung alle möglicherweise betroffenen Bereiche abdecken.



PHYSIOBONUS

Zu gewinnen:
„Gute Nacht, bis morgen“

In diesem Buch vom Blumenbar Verlag gibt Claudia Kotter Einblick in ihr Leben mit Sklerodermie. Wir verlosen drei Exemplare. Klicken Sie bis zum 14.4.2011 unter www.thieme.de/physioonline > „physioexklusiv“ > „Gewinnspiel“ auf „Sklerodermie“.





Abb. 1 Raynaud-Phänomen: Durchblutungsstörungen der Hände sind häufig eines der ersten Symptome bei Sklerodermie.

Abb. 2 Hartes Gewebe: Im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf sklerosiert die Haut der Betroffenen.

Die Haut erscheint zunächst teigig und aufgequollen. Im fortgeschrittenen Stadium kann man Einziehungen erkennen, die sich bei einer Dehnung verstärken. Später ist das Gewebe kaum mehr verschiebbar. Einziehungen im Mundbereich machen es den Betroffenen schwer, ihren Mund zu öffnen.

Die Ausbreitung und Schwere der Sklerosierung werden häufig anhand des modifizierten Rodnan Skin Score (mRSS) angegeben. Dabei beurteilt der Untersucher die Dicke und Verschieblichkeit der Haut mittels Palpation, die er an 17 verschiedenen Körperarealen wie dem Gesicht, dem Abdomen, den Armen und den Beinen durchführt. Die Klassifikation erfolgt anhand einer Vier-Punkte-Skala:

- 0 = keine Hautverdickung
- 1 = geringe Hautverdickung
- 2 = mäßige Hautverdickung
- 3 = starke Hautverdickung

Im schlechtesten Fall erreicht ein Patient 51 Punkte.

Beweglichkeit global beurteilen ▶ Bei Menschen mit Sklerodermie sind häufig Hautstellen am ventralen und lateralen Rumpf sowie den Extremitäten betroffen. Folglich sind die Patienten in der Regel nicht nur bei einzelnen Bewegungen wie dem Greifen eingeschränkt, sondern auch bei komplexen wie dem Bücken oder bei Überkopparbeiten. Veränderungen im Bewegungsausmaß herausfinden und dokumentieren sollten Therapeuten daher nicht nur mittels Gelenkmessungen, sondern auch anhand von ADLs – zum Beispiel dem Bücken – und Fasziendehnpositionen.

Um die Faszien in den vorwiegend betroffenen Bereichen auf Spannung zu bringen, eignen sich zum Beispiel die Dreiecksposition und die sagittale Rumpfposition (☞ **Abb. 3 und 4, S. 40**). Diese Stellungen erlauben es, sich einen Überblick über die Gesamtbeweglichkeit des Patienten zu verschaffen. Zur Verlaufsdokumentation können Therapeuten entweder die Abstände zwischen verschiedenen Körperabschnitten messen oder die Positionen zu Beginn der Therapie fotografieren.



SKLERODERMIE BEHANDELN

Kausale Therapie gibt es nicht

Bisher kann man den Ausbruch der Sklerodermie nicht verhindern. In akut entzündlichen Phasen greift man auf **Immun-suppressiva** zurück, doch deren Wirkung ist bisher nicht überzeugend. Kortikoide sind meist nicht indiziert. Bei vaskulärer Beteiligung gibt es degegen recht wirksame Medikamente.

Begleitende Therapien und Sekundärprävention

- ▶ Auch in der **Ergotherapie** verwendet man manuelle Techniken, um die Beweglichkeit der Patienten zu verbessern. Daneben arbeiten die Therapeuten an der Feinmotorik, stellen für stark an den Händen Betroffene Schienen her und kümmern sich um Hilfsmittel für Beruf und Alltag.
- ▶ Der Schwerpunkt der **physikalischen Therapie** liegt auf den Bestrahlungstherapien:
 - ▶ UVA1-Ganzkörperbestrahlungen aktivieren Metalloprotease 1 (Kollagenasen) in Fibroblasten und bauen so überschüssiges Kollagen ab. Dadurch wird die Haut weicher.
 - ▶ Ganzkörper-Wärmetherapien mit wassergefilterter Infrarot-A-Bestrahlung fördern die kapilläre Durchblutung und wirken der Gewebehypoxie entgegen.
 - ▶ Lokale Wärmetherapien mittels Paraffinbädern regen die Durchblutung an und fördern den Stoffwechsel in der Haut. Da sich die Haut anschließend besser dehnen lässt, vergrößert sich das Bewegungsausmaß. Außerdem verringern Paraffinbäder die Steifigkeit der Gelenke, entspannen die Muskeln und lindern Schmerzen.
 - ▶ Eine Mobilisation im warmen Ölbad ist vor allem bei Patienten mit starken Kontrakturen sinnvoll, da sie die Therapie dann oftmals besser tolerieren.
- ▶ Um die körperliche Leistungsfähigkeit zu erhalten, bietet sich die **Medizinische Trainingstherapie** an.
- ▶ Wichtig ist außerdem eine individuelle **Schmerztherapie** und die **Therapie depressiver Zustände** des Patienten.





Abb. 3 Sagittale Rumpfflexion: Rumpfflexion und Armelevation werden durch Sklerosierungen am ventralen und lateralen Rumpf, ventralen Hals und am ventralen Oberschenkel limitiert.



Abb. 4 Dreiecksposition: Hautsklerosierungen ventral und lateral am Rumpf, an der Innenseite des Arms und am lateralen Oberschenkel können diese Position einschränken. Veränderungen der Beweglichkeit erkennt man zum Beispiel am Abstand der Hand zum Knie und am Abstand zwischen anderem Arm und Körper.

→ **ÜBERBLICK**

Sklerodermie in Zahlen

- > Man geht davon aus, dass von einer Million Einwohnern in Europa etwa 150 bis 250 Menschen an Sklerodermie erkrankt sind. Die Krankheit bricht meist im mittleren Lebensalter aus. Vereinzelt sind aber auch Kinder oder ältere Menschen betroffen.
- > Etwa 80 % der Betroffenen sind Frauen.
- > Noch bis in die 1970er Jahre galt Sklerodermie als kaum therapierbar. Heute haben die Betroffenen durch Frühdiagnose, regelmäßige Organüberprüfung und ein rationales Therapiekonzept eine bessere Prognose hinsichtlich des Überlebens. So konnte man die 5-Jahres-Überlebensrate bei diffuser Sklerodermie (dSSc) steigern: Erhalten Patienten die Diagnose zwischen 1990 und 1993, lag ihre Überlebensrate noch bei 69%. Rund zehn Jahre später überlebten bereits rund 84%.

Physiotherapie: rationales Stufenkonzept notwendig > Im Frühstadium der Erkrankung leiden die Patienten vor allem unter Ödemen, Durchblutungsstörungen der Akren und allgemeiner Müdigkeit. Daher sind manuelle Lymphdrainagen, Wärmetherapie und ein dosiertes Kraft- und Ausdauertraining sinnvoll.

Im Stadium der Sklerosierung kommen UVA1-Bestrahlungen zum Einsatz, mit denen man die Hautsklerosen reduzieren kann. Die manuelle Lymphdrainage optimiert den Rückfluss der Gewebsflüssigkeit aus dem Interstitium und verringert die Spannungsschmerzen, was wiederum die Beweglichkeit verbessert. Da die Einschränkungen der Haut nachfolgend oft auch zu Einschränkungen der Gelenke und – im weiteren Verlauf – zu Kontrakturen führen können, bieten sich Gelenkmobilisationen ebenso an wie Muskeldehnungen und myofasziale Techniken. Um die globale Beweglichkeit zu erweitern, können die Patienten auch in den für die Untersuchung verwendeten myofaszialen Dehnstellungen üben. Die Ausführung ist gleich wie bei einer Muskeldehnung, und in der Regel vermischen sich muskuläre Dehnungen und Faszien-Dehnungen dabei: Der Patient bewegt so weit in die Dehnposition, bis sich Spannung im Gewebe aufbaut. Dann verharrt er, bis sich der Widerstand verringert. Die Dehnungen kann er einige Male wiederholen und sollte sie täglich selbst durchführen.

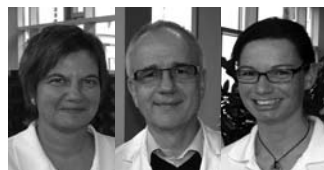
Äußerst wichtig ist, die Atemkapazität der Patienten zu erhalten. Daher ist schon bei leichten Einschränkungen eine reflektorische Atemtherapie sinnvoll sowie eine Atemrichtungsschulung. Gegen Obstipationen helfen Kolonmassagen. Leidet der Patient unter Stuhlinkontinenz, sollte der Therapeut Übungen für den Beckenboden anleiten und gegebenenfalls den äußeren Schließmuskel mit Elektrostimulation bzw. Biofeedback trainieren. Zudem brauchen die Patienten Coping-Strategien für den Alltag und ein Selbstübungsprogramm. Bewährt hat sich eine Therapiefrequenz von zwei Einheiten pro Woche zuzüglich Eigenübungen.

Auch im fortgeschrittenen Stadium können sich die Hautkonsistenz, die Schwellungen und die Beweglichkeit der Betroffenen durch die Behandlung deutlich verbessern. Oft geben sie an, dass die diffusen Spannungsschmerzen im Gewebe abnehmen.

Auch Martin Wagner hat die Therapie gut geholfen. Zusätzlich zu Physiotherapie und physikalischer Therapie hat er an Geräten trainiert und war beim Ergotherapeuten. Denn optimal profitieren können Menschen mit Sklerodermie besonders dann, wenn sie alle Therapien erhalten, die für sie sinnvoll und hilfreich sind. Das spiegelt sich dann auch in einer verbesserten Lebensqualität wider.

Michael Buslau, Astrid Simon und Sabine Hahn

→ **Weitere Infos zum Krankheitsbild unter www.scleroderma.ch**



Privatdozent Dr. Michael Buslau, MSc Helathcare Management, leitet das Europäische Rehabilitationszentrum für Sklerodermie an der Reha Rheinfelden, Schweiz.
Astrid Simon (li.) ist Physiotherapeutin in der Reha Rheinfelden, **Sabine Hahn** (re.), Ergotherapeutin und MSc Neurorehabilitation, leitet dort die Ergotherapieabteilung.

- Tiefensensorisches Training
- 5 platzsparende Geräte
- Ein Therapeut – fünf Patienten zeitgleich
- Kooperationsmodelle Arzt/Therapeut

Mehr Info?

Fragen Sie – wir freuen uns!

Telefon +49 2932 47574-0

info@dr-wolff.de

www.dr-wolff.de

Dr. WOLFF®
Sports & Prevention

Rückentherapie-Center

Segmentale Stabilisation der LWS



**Das NEUE
Therapiekonzept**

FIBO 2011

14.-17. April in Essen, Halle 3, Stand D12

**Auf der Suche
nach Fortbildung?**

Passende Kurse gibt es hier
www.fobiboerse.de



Rechnen Sie mit den "Besten"!



Am Lippeglacis 16-18
46483 Wesel
Tel.: 0281 - 16394 - 0
Fax: 0281 - 16394 - 10
www.severins.de