

Schübe, die Bewegung rauben

EIN FALL FÜR VIER: MORBUS BECHTEREW Henri Lambert ist chronisch krank. Die Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) macht ihm das Leben schwer. Besonders die Kühlkammer belastet den Metzger in seinem Arbeitsalltag. Vier Experten zeigen, wie sie ihm helfen würden: ein Physiotherapeut, ein Arzt, ein Vertreter einer Selbsthilfeorganisation und einer der physikalischen Therapie.

Der Fall

Unser fiktiver Patient Henri Lambert hat seit 20 Jahren Rückenschmerzen. 2001 diagnostizierte ein Arzt bei dem heute 46-jährigen Morbus Bechterew. Die letzte MRT-Aufnahme von 2009 zeigt bereits eine beginnende Verknöcherung der Wirbelsäulensegmente.

Herr Lambert hat vor allem Beschwerden im rechten Schultergelenk, zwischen den Schulterblättern sowie in der Brust. Die Fersenschmerzen, die er morgens spürt, verschwinden nach wenigen Schritten wieder. Die stärksten Schmerzen hat er nachmittags, sie bessern sich aber durch länger andauernde Bewegungen. Feuchtigkeit und Kälte verschlimmern seine Beschwerden. Mehrmals im Jahr bekommt er einen rheumatischen Schub. Die Einnahme von NSAR hilft ihm über die Entzündungsphasen hinweg. Momentan befindet er sich in keiner entzündlichen Phase.

In den letzten Jahren fühlt er sich in seiner Beweglichkeit zunehmend eingeschränkt, was ihn bei seiner Arbeit als Metzger behindert. Besonders ein Engegefühl im Brustkorb macht dem Familienvater Sorgen, sodass er sich bei Spezialisten Rat holt.





Abb. 1 Um die kostochondralen Übergänge zu mobilisieren, nutzt Manfred Reingen eine Technik aus der Osteopathie.



Physiotherapie

Manfred Reingen ist seit 1988 Physiotherapeut. Nach zahlreichen manualtherapeutischen und neurologischen Fortbildungen hat er 2010 sein Osteopathiestudium (BAO) abgeschlossen. In seiner Abschlussarbeit befasste er sich mit der Behandlung eines Patienten mit Morbus Bechterew [6]. Seit 2005 leitet er die Abteilung Physikalische Therapie am Rheumazentrum Oberammergau.

1. Physiotherapie

Spontane Hypothese

Ich gehe aufgrund der Angaben von einer zunehmenden Ankylosierung aus, die den thorakalen Bereich erreicht hat. Die schmerzhaft eingeschränkte Mobilität im rechten Schultergelenk führe ich auf die veränderte Wirbelsäulenextensionsfähigkeit zurück, die für eine endgradige Schultergelenkelevation erforderlich ist. Zudem ist wahrscheinlich der humeroskapulothorakale Rhythmus durch die beginnende Einsteifung gestört.

Die von Herrn Lambert beschriebene Enge im Brustkorb sehe ich ebenfalls darin begründet. Die interskapulären Schmerzen sind sowohl reflektorisch als auch als Folge der entzündlichen Veränderungen an der Wirbelsäule zu erklären. Ferner erwarte ich Dysfunktionen im kostosternalen Bereich.

Die Fersenschmerzen könnten auf einen Fersensporn im Rahmen einer Enthesiopathie hindeuten – ein typisches Symptom bei Morbus Bechterew [2]. Verantwortlich dafür mag im Falle von Herrn Lambert eine haltungsbedingt erhöhte Belastung der dorsalen Beinfaszie sein. Ebenso könnte eine vegetativ-segmentale Ausbreitung durch Dysfunktionen im thorakolumbalen Bereich in Frage kommen.

Dass die Schmerzen am Nachmittag stärker sind, überrascht mich nicht, da der Beruf des Metzgers körperlich sehr anstrengend ist und Feuchtigkeit und Kälte Herrn Lambert im Kühlhaus zusätzlich belasten.

Ergänzende Anamnese

Während meiner Anamnese stelle ich Herrn Lambert folgende Fragen: Sind die Schmerzen atemabhängig? Sind Sie zunehmend kurzatmig? Gibt es schmerzauslösende Bewegungen? Gab es Verletzungen an der Schulter? Sind Sie vermehrt müde und schneller erschöpft? Welche länger andauernden Bewegungen helfen Ihnen?

Ferner lasse ich mir typische Haltungs- und Bewegungsmuster aus Herrn Lamberts beruflichem Alltag demonstrieren.

Untersuchung

Neben der allgemeinen Beweglichkeit widme ich mich besonders der Mobilität der kostosternalen Verbindungen sowie der Atemexkursion. Als Messparameter nutze ich den Hinterkopf-Wand-Abstand, die Thoraxexkursion auf Höhe Th4 und das Maß der schmerzfreien Mobilität im rechten Schultergelenk.

Bereits bei der Inspektion fällt mir die kyphotische Haltung von Herrn Lambert auf. Das Becken ist aufgerichtet, die LWS entlordosiert und die BWS deutlich kyphosiert. Sein Bauch wölbt sich kugelig vor, und es überwiegt die Bauchatmung. Zudem zeigt sich, dass die obere HWS kompensatorisch hyperextendiert steht, der Schultergürtel protrahiert ist und die Arme innenrotiert sind. Die Spannung der dorsalen Beinfaszie ist beidseits erhöht. Wenn ich den Achillessehnenansatz berühre, treten beidseits Schmerzen auf, die rechts schlimmer sind als links. In der rechten Schulter beginnen bei 100° Flexion seine Schmerzen. Die isometrischen Tests am Arm sind negativ. Die aktive und passive Beweglichkeit der einzelnen Wirbelsäulenabschnitte sind in alle Richtungen erheblich eingeschränkt – in der LWS mehr als in der BWS. Die HWS kann Herr Lambert nicht mehr endgradig bewegen.

Zusätzlich sind seine kostosternalen Verbindungen rigide und druckdolent, die kostotransversalen Gelenke in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt und die passive Retraktion des Schultergürtels ist wegen der erhöhten ventralen Spannung rechts geringer als links. Die passive Beweglichkeit der Akromioklavikular- und Sternotalgelenke ist beidseits rigide. Der Tonus in der Schultergürtel- und Atemhilfsmuskulatur ist erhöht, das Zwerchfell normoton.

Ausgewählte Therapiemaßnahmen

Mein Ziel ist es, die Wirbelsäulenbeweglichkeit zu erhalten bzw. zu verbessern (z. B. über hubfreie/hubarme Mobilisation der unbeweglichen Segmente), seine Schmerzen zu lindern sowie Thoraxbeweglichkeit und Atemfunktion zu verbessern. Dafür kräftige und dehne ich die Rumpf- und Extremitätenmuskeln und gebe ihm ein Programm zur Verbesserung seiner kardiopulmonalen Ausdauer.



Abb. 2 Verordnungen ausstellen ist einer der wichtigsten ärztlichen Schritte: für die richtige Medikation und für das Funktionstraining.



Rheumatologie

Prof. Dr. med. Herbert Kellner ist als Internist mit den Schwerpunkten Rheumatologie und Gastroenterologie in München-Nymphenburg in eigener Schwerpunktpraxis tätig. Er ist zudem Ärztlicher Leiter der Abteilung Rheumatologie am Krankenhaus Neuwittelsbach. Seit mehreren Jahren ist er ärztlicher Berater der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e. V.

Um die aktuelle Schmerzsymptomatik und das Engegefühl im Brustkorb zu verbessern, mobilisiere ich zum Beispiel den M. transversus thoracis [1] und im Anschluss die kostochondralen Übergänge (☞ **Abb. 1, Seite 29**) [3]. Dabei stehe ich hinter dem sitzenden Patienten, fixiere mit einer Hand sein Sternum und führe mit meiner anderen Hand seinen Arm in Abduktion und Außenrotation, bis ein Dehngefühl eintritt. Um die Mobilisation und das „Aufdehnen“ zu unterstützen, gebe ich mit meinem Brustbein einen ventralen Schub gegen die gleichseitige Skapula.

Im weiteren Behandlungsverlauf mobilisiere ich Pleurasackanheftungen und pleuropulmonale Verbindungen und detoniere mit Inhibitionstechniken die Mm. pectorales major und minor, den M. latissimus dorsi, den M. subclavius sowie die Fascia thoracolumbalis. Ergänzend verbessere ich mithilfe von Techniken aus der funktionellen Bewegungslehre und mobilisierenden Massagen den skapulothorakalen Rhythmus [4]. Abschließend behandle ich die dorsalen Beinfaszien mit einer myofaszialen Releasetechnik.

Als Hausaufgabe zeige ich Herrn Lambert Automobilitations-techniken für die BWS-Extension sowie Techniken zur Verbesserung von Brustkorbbeweglichkeit und Atemfunktion.

Erwartungen

Bei Herrn Lambert werden sich vermutlich alle Parameter erfreulich verbessern. Berufe mit starken klimatischen Belastungen, wie sie im Kühlhaus auftreten, können sich ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirken. Ich kläre Herrn Lambert darüber auf, dass es bei circa 10–20% der Betroffenen zu langfristig schweren Behinderungen infolge zunehmender Versteifung kommen kann. Die Spondylitis ankylosans kann allerdings auch jederzeit zum Stillstand kommen [5]. Da sich die Aktivität grundsätzlich positiv auswirkt, empfehle ich Herrn Lambert, sein erlerntes Heimübungsprogramm konsequent durchzuführen. Des Weiteren rate ich ihm, Kontakt zur nächsten Selbsthilfegruppe und der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB) aufzunehmen.

Manfred Reingen

2. Rheumatologie

Spontane Hypothese

Die Beteiligung der BWS stellt eine häufige Wirbelsäulenmanifestation bei Morbus Bechterew dar. Klinisch imponiert die dabei meist vorhandene Spondylitis bzw. Enthesitis in Form ungeklärter Thoraxschmerzen, die je nach Schilderung des Patienten häufig den differenzialdiagnostischen Verdacht auf eine pulmonale (z. B. Lungenembolie) oder kardiale Erkrankung (z. B. Myokardinfarkt) richten. Der bei Herrn Lambert immer wieder auftretende Fersenschmerz könnte ein Hinweis auf eine weitere Enthesitis im Bereich des Achillessehnenansatzes sein.

Ergänzende Anamnese

Bei vielen Patienten gehören Thorax- und Fersenschmerzen zum klinischen Erscheinungsbild dieser entzündlich-rheumatischen Grunderkrankung. Für die differenzialdiagnostische Abgrenzung zwischen muskuloskeletalem Schmerz gegenüber einem koronar oder pulmonal bedingten Schmerz erfrage ich vom Patienten den Schmerzcharakter und auslösende Situationen. Für sehr wichtig erachte ich die Frage nach Angina-pectoris-typischen Beschwerden, aber auch nach Atemnot und Gefäßrisikofaktoren. Herr Lamberts Schmerzen sind eher chronisch und bessern sich offenbar durch körperliche Belastung. Zudem berichtet er über eine zunehmend schmerzhaft bedingte Einschränkung der Atemtiefe. Die Symptomatik habe sich schleichend verschlechtert.

Untersuchung

Die Wirbelsäule zeigt in Ruhestellung eine vermehrte Brustkyphose (Ott'sches Zeichen 30/31 cm) bei aufgehobener Lendenlordose. Die Atemexkursion ist deutlich eingeschränkt – der Brustumfang weist zwischen maximaler Inspiration und Expiration nur eine Differenz von zwei Zentimetern auf. Ferner sind die Sternoklavikulargelenke bei Bewegung und auf Druck beidseits schmerzhaft. Ich kann bei Herrn Lambert auch einige druckschmerzhafte sternale



Abb. 3 „Geteiltes Leid ist doppelte Freude“ – unter diesem Motto trainieren Betroffene wöchentlich in ihren Selbsthilfegruppen.



Selbsthilfeorganisation

Ludwig Hammel ist seit 1988 hauptamtlicher Geschäftsführer des Bundesverbandes der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V. (DVMB) mit Sitz in Schweinfurt. Er ist seit 1980 selbst an Morbus Bechterew erkrankt und hält Kurse, Seminare und Vorträge für Patienten, Physiotherapeuten und Ärzte. Außerdem ist er Autor zahlreicher Publikationen in Fachbüchern und Patientenratgebern. Infos zur Krankheit finden Patienten unter www.bechterew.de.

Rippenansätze nachweisen. Ebenso ist die LWS-Funktion mit einem Schober-Zeichen von 10/10,5 cm nachhaltig eingeschränkt. Der Auskultationsbefund von Herz und Lunge ist regelrecht. Der periphere Gelenkstatus ergibt keine Hinweise auf periphere synoviale Schwellungen. Ein Blick auf die Fersen zeigt mir allerdings beidseits eine deutlich sichtbare Schwellung im Sinne einer Enthesitis der Achillessehne.

Die technischen Untersuchungen zeigen mir des Weiteren einen erhöhten CRP-Wert (16,2 mg/l), einen unauffälligen CK-Wert sowie negative Ergebnisse für den Troponin- und D-Dimer-Test. Mithilfe des EKG und einer sicherheitshalber durchgeführten Röntgenthoraxuntersuchung kann ich eine kardiale beziehungsweise pulmonale Ursache der Thoraxschmerzen weitgehend ausschließen. Mit einer erneuten MRT-Untersuchung der BWS mit Kontrastmittel weise ich nicht nur eine aktive Spondylitis posterior, sondern auch enthesitische Veränderungen an einzelnen sternokostalen Übergängen nach. Es handelt sich bei Herr Lambert also offenbar um einen entzündlich bedingten Thoraxschmerz, ausgelöst durch eine Spondylitis der BWS und enthesitische Manifestationen des Morbus Bechterew, und zwar nicht nur sternokostal, sondern zusätzlich im Achillessehnenbereich.

Ausgewählte Therapiemaßnahmen

Ich rate Herrn Lambert zunächst einmal zu einer Intensivierung seiner bisher nur sporadisch eingesetzten Therapie mit Antiphlogistika (Diclofenac 2x75 mg/d). Nach wenigen Tagen der regelmäßigen Einnahme meldete er sich allerdings wegen Magenschmerzen bei mir. Die zusätzliche Gabe eines Protonenpumpenhemmers und die Umstellung auf Naproxen 1000 mg/d verbessern die gastrointestinalen Nebenwirkungen. Unter den NSAR verbessert sich bei Herrn Lambert die Schmerzsymptomatik, nicht aber die zunehmende Steifigkeit der Wirbelsäule. Ich rate ihm deshalb zu regelmäßiger Physiotherapie in einer Übungsgruppe des DVMB. Ein solches Funktionstraining kann ich vorab für insgesamt 24 Monate verordnen.

Nach circa drei Monaten Therapie stellt sich Herr Lambert wieder bei mir vor, leider mit vermehrten enthesitischen Beschwerden. Die Fersenschwellung hatte trotz regelmäßiger NSAR-Therapie zugenommen. Nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie erfüllt Herr Lambert damit die Voraussetzungen für eine Therapie mit Biologika (TNF Ak), die ich nun beginnen werde.

Erwartungen

Durch das TNF Ak erwarte ich, dass sich die Beschwerden innerhalb von maximal drei Monaten deutlich und nachhaltig bessern. Die Erfolgsaussicht liegt bei ca. 70%. Etwa 50% der mit TNF-hemmenden Substanzen behandelten Patienten können eine Besserung um rund 50% erwarten, bei ungefähr 30% kommt es zu einer Remission der Erkrankung. Bei circa 50% aller mit TNF Ak behandelten Patienten lässt sich die NSAR-Dosis signifikant reduzieren oder kann sogar ausgesetzt werden.

Herbert Kellner

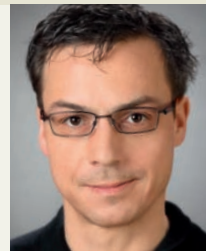
3. Selbsthilfeorganisation

Spontane Hypothese

Bei Herrn Henri Lambert dauerte es neun Jahre, bis er endlich die Diagnose Morbus Bechterew erhielt. Leider ist dies trotz der heutzutage hoch technologisierter Medizin lediglich ein Durchschnittswert. Denn noch immer gibt es Patienten, bei denen es von den ersten Schmerzen bis zur endgültigen Diagnose sogar über 20 Jahre dauert. Sicher hat auch Herr Lambert zahlreiche Arztbesuche hinter sich, die letztlich nicht zu einer gesicherten Diagnose führten. Zudem kann ich mir gut vorstellen, dass er sich wahrscheinlich des Öfteren den Vorwurf des „Ärztelhoppings“ gefallen lassen musste. Aufgrund der geschilderten Situation gehe ich allerdings auch davon aus, dass Herr Lambert in seiner bereits neun Jahre andauernden Krankheitsgeschichte noch keinen Rheumatologen aufgesucht hat.



Abb. 4 Die Kältekammer mit -110 Grad Celsius ist für Menschen mit Morbus Bechterew eine frostige, aber sinnvolle Therapieoption.



Physikalische Therapie

Björn Lindemann ist Physiotherapeut sowie Masseur und Medizinischer Bademeister. Er ist leitender Physiotherapeut der Rheumaklinik Bad Aibling. Rund 30 % der Patienten dieser Klinik leiden an Morbus Bechterew oder anderen rheumatische Erkrankungen.

Ergänzende Anamnese

Bei seinem Anruf bestätigt mir Herr Lambert dies. Da er seine Diagnose nicht kannte, wusste er nicht, welcher Arzt für ihn der passende ist. Richtig überwiesen hat ihn niemand. Um dieses typische Problem zu verhindern, versucht die Selbsthilfeorganisation Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V. (DVMB) kontinuierlich durch Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildungsveranstaltungen und gezielte Ansprache der Ärzte über die Erkrankung aufzuklären.

Herr Lambert erzählt mir, dass er bei seinem letzten Schub auf den Termin beim niedergelassenen Rheumatologen knapp drei Monate warten musste. Ich gebe ihm den Tipp, dass er sich in einem solchen Fall an eine Uniklinik in seiner Nähe wendet. Dort ist meist schneller ein Termin zu bekommen.

Ausgewählte Therapiemaßnahmen

Da Herr Lambert trotz Medikation mit NSAR Schmerzen im rechten Schultergelenk, zwischen den Schulterblättern sowie im Brustbereich und an den Fersen hat, deutet dies auf eine suboptimale medikamentöse Therapie hin. Als Selbsthilfeorganisation ist es uns verboten, medikamentöse Empfehlungen auszusprechen, aber ich versuche, Herrn Lambert die unterschiedlichen Therapieansätze zu verdeutlichen. Es gibt auch für ihn Medikamente, die ihn aus dem Kreislauf des Schmerzes herausbringen und dadurch ein lebenswertes Leben ermöglichen.

Im Anschluss erläutere ich Herrn Lambert, dass er alles dafür tun muss, um die Schmerzen in den Griff zu bekommen, da die Gefahr der Fehlhaltung enorm groß ist. Das für Patienten so wichtige Motto „BBB“ („Bechterewler brauchen Bewegung“) kann er nur leben, wenn Bewegung auch schmerzfrei möglich ist. Ich erkläre ihm, dass in Phasen, in denen es ihm besonders schlecht geht, ein Rehaaufenthalt in einer Rheumaklinik sinnvoll ist. So kann er sich drei Wochen – herausgezogen aus seinem Alltag – seiner Gesundheit widmen. Des Weiteren mache ich ihm deutlich, dass die dort erlernte Gymnastik künftig ein tägliches „Muss“ für ihn ist und er vor Ort die Möglichkeit hat, mit Berufsberatern zu sprechen. Wenn

Herr Lambert sich in eine Rehaklinik einweisen lässt, in der das Patientenschulungsprogramm der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) für Patienten mit Morbus Bechterew angeboten wird, hat er die Gelegenheit, besonders viel über den Umgang mit der Krankheit zu lernen.

Da mir Herr Lambert ausführlich über seine Beschwerden berichtet, die er in seinem Beruf als Metzger hat, empfehle ich ihm, möglichst bald ein Gespräch mit der Bundesagentur für Arbeit zu suchen. Er ist in einem Alter, wo er durchaus noch eine Chance auf einen Wechsel am Arbeitsmarkt hat. Da er die Praxis durch seinen handwerklichen Beruf ausführlich kennt, hat er mit einer noch zu erwerbenden Zusatzqualifikation die Möglichkeit, einen geeigneten Arbeitsplatz zu finden – zum Beispiel in der Weiterbildung. Geeignet heißt für den Patienten mit Morbus Bechterew, dass sie in geschlossenen, trockenen Räumen arbeiten und ein regelmäßiger Wechsel zwischen Sitzen und Stehen möglich ist. Die Agentur für Arbeit hat zu prüfen, welche Alternativen Herr Lambert beruflich hat, da es der Beruf des Metzgers mit sich bringt, sich in feuchten und kalten Räumen aufzuhalten.

Herr Lambert bestätigt in unserem weiteren Telefonat meine Vermutung, dass er sich bislang nicht ernsthaft mit seiner Krankheit auseinandergesetzt hat. Ich lade ihn daher zu dem DVMB-Seminar „Basiswissen“ ein, das sich an Betroffene und ihre Partner richtet. An einem Wochenende klären ein Rheumatologe, ein Physiotherapeut und ein erfahrener Patient umfangreich über die Krankheit und deren mögliche Auswirkungen auf.

Erwartungen

Wenn Herr Lambert regelmäßig an der Gymnastik bei seiner örtlichen Selbsthilfegruppe teilnimmt, wird er ein wichtiges wöchentliches Ritual hinzugewinnen, das ihm regelmäßiges Funktionstraining, Austausch mit Gleichgesinnten sowie eine erhöhte Motivation bietet. „Geteiltes Leid ist doppelte Freude“ – das ist die Erkenntnis, welche in über 400 Selbsthilfegruppen in Deutschland wöchentlich gelebt wird.

Ludwig Hammel

4. Physikalische Therapie

Spontane Hypothese

Die Spondylitis ankylosans lässt sich in vier Stadien einteilen:

- > Stadium 1: nicht fixierte Wirbelsäulenversteifung mit zusätzlichen Prodromalsymptomen
 - > Stadium 2: zusätzlich radiologischer Nachweis einer Sakroiliitis
 - > Stadium 3: irreversible Versteifung mit Verknöcherung an mindestens zwei Abschnitten der Wirbelsäule
 - > Verknöcherung in allen drei Abschnitten als Endstadium
- Aufgrund der Sacroiliitis und der eingeschränkten BWS-Beweglichkeit gliedere ich Herrn Lambert in das Stadium 2/3 ein.

Ergänzende Anamnese

Henri Lambert berichtet, dass er vor allem bei längeren Bergtouren mit seiner Familie nicht genug Luft bekommt und er zum Teil stechende Schmerzen im Brustkorb hat. Auf unebenen Böden gerät er zeitweise ins Wanken und hat Schwierigkeiten „geradeaus“ zu gehen. Nachmittags kann er seine Arme oft nicht mehr über Kopfniveau heben, da ihm die Schulter zunehmend Schwierigkeiten bereitet. Ich frage Herrn Lambert, ob ihn die Ferse morgens vermehrt schmerzt, da die fibroostotischen Beschwerden im Bereich der Ferse häufig im Stadium 2/3 auftreten.

Untersuchung

Herr Lamberts Wirbelsäulenbeweglichkeit ist schlecht: Seitneigungen sind nur mit Ausweichbewegungen in Flexion möglich. Beim Beugen kommt er mit den Fingerspitzen nur bis knapp unterhalb der Knie. Bei der Extension verstärkt er primär die LWS-Lordose. Insbesondere das deutlich erhöhte Flèche-Zeichen (Okziput-Wand-Abstand) und der ebenfalls vergrößerte Kinn-Sternum-Abstand unterstreichen seine Diagnose. Herr Lambert atmet hauptsächlich in den Bauch und kann kaum Brustatmung erbringen.

Neben den Schmerzen verändert eine zunehmende Beugekontraktur der Hüftgelenke sein Gangbild und seinen Stand. Die verringerte Armbeweglichkeit führt zu Ausgleichsbewegungen in den ISG und der LWS und verstärkt die Auswirkungen der eingeschränkten Hüftgelenkbeweglichkeit, könnte also das Wanken bedingen.

Ausgewählte Therapiemaßnahmen

Die wesentlichen Ziele der physikalischen Therapie sind, neben dem Erhalt der Beweglichkeit, die Vermeidung der Ankylose und Linderung der enthesiopathischen Beschwerden. Die passiven physikalischen Maßnahmen unterstützen die aktiven Bewegungsformen. Tischler und Kollegen publizierten 1995 eine Langzeitstudie zu sogenannten ortsgebundenen Heilmitteln, in der sie über eine signifikante Verbesserung der Morgensteifigkeit, des Finger-Boden-Abstands und über eine Reduktion der Medikamente berichten.

Da sich Herr Lambert momentan in keiner entzündlichen Phase befindet, setze ich neben physiotherapeutischen Maßnahmen das Moorbollbad ein. Dabei dringt viel Wärmeenergie in den Körper ein und veranlasst thermoregulatorische Reaktionen. Die Besonderheit von Peloiden gegenüber wässrigen Medien kommt erst

beim Vollbad richtig zur Geltung. Es stellen sich unterschiedliche Kontakttemperaturen ein und bewirken einen sogenannten „Nivellierungseffekt“. Beim Moorbollbad dringt – bei gleicher Temperatur wie beim Wannenbad – weniger Wärmeenergie in den Körper ein. Eine schlecht durchblutete Körperstelle wird dabei jedoch relativ besser berücksichtigt als eine gut durchblutete. Erfahrungsgemäß bewirkt dies eine bessere allgemeine Beweglichkeit. Ich lasse Herrn Lambert diese Wärmeanwendungen im Wechsel mit der Kältekammer zukommen. Diese lindert bei vielen Betroffenen die Schmerzen, da sie zur Abschwellung, partialen Sauerstoffsättigung und zum Abbau von Schmerz- und Entzündungsmediatoren führt. Kurz bevor Henri Lambert seine physiotherapeutische Einzeltherapie absolviert, bekommt er daher eine maximal drei Minuten andauernde Kälteexposition bei minus 110 Grad Celsius (Abb. 4).

Neben der Kälte- und Wärmetherapie geht Herr Lambert täglich mit einer Bechterew-Kleingruppe in die Sporthalle beziehungsweise ins Therapiebecken. Dort mobilisiert er die gesamte Wirbelsäule und die großen Gelenke mit verschiedenen Geräten in alle Richtungen. Zudem zeige ich Herrn Lambert Übungen auf instabilen Untergründen, um sein Gleichgewicht zu schulen.

Über Kontaktatmung lenke ich seine Atmung unter das Sternum. Dehnungen mit entsprechender Atemlenkung mobilisieren die Kostovertebralgelenke und verbessern das Atemvolumen. Herr Lambert soll zudem dreimal pro Woche an Geräten vor allem die aufrichtende Muskulatur trainieren, um das in der Therapie gewonnene Bewegungsausmaß zu stabilisieren. Dazu empfehle ich ihm zweimal pro Woche ein Ausdauertraining auf dem Ergometer.

Erwartungen

Wenn Herr Lambert künftig sein Leben umstellt, seine Ernährung anpasst und täglich mobilisierende Übungen macht, wird er weiter am sozialen und beruflichen Leben teilhaben können und seine Lebensqualität behalten. Ich empfehle ihm dringend, sich einer heimatnahen, diagnosebezogenen Gruppe anzuschließen, um auch in Zukunft die Motivation zum täglichen Training beizubehalten und um mit anderen Betroffenen Informationen und Hilfestellungen bei krankheitsassoziierten Problemen auszutauschen. *Björn Lindemann*

➔ Literatur: www.thieme-connect.de/ejournals/toc/physiopraxis

+ ZU GEWINNEN

Übungen bei Morbus Bechterew

Der Pohl Verlag sponsert drei Exemplare des Buchs „In Bewegung bleiben bei Morbus Bechterew“. Es bietet eine breite Auswahl an Übungen, die jeweils auf eine Trainingszeit von 30 Minuten abgestimmt sind, und liefert damit interessante Anregungen für Therapeuten und Betroffene. Klicken Sie bis zum 13.4.2012 unter www.thieme.de/physioonline > „physiopraxis-exklusiv“ > „Gewinnspiel“ auf das Stichwort „Bechterew“, um ein Exemplar zu gewinnen.

