

Außergewöhnliche Therapieerfolge bei verschiedenen Verlaufsformen der Sklerodermien

H.P. Mainusch

Praxis für physikalische Therapie, Mainz

Zusammenfassung

Vorstellung eines Konzeptes zur physikalischen Behandlung von Patienten mit unterschiedlichen Sklerodermieformen. Bei den therapeutischen Maßnahmen handelt es sich um den kombinierten Einsatz von Manueller Lymphdrainage, Bewegungs-, Atem- und Marnitz-Therapie. Die Behandlungsergebnisse von 54 Patienten mit unterschiedlichen Verlaufsformen der Erkrankung werden vorgestellt. Aufgrund der bisherigen Ergebnisse hat sich die Einbindung der Manuellen Lymphdrainage in das Gesamtkonzept bewährt.

Schlüsselwörter: Sklerodermie, Manuelle Lymphdrainage, Bewegungstherapie Atemtherapie, Marnitz-Therapie

Summary

A new treatment concept for patients suffering from scleroderma is presented. The concept is based on a combination of manual lymphdrainage (as »basic therapy«), kinesitherapy, breathing therapy and Marnitz therapy. However the manual treatment usually used for primary lymphedema or postsurgical edema, cannot be applied to patients with scleroderma. The results of 68 scleroderma patients treated successfully during the last 17 years have shown the efficacy of this special therapeutic concept. The integration of the Manual Lymphdrainage worked satisfactory.

Key words: scleroderma, manual lymphdrainage, kinesitherapy, breathing therapy, Marnitz therapy

Einleitung

Sklerodermien sind chronische Erkrankungen, bei denen es nach einer entzündlichen Phase zur Sklerose, d. h. einer bindegewebigen Verhärtung umschriebener Hautareale oder zu generalisierter Sklerose der Haut unter Beteiligung innerer Organe kommt. Die Ätiologie ist unbekannt. Heute werden drei Sklerodermieformen unterschieden: die systemische Sklerodermie (SSc, früher Progressive systemische Sklerodermie), zirkumskripte Sklerodermien (ZS, z. B. Morphea) und Pseudosklerodermien. Bei der systemischen Sklerodermie werden drei Hauptformen unterschieden. Typ I beschreibt eine relativ gutartig verlaufende Form mit Sklerose

distal der Metakarpalge-
lenke (Akro-
sklerodermie). Prognostisch ungünstiger verläuft der Typ II mit einer proximal ascendierenden Form der SSc mit Ausbreitung auf die Unterarme. Die prognostisch ungünstigste Form ist der Typ III mit einer diffusen Ausbreitung der Hautfibrose am Rumpf.

Die Therapie setzt sich zumeist aus einer externen Behandlung in Form von Lymphdrainage, Hautpflege und Krankengymnastik und einer internen Medikation von Steroiden und Penicillin G zusammen.

In dieser Veröffentlichung möchte ich unsere Therapieergebnisse bei Patienten mit unterschiedlichen Sklerodermien nach Anwendung eines von mir entwickelten Behandlungskonzeptes (5) vorstellen. Speziell ist z. B. die Durchführung der Manuellen Lymphdrainage, die ich seit 17 Jahren erfolgreich bei diesen Patienten einsetze.

Patienten und Methode

Seit 1983 wurden über 80 Sklerodermiepatienten mit den unterschiedlichsten Verlaufsformen und Schweregraden ambulant behandelt. Die Ergebnisse von 68 Patienten (52 Frauen, elf Männer, fünf Kinder) werden hier vorgestellt. Davon litten 46 Patienten an einer systemischen Sklerodermie, 14 Patienten hatten eine zirkumskripte Sklerodermie (sechs herdförmige zS, acht lineare bzw. bandförmige Morphea). Sechs Patienten hatten ein Overlap-Syndrom (vier Mischungen aus PSS und Polymyositis, zwei Sjögren Syndrom und systemische Sklerodermie) (Tab.1).

Bei zehn Patienten wurde in dreimonatigen Abständen in der Universitäts-Hautklinik Frankfurt/Main die Hautdicke sonographisch ermittelt (22,5 MHz).

Tab. 1

Zusammenstellung der behandelten Sklerodermieformen

Behandelte Sklerodermieformen	Anzahl Patienten
PSS Typ I, II, III	46
Sharp Syndrom	1
Mischung aus PSS und Polymyositis	4
Mischung aus Sjögren Syndrom und PSS	2
Generalisierte Morphea	1
Zirkumskripte Sklerodermie (Morphea)	6
Zirkumskripte Sklerodermie (lineare, bandförmige)	8

Therapiekonzept

Das »komplexe physikalische Therapiekonzept« erhalten die Patienten in konzentrierter Form zwei Stunden täglich:

Basistherapie

- **Manuelle Lymphdrainage** nach »Schritt-für-Schritt-Behandlungskonzept« d.h. individuelles, patientenbezogenes Vorgehen.

Zusatztherapie

- Bewegungstherapien
 - Dehnungen von betroffenen Muskeln und Sehnen
 - Kräftigungen atrophierte Muskeln
 - mimische Übungen etc.
- Atemtherapien
- Marnitz-Therapie
- Wundversorgung und Hautpflege
- Patientenberatung über sinngemäße und therapieunterstützende Verhaltensweisen.

Die Behandlungen werden individuell auf das tägliche Befinden des Patienten und auf seinen Lymphstatus abgestimmt. Das aktuelle Stadium der Sklerodermie bestimmt die Vorgehensweise mit den Therapien.

Fallbeispiele

Fall 1

Frau D. litt seit Februar 1998 an rascher Ausbreitung von Ödem und Erythem auf obere und untere Extremitäten, assozii-



Abb. 1 a,b

a) Patientin D: das maskenhafte Gesicht am 3. 9. 1998 vor Behandlungsbeginn;
 b) Patientin D: nach Therapie am 21. 5. 1999 war die Gesichtshaut wieder weich und verschieblich

iert mit einer Hautverhärtung und zunehmendem Haarausfall. Am 24. Juli 1998 wurde sie stationär in der Univer-



Abb. 1 c,d

c) Patientin D: vor Behandlungsbeginn am 3. 9. 1998 betrug der Zahnreihenabstand 3,3 cm;
 d) Patientin D: nach Therapie am 21. 5. 1999 betrug der Zahnreihenabstand 4,8 cm

sitätshautklinik Frankfurt/Main aufgenommen. Die Hautärzte diagnostizierten bei Frau D. eine generalisierte Morphaea mit einer stark entzündlichen Komponente. Die Behandlung mit 80 mg Methylprednisolon (Urbason® pro Tag, 21 Tage Ceftriaxon (Rocephin®) 2 g/d und ab dem 19.8.1998 100 µg Interferon subkutan dreimal pro Woche konnten das Fortschreiten der Symptome nicht aufhalten.

Am 3. 9. 1998 wurde Frau D. aus der Klinik entlassen (Abb. 1a, c). Anschließend begann die intensive physikalische Therapie in meiner Praxis. Nach wenigen Behandlungstagen konnte das aggressive Fortschreiten der Symptome spontan gestoppt werden.

In Absprache mit ihrem behandelnden Arzt konnte Frau D. ihre Medikamente ausschleichend bis Januar 1999 vollständig absetzen. Gleichzeitig verbesserten sich die Symptome erheblich (Abb. 1b, d) Darüber hinaus wurde die Haut an Hals, Rumpf und Extremitäten weicher. Auch der Haarwuchs stellte sich wieder ein.

Fall 2

Frau P. ist an einer SSc Typ II erkrankt. Wegen einer deutlichen Verkleinerung der Mundöffnung sollten dringende Zahnregulierungen unter Narkose vorgenommen werden (Abb. 2 a).

Frau P. wurde zweimal zwei Wochen (8.–22. 7. 1998 und 24. 9.–9. 10. 1998)



Abb. 2 a,b

a) Patientin P: vor Behandlung am 8. 7. 1998 betrug der Zahnreihenabstand 1,8 cm;
 b) Patientin P: nach 4 Monaten am 9. 10. 1998 betrug der Zahnreihenabstand 3,8 cm

mit unserem Klinikkonzept in Mainz behandelt (Abb. 2 b). Danach konnten die Zahnregulierungen bei ihr problemlos durchgeführt werden.

Fall 3

Die bandförmige, zirkumskripte Sklerodermie, die in der Regel auf die Haut beschränkt bleibt, stellt für betroffene Kinder größere Probleme als für Erwachsene



Abb. 3 a,b

a) Patient T: Bei der Untersuchung am 14. 5. 1997 war die rechte Hand in überstreckter und gleichzeitig pronierter Stellung fixiert;
 b) Patient T: Posttherapeutisch am 21. 10. 1997 wesentliche Besserung der Handstellung

dar. Die harte Haut kann hier zu erheblichen Wachstumsstörungen führen. Abb. 3 a zeigt den rechten Arm des fünfjährigen Jungen T. Die Kontrolle fünf Monate später zeigte eine deutlich verbesserte Handstellung (Abb. 3 b).

Fall 4

Frau B. ist an einer schweren Form der SSc Typ II erkrankt. Vor Behandlungsbeginn in unserer Praxis wurden auch bei Frau B. Hautdicken am rechten Arm gemessen. In der rechten Ellenbeuge be-



Abb. 4 a,b

a) Patientin B: vor Behandlungsbeginn am 8. 3. 1999 betrug der Zahnreihenabstand 1,8 cm;
 b) Patientin B: nach Therapie am 16.4.1999 wurde ein Zahnreihenabstand von 3,8 cm gemessen

trug die Coriumdicke 4,213 mm. Nach dreimonatiger intensiver Behandlung mit meinem physikalischen Behandlungskonzept zeigte sich folgendes Bild: die Coriumdicke in der rechten Ellen-



Abb. 4 c, d

c) Patientin B: Eingeschränkte Elevation des rechten Armes am 8. 3. 1999;
 d) Patientin B: Nach Behandlung verbesserte Elevation des rechten Armes (16. 4. 1999)

beuge betrug nur noch 1,820 mm. Die folgenden Bilder zeigen, wie sich diese Bindegewebsreduktion in der Haut auf die Krankheitserscheinungen auswirkten. Gleichzeitig sind auch Bewegungsverbesserungen der Hand- und Fingergelenke festzustellen (Abb. 4 e, f).

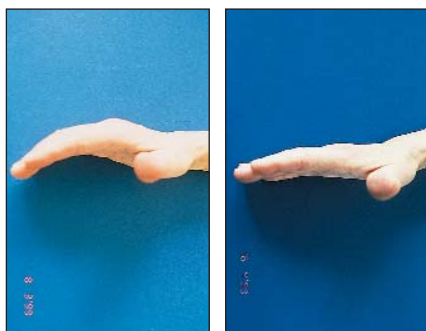


Abb. 4 e, f

e) Maximale Handöffnung am 8. 3. 1999 vor Beginn der physikalischen Therapie;
 f) Handöffnung am 16. 4. 1999 nach Therapie

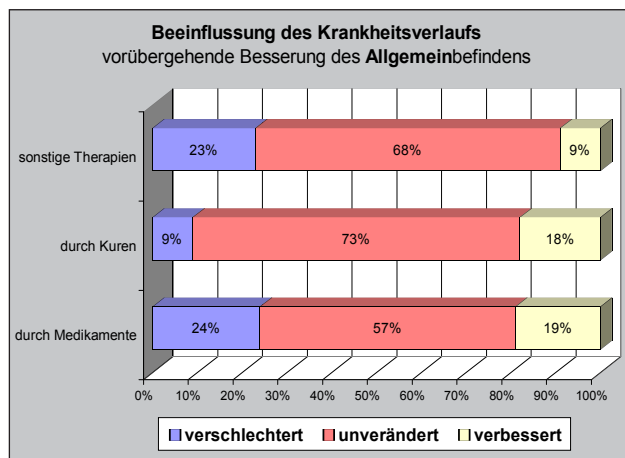
Ergebnisse

Medikation

Mit Beginn der Behandlung nahmen 50 Patienten keine Medikamente gegen

Grafik 1

Beeinflussung des Krankheitsverlaufs durch sonstige Therapien z. B. Kuren oder Medikamente



Symptome der Sklerodermie mehr ein. Bei neun Patienten konnte die Medikamentendosis stark reduziert werden. Bei neun Patienten blieb die Medikation unverändert.

Lokalbefund

- Die Haut wurde weicher und verschieblicher.
- Zunahme der Gelenkbeweglichkeit
- Vergrößerung des Zahnreihenabstandes.
- Das Frieren von innen heraus wurde weniger.

- Morbus Raynaud weniger häufig, weniger intensiv und weniger anhaltend.
- Zunahme der allgemeinen Leistungsfähigkeit.
- Abnahme der Atembeschwerden (z. B. beim Treppensteigen).
- Schluckbeschwerden weniger häufig und intensiv.
- Reflux wurde seltener oder verschwand.
- Abheilung von Rhagaden und Nekrosen.

Ultraschalluntersuchungen

Die Hautdicke (Coriumdicke) verringerte sich an den Messstellen um bis zu 65 % und befindet sich damit bei den meisten Patienten schon im Normbereich (an der jeweils dicksten Stelle gemessen). Bei Frau B. konnte eine Reduktion von 4,213 auf 1,820 mm erreicht werden.

Patientenbefragung

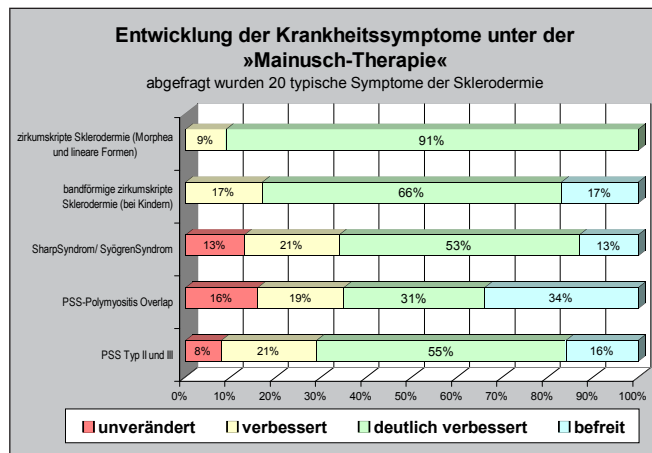
1999 wurden 30 Patienten zur Wirkung und Effektivität der verschiedensten Therapien im Vergleich zur »Mainusch-Therapie« befragt. Die Ergebnisse sind in drei Grafiken zusammengestellt (Grafik 1–3).

Diskussion

Aufgrund meiner langjährigen Erfahrung können Sklerodermie-Patienten nicht nach dem Schema behandelt werden, das z. B. bei primären Lymphödem oder postoperativen Ödemen angewandt wird. 1983 habe ich während der anfänglichen Behandlung von Patienten mit einer SSc gelegentlich auch negative Erfahrungen gemacht. Einzelne Patienten klagten z. B. über innere Unruhe oder Schüttelfrost. Aufbauend auf diesen Erfahrungen entwickelte ich ein Schritt-

Grafik 2

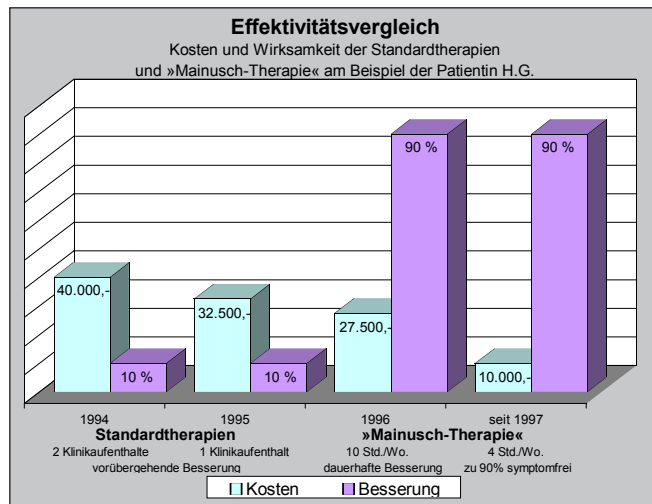
Entwicklung der Krankheitssymptome unter der »Mainusch-Therapie«



für-Schritt-Behandlungskonzept, womit ich diese negativen Begleit umstände vermeiden konnte. Diese Vorgehensweise hat sich bis heute für eine erfolgreiche und störungsfreie Therapie bewährt.

Grafik 3

Effektivitätsvergleich, Kosten und Wirksamkeit der Standardtherapien und der »Mainusch-Therapie« am Beispiel der Patientin H.G.



Wie die vorstehende Aufstellung zeigt, kam es bei allen Patienten nach der sechswöchigen Behandlungszeit zu einer Stabilisierung und zu erheblichen Verbesserungen der Krankheitserscheinungen. Die durch diese guten Ergebnisse ermutigten und motivierten Patienten haben die Behandlung über die ersten sechs Wochen hinaus bei uns fortgeführt, sofern sie meine Praxis auch ambulant erreichen konnten. Die niedergelassenen Ärzte, die die zunehmenden

Verbesserungen an ihren Patienten verfolgen, verordnen die notwendigen Therapien.

Die erzielten drastischen Verbesserungen der Krankheitserscheinungen bis hin zur Symptommfreiheit warfen die Frage auf, ob sich etwa mit diesen mess-, sicht- und tastbaren Therapieerfolgen gleichzeitig auch die Bindege-

websvermehrung in der Haut verringern würde. Als geeignete Messmethode bot sich die hochfrequente Ultraschallmessung (22,5 MHz) der Haut an. Zahlreiche Sklerodermie-Patienten werden regelmäßig in der Universitäts-Hautklinik

Frankfurt/Main betreut, auch hier wurden die Erfolge der komplexen physikalischen Therapie mehrfach klinisch bestätigt.

Die Fotodokumentation, die zahlreichen Untersuchungsbefunde der Ärzte in der Universitäts-Hautklinik sowie die Ergebnisse der Hautdickemessungen lassen den Schluss zu, dass mein Klinikkonzept das Fortschreiten der Sklerodermiesymp-

tome nicht nur zum Stillstand bringt, sondern darüber hinaus die Krankheitserscheinungen beseitigen kann. Daraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass sich das Klinikkonzept mit Anwendung der Manuellen Lymphdrainage bewährt hat.

Meine Patienten und ich hoffen, dass unser komplexes Behandlungskonzept durch die Unterstützung der überweisenden Ärzte auch bei anderen Ärzten und Krankenkassen Anerkennung findet.

Literatur

1. Mainusch HP: Erfolgreiche Behandlung eines an progressiver Sklerodermie leidenden Patienten mittels manueller Lymphdrainage. Physikalische Therapie 1985; 10: 533-534
2. Mainusch HP: Erfolgreiche Behandlung von Sklerodermie-Patienten mittels Manueller Lymphdrainage. Physikalische Therapie 1987; 10: 645-647
3. Mainusch HP: Manuelle Lymphdrainage bei der Sklerodermie. Physikalische Therapie 1989; 3: 170-171
4. Mainusch HP: Sklerodermie erfolgreich behandeln. Manuelle Lymphdrainage - ein Therapiekonzept. Physikalische Therapie 1992; 6: 432-435
5. Mainusch HP: Sklerodermie schneller erfolgreich behandeln - ein Klinikkonzept mit manueller Lymphdrainage. Physikalische Therapie 1997; 1: 23-25

Korrespondenzadresse

Hans Peter Mainusch
 Staatlich geprüfter Masseur
 medizinischer Bademeister
 Lymphdrainagetherapeut
 Am Brand 12
 55116 Mainz

25. Recklinghäuser Forum

„Lipödem – Lymphödem“

Samstag, 27. Oktober 2001
 9–13 Uhr

Vortragsraum
 Knappschaftskrankenhaus
 Recklinghausen

Die Veranstaltung ist als dreistündige AIP-Fortbildung und mit fünf Zertifizierungspunkten von der Ärztekammer Westfalen-Lippe sowie von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft mit drei Fortbildungspunkten anerkannt.

Informationen:

Frau Prof. Dr. Maria Zabel
 Klinik für Haut-, Allergie-, Venen- und
 Umwelterkrankungen
 Knappschaftskrankenhaus
 Recklinghausen

Akad. Lehrkrankenhaus der
 Ruhr-Universität Bochum
 Dorstener Straße 151
 45667 Recklinghausen
 Sekretariat

Frau Beate Hlacer
 Tel. 02361/563201
 Fax 02361/563298

e-Mail:

dermatologie@kk-recklinghausen.de
 www.hautklinik-recklinghausen.de