

Information für Physiotherapeuten

Das Post-Polio-Syndrom als physiotherapeutisches Problem

von Dr. med. Peter Brauer

Das Post-Polio-Syndrom (PPS) ist als Spätfolge der Poliomyelitisinfektion eine eigenständige schwerwiegende chronische Erkrankung. Es handelt sich um den Untergang von durch Polio-Viren vorgeschädigten sowie verbliebenen gesunden Nervenzellen des Zentralnervensystems (Gehirn und Rückenmark) infolge Überlastung nach einer von Belastungsstärke und Belastungsdauer abhängigen Zeitspanne. Da es sich um einen nervlichen Strukturdefekt handelt, ist eine ursächliche Therapie bzw. Heilung nicht möglich.

Die ausgleichende instabile Mitversorgung ausgefallener Nervenbereiche durch im Überlappungsbereich liegende benachbarte Nerven führt zu motorischen Rieseneinheiten, welche mit dieser Aufgabe überlastet und belastungsabhängig über kurz oder lang verschlissen sind. Das trifft auch auf chronisch überlastete normale motorische Einheiten zu. Der muskuläre ist nur einer von vielen möglichen Folgeschäden. Morphologisch finden sich Muskeldystrophie, Myositis und bei schwerer Ausprägung eine Fibrose als Folge einer fortschreitenden Denervation mit Erschöpfung der Reinnervierungskapazität. Betroffen sind sowohl die Typ-I-Fasern als auch die Typ-II-Fasern der Muskeln.

Die symptomatische Behandlung muss auf eine Reduktion der Belastung bzw. Vermeidung von Überlastung, den Erhalt einer ausreichenden Mobilität im Rahmen der vorhandenen körperlichen Möglichkeiten und eine Unterstützung des Erholungsprozesses zur Hemmung des fortschreitenden Leistungsabbaus ausgerichtet, also schonend sein. Im Vordergrund stehen dabei die Anwendung von Wärme, den Stoffwechsel verbesserndes passives sowie entlastetes und entlastendes (ökonomisierendes) Mobilisationstraining. Auch von PPS-Störungen abhängige und/oder direkt PPS-gestörte Vitalfunktionen wie Atmung und Herz-Kreislauf müssen unter diesem Gesichtspunkt entsprechend Berücksichtigung finden.

Bei allen Polio-Überlebenden muss mit klinischen und nicht lokalisierbaren subklinischen neuralen und neuromuskulären Vorschäden gerechnet werden. Wegen der damit verbundenen entzündlichen und dystrophischen Nerven- sowie Muskelveränderungen sind ein forciertes muskuläres Kraft- und Aufbaustraining und mechanisch aggressive physiotherapeutische Verfahren wie einige Massageformen nicht angezeigt.

Sie würden das PPS nur verschlimmern. Auf Grund der Muskelfasertransformation vom Typ II zu Typ I und dem daraus resultierenden Mangel an Typ-II-Fasern ist mit einer

schnellen Muskelermüdbarkeit durch aktive Bewegungsbelastung zu rechnen. Wesentlichen Anteil an diesem Prozess hat auch die kompensatorische Muskelhypertrophie mit einer eingeschränkten Stoffwechsellkapazität und Blutgefäßversorgung. Das trägt letztlich zu dem Bild der muskulären Schwäche, Ermüdung und Schmerzen erheblich bei. Nicht vergessen werden darf, dass sowohl im peripher motorischen wie auch zentralregulativen Bereich neben Rumpf und Gliedmaßen das Schlucken und Sprechen ebenfalls betroffen sein können und dann einer Behandlung bedürfen. In erster Linie geht es um den Leistungserhalt, nicht um eine Leistungsverbesserung, welche jedoch unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls möglich ist. Das PPS verursacht als Stressor und zugleich Selbststressor psychische wie physische Spannungen, die Funktionseinschränkungen bedingen. Aus dieser Sicht gewinnen körperlich nicht belastende Entspannungsmethoden zur Freilegung blockierter Mobilitätsreserven im Sinne einer belastungsverteilenden, funktionskoordinierenden Überlastungsminimierung an Bedeutung. Außerdem sind in diesem Zusammenhang Korrekturen von Fehlbelastungen äußerst wichtig.

Physiotherapeutisch darf die beim PPS gar nicht so seltene Krampfneigung als neuromuskuläre Störung infolge Ermüdung und Erschöpfung motorischer Nervenzellen und/oder krankhaft erhöhter Reflexsensibilität nicht vernachlässigt werden. Vibrationstechniken sind deshalb zu vermeiden.

Jegliche Therapie, besonders und gerade auch die Physiotherapie, ist eine Gratwanderung zwischen Unterforderung und Überforderung. Im Gegensatz zur poliogeschädigten verfügt eine postpoliogeschädigte Struktur nicht mehr über Reserven. Jede Überlastung geht auf Kosten der Substanz. Die Minderbelastbarkeit betrifft das Nerven- wie Muskelsystem.

Eine poliospezifische ambulante Physiotherapie soll die im Bedarfsfall regelmäßige stationäre Rehabilitation unterstützen bzw. ergänzend fortführen und kann sie keineswegs ersetzen. Ihre Erfordernis nach Art und Umfang ergibt sich aus dem stets streng individuell zu beurteilenden Krankheitsbild der Betroffenen. Eine schematische Physiotherapie ist medizinisch so sinnlos wie eine schematische Therapie des PPS überhaupt.

Dr. med. Peter Brauer
Mitglied im Medizinisch-Wissenschaftlichen Beirat des Bundesverbandes Polio e. V.