

Wintersport bei juveniler idiopathischer Arthritis

Bei individueller Berücksichtigung der Situation lassen sich geeignete Disziplinen für junge Patienten finden

GARMISCH-PARTENKIRCHEN – Die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) ist eine entzündlich rheumatische Erkrankung, die definitionsgemäß vor dem 16. Lebensjahr beginnt.

Sie wird in folgende Untergruppen eingeteilt:

- systemische JIA
- Rheumafaktor-negative Polyarthritiden
- Rheumafaktor-positive Polyarthritiden
- Oligoarthritis
- Enthesitis assoziierte Arthritis
- Psoriasisarthritis
- undifferenzierte Arthritis

Im akuten Stadium der Erkrankung leiden die Kinder an Gelenkschmerzen, -schwellungen und Bewegungseinschränkungen, oft ist auch der Allgemeinzustand beeinträchtigt. Systemische Formen gehen mit hohem Fieber und Organbeteiligung einher. In diesen Krankheitsphasen können die Kinder und Jugendlichen keinen Wintersport betreiben. Sobald unter Therapie die akuten Entzündungen abgeklungen

sind, sollte die sportliche Belastung und Belastbarkeit mit Kindern und Eltern diskutiert werden.

Entscheidend sind sowohl die Anzahl als auch die Lokalisation betroffener Gelenke, das Ausmaß der Bewegungseinschränkungen sowie vorhandene Fehlstellungen. Von Seiten des Kindes müssen eigene Wünsche, sportliche Vorkenntnisse und familiäre Schwerpunkte berücksichtigt werden. Sportarten, die das Kind vor Ausbruch der rheumatischen Erkrankung beherrscht hat, können früher wieder aufgenommen werden. Die Erlernung neuer Sportarten, insbesondere wenn ein hohes Belastungsrisiko besteht, muss mit Vorsicht bewertet werden. Wenn der gemeinsame Skiurlaub für die Familie ein wichtiges Erlebnis darstellt, wird man Wege suchen, das rheumatische Kind zu integrieren.

Kinder mit Oligoarthritis oder Enthesitis assoziierte Arthritis, bei denen meist nur wenige Gelenke erkranken, können eher Wintersport betreiben, als Kinder mit Polyarthritiden, bei denen nahezu alle großen und kleinen Gelenke betroffen sind.

Ein wichtiger Faktor in der Beurteilung sportlicher Belastung stellen Gelenkfehlstellungen dar. Sie entwickeln sich bei JIA spezifisch an den einzelnen Gelenken, sofern keine adäquate Frühtherapie erfolgt:

Schmerz und Schwellung führen unbewusst zu einer gelenkentlastenden Schonhaltung. Diese wird vom Kind in allen Alltagssituationen eingenommen und nimmt unter Belastung zu. Die Schonhaltung geht immer mit einem Muskelgleichgewicht einher: Muskeln, die das Gelenk in die Fehllage ziehen, werden hypertont, die Antagonisten erschlaffen. Am Kniegelenk beispielsweise entwickelt sich eine schmerzlastende Beugestellung. Die ischiokrurale Muskulatur wird hypertont, fixiert das Kniegelenk in Beugung und wirkt gleichzeitig außenrotatorisch am Unterschenkel. Der Quadriceps wird inaktiv und dystroph. Aus der anfänglich aktiv, später nur noch passiv ausgleichbaren Fehllage wird unbehandelt eine fixierte Kontraktur. Die Fehlstellungen der Gelenkanteile zusammen mit dem entzündlichen Prozess fördern

destruktive Veränderungen, die wiederum Schmerz und Entzündungsprozesse verstärken. Der Teufelskreis hat sich geschlossen.

Für eine sinnvolle Ausübung von Wintersport muss eine achsengerechte Belastung der Gelenke gewährleistet sein. Voraussetzung ist deshalb eine frühzeitig einsetzende, suffiziente medikamentöse und krankengymnastische Therapie. Bei schmerz- und entzündungsfreien Gelenken mit achsengerechter Stellung ist Wintersport in seinen verschiedenen Variationen meist möglich. Wintersport spielerisch betrieben kann rheumatische Kinder eine Chance bieten, da positive Erfahrungen den Verlauf einer rheumatischen Erkrankung günstig beeinflussen können. Freude an der Bewegung und das Miteinander in Familie und Freundeskreis können einen wichtigen Beitrag zur Krankheitsbewältigung leisten. Daneben bietet ein harmonischer Bewegungsablauf mit Trainieren der Muskulatur Schutz für die Gelenke, was sich ebenfalls günstig auf die rheumatische Erkrankung auswirken kann.

Bei verletzungsgefährlichen Sportarten wie Eislaufen, Skilaufen oder Snowboard fahren muss jedoch berücksichtigt werden, dass Stürze schubauslösend wirken können. Vom Leistungssport sollte aufgrund der hohen physischen und psychischen Belastung abgesehen werden. Skilanglaufen ist eine Sportart, die rheumatische Kinder am ehesten erlernen beziehungsweise wiederaufnehmen können. Dabei kann man die Technik dem Gelenkbefund anpassen. Der korrigierte Bewegungsablauf muss differenziert geübt werden, eventuell unterstützt mit Hilfsmitteln.

Beispiel 1: Das Beispiel zeigt einen Jugendlichen mit betroffenem

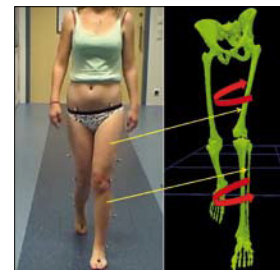


Beim Skaten wird die Außenrotation im Kniegelenk unterstützt. Diese Technik ist deshalb für Kinder mit Außenrotationsfehlstellung im Kniegelenk weniger geeignet.

rechten Kniegelenk, das noch eine Außenrotationsfehlstellung im Unterschenkel aufweist. Beim Skaten wird die Außenrotation im Kniegelenk unterstützt. Für diesen Patienten ist deshalb die klassische Langlauftechnik besser geeignet. Trainiert werden muss die axiale Belastung des Kniegelenkes im Einbeinstand. Weiche Einlagen dämpfen die Bodenreaktion. Wenn Gelenke in ihrer Funktion noch eingeschränkt sind, muss die Gesamtbewegung über möglichst viele andere Gelenke verteilt werden, um Überlastungen benachbarter Gelenke zu vermeiden.

Beispiel 2: Ein Mädchen mit Polyarthritiden weist Beugekontrakturen in den Hüftgelenken auf. Die Gelenke

sind jedoch nicht mehr entzündet. Hier bietet sich die klassische Langlauftechnik therapeutisch an, um die Hüftbeugemuskulatur zu dehnen. Dabei besteht jedoch die Gefahr, dass das Kind in die LWS-Lordose aus-



Patientin mit juveniler Polyarthritiden bei der 3D-Bewegungsanalyse mit zugehörigem Computermodell. Es zeigt sich eine Außenrotationsfehlstellung im Kniegelenk bei gleichzeitiger Innenrotation im Hüftgelenk.

weicht. Das Becken muss zum Schutz der LWS in Neutralposition stabilisiert werden. Die weiterlaufende Extension sollte auf die gesamte Wirbelsäule verteilt werden. Gegebenenfalls muss die BWS in die Extension mobilisiert werden. Als Hilfsmittel empfehlen sich weiche Einlagen zur Dämpfung, bei betroffenen Handgelenken auch stabilisierende Handschienen.

Zur besseren Beurteilung dynamischer Bewegungsabläufe führt das Deutsche Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie bei Patienten mit JIA 3D-Bewegungsanalysen des Gangbildes durch. Mit Hilfe einer Bodenreaktionskraftmessplatte, sechs Infrarotkameras, einer Fußdruckmessplatte und einer High-Speedkamera können Bodenreaktionskräfte, Drehmomente in den Gelenken, Weg-Zeit-Parameter und Gelenkwinkelverläufe in den unteren Extremitäten quantifiziert werden. Somit lassen sich Schonhaltungen in Form von Ausweichbewegungen, Fehlstellungen und Bewegungseinschränkungen darstellen und als ein zusätzliches Kriterium für die Therapie und für Sportempfehlungen einsetzen.

Freude an der Bewegung und sportliche Aktivitäten im Freundeskreis bedeuten für viele Kinder und Jugendliche einen wichtigen Lebensinhalt. Rheumakranke Kinder empfinden ein Sportverbot deshalb oft besonders belastend. Umso wichtiger ist es, frühzeitig den Weg für sportliche Betätigung wieder zu öffnen. Die vielfältigen Angebote im Wintersport stehen auch rheumakranken Kindern offen, wenn Ärzte und Therapeuten gezielt auf die individuelle Situation eingehen.

Autoren: Dr. Renate Häfner, Marianne Spamer, Matthias Hartmann
Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie
Gehfeldstr. 24
D-82467 Garmisch-Partenkirchen
tel.: +49(0)8821-701-244
e-mail: Haefner.OAeDr.Renate@rummelsberger.net

Arbeitskreis Mitteldeutscher Orthopädischer Universitätskliniken

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Universität Leipzig

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

AMOU



13. Tagung des Arbeitskreises Mitteldeutscher Orthopädischer Universitätskliniken

Wirbelsäulenerkrankungen – Kontroversen moderner Therapieverfahren

Halle/Saale, 20. bis 21. März 2009



Wissenschaftliche Leitung
Prof. Dr. med. Werner Fleis,
Dipl. med. Andreas Hehl,
Dr. med. Jörg Brandt
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Klinik und Poliklinik für Orthopädie
Magdeburger Straße 22, 06097 Halle
Tel.: 0345 557-2306, Fax: 0345 557-3334
Sachverständigen-Tel.: 0345 557-2042
Franz Berghöfe
E-Mail: prm@medizin.uni-halle.de

Tagungsort
Georg-Friedrich-Händel-Halle
Salzgrubenplatz 1, 06108 Halle
Tel.: 0345 2929-0, Fax: 0345 2929-200

Kongressorganisation und wirtschaftlicher Träger der Veranstaltung
Kongress- und MesseBüro Lenzsch GmbH
Seifgrabenstraße 2, 03158 Bad Honau
Tel.: 06172 6796-0, Fax: 06172 6796-26
E-Mail: info@mb-lenzsch.de

www.amou.de

- Rheumatische Erkrankungen der Hals- und Brustwirbelsäule
- Anschlussinstabilitäten nach Spondylodese
- Bandscheibenprothese in Hals- und Lendenwirbelsäule
- Spondylodese und dynamische Stabilisierung von Wirbelsäulenerkrankungen
- Kyphoplastie bei pathologischen Wirbelfrakturen
- Begutachtung von Wirbelsäulenerkrankungen