

Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen
Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la
Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino
della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: 26 (1990)

Heft: 10

Rubrik: Verbandsmitteilungen

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Bei venösen Beinleiden sind kalte Anwendungen sinnvoll

Für Patienten mit venösen Beinleiden sind laut Dr. med. H. Schmid (Kongress für Ganzheitsmedizin, Garmisch/BRD 1989) kalte Anwendungen besonders empfehlenswert; beispielsweise Wasserretren, Knie- und Wadengüsse. Auch durch Auflegen von Quark- und Lehm packungen, zwanzig bis dreissig Minuten lang, kann dem Unterschenkel Wärme entzogen werden. Durchblutungsmangel lässt sich auch durch wechselwarme Arm- oder Fussbäder und durch Wasser-

güsse aus einem Schlauch bessern. Die Fontaine-Stadien I (= ohne Beschwerden) und II (= Belastungsschmerz) sprechen auf diese therapeutischen Massnahmen gut an. Kontraindiziert ist die kalte Anwendung allerdings im Fontaine-Stadium III (= Ruheschmerz der betroffenen Gliedmassen in horizontaler Lage). Bei Weichteilrheuma hingegen sollte man Warm- und Kaltanwendungen abwechselungsweise einsetzen. □

Kombinationstherapie gegen Schuppenflechte

Mit der photosensibilisierenden Substanz «Zinn-Protoporphyrin» in Kombination mit langwelligem ultraviolettem Licht konnten bei 10 Patienten (Lancet 1989; 1: 1231–1233) gute Erfolge gegen therapieresistente Schuppenflechte erzielt werden. Pro Kilogramm Körpergewicht erhielten die Patienten eine einmalige Dosis von 2 µmol «Zinn-Pro-

toporphyrin» und anschliessend über 21 Tage eine UVA-Bestrahlung. Die psoriatischen Plaques bildeten sich bei dieser Behandlungsmethode weitgehend zurück; auch nach mehreren Monaten trat kein Rückfall auf. Nebenwirkungen konnten bei den behandelten Patienten nicht beobachtet werden. □

Töchter von Osteoporose-Patientinnen bereits vorbelastet

Vergleicht man Töchter gesunder Mütter mit denen von Osteoporose-Patientinnen, so stellt man fest, dass letztere einen geringeren Knochenmineralgehalt in der Lendenwirbelsäule und im Oberschenkel haben.

Laut Dr. Seeman (N. Engl. J. Med. 1989; 320: 554) hatten die Töchter von Müttern, bei denen nach der Menopause eine Osteoporose auf-

trat, schon vor ihrer Menopause bereits eine verminderte Knochendichte in der Lendenwirbelsäule und im Oberschenkel. Aufgrund seiner Erhebungen nimmt Dr. Seeman daher an, dass die von einer postmenopausalen Osteoporose betroffenen Frauen bereits vorher schon eine geringere Knochendichte entwickelten, als dies bei gesunden Frauen der Fall ist. □

Krampfanfälle

Psychiater und Neurologen untersuchten, ob zwischen Alkoholkonsum und Krampfanfällen ein Zusammenhang besteht. Bei ihren Beobachtungen stellten sie fest (N. Engl. J. Med. 1988; 319: 666–673), dass Alkoholkonsum grösseren Ausmasses ein dosisabhängiger Risikofak-

tor für zerebrale Krampfanfälle ist. Aufgrund dieser breitangelegten Untersuchungen konnte die häufig vertretene Meinung, dass zwischen Alkoholkonsum und Krampfanfällen flankierende Beziehungen bestehen, nicht bestätigt werden. □

Dermatosen, die eine Beziehung zu Aids aufweisen

Hautkrankheiten sind sehr oft das erste klinische Zeichen einer HIV-Infektion. Ein Aids-Verdacht besteht insbesondere auch dann, wenn Hauterkrankungen in früher Jugend, an ungewöhnlichen Stellen und morphologisch vom Normalbild abweichend anzutreffen sind. Dr. med. Braun-Falco (Intern. Dermatology Update, Padua 1989) bezeichnet diese Konstellation als «diagnostische Trias für Aids». Bei Kindern kommen beispielsweise Warzen an Händen und Füssen vor; sie sind einzeln oder ausgebreitet anzutreffen. Häufen sich aber Warzen auf dem Gesicht eines jungen Erwachsenen, so deutet dies auf eine HIV-Infektion hin. Spezifische Dermatosen, die eine Beziehung zu Aids aufweisen, sind Herpes-Infektionen, Condyloma

acuminatum (Spitze Feigwarze, Hautpapel; kommt an den äusseren Geschlechtsteilen und an anderen Körperregionen vor), akneiforme Effloreszenzen, Teleangiectasien, orale und herdartige Leukoplakie, Pityriasis versicolor (durch Mikrosporen hervorgerufene Hautkrankheit mit gelb- oder schmutzig-braunen, rötlichgelben Flecken). Mehr als 80 Prozent der Aids-Patienten leiden unter der häufigsten Infektion mit *Candida albicans*; am zweithäufigsten (über 60 Prozent) ist die seborrhoische Dermatitis. Letztere betrifft vorwiegend die Stirn und den Bereich um Nase und Mund. Patienten unter dreissig Jahren, die eine seborrhoische Dermatitis aufweisen, sind deshalb Aids-verdächtig. □

Korrigierende Massnahme bei Beinlängendifferenz

Eine Beinlängendifferenz von weniger als einem Zentimeter braucht in der Regel keine korrigierende Massnahme. Ab einem Zentimeter sollte am Absatz des kürzeren Beines beispielsweise eine sogenannte «Talonette» unterlegt werden. Je grösser die Beinlängendifferenz ist, um so störender wird die Korrektur am Schuh, besonders wenn auch vorne an der Sohle korrigiert werden muss. Bei grossen Unterschieden wird sich deshalb unweigerlich die Frage nach einer operativen Korrektur stellen.

Grundsätzlich kann das längere Bein verkürzt oder das kürzere Bein verlängert werden.

Der Entscheid über eine Verkürzung oder eine Verlängerung muss bei jedem Patienten individuell gefällt werden, je nach Befund und Wunsch (Grossgewachsene werden eher zu einer Verkürzung tendieren, im Gegensatz zu Kleingewachsenen).

Bei sehr grossen Längenunterschieden kann unter Umständen sogar ein kombiniertes Verfahren zur Anwendung gelangen. □

Elektrostimulations-Methode bei Inkontinenz

Mit einem Elektrostimulations-System kann eine Stuhl- oder Harninkontinenz erfolgreich behandelt werden, da durch passiv-aktives Training die Verschlussfunktion des Afterschliessmuskels positiv beeinflusst wird. Aufgrund der periodischen Stimulation wird ausserdem die gesamte Beckenbodenmuskulatur gekräftigt; es kommt zur Verbesserung der Willkürmotorik und der sensorischen Rückkoppelung. Der Zeitraum einer Behandlung ist individuell verschieden und reicht von einigen Wochen bis zu mehreren Jahren. In den meisten Fällen

kommt es aber bereits nach kurzer Behandlungszeit zu einer spürbaren Besserung der gestörten Funktion. Bei einigen Patienten konnte zudem festgestellt werden, dass sich während dieser Therapie gleichzeitig bestehende Hämorrhoiden zurückgebildet haben (Ärztl. Praxis 1990; 13). Nebenwirkungen dieser Elektrostimulations-Methode wurden bisher nicht beobachtet. Für Patienten mit einer Demand-Herzschrittmacher-Implantation oder bei Graviditäten kann diese Methode nicht angewendet werden. □

Den Abnutzungserscheinungen der Gelenke vorbeugen

Im Laufe eines Lebens sind Knochen, Knorpel, Sehnen und die Haut besonderen Belastungen ausgesetzt. Sie unterliegen so zwangsläufig Abnutzungserscheinungen, welche sich mit zunehmendem Alter vermehrt deutlicher zeigen und sich insbesondere auch durch Bewegungseinschränkungen manifestieren.

Sogenannte Fibroblasten sorgen dafür, dass sich neue Haut und Sehnensubstanz bilden. Osteoblasten halten die Knochen stabil, und die Chondrozyten wirken auf den Knorpel der Gelenke ein, damit diese immer ohne Reibung bewegt werden können. Chondrozyten sorgen aber auch dafür, dass kleine Schädigungen am Knorpel sich selber wieder reparieren. Im Verlauf der Zeit wird ihre positive Wirkung aber immer geringer, weshalb sie auch weniger Bausteine für den Knorpel (Kollagen Typ III) produzie-

ren; sie bauen hingegen dafür mehr Kollagen vom Typ I auf. Dadurch wird der Knorpel unelastischer und somit zunehmend verletzungsanfälliger.

Die natürliche Reparaturleistung kann dabei durch eine bessere Ernährung des Knorpels gesteigert werden. Therapeutisch werden dazu «Antiarthrotika» eingesetzt; sie führen den Chondrozyten den wichtigen Baustein Glucosaminsulfat zu. Damit kann der fortlaufende Zerstörungsprozess gebremst, der auftretende Schaden begrenzt werden. Laut Prof. Dr. med. H.-J. Rheidorf (Die neue Ärztliche 1989; 5:6) ist der Wirkungsmechanismus durch klinische Studien eindeutig bewiesen. Hilfe kann dabei allerdings nur dann erwartet werden, wenn die Zerstörung des Knorpels noch nicht zu weit fortgeschritten ist. □

Sind uncharakteristische Schmerzen in der Hand problematisch?

Schmerzen in der Hand und an den Fingern, welche uncharakteristisch auftreten können, lassen sich nicht einfach ohne weiteres einordnen. Eine ärztliche Untersuchung ist deshalb angezeigt, um eingehend abklären zu können, ob es sich um harmlose Symptome oder um eine entzündlich-rheumatische Veränderung handelt. Die Blutsenkung kann hier erste Hinweise bringen: Ist sie normal, so lässt sich eher auf einen harmlosen Gelenkprozess schließen, welcher allerdings langsam fortschreiten kann. Der Arzt sollte in solchen Fällen einen gewissen Zeitraum abwarten, bevor er allenfalls leichte entzündungshemmende und abschwellend wirkende Medikamente verordnet. Als Beispiele sind in diesem Zusammenhang das klassische Raynaud-Syndrom und die gutartige Polyarthrose der Finger zu nennen. Das klassische Raynaud-Syndrom, welches fast immer ohne erkennbare Ursache auftritt, ist dabei bei Frauen viel häufiger anzutreffen als bei Männern. Es handelt sich hier um anfallsweise auftretende Mangelerscheinungen der Durchblutung in den Fingern, die insbesondere durch Gefäßkrämpfe bedingt sind; emotionaler Stress oder Kälte können sie auslösen. Therapeutische Massnahmen sind

dabei meistens nicht nötig. Auftretende Schmerzen im Bereich der Handgelenke oder der Grund- und Mittelgelenke der Finger deuten auf einen entzündlich-rheumatischen Prozess hin, und zwar vor allem dann, wenn eine beschleunigte Blutsenkung vorhanden ist. Der Verdacht einer chronischen Polyarthritits muss auch dann erwogen werden, wenn die Hände symmetrisch befallen sind und sich beim normalen Händedruck ein ausgeprägter Querschmerz bemerkbar macht. Auch eine gewisse Kraftlosigkeit in den Händen sowie eine frühzeitige, vermehrt einsetzende Schweissabsonderung an den Händen deuten auf eine chronische Polyarthritits hin. Die betroffenen Gelenke sind am Morgen oft stundenlang steif und schmerzhaft; bei einer gutartigen Polyarthrose dauern sie hingegen nur kurze Zeit.

Die hier geschilderten Beschwerden könnten aber auch auf eine «Psoriasis-Arthritis» feinergehende Gelenkerkrankung mit Schuppenflechte hindeuten; bei etwa 5 Prozent der Psoriatriker tritt sie auf. Im Unterschied zur chronischen Polyarthritits befällt die «Psoriasis-Arthritis» die Fingergelenke jedoch nicht symmetrisch, sondern eher wahllos; auch schliesst sie die Handgelenke

mit ein. Charakteristisch für diese Krankheit ist auch, dass sämtliche Gelenke eines Fingers befallen sind. Um die Erkrankung zu beseitigen, sollte auch nach einer Schuppenflechte der Haut am ganzen Körper und insbesondere nach Verände-

rungen der Nägel gefahndet werden. Bevor keine exakte Diagnose vorliegt, sollten keinesfalls Corticosteroide eingesetzt werden, weil eventuell dadurch andere entzündliche Erscheinungen verschleiert werden. □

Calcium dans la thérapie de l'ostéoporose

Au cours d'une étude prospective de deux années, les internes danois étudièrent l'effet d'une substitution de calcium sur l'ostéoporose en postménopause. Les 43 femmes examinées furent attribuées à un groupe, parmi les trois. Elles reçurent chaque jour 3 mg d'Estradiol 17 par voie percutanée, selon un cycle de 28 jours, ou 2 g de calcium par voie orale ou encore du placebo seulement.

Tous les trois mois, on contrôlait la teneur en minéraux des os de l'avant-bras par mesure par absorption à photon simple et la teneur en minéraux de l'ensemble du squelette, y compris la colonne ver-

tébrale, par mesure par absorption à photon double. Ce n'est que dans le groupe œstrogène que la teneur en minéraux du squelette restait constante; dans l'ensemble calcium et placebo, elle diminuait nettement.

Dans le groupe sous calcium, par rapport au groupe sous placebo, il fut toutefois à observer une perte plus lente de Compacta dans l'avant-bras proximal et dans l'ensemble du squelette. La perte de trabécules dans l'avant-bras distal et dans la colonne vertébrale correspondait à celle du groupe placebo. □

L'alcoolisme est mauvais pour les os

(DS) L'alcoolisme est directement toxique et perturbe le renouvellement du tissu osseux – telle est la conclusion d'une équipe de chercheurs français.

Dans des cas graves, ils ont observé une diminution du taux d'ostéocalcine, un marqueur biologique.

Les hommes alcooliques peuvent être atteints d'ostéoporose, maladie frappant habituellement de

nombreuses femmes âgées et se caractérisant par une fragilité osseuse. De plus, les alcooliques chroniques peuvent perdre une grande partie de leur puissance, du fait d'un déficit dans la sécrétion des hormones sexuelles. Selon les travaux menés par les docteurs Zarnitsky, A. Daragon et X. Le Loët, du CHRU de Rouen (Hôpital de Bois-Guillaume), ce phénomène va de pair avec l'ostéoporose. □

L'alcolismo fa male alle ossa

(SA) L'alcolismo è direttamente tossico e perturba il rinnovo del tessuto osseo, questa la conclusione di una équipe di ricercatori francesi.

Nei casi gravi, è stata osservata una diminuzione del tasso di osteocalcina, un marker biologico.

Gli uomini alcolizzati possono essere colpiti da osteoporosi, una malattia che colpisce di solito molte donne anziane e che è caratteriz-

zata da una fragilità ossea. Inoltre, gli alcolizzati cronici possono perdere gran parte della loro potenza a causa di una carenza degli ormoni sessuali. Secondo i lavori svolti dal Dott. Zarnitsky, A. Daragon e X. Le Loët, del CHRU di Rouen (Ospedale Bois-Guillaume), questo fenomeno va di pari passo con l'osteoporosi. □