

## **Behandlung der Spastik – eine multiprofessionelle Aufgabe**

Jörg Wissel, Beelitz-Heilstätten

Eine bei der Hereditären Spastischen Spinalparalyse (HSP) auftretende Schädigungen der motorischen Anteile des Zentralnervensystems führt zu einer als Pyramidenbahnsyndrom klassifizierten Bewegungsstörungen.

Eine dabei entstehende Erhöhung des muskulären Widerstandes bei passiven Bewegungen von Bewegungssegmenten der unteren Extremitäten und des Rumpf wird, wenn sie sich als geschwindigkeitsabhängig einordnen lässt, als Spastizität bezeichnet. Im zeitlichen Verlauf kommt es bei der Entwicklung von Spastik häufig auch zum Auftreten einer zusätzlichen Steifigkeit der Bewegungssegmente, die sich als Verringerung des Bewegungsausmaßes und eine Muskelverkürzung auswirken kann. Bei etwa 20% der Betroffenen stellen sich begleitende Schmerzen ein. Diese spastik-begleitenden Schmerzen zeigen, eine Verstärkung der Schmerzintensität bei passiver Dehnung der betroffenen spastischen Muskeln. In Abhängigkeit von Schwere und Ausbreitung der Spastik kann die Mobilität und andere Aktivitäten des täglichen Lebens relevant eingeschränkt sein.

Vor jeder Behandlung der Spastik steht die Beseitigung von sogenannten spastik-auslösenden Ursachen (z.B. Schmerzen bei Hautdruckstellen), der Einsatz von pflegebasierten Maßnahmen (z.B. spezifische Lagerungen) und eine Hilfsmittelversorgung (Lagerungsschienen) zur Vermeidung der Spastik. Auch Bereiche wie die Bekleidung (Vermeiden von enger Kleidung) und psychosoziale Stressoren sollten bedacht werden.

Bei Persistenz einer beeinträchtigenden Spastizität trotz Prophylaxe sollte zeitnah eine häufig schon klinisch mögliche Differenzierung zwischen einer Spastik mit und ohne signifikante Einschränkung der passiven Gelenkbeweglichkeit erfolgen. Bei relevanten fixierten Kontrakturen kann eine orthopädisch-chirurgische Intervention zur Herstellung adäquater Muskellängen und Gelenkstellungen neben einer konservativen Spastiktherapie früh diskutiert werden.

Basierend auf der individuellen Analyse lassen sich mit dem Patienten dann realistische Ziele und ein konkreter Behandlungsplan für die konservative Spastiktherapie sowohl im ambulanten, im teilstationären, tagesklinischen aber auch im Rahmen einer stationären neurologischen Rehabilitation erarbeiten.

Bei relevanter Spastik ohne oder mit einer dynamischen Kontraktur sollten immer zuerst physikalische Maßnahmen wie Dehnungen der betroffenen Muskeln mittels Splint (Luftsplint) oder dem sogenannten Casting (Serielles Gipsen), dehnende Lagerung sowie thermischen Reize (z.B. ein Eisbad der betroffenen Extremität) eingesetzt werden. Zeitgleich kann eine klassische passiv/aktive oder aktive Bewegungstherapien sowie repetitive Bewegungen der betroffenen Gelenke in hoher Wiederholungszahl ohne und mit Geräten eingesetzt werden. Bei Erfolglosigkeit dieser physikalischen Ansätze stehen wirksame lokale und systemische medikamentöse Behandlungsoptionen zur Verfügung. Hier kann zum einen der lokale Einsatz von Botulinum Toxin A Injektionen gemeinsam mit Redressionen oder zusammen mit Baclofen oder Tizanidin oral oder Baclofen intrathekal als Behandlung im Evidenzniveau Klasse I empfohlen werden.

Die Behandlung der Spastik sollte die einzelnen benannten Behandlungsmaßnahmen in einer für den Betroffenen optimalen zeitlichen Abfolge und Intensität koordinieren, was im ambulanten Kontext leider nicht immer optimal gelingt.

Im sogenannten teilstationären, tagesklinischen aber auch im Rahmen einer stationären neurologischen Rehabilitation ist der hierfür notwendige multiprofessionelle

Behandlungsansatz als Standard definiert und wird in den meisten spezialisierten Einrichtungen auch adäquat angeboten.