

Low back pain aus Sicht der myofaszialen Triggerpunkttherapie

Wenn wir uns die Frage stellen, was uns bzw. unsere Gelenke bewegt, so ist die logische Antwort – die Muskulatur.

Sofort wird an ein Training einer schwachen, insuffizienten und/oder dyskoordinierten Muskulatur gedacht.

Zweifelsohne ist das Training ein wichtiger Bestandteil in der modernen Physiotherapie.

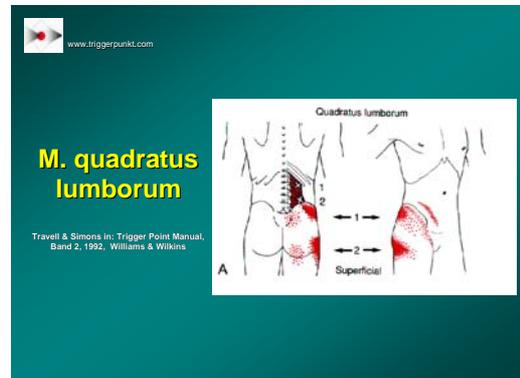
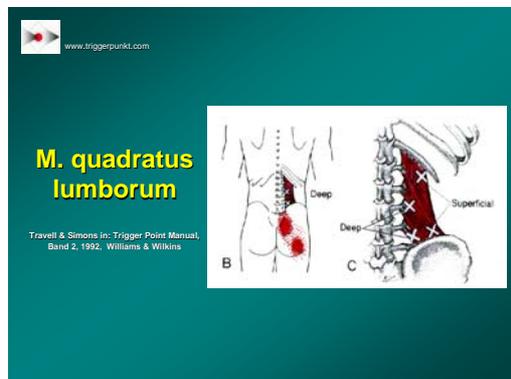
Handelt es sich jedoch um Patienten mit Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, wie wir es bei „low back pain Patienten“ finden, ist es aus unserer Sicht unbedingt erforderlich, die Muskulatur auf myofasziale Triggerpunkte zu untersuchen!

Myofasziale Triggerpunkte verursachen einen typischen übertragenen Schmerz (im folgenden Text referred pain genannt).

Mit exakter manueller ischämischer Kompression kann dieser referred pain bei Patienten in den meisten Fällen ausgelöst werden.

Diese übertragenen Schmerzgebiete haben nichts mit dem Dermatome eines Spinalnerven oder eines peripheren Nerven zu tun.

Als Beispiel sehen sie hier das typische referred pain Gebiet des m. quadratus lumborum.



Oft verursachen Triggerpunkte auch typische Bewegungseinschränkungen, meist in Richtung der Dehnung des Muskels, sie können aber auch die agonistische Richtung einschränken.

Triggerpunkte verursachen auch koordinative Störungen – ein bekanntes Problem von Triggerpunkten im m. vastus medialis des m. quadriceps ist das Phänomen des „Giving Way“ – das spontane Einknicken des Knies bei Belastung.

Ohne dieses Wissen würde man sehr schnell auf eine neurologische Problematik tippen, da dieses Einknicken oft ohne begleitende Schmerzsymptomatik einhergeht.

Aus diesem Grunde haben Triggerpunkte eben auch beim low back pain eine wesentliche Bedeutung.

Das Ziel unserer Bemühungen bei der Behandlung der LWS heißt oft Stabilisation – wie aber können unsere stabilisierenden Muskeln wie z.B. m. quadratus lumborum,

Transversospinale Muskulatur (m. rotatores und multifidii) ihre Aufgabe wahrnehmen, wenn sie durch Triggerpunkte dyskoordiniert sind?
Haben diese Muskeln Triggerpunkte, so ist der Tonus sehr hoch – dies wiederum erhöht selbstverständlich auch die komprimierende Wirkung auf Facettengelenke und Disci.

In der Folge kommt es zur Stimulation des n. meningeus recurrens (n. sinuvertebralis), der als vertebrale Sendestation dient, und somit alle sensorischen, motorischen und sympathischen Reize aus Facettengelenken, Disci, Periost, Dura etc. zusammenfasst.

Auf segmentaler Ebene kommt es dadurch zu einer Tonuserhöhung in der Muskulatur der entsprechenden Gelenke und Disci, diese zusätzliche Kompression führt wiederum zu einer Stimulation des N. meningeus recurrens usw.
So wird uns klar, dass es eben gerade bei artikulären Dysfunktionen unbedingt erforderlich ist, die muskuläre Komponente bei der Behandlung mit einzubeziehen.
Im folgenden Text möchte ich ihnen ein paar wichtige Muskeln mit ihren zugehörigen referred pain pattern vorstellen.

1. M. quadratus lumborum:

Der wichtigste Muskel in der LWS ist zweifelsohne der m. quadratus lumborum.
Wenn wir seinen Faserverlauf betrachten, so wird uns klar, dass er **der** Stabilisator der Lendenwirbelsäule ist.
Eine Bewegungsprüfung ist oft sehr frustrierend, da bei akuter Symptomatik jede Bewegung eingeschränkt und/oder schmerzhaft sein kann.
Die Symptome des m. quadratus lumborum erinnern uns an eine akute Discushernie, da der SLR (straight leg raise) positiv sein und der Patient beim Husten, Niesen und Pressen Schmerzen haben kann.
Im akuten Stadium können sich die Patienten schmerzbedingt kaum noch aufrichten, und vermeiden jede Positionsänderung.
Die Funktion des m. quadratus lumborum ist vergleichbar mit den Wanten eines Segelschiffes (Drahtseile für die Verankerung des Mastes).
Hätten wir nur die mm. erector trunci (neben dem m. transversus abdominis und anderen) als Verankerung, so wäre dies zu wenig, vor allem beim Heben von Lasten.
Das referred pain Gebiet des m. quadratus lumborum im Bereich des Trochanter major wird von Ärzten oft irrtümlicherweise als Bursitis oder Pseudobursitis trochanterica diagnostiziert.
Er ist **der** Muskel bei Verhebetraumen der LWS, v.a. bei Kombinationsbewegungen aus Flexion, Rotation und Seitneigung, wie wir es von Patienten mit lumbalen Discushernien kennen.

2. M. gluteus medius und m. gluteus minimus:

Sie haben eine zentrale Bedeutung beim low back pain – einerseits sind sie **die** Beckenstabilisatoren beim Gehen und im Einbeinstand, andererseits liegen sie oft in den referred pain Gebieten von anderen Muskeln, d.h. sie sind möglicherweise Satellitentriggerpunkte von primären Triggerpunkten des m. quadratus lumborum, m. iliopsoas, der transversospinalen Muskulatur, der Bauchmuskeln oder des lateralen Traktes der mm. erector trunci.

Die Symptome bei Patienten mit Triggerpunkten im m. gluteus medius sind ein zentraler Schmerz auf dem Sacrum und im Bereich der Crista iliaca.

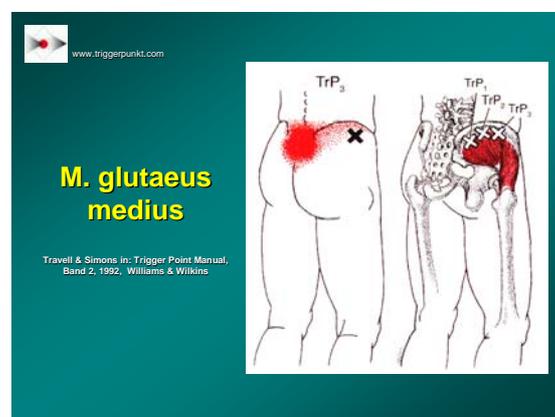
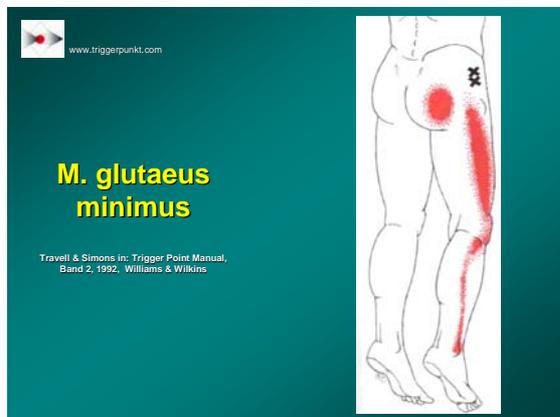
Die Patienten haben das Gefühl wie in einem Schraubstock eingespannt zu sein, haben ein starkes Druckgefühl auf dem Sacrum und Schmerzen im Bereich der Spinae.

Die Seitenlage auf der betroffenen Seite kann dem Patienten seine Schmerzen verstärken, ebenso jede Aktivität, wo der Patient vermehrte Beckenstabilität braucht.

Hat der Patient sehr aktive Triggerpunkte im m. gluteus minimus, ist auch ein Hinken des Patienten möglich (ähnlich dem Hinken nach Duchenne).

Der pseudoradikuläre Schmerz ist ein klassisches Symptom von Triggerpunkten im Gluteus minimus. Leider werden Patienten mit diesen Symptomen oft operiert, und haben nach der Operation dieselben Beschwerden wie zuvor.

Andererseits ist es unbedingt notwendig, die Glutealmuskulatur bei Patienten nach Bandscheibenoperationen zu behandeln, da sie aufgrund von Schmerzen, Schonhaltungen und Schutzspannung überlastet sind.



3. M. iliopsoas:

Der m. iliopsoas ist zweifelsohne ein Muskel, der durch unsere Haltungs- und Lebensgewohnheiten leidet.

Da viele unserer Rückenpatienten einer sitzenden Tätigkeit nachgehen, hat dieser Muskel eine zentrale Bedeutung in der Behandlung dieser Patienten.

Die Aktivierung eines Muskels in Annäherung ist ein wichtiger

Entstehungsmechanismus für Triggerpunkte – gerade beim Sitzen, und v.a. beim Autofahren aktivieren wir aber permanent den m. iliopsoas in einer angenäherten Position!

„Iliopsoas-Patienten“ klagen über paravertebrale Schmerzen entlang der LWS, und Schmerzen im ventralen Oberschenkel und der Leiste.

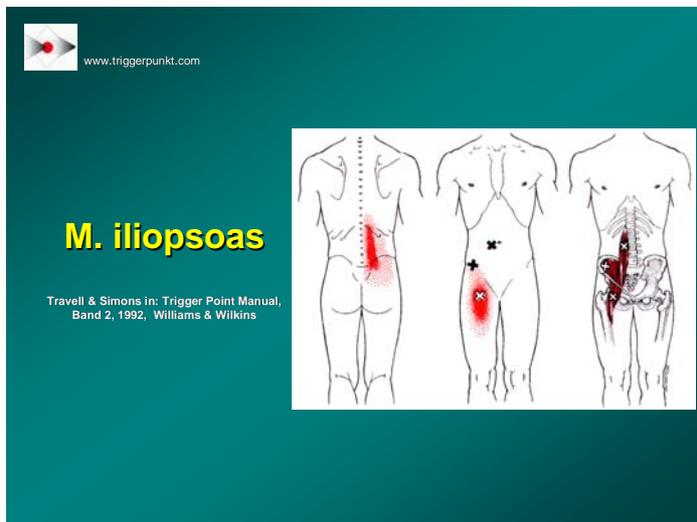
Die Rückenlage mit ausgestreckten Beinen ist für diese Patienten unmöglich – nach kurzer Zeit winkelt ein Iliopsoas Patient die Beine an, da die Dehnung des Muskels Schmerzen bereitet.

Diese Patienten müssen sich aufgrund von Schmerzen auf den Knien abstützen, um sich aufzurichten, wenn sie länger gesessen sind.

Das Aussteigen aus dem Auto nach längeren Fahrten ist äußerst beschwerlich, die Patienten müssen die ersten paar Schritte vorgeneigt gehen, um den Muskel nicht zu sehr auf Dehnung zu beanspruchen.

Arthrokinematisch betrachtet hat der m. iliopsoas eine starke zentrierende bzw. komprimierende Wirkung auf das Hüftgelenk, und er ist bei längerer Triggerpunktgenese meist auch verkürzt.

Die Patienten gehen und stehen in einer Hüftflexion mit Außenrotation, haben Leistenschmerzen und eine eingeschränkte Hüftbeweglichkeit durch die komprimierende Wirkung des Muskels.... – hier liegt die Fehldiagnose schon auf der Hand – „Coxarthrose“ wird hier leider zu oft diagnostiziert und auch operiert.



Anhand dieser drei Muskelbeispiele hoffe ich, ihnen die Bedeutung und Wichtigkeit der myofaszialen Komponente in der Behandlung von „low back pain Patienten“ näher gebracht zu haben.

Ich bin froh, mit Physio Austria einen sehr kompetenten, professionellen Partner für meine Kurstätigkeit zu haben, und würde mich freuen, sie bei einem Triggerpunktkurs kennen zu lernen.

Meusburger Mathias

Instruktor DGSA für myofasziale Triggerpunkttherapie

Landstr. 38

6971 – Hard

Tel. und Fax +43 5574 75412

meusburger.mathias@dgs.eu.com

Informationen über die DGSA (David G. Simons Academy) finden sie unter

www.dgs.eu.com