

Differenzierung myofaszieller Schmerzpunkte in Genese und Therapie

Ulf Eisenreich*

Zusammenfassung

Reflexpunkte bieten in der osteopathischen Diagnostik und Therapie mehrere Vorteile: Sie sind kleinräumig und markant und somit leicht auffindbar, sie geben Hinweise auf die Entstehung der vorliegenden Dysfunktion und sie stellen eine effektive Therapieoption dar, da die Wirkung oft schnell nachzuvollziehen ist. Bei der Betrachtung der Vielzahl an Reflexpunktarten werden einige Gemeinsamkeiten, aber auch gravierende Unterschiede deutlich. In der vorliegenden Übersichtsarbeit werden die Triggerpunkte, Akupunkturpunkte, Tenderpoints nach Jones, Irritationspunkte sowie die neurolymphatischen Reflexpunkte nach Chapman erklärt und ihre Diagnose- und Therapiemöglichkeiten erläutert.

Schlüsselwörter

Myofasziale Reflexpunkte, Triggerpunkte, Akupunkturpunkte, Chapman-Punkte, Tenderpunkte, Irritationspunkte, übertragener Schmerz

Abstract

To work with reflex points provides many advantages in osteopathic diagnosis and treatment: They are small in size and marked and therefore easy to find. They give information about the cause of a somatic dysfunction and provide a very effective option in therapy because of the rapid effects after treatment. While comparing the different kinds of reflex points, one will find many similarities as well as important differences. This article gives a summary on trigger points, acupuncture points, irritation points, Jones tender points and Chapman reflex points and explains the individual ways of treatment and diagnosis.

Keywords

Myofascial reflex points, trigger points, acupuncture points, Chapman-points, tender points, irritation points, referred pain

Einleitung

Die für Osteopathen und Manualtherapeuten grundlegendste und typischste Fähigkeit ist das Ertasten und Behandeln von Blockaden am Patienten. Die Blockierung im weiteren Sinne („somatic dysfunction“ im amerikanischen Sprachgebrauch) ist klassischerweise durch die TART-Kriterien definiert: tissue texture change – asymmetry – range of motion – tenderness, wobei tenderness, also Empfindlichkeit/Schmerzhaftigkeit, vom Patienten bei der Palpation deutlich nachvollzogen bzw. oft auch punktuell angegeben werden kann.

Sollte eine solche punktuelle Struktur mit einem Reflex gekoppelt sein (Reflex = unwillkürliche, neuronale Antwort auf einen Reiz), bietet sie, weil markant und kleinflächig, für Diagnostik und Therapie folgende Vorteile:

- Exakte Lokalisation der betroffenen Struktur
- Minimaler Aufwand beim Aufsuchen der Lokalisation
- Effektive Therapieoptionen
- Hinweise auf die Genese
- Einfache und schnelle Nachvollziehbarkeit der Effekte

Ein Problem stellt allerdings die Vielzahl von Reflexpunktarten und deren Therapieoptionen dar, wobei sehr oft in Literatur und Praxis ganz verschiedene Punkttypen nach dem gleichen Schema behandelt werden, was den Erfolg verwässern und die eigentlichen Ursachen eines gesundheitlichen Problems mitunter verschleiern kann. Im Folgenden soll eine gewisse Ordnung in die Systeme von Reflexpunkten gebracht und eine effektive Therapiestrategie entwickelt werden. Es kommen hier ausschließlich solche Punkte zur Sprache, die in den Lehrplänen zur Erlangung von anerkannten Diplomen und medizinischen

Zusatzbezeichnungen relevant und somit letztendlich auch abrechnungstechnisch von Bedeutung sind. Nomenklatur/Einteilung derartiger myofaszieller Reflexpunkte (in Klammer die in der Literatur gefundene Anzahl):

- Myofasziale Triggerpunkte (ca. 255)
- Akupunktur- bzw. A-Shi-Punkte (ca. 386)
- Tenderpoints nach Jones (ca. 200)
- Segmentale Irritationspunkte nach Sell (ca. 70)
- Neurolymphatische Reflexpunkte nach Chapman (ca. 160)

Allen hier angesprochenen Punkten ist die Druckdolenz gemeinsam, dadurch kann der Patienten die Lokalisation und den Therapieeffekt unmittelbar nachvollziehen. Gerade diese letztgenannte Eigenschaft ist an Bedeutung nicht zu unterschätzen: Deswegen kommt der Patient zum Therapeuten, er will „behandelt“ werden, er spürt, dass da etwas nicht stimmt und direkt während der Therapie, dass etwas passiert. Oft tritt sogar eine spontane Besserung ein.

Myofasziale Triggerpunkte nach D.G. Simons und J.G. Travell

Klinische Definition des myofasziellen, zentralen Triggerpunktes: übererregbarer Punkt innerhalb eines verspannten Skelettmuskels, der assoziiert mit einem überempfindlichen, verspannten Muskelfaserbündel auftritt. Der Punkt ist druckschmerzhaft und kann charakteristische Phänomene wie Schmerzen und Überempfindlichkeit in der Übertragungszone, motorische Fehlfunktionen und autonome Störungen auslösen. Zu den myofasziellen Triggerpunkten zählen aktive und assoziierte Triggerpunkte, Insertions-

* Dr. med. Ulf Eisenreich ist Facharzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie, Sportmedizin, Manuelle Medizin und Notfallmedizin sowie Osteopathischer Arzt (DAAO). Seit 2004 ist er in eigener privatärztlicher Praxis in Freiburg tätig.

und zentrale Triggerpunkte sowie auslösende, latente, primäre und Satellitentriggerpunkte. Ein myofaszialer Triggerpunkt ist von Triggerpunkten in Haut, Bändern, Periost oder anderen nicht muskulären Triggerpunkten zu unterscheiden [1, 2].

Aktiver myofaszialer Triggerpunkt: verursacht aus sich heraus Schmerzen. Er ist immer druckschmerzhaft, verhindert die vollständige Verlängerung des Muskels, schwächt ihn und überträgt bei direkter Kompression Schmerzen, die dem Patienten vertraut sind. Bei entsprechender Reizung löst er eine lokale Zuckungsreaktion aus.

Latenter myofaszialer Triggerpunkt: löst keine spontanen Schmerzen aus, nur bei Palpation schmerzhaft. Kann alle klinischen Merkmale eines aktiven Triggerpunktes aufweisen, geht immer mit erhöhter Muskelspannung und Bewegungseinschränkung einher.

Stark vereinfachter Pathomechanismus der Triggerpunktentstehung: Eine Überlastung oder Überdehnung des Muskels zerstört Myofibrillen und führt zu einer Fehlfunktion der motorischen Endplatten (s. unten, Punkt 1), zur Dauerfreisetzung von Acetylcholin und Ca^{2+} -Ionen mit Dauerkontraktion unter ATP-Verbrauch (Energiekrise), Kontraktionsknötchenbildung, lokales Ödem (s. Punkt 2), Hypoxie durch Ischämie, Freisetzung von Bradykinin, Histamin u.ä. und Entstehung einer Azidose (s. Punkt 3). Letztendlich verstärkt sich die Aktivität des Sympathikus. So erklären

sich die morphologischen und physikalisch/chemischen Merkmale der Triggerpunkte:

1. Spontane elektromyographische Aktivitäten in Teilgebieten von Triggerpunkten, ähnlich einem „Grundrauschen“, sog. „aktive Loci“, die in einem Triggerpunkt viermal häufiger gefunden werden als außerhalb. Auch eine gesteigerte Reaktionsbereitschaft ist an anormal hohen EMG-Amplituden bei willkürlicher Kontraktion betroffener Muskeln abzuleiten.
2. Im lichtmikroskopischen Bild zeigen sich im Muskelgewebe kompakt wirkende Riesenfaser, die von einem großen Hof als Ausdruck einer ödematösen Zone umgeben sind, wobei in fast allen Büchern dazu immer der Horizontalschnitt eines Hundetriggerpunktes zu finden ist. Aufnahmen beim Menschen zeigen dieses Phänomen nicht so klar, elektronenmikroskopisch stehen hier kurzstreckige Muskelfaserkontraktionen und verkürzte Z-Banden-Abschnitte bis hin zu Z-Banden-Zerstörung im Vordergrund (Abb. 1).
3. Erniedrigte pH-Werte an muskulären Triggerpunkten.

Diagnose

1. Palpation des Knötchens (flächige, tiefe und Zangengriffpalpation)
2. Kompressionstest (manuelle Kompression unterdrückt gelegentlich den Übertragungsschmerz in der Bewegung)

3. Dehnungs- und Beweglichkeitstests der betroffenen Region

Als Diagnosekriterien gelten:

- Ein empfindlicher Punkt in muskulärem Hartspann („taut band“)
- Die lokale Zuckungsreaktion auf mechanische Stimulation („twitch reaction“)
- Ein in eine vorhersagbare Zone ausstrahlender Schmerz
- Das Wiedererkennen des Schmerzes durch den Patienten
- Eine Einschränkung der Beweglichkeit bzw. des Gelenkspiels
- Muskelschwäche ohne Atrophie (Reflexinhibition)
- Phänomene des autonomen Nervensystems (u.a. Tränenfluss, Schweißabsonderung, Gänsehaut, kalte Hände und Füße, Gleichgewichtsstörungen)

Therapie

Das Grundprinzip der Therapie ist das „Zerstören“ des Knötchens, also der verhärteten oder sogar fibrinösen kleinsten Muskelfasern. Hierfür kommen für entsprechend qualifizierte Therapeuten gezielte Injektionstechniken zum Einsatz. Möglich wären Injektionen mit Lokalanästhetika (Procain, Lidocain usw.), Kochsalzlösung, Steroiden und Botulinumtoxin, aber auch Nadelung ohne Injektion, sog. „dry needling“. Wichtigster Faktor für den Therapieerfolg scheint hier das exakte Treffen des Knötchens zu sein (zu erkennen an der „twitch reaction“, einer muskulären Zuckungsreaktion). Eine weitere Möglichkeit ist die Dehnung des betroffenen Muskels. Mög-

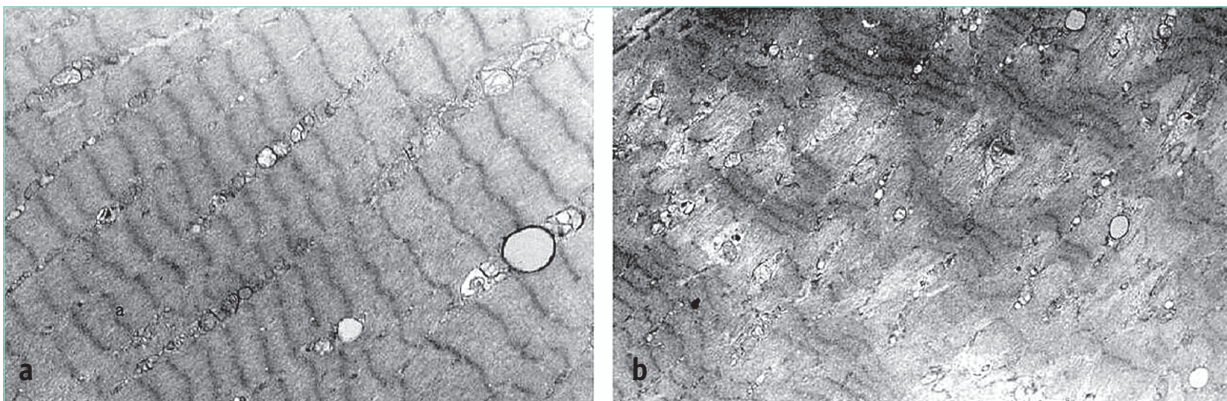


Abb. 1: Histopathologie eines humanen Triggerpunktes [6]. Das elektronenmikroskopische Bild zeigt verkürzte Z-Banden-Abschnitte (a) und die Zerstörung der Z-Band-Struktur (b). Mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. J. Müller-Höcker, Path. Institut, LMU, München

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2626444>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2626444>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)