

## **Schmerztag Frankfurt 07.03.2008**

### **Privatdozent Dr. med. Benedikt Schoser**

Oberarzt Friedrich-Baur Institut  
Neurologische Klinik Grosshadern  
Ludwigs Maximilian Universität München  
Ziemssenstr. 1 a, 80336 München  
bschoser@med.uni-muenchen.de

### **Konzepte zur Therapie von Rückenschmerzen: Fokus myofaszialer Schmerz**

Ursächlich für lumbale Muskelverspannungen können Läsionen des 1. und/oder 2. motorischen Neurons, radikuläre, traumatische sowie Entzündungen sein. Als konzeptueller Hintergrund stehen Mechanismen der Muskelalterung und Veränderungen der Muskelregeneration für Chronifizierung sowohl für die anatomisch-pathologisch, die biochemische und molekulare Ebene bereit (Sarkopenie, neurales Aeging, mitochondriales Aeging). Für die akute und chronifizierte Form der Muskelverspannung ist das myofasziale Schmerzsyndrom (früher häufig der Gruppe der pseudoradikulären Syndrome zugeordnet) führend verantwortlich. Nach Ausschlussdiagnostik über Anamnese, klinisch-neurologischen Befund und radiologischen Verfahren und elektrophysiologischen Zusatzuntersuchung ist der manuelle Tastbefund hier in der Diagnosefindung entscheidend. Klinisch und diagnostisch wegweisend sind sog. tastbare Triggerpunkte in der Muskulatur. Triggerpunkte weisen folgende Charakteristika auf: eine lokale maximale, wiedererkennbare schmerzhafte Druckempfindlichkeit; ein assoziierter Muskelhartstrang (taut band); und ein fortgeleiteter Schmerz (referred pain). Im Zentrum des ätiopathogenetischen Konzeptes myofaszialer Schmerzen steht ein modifiziertes Energiekrisenmodell. Insbesondere für den referred pain gibt es Hinweise auf eine interneuronale Fehlverschaltung und Perpetuierung.

Für ein Therapie-Stufenschema stehen auf der Basis der detonisierenden Physiotherapie und Manualmedizin die medikamentöse Muskeltonusmodulation und -tonisierung interneuronal im Vordergrund. Hier ist in erster Linie der Interneuronenmodulator Methocarbamol unter Berücksichtigung der durchgängig erhaltenen Alertheit des Patienten einsetzbar. Ggf. unter Berücksichtigung möglicher Nebenwirkungen kann Flupirtin oder auch Tolperison eingesetzt werden. In zweiter Linie sind transient Benzodiazepine und ggf. andere Muskelrelaxans sowie Botulinumtoxin für einzelne Patienten nutzbar. Ergänzend zur Prophylaxe einer Schmerzgedächtnischronifizierung kann der Einsatz antineuropathischer und antidepressiver Substanzen notwendig werden.