

MYOFASZIALE SCHMERZEN - DIE UNERKANNTE VOLKSKRANKHEIT

Dr. Stefan Kammermayer, Praxis für spezielle Schmerztherapie

Das myofasziale Schmerzsyndrom ist in der klinischen Praxis weit verbreitet. Pathophysiologisch und diagnostisch nehmen die Muskel-Triggerpunkte eine zentrale Rolle ein. Muskel-Triggerpunkte weisen folgende Charakteristika auf:

- Punkt- und strangförmige Muskelverhärtungen
- Ischämische Muskelkontrakturen
- oft in entfernte Körperbereiche ausstrahlende Schmerzen, („referred pain“)
- häufig brennender Schmerzcharakter mit Parästhesien, teils einschießende Attacken („pseudo-neuropathischer Schmerz“)
- Manuelle Diagnostik ist wegweisend! Druck/Stimulation der Triggerpunkte mit starkem, wiedererkennbaren Schmerz
- Patient erkennt seinen Schmerz wieder („jump sign“)
- Umschriebene Muskelkontraktionen („twitch response“) bei Injektion in den Triggerpunkt

Obwohl die manuelle Untersuchung entscheidende Befunde bringt und einfach durchführbar ist, wird myofaszialer Schmerz unterschätzt und oft nicht in die Differentialdiagnostik von Schmerzsyndromen mit einbezogen. Die übliche (Geräte-) Diagnostik und bildgebende Verfahren können nur strukturelle Veränderungen nachweisen, aber keine Triggerpunkte und die resultierenden komplexen Funktionsstörungen der Muskulatur.

Der Vortrag zeigt anhand von Fallbeispielen klinische Bilder, Untersuchungstechniken und Therapie. Vorgestellt werden häufige myofasziale Schmerzsyndrome wie die Cranio-mandibuläre Dysfunktion (CMD) und das Piriformis-Syndrom.

In meiner Praxis wird das von Travell und Simons begründete Therapiekonzept konsequent umgesetzt: Individuelle manuelle Diagnostik (bei jedem Termin), Therapeutische Lokalanästhesie mit Procain 0.5% in Serie, Kältetherapie (mit Spray), Detonisierung (Dehnübungen), Physiotherapie und Osteopathie.

Das ideale Lokalanästhetikum zur regulativen Therapie der Triggerpunkte ist Procain, da aktiv hyperämisierend und für den Muskel am verträglichsten (alle Amid-strukturierten LA sind vasokonstriktorisch!). Als Konzentration reicht 0.5%, damit ist auch eine hohe Sicherheit gewährleistet. Die Allergierate ist im Vergleich zu anderen LA nicht erhöht (die Berichte waren auf Konservierungsstoffe zurückzuführen). Bei polytopen Muskelschmerzen hat sich die hochdosierte Procain-Basen-Infusion mit 300mg (bis 600mg) und 50mval (bis 100mval) Natrium-Bikarbonat bewährt. Sie erfordert Überwachung von RR, SaO₂. In ca. 2.500 Infusionen auch multimorbider Patienten gab es bisher keinen Zwischenfall.

Zusätzlich wird die Triggerpunkt-Therapie in einem multimodalen Ansatz kombiniert mit Koanalgetika (TCA, Flupirtin, Methcarbamol) (cave: Opiate sind unwirksam bei Muskelschmerz), Entspannungstherapie nach Jacobson (Gruppe), und Bewegungstraining mit Ausdauertherapie (Gruppe).

Häufige Komorbiditäten beim myofaszialen Schmerzsyndrom sind Angst und Depression, die unbedingt mitbehandelt werden sollten (Psychotherapie).

Eine interdisziplinäre Behandlung als Team ist in meiner Praxis möglich durch Einbindung einer Psychologin und Physiotherapeutin.