

2005

Vortrag anlässlich der 53.Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden e.V. (Baden-Baden)

Grenzen der Trigger-Stosswellentherapie bei der pseudoradikulären Lumboischialgie

Dr. M. Gleitz, Luxembourg

Zusammenfassung: Muskuläre Triggerpunkte kommen bei pseudoradikulärer Lumbalgie häufig vor, ihr Nachweis darf aber keinesfalls als alleiniger Ansatz für eine Therapie angesehen werden. Differentialdiagnostisch müssen triggerverursachende Begleiterkrankungen in Betracht gezogen werden, die in 19% der Patienten für das Versagen der Trigger-Stosswellentherapie verantwortlich sind.

Fragestellung: Pseudoradikuläre Lumboischialgien werden häufig durch Trigger in der Glutealmuskulatur, den Hüft-Außenrotatoren, dem M.quadratus lumborum und den Lumbalextensoren hervorgerufen. Als Beweis für ihre Existenz und damit Behandlungsbedürftigkeit wird der durch Druck auf die Muskeln ausgelöste „Referred Pain“ als Hauptkriterium gewertet. Seit die Behandlung der Triggerpunkte mit Stosswellen möglich ist, haben sich die Behandlungserfolge dieser Schmerzbilder stark erhöht und zu einer wahren Euphorie unter den Behandlern geführt.

Für den Autor stellt sich nach mehrjähriger Erfahrung mit dieser Therapie die Frage, wo die Grenzen und damit auch die relativen Kontraindikationen liegen.

Methodik: Im Rahmen einer Praxisstudie wurden 432 Patienten mit ein- oder beidseitigen chronischen pseudoradikulären Lumboischialgien (> 6 Monate) und aktiven Triggerpunkten sowie reproduzierbarem „Referred Pain“ während 6-10 Sitzungen mit radialen Stosswellen (maximal 10.000 Schuss / Sitzung, Intensität 2.5 – 4 bar, 1-2 mal / Woche) behandelt. Als Basisdiagnostik wurden Standard-Röntgenaufnahmen im Stehen sowie eine MRI- oder CT-Untersuchung der LWS vorgenommen. Bei Bedarf wurden zusätzlich eine umfangreiche Labordiagnostik, eine Knochenszintigraphie, sowie Röntgenaufnahmen benachbarter Gelenke (Hüfte, ISG, BWS) veranlasst. Der Verlauf der Behandlung wurde durch Aufzeichnung der Schmerzintensität (VAS) und Schmerzausstrahlung vor der Therapie, am Therapieende und 3 Monate später beurteilt.

Resultat: Bei 19% der Patienten wurde das Therapieziel nicht erreicht. 15% hatten am Therapieende keine ausreichende Schmerzbesserung (VAS vor Therapie 7.3, nach Therapie > 4.0) bzw. eine erneute Verschlechterung nach 3 Monaten. In 4% der Patienten kam es zu einer Schmerzzunahme, welche in 2% zu einem vorzeitigen Therapieabbruch führte. Nach der Zusatzdiagnostik wurden bei diesen Patienten folgende Erkrankungen gefunden: entzündlicher Rheumatismus, Fibromyalgie, Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenfehlfunktion, psychische Überlastung.

Eine nicht ausreichende oder nur kurz anhaltende Beschwerdebesserung zeigte sich bei folgenden Begleiterkrankungen: chronische Nervenkompression ohne neurologische Ausfälle (spinale Enge, Foramenstenose, große Protrusio, postoperative Fibrose), knochenszintigraphisch aktiver Spondylarthrose, Osteoidosteom im Facettengelenk, beidseitiger Spondylolyse (auch ohne Listhese), erosiver Osteochondrose, Sacroileitis, fortgeschrittener Coxarthrose, starker Coxa valga, Thoracolumbal-Skoliose > 20%, starker Beckenfehlstatik sowie Unterbauch- und Beckenorganerkrankungen.