

48. Jahresversammlung der SAMM,

29. November, Interlaken 2008

**Gefahren einer nicht
ausreichend somatisch
orientierten
Schmerzdiagnostik und
Schmerztherapie.**

Hermann Locher , Tett nang

IGOST

European Guidelines for the Management of low back pain

European Spine Journal,
Volume 15, Supplement 2,
March 2006

Summary of Evidence:

- Soft tissue palpation is not reliable
- Spinal palpatory test: conflicting evidence
- Regional range of motion better than segmental range of motion
- Pain provocation tests are the most reliable of the palpatory tests

A 42718

Volume 15 • Supplement 2 • March 2006

European Spine Journal



Official publication of the
Spine Society of Europe
Affiliated societies
European Section of the
Cervical Spine Research Society
Deutsche Gesellschaft
für Wirbelsäulenchirurgie
Brazilian Spine Society
SILACo (Sociedad
Iberolatinoamericana
de Columna)
Dutch Spine Society
South African Spine Society
Turkish Spine Society
(GEER) Grupo de Estudio
de Enfermedades del Raquis



 Springer

COST B13:
European guidelines
for the management
of low back pain

Indexed/abstracted by Current Contents and Index Medicus
15 (Suppl. 2) 5125-5300 March 2006



„The results of the physical examination of the lumbar spine are poor!“

Bate´s Guide to Physical Examination and History Taking, 1999

Lippincott, Williams & Wilkins, New York, S.238

Kasuistik 1

**Schreiner im Ruhestand,
73 Jahre, 178cm, 110 kg**

Anamnese

- Seit **X-mas 05** langsam progrediente krampfartige Schmerzen re Unterschenkel
- Ab Februar 05 Kreuzschmerzen mit Ausstrahlungen in lat. und med. Oberschenkel
- Ende April Reduktion der Gehstrecke auf 15 Min. mit dann extremen Schmerzen unter Belastung re Hüfte und Oberschenkelinnenseite.

Bisherige Massnahmen

- Initial durch Hausarzt:
„Spritzen, die jeweils ein bis zwei Stunden geholfen haben“ Dann wieder identische Beschwerden.
- Durch HA veranlasst Rö und MR rechte Hüfte **Februar 06:**
Radiologe: Diskrete degenerative Veränderungen, sonst kein path.
Befund

Weiterer Verlauf

- Stationäre Einweisung, **Mai 06,**
Neurochirurgie

wegen unbeherrschbarer Schmerzen

Epikrise nach umfangreicher klinischer und apparativer Diagnostik über vier Tage:

Pseudospondylolisthesis L4/5 ohne relevante Spinalkanalstenose. Chronische Bursitis im Bereich Trochanter major rechts.

im Einzelnen

- **Lumbale Funktionsmyelographie und Post Myelo CT:**
Stufe L4/5, mässige Protrusion L4/5, sonst leichte Protrusionen ohne Instabilitätszeichen oder Zeichen von Enge, leichte Hypertrophie der Wirbelgelenke, Rest o.B.
- **Fazit:** Die Beschwerden sind hierdurch nicht erklärbar, zumal es sich um eine radiculäre Austrahlung L2 oder L3 handeln würde, hier aber keine Pathologika vorhanden sind.
- **Periphere Elektrophysiologie, grosses Labor und Liquordiagnostik:** Kein path. Befund

Klinische Befunde

- **Pathologisch:**

Trochanterdruckschmerz re, Viererzeichen für Hüfte re positiv, leichte Druckdolenz der untersten Wirbelgelenke.

Sonst subtil klinisch untersucht einschliesslich grossem Neurostatus und angiologischem und internistischen Status.

Iliosacralfugen nicht druckdolent.

Höhepunkt: „Stuhlsteigen bds. problemlos möglich“.

Ambulante Weiterbehandlung durch Orthopäden am Ort

Auf dem Boden des Entlassbriefs dann ambulante
Weiterbehandlung durch
FA für ORTH. **Mai bis Sept. 06**

Keine neuerliche wirkliche Untersuchung
Ca. 15 Mal lokale Injektion von Triamcinolon 40 mg re Trochanter
mit jeweils einigen Tagen Schmerzlinderung,
dann wieder Vollbild.

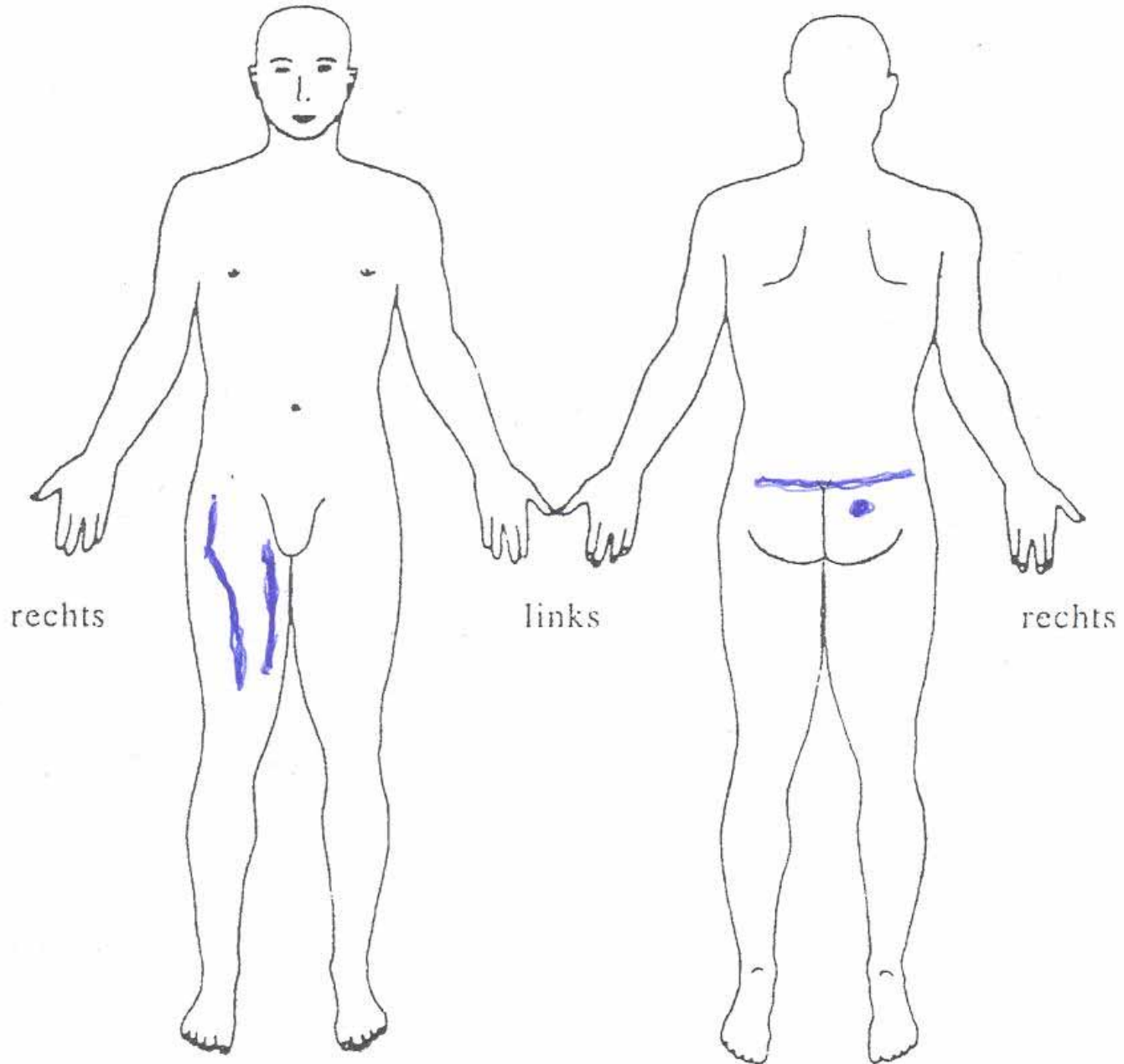
Schmerzpflaster wegen starker Übelkeit abgebrochen

Seither orale Bedarfsmedikation mit NSAR und Tramadol

Erstkontakt bei uns 1. Sept. 06

- **Resignierter, deprimierter Patient, mit Schmerzen „wie vor 9 Monaten nur schlimmer“**
- **Hat „Vertrauen verloren und einen Haufen Geld bezahlt“**
- **Wollte eigentlich nicht kommen, „überredet von Bekannten“**

Für Körperschmerzen



Aktuelle Bestandsaufnahme: Was war bisher nicht bekannt?

- Vor Weihnachten 05 hatte der Pat. den Garagenvorplatz neu gepflastert („hat mich nie jemand danach gefragt“)
- Ausgeprägtes SIG Hinken (Gangbildstörung nirgends beschrieben)
- Das rechte SIG war massiv bewegungseingeschränkt (Vorlauf re +++), das Sacrum re heftigst cranialisierungsempfindlich („hat niemand so untersucht bisher“)
- Rö LWS: Spondylarthrose L5/S1 3° (gabs bis dahin nicht (!))

Diagnose:

- A** Schwerste, anhaltende SIG Blockierung re mit chronifizierter reaktiver Lumbalgie, pseudoradiculären Beinschmerzen und algogener Koordinationsstörung
bei
- B** drittgradiger, aktivierter lumbosacraler Spondylarthrose
durch
- C** akute Überlastung und Verkühlung

Pseudospondylolisthesis L4/5 ohne relevante Spinalkanalstenose. Chronische Bursitis im Bereich Trochanter major rechts.

Was war zu tun?

- Caudalisierende Manipulation re Sacrum(lauter Krach, Pat erschreckt) danach Gangbild sofort normalisiert, Schmerz anhaltend.
- Nach einer Woche Beinschmerz und Hüftschmerz verschwunden, Kreuzschmerz noch identisch, darauf Facettenumflutung mit 5ml 1% Lidocain und 40mg Triamcinolon.
- Nach einer weiteren Woche schmerzfrei,
- LWS Mobilisierung manuell.
- Anhaltend S-frei! Kontrolle vor 2 Tagen!

Kasuistik 2

Softwareentwickler

35 Jahre, 180 cm, 82 kg

Anamnese

- **Sturz mit Snowboard Januar 06, HWS verdreht. Initial kein Arztbesuch.**
- **Eine Woche später Kopfschmerzen, dann auch Rücken- und Knieschmerzen bekommen vor allem beim Joggen. Vorher nie Probleme gehabt, hatte sich auf Marathon vorbereitet.**
- **Hat das Laufen jetzt wegen Schmerzen aufgegeben**

Verlauf

- **Nach drei Wochen zum HA wegen Kopf- und HWS Schmerzen, dort KG verordnet worden**
- **Keine weiterführende Diagnostik**
- **Beim Physiotherapeuten (30 Sitzungen)(!) dabei vielfach „eingerenkt“ worden in LWS und BWS. Keine Beschwerdelinderung.**

und dann?

- Vorstellung am 11.9.06 bei uns.
- Pathologische Befunde:

Rotation in HWS Inklination: 50/0/20 li/re

Erhebliche Atlasdysfunktion mit Irritation

Polytope Muskeldysbalancen, -verspannungen und -schmerzen

Neurologie: kein path. Befund.

Kribbelparästhesien re Arm

Rö:Atlantodentale Asymmetrie a.p.

sonst o.B. (HWS,LWS, Kniegelenke)



11.9. 06 Atlas transoral



18.9.06 Atlas transoral

Diagnose

Erhebliche polytope schmerzhafte Muskel und Gelenkdysfunktionen, HWS Kopfschmerzen und Aktivitätsverlust

bei

Schwerer persistierender, posttraumatischer Kopfgelenks(ATLAS)blockierung

und

Prädisposition durch ausschliesslich sitzende PC-Tätigkeit

Was war zu tun?

- **Suboccipital release (MF release Technik)**
- **Manipulation über Querfortsatz(Arlen)**
- **Manuelle Atlasmobilisierung, dabei Lösungsphänomen mit klassischem Clic.**

nach einer Woche:

- **Insgesamt Beschwerden deutlich verringert, wieder gelaufen.**
- **Nach tausend km Auto wieder schlimmer**
- **Nochmal Therapieprogramm C1**
- **danach HWS in Inklination 50/0/50**

nach einer weiteren Woche

- **Ganz beschwerdenfrei, hat Marathon-Training wieder aufgenommen.**
- **Arbeitsplatz- und Sportberatung**

Kasuistik 3

**Altenpflegerin, 53 Jahre,
170 cm, 78 kg**

Anamnese

- 1996 Treppensturz
- In der Folge zunehmende Schmerzen in HWS, Rücken, rechtem Thorax und rechtem Arm, anhaltend bis heute (0906)
- Zunehmende AU Zeiten wegen Schmerzen, Behandlung durch HA und anästhesiologischen Schmerztherapeuten.
- **Diagnose:**
Somatoforme Schmerzstörung bei Konflikt und burned out Situation nach Tod des Ehemannes und beruflicher Überlastung mit deutlich depressiver Verfärbung.

Bei mir:(September 2005)

„Nachdem die Unfallärzte nichts gefunden haben bin ich von Anfang an medikamentös behandelt worden, habe Citalopram, Mirtazapin, Katadolon, Mydocalm, Diclofenac, Valoron, Musaril und Aspirin über Jahre in hohen Dosen genommen und trage seit einem Jahr regelmässig ein Schmerzpflaster.

Ich habe zwar zeitweise Linderung, habe aber Magenprobleme, fühle mich bewusstseinsmässig eingeschränkt, müde, antriebslos und deprimiert.

Ich habe mich aus dem sozialen Leben zurückgezogen und mich nur noch um meine Schmerzen gekümmert. Meine Lebensqualität ist fort, mich interessiert nur noch wie ich meine Beschwerden loswerde“

Objektiv:

- **HWS Rotation 20/0/20, Seitneigung 0**
- **Massive Bewegungsstörung cervicodorsal mit spastischer Erektorverspannung obere BWS rechtsbetont.**
- **Costovertebralklockierungen rechts 2-7**
- **MR HWS: Plurisegmentale Protrusionen ohne Stenose**
- **Labor o.B.**



53 Jahre, weiblich, HWS ap und seitlich, 09 2005

Diagnose

**Schwerste posttraumatische Cervicocephalgien,
Cervicobrachialgien und Thoraxschmerzen mit
medikamenteninduzierter Depression und
Bewusstseinsstörung**

bei

**plurisegmentaler cervicothorakaler Dysfunktion
und Rippenblockierungen**

getriggert durch

**HWS Protrusionen und muskuläre Dysbalance
bei völlig normaler Psyche!**

Therapie

- Manuelle (Manipulative und mobilisierende Lösung von HWS, BWS und Costotransversalgelenken) Intervention
- Infusionsserie mit Aspirin und Tramadol, 6mal, gegen zentrale Hyperalgesie.
- Wiederholung der MT nach 10 Tagen.
- Ko nach zwei Wochen. Nur noch geringfügige Beschwerden, arbeitet voll
- nimmt **keine Medikamente mehr**

Nozizeptive Funktionsanalyse

1.) Prüfung der segmentalen Mobilität

2.) Palpation der segmentalen Irritation

Noziafferenz \longrightarrow Motorische Systemaktivierung

3.) Funktionelle Analyse der segmentalen Irritation

Freie Richtung \longrightarrow Rezeptorschmerz

Bewegungsschmerz \longrightarrow Primäre Hyperalgesie

Bewegungs-,Haut- und Muskelschmerz \longrightarrow Secundäre Hyperalgesie

3-Ebenen Diagnose

- A : Subjektives Erleben, Symptom, zeitlicher Verlauf, Ausdehnung
- B : Struktur, strukturelle und pathobiochemische Veränderungen
- C : Funktionelle und psychosoziale Umgebungsfaktoren

zum Beispiel

- **A: Rezidivierende, belastungsabhängige Lumbalgie mit pseudoradiculären Ausstrahlungen**
- **B: Bei aktivierter, lumbosacraler Spondylarthrose 2°, Hyperlordose und Adipositas**
- **C: Nach Hilfe beim Umzug der Tochter nach deren Ehescheidung**

STATEMENT:

Nur die aktuelle Standortbestimmung unter Einbezug von
Gespräch, Befragung, klinisch-orthopädischer, klinisch-neurologischer,
schmerzpalpatorischer und funktionspalpatorischer Untersuchung und
Beziehung geeigneter bildgebender Verfahren und
Laboruntersuchungen

Unter Bezug auf die Komplexe:

Art und Aktivität der Nozigenatoren
Umfang und Qualität der somato-psychischen Reflexantwort
Zeitliche und qualitative Entwicklung der Chronifizierungsmechanismen
Kondition der inhibitorischen Systeme
Biographischer und sozio-psychischer „Ist-Wert“ des Patienten

nämlich die

Schmerzanalyse

gestattet die Anlage eines **individuellen Therapieplanes**

Besten Dank für ihre geschätzte
Aufmerksamkeit!

„Märchen erzählen kann jeder“
werden sie vielleicht denken,
oder ist es einfach der falsche
Film?.

Jedenfalls danke ich herzlich für
ihre Aufmerksamkeit!

Baden Baden 2007



1. Österreichisch-Deutscher Konsensus Schmerztherapie

Wien, 10. November 2006

**Gefahren einer nicht
ausreichend somatisch
orientierten
Schmerzdiagnostik und
Schmerztherapie.**

**Hermann Locher , Tett nang
IGOST**