

Manuelle Medizin

Therapie des Rückenschmerzes

Durch die Arbeit der Grundlagenforscher in den letzten Jahren im Bereich der Neurophysiologie kann sich der Manualmediziner auf ein valides Erklärungskonzept für das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Rückenschmerzen stützen.

Bei den Überlegungen zu den Inhalten der behandelbaren reversiblen Funktionsstörung steht für den Manualtherapeuten der Begriff der „segmentalen Dysfunktion“ („Blockierung“) im Vordergrund, bei der es sich um ein komplexes nozireaktives Reflexgeschehen handelt, das mindestens ein Wirbelsäulensegment unter Beteiligung der Gelenkkapsel, der ligamentären Strukturen und vor allem der muskulären Strukturen betrifft.

Die Definition der „segmentalen Dysfunktion“ als durch nozizeptive oder andere Afferenzen hervorgerufene Verspannung der kurzen tiefen autochtonen Rückenmuskeln (transversospinales Muskelsystem) ist der Dreh- und Angelpunkt der diagnostischen Bemühungen des Manualtherapeuten im Rahmen der „Drei-Schritt-Diagnostik“.

Drei-Schritt-Diagnostik

Im ersten Schritt stellt hierbei der Manualtherapeut die segmentale Beweglichkeit fest und grenzt auch Seitendifferenzen im Sinne von hypomobilen oder hypermobilen Beweglichkeiten ab.

Da die hypomobile Bewegungseinschränkung allein noch keine Indikation zu einer manipulativen Vorgehensweise des Therapeuten darstellt – hypomobile Bewegungsbeschränkungen finden sich z. B. auch bei degenerativen Veränderungen des Bewegungssegmentes – wird im zweiten Schritt das Korrelat der Verspannung der tiefen autochtonen Rückenmuskulatur aufgesucht („Irritationspunkt“), welches allerdings auch als unspezifisches Zeichen beim Vorliegen von Kontraindikationen für die manuelle Therapie, wie entzündlichen Veränderungen, Neoplasien oder bandscheibenbedingten radiikulären Syndromen, vorliegen kann.

So stellt erst der dritte Schritt, die „funktionelle segmentale Irritationspunktdiagnostik“, die Indikation zum manualtherapeutischen Vorgehen. Dabei prüft der Manualtherapeut in einer Bewegungsprüfung die segmentale Gewebeantwort der tiefen autochtonen Rückenmuskulatur auf Änderung des Spannungsverhaltens im Rotations-, Flexions- oder Extensionstest. Eine Änderung des Hypertonus der kurzen tiefen autochtonen Rückenmuskulatur im Sinne einer Spannungsabnahme beim Be-



wegen in eine bestimmte Richtung wird dabei als Indikation für die manuelle Therapie mit der Vorstellung der „freien Richtung“ gesehen, das heißt, dass in der Therapie dann auch in die Richtung der nachlassenden Gewebespannung gearbeitet wird.

Der segmentale Schutzreflex

Nach heutiger Auffassung handelt es sich bei dem segmentalen Irritationspunkt sozusagen um den segmentalen „Schutzreflex“ der kurzen tiefen autochtonen Rückenmuskulatur, die nicht selbst als Nozigenator aktiv ist und das Wirbelsegment vor dem Bewegen in die Richtung mit vermehrter nozizeptiver Aktivität schützt („motorische Systemaktivierung“).

Dieser „Schutzreflex“ entsteht z. B. durch einen Rezeptorschmerz aus der Gelenkkapsel des Wirbelgelenkes der über A-delta und C-Faseraktivität auf spinaler Ebene im Rückenmark an das zuständige WDR (wide dynamic range)-Neuron gemeldet wird und über Neurotransmitter das zweite Neuron erregt. Die Information gelangt von dort an die motorischen Vorderhornbereiche. Die alpha- und gamma-Motoneurone erregen die agonistischen Muskeln, zu denen auch die kurzen tiefen transversospinalen Muskeln der Wirbelsäule gehören, innerviert aus dem Ramus dorsalis des Spinalnerven.

Der daraus resultierende tastbare Hartspann des Irritationspunktes mit seiner Spannungsabnahme in die Richtung verminderten nozizeptiven Inputs ist damit ein ideales Diagnostikinstrument für die Indikationsstellung zur manuellen Therapie.

Kontakt über:

*Dr. Karl-Sell-Arztseminar
Neutraubburg (MWE) e. V.
der Deutschen Gesellschaft für
Manuelle Medizin*

*Dr. Norbert Debout
Orthopädische
Universitätsklinik,
Orthopädische Klinik des RKU
Oberer Eselsberg 45*

○ 89081 Ulm

E-Mail:

info@aerztseminar-mwe.de

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM) e. V.