Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 30 (1994)
Heft: 1

Artikel: Zehn Jahre manuelle Triggerpunktbehandlung in der Schweiz
Autor: Dejung, Beat
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929307

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 04.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Dr. med. Beat Dejung, Winterthur

PRAXIS

Zehn Jahre manuelle Triggerpunktbehandlung in der Schweiz

1. Die Anfänge

1983 stellte Professor Simons am internationalen Kongress für manuelle Medizin in Zürich seine Triggerpunkttherapie erstmals in Europa vor. Gleichzeitig erschien sein erster Band von «Myofascial Pain and Dysfunction». Es ist dies eine Zusammenfassung des heutigen Wissens über funktionelle muskuläre Erkrankungen und ein Atlas aller Schmerzausstrahlungen, die aus Problemzonen der Muskulatur heute bekannt sind. In der Folge begannen viele Ärzte in der Schweiz, ihre Schmerzpatienten mit Triggerpunkt-Injektionen zu behandeln. Robert Fröhlich propagierte im Rahmen der SAMM die Methode des «Spray and Stretch». In unserer Praxis entwickelten wir die manuelle Triggerpunktbehandlung. Und zur Unterstützung des Stretching verwendeten wir als erste in der Schweiz verdampfenden flüssigen Stickstoff, den Criojet, als Kältetherapie.

2. Das Triggerpunktkonzept

Seit den Arbeiten von Travell und Simons existiert erstmals eine Gesamtkonzeption der funktionellen Schmerzkrankheiten des Bewegungsapparats. Diese umfasst die Ätiologie der Schmerzkrankheiten (akute oder chronische Überdehnung und Überlastung von Muskeln), die Pathophysiologie (Dekontraktionsunfähigkeit von Aktiv- und Myosin-Elementen lokaler und reflektorischer Ursachen), die Phänomenologie (Bildung von Hartspannsträngen mit einem schmerzhaften, Triggerpunkt genannten Zentrum), die Diagnostik (Schmerz bei Dehnung der erkrankten Strukturen und Palpation der lokalen Phänomene), die Therapie (TP-Injektionen, «Spray and Stretch», manuelle TP-Behandlung) und die Prophylaxe (Förderung der Kraft und der Dehnbarkeit der Muskeln). Auch die Wirkung von psychischen Faktoren und von Temperatureinflüssen bei der Schmerzgenese ist in dieser Konzeption plausibel (Erhöhung des Muskeltonus). Ebenso lassen sich die Einflüsse der Haltung auf den Schmerz gut einordnen (Reizung oder Schonung latenter TP der Muskulatur). Die grosse Neuerung ist aber die Entdeckung des Prinzips des «Referred pain», des projizierten Schmerzes. Wenn man einmal an den ersten hundert Patienten/-innen erlebt hat, dass bei den funktionellen Schmerzkrankheiten des Bewegungsapparats der Schmerz in einer Mehrzahl der Fälle an einem anderen Ort gespürt wird als dort, wo seine Ursache liegt, wundert man sich, auf welche Weise man früher therapeutisch tätig war.

3. Manuelle Triggerpunkttherapie

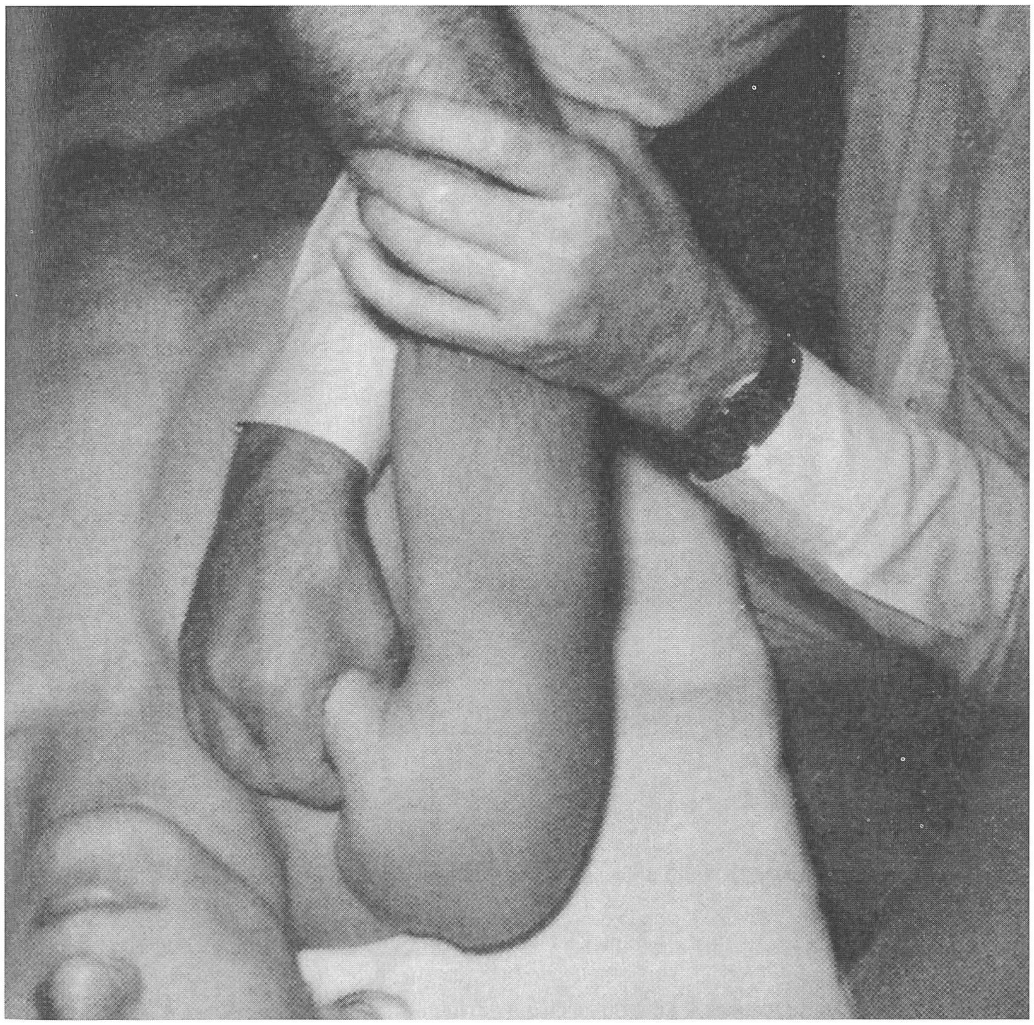
Wir haben die Technik dieser Therapie andernorts beschrieben und sie in vier oder sieben Behandlungsschritte unterteilt. Eigentlich gibt es aber nur zwei Therapieformen: die Kompression eines TP unter aktiver Bewegung und die manuelle Dehnung von Bindegewebe.

Die TP-Kompression erzeugt eine Ischämie und eine reaktive Hyperämie. Es werden damit Stoffwechselprozesse im TP verändert. Die Hauptwirkung ist aber reflektorisch, und die Therapie löst eine gut palpable Detonisierung des zum TP gehörenden Hartspannstranges aus. Die krankhaften Vorgänge in der Muskulatur führen zu einer ödematösen Verquellung und mit der Zeit zu einer bindegewebigen Umwandlung des TP, des Hartspannstranges und des umliegenden Gewebes mitsamt den Faszien. Die manuelle Dehnung dieser Bindegewebestrukturen schafft erst die Voraussetzung für eine Detonisierung der Hartspannstränge. Insbesondere die Lösung verklebter Faszien erweitert die Beweglichkeit eines/-r Patienten/-in oft schlagartig.

Gezielte TP-Injektionen und die «Spray and Stretch»-Methode sind gute Therapiemassnahmen gegen akute Schmerzen. Chronische Schmerzen sind damit nicht behandelbar (gemäss einer persönlichen Mitteilung von Professor Simons). Mit der manuellen TP- und Bindegewebebehandlung sind wir jedoch oft auch bei chronischen Problemen des Bewegungsapparats erfolgreich.

4. Anwendungsgebiete

Muskuläre Verspannungen gibt es praktisch bei allen schmerzhaften Erkrankungen des Bewegungsapparats. Oft sind solche Verspannungen Reaktionen auf



Manuelle Triggerpunktbehandlung am Beispiel des Pectorialis major.

eine primäre Störung, z.B. eine Diskushernie, eine Rotatorenmanschettenruptur, eine Koxarthrose oder ein Karpaltunnelsyndrom. Unsere Therapie führt dann nur zu einer limitierten Besserung. Sehr oft ist die muskuläre Störung aber primär. Dann ist eine vollständige Heilung prinzipiell möglich. Primär muskuläre Affektionen sind Rücken- und Nackenschmerzen vielerlei Art, Kopfschmerzen, Schulter-, Ellbogen- und Armschmerzen, chronische Leistenzerrungen, Knie-, Bein- und Fussschmerzen und vieles mehr. Bei frischen muskulären Störungen ist die Behandlung oft einfach. Besteht ein Schmerzproblem schon seit Jahren, braucht es zu seiner Bewältigung viel Bindegewebearbeit, und die Heilung kann schwierig sein oder auch misslingen.

5. Erfahrungen

In den letzten Jahren war die Zusammenarbeit mit TP-Therapeuten aus verschiedenen Landesgegenden rege. Dabei ist eine Reihe von Problemen in immer wieder ähnlicher Form aufgetaucht. Auf sie soll hier kurz eingegangen werden.

Es kommt immer wieder vor, dass das Prinzip des projizierten Schmerzes vergessen geht. Wenn man nur an der Stelle behandelt, wo der Patient seine Schmerzen spürt, wird man in der Regel keine durchschlagenden Erfolge erzielen. Es ist überhaupt darauf hinzuweisen, dass die Analyse eines muskulären Schmerzproblems durch Dehnungstests und TP-Palpation ein intellektuell anspruchsvolles Prozedere darstellt.

Die manuelle TP-Therapie benötigt eine gewisse Kraft in den Fingern. Wenn man zuviel erreichen will und sich dabei übernimmt, wird man mit Sicherheit selber aktivierte TP in den Hand- und Fingerflexoren bzw. -extensoren bekommen. Man muss die Belastung langsam über einen langen Zeitraum hinweg steigern. Dann stellt sich mit der Zeit ein Kraftzuwachs ein, der uns gegen Belastungen unempfindlich macht.

Der Anfänger glaubt manchmal, das Wichtigste bei der TP-Kompression sei der maximale Krafteinsatz. Dies führt oft zu überdimensionierten Hämatomen. Man erinnere sich immer daran, dass die Präzision, mit welcher der TP komprimiert und gedehnt wird, wichtiger ist als der Krafteinsatz.

Etwas, was wir alle immer wieder falsch machen: Unsere Bindegewebedehnungen sind zu schnell. Die Dehnungen müssen so langsam ausgeführt werden, dass man die Bewegung kaum erkennen kann. Dann haben die Bindegewebestrukturen Zeit, sich voneinander zu lösen.

Wenn der/die Patient/-in nach jeder Behandlungssequenz eine Erleichterung oder einen Zuwachs an Beweglichkeit angibt, ist man sicher auf dem richtigen Weg. Bei chronischen Schmerzproblemen muss man aber oft lange (fünf bis zehn Sitzungen) an der gleichen Stelle arbeiten, bis der Tonus wirklich abgebaut ist. Man nennt dies Durcharbeiten.

Wie viele Prozedere in der Medizin ist auch die manuelle TP-Behandlung schmerzhaft. Dies muss man dem/der Patienten/-in sagen. Er/sie muss die Möglichkeit haben, unsere Aktionen jederzeit mit einem Wort zu stoppen. Wir müssen uns daran gewöhnen, dem Stoppsignal sekundenschnell zu gehorchen. Nur so erhalten wir das Vertrauen des/der Patienten/-in. Überhaupt kann man TP-Therapie nicht einfach nur «technisch» durchführen. Der/die Patient/-in muss unser Interesse an seinen/ihren oft schwerwiegenden Problemen spüren. Dies ist Voraussetzung für ein therapeutisches Vertrauensverhältnis.

Im übrigen zeigt die Erfahrung, dass die meisten Patienten/-innen es begrüssen, wenn gegen ihre Schmerzen «etwas Gründliches» unternommen wird, den Schmerz nehmen sie in der Regel gerne in Kauf.

6. Triggerpunkttherapie und Manualtherapie

Seit die Akzeptanz für physiotherapeutische Manualtherapie mit Impuls in unserem Land gestiegen ist, hat diese Therapieform Konjunktur, und es wird viel Mühe darauf verwendet, die teilweise schwierigen Handgriffe zu erlernen. Die Manualtherapie wirkt auf zwei Arten: Sie löst mechanische Blockierungen der Facettengelenke und detonisiert die Muskulatur der Umgebung auf reflektorischem Weg. Mechanische Blockierungen von Gelenken sind allerdings eher selten. Es gibt sie vor allem an den Iliosakralgelenken, im Bereich der Rippen und sicher im Hand- und Fusswurzelskelett. Die meisten Funktionsstörungen in Wirbelsäulennähe beginnen mit einem TP-Problem. Die Minderbeweglichkeit der Gelenke ist in der Regel sekundär. Die Detonisierung der Muskulatur durch impulsierende Manualtherapie beseitigt TP-Probleme nicht, sie führt lediglich in ein Latenzstadium zurück. Ein florides TP-Problem kann durch den Impuls sogar gereizt und verstärkt werden. Bei chronischen, bindegewebig fixierten Störungen hat Manualtherapie mit Impuls meistens kaum eine Wirkung. Anderseits ist es bemerkenswert, wie spielend leicht die impulsierende Therapie gelingt, wenn TP-Probleme in der Umgebung ausreichend behandelt worden sind. Alles in allem kann man sagen, dass die Bedeutung der Manualtherapie heute eher etwas überschätzt wird.

7. Gedanken zur Therapieresistenz

Wie bei allen Therapiemethoden gibt es auch bei der TP-Therapie Misserfolge. Die Überlegungen, die sich dabei aufdrängen, gehen in verschiedene Richtungen.

Vorerst: Hat man das Problem richtig verstanden? Hat man den primären TP gefunden (nicht nur diejenigen in den Antagonisten oder die Satelliten-TP)? War die Behandlung präzis genug? Hat man die bindegewebigen Verkürzungen genügend gedehnt?

Immer steht die Frage im Raum: Liegt den Schmerzen eine organische Krankheit zugrunde (dem Rückenweh z.B. eine Diskushernie, ein enger Spinalkanal, eine Instabilität oder eine entzündliche Sakroileitis)? Ist die Schmerzursache gar eine Erkrankung eines inneren Organs?

Oft wird man bei Therapieresistenz eine versteckte Depression vermuten, die immer mit einem erhöhten Tonus der Muskulatur einhergeht. Oft werden geringe Beschwerden depressiv überbewertet. Es gibt auch Menschen, die unter einem Zwang stehen, sich selber zu schädigen, und die jeden Therapieerfolg unbewusst sabotieren.

Manche Therapeuten stellen sich die Frage: Gibt es versteckte Schäden im Körper, die den Muskeltonus dauernd erhöhen? In Berichten über solche Zusammenhänge werden meist Einzelfälle verallgemeinert und als Lösung aller Probleme angepriesen. Schmerzperpetuierende Faktoren können etwa sein: Spannungen in der Fussarchitektur, Rotationsfehlformen der Beine, Narben, Okklusionsstörungen des Gebisses, Spannungen im Schädelskelett, Motilitätsstörungen der Augen (Konvergenzschwäche). Auch wenn für solche Zusammenhänge bislang wissenschaftliche Beweise fehlen, führen sie uns in therapieresistenten Fällen manchmal doch weiter.

Man muss schliesslich auch immer in Rechnung stellen, dass es schmerzverursachende Krankheiten geben kann, die wir noch gar nicht kennen, vielleicht analog den exotischen Fällen, bei welchen fibrositisch anmutende Schmerzbilder mit einem erhöhten Borrelien-Titer einhergehen.

8. Ausblick

Wie geht es mit der TP-Therapie weiter?

Vorerst werden wir uns darum bemühen, in kontrollierten Studien die Wirkamkeit unserer Therapie zu belegen. In der Physiotherapie wird sich die Methode wahrscheinlich noch ausbreiten. An den Schulen wird sie wohl nicht so rasch Eingang finden. Die allgemeine Innovationsscheu ist am Ende des zwanzigsten Jahrhunderts in unserem Land ein starker Faktor. Unter den Ärzten hat die manuelle TP-Therapie bis jetzt nicht viele Anhänger gefunden. Praktische Überlegungen dürften hier eine Rolle spielen wie beispielsweise der Zeitaufwand, der bei der TP-Behandlung sicher grösser ist als bei der impulsierenden Manualtherapie.

Wir leben heute in einem Zeitalter der Verteilungskämpfe. Es stehen nicht Fragen im Vordergrund, welche die Effizienz unseres therapeutischen Instrumentariums betreffen, sondern Fragen wie: Wer darf in Zukunft den Versicherungsträgern welche Massnahmen zu welchem Tarif verrechnen? Aber die Zeiten werden sich wieder ändern. Und so erfolgreich sind in Physiotherapie und Rheumatologie unsere bisherigen Therapieangebote nun auch wieder nicht, als dass die Suche nach neuen, wirksameren Behandlungsformen nicht eines Tages wieder in den Vordergrund treten würde.

Literatur

Dejung, B.: Iliosacralgelenksblockierungen – eine Verlaufsstudie. Manuelle Medizin 23, 109–115, 1985.

Dejung, B.: Die Verspannung des Musculus iliacus als Ursache lumbosakraler Schmerzen. Manuelle Medizin 25, 73–81, 1987.

Dejung, B.: Verspannungen des Musculus serratus anterior als Ursache interscapulärer Schmerzen. Manuelle Medizin 25, 97–102, 1987.

Dejung, B.: Triggerpunkt- und Bindegewebebehandlung. Physiotherapeut 6, 1988.

Dejung, B.: Die Behandlung «chronischer Zerrungen». Schweiz. Zeitschrift Sportmedizin 36, 161–168, 1988.

Dejung, B.: Die Problematik des Bauchmuskeltrainings. Physiotherapeut 1, 1991.

Dejung, B.: Muskulär bedingter Schmerz. Der informierte Arzt 12, 1991.

Dejung, B.; Angerer, B.; Orasch, J.: Chronische Kopfschmerzen – oft ein muskuläres Problem. Physiotherapeut 12, 1992.

Dejung, B.; Strub, M.: Die Behandlung der lateralen Epicondylodynie. Physiotherapeut, erscheint demnächst.

Grosjean, B.; Dejung, B.: Achillodynie – ein unlösbares Problem? Schweiz. Zeitschrift Sportmedizin 38, 17–24, 1990.

Simons, D.: Symptomatology and Clinical Pathophysiology of Myofascial Pain. Der Schmerz 5 (Suppl. 1), 29–37, 1991.

Travell, J.; Simons, D.: Myofascial Pain and Dysfunction. Williams and Wilkins, London, 1983.

Travell, J.; Simons, D.: Myofascial Origins of Lowback Pain. Low Back Pain 73, 66–108, 1983.

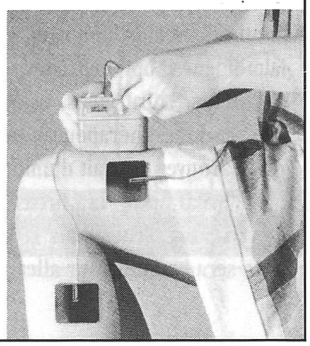
Rasch schmerzfrei ohne Nebenwirkungen durch TENSAGAR

Transkutane Elektrische Nervenstimulatoren (TENS) eignen sich zur Behandlung akuter und chronischer Schmerzen. TENS-Geräte sind so einfach, dass sie vom Patienten nach Anweisung des Arztes auch zuhause angewandt werden können.

Economic 9 K Fr. 185.– Fr. 480.–

Wirkungsweise (Schleusentheorie):
Das Nervensystem kann pro Zeiteinheit nur eine beschränkte Menge sensorische Informationen verarbeiten. Werden zuviele Informationen gesendet, unterbrechen bestimmte Zellen im Rükkenmark die Signalübertragung; die Schmerzsignale treffen nicht mehr im Hirn ein. Bei der TENS-Anwendung werden daher auf der Haut über dem Schmerzbereich Elektroden angebracht, durch die ein schwacher Strom fliesst. Der elektrische Reiz tritt so in Wettstreit mit den Schmerzsignalen.

Das Gerät kann verwendet werden bei:
Rückenschmerzen, Postoperativem Schmerz, Gelenkschmerzen, Phantomschmerzen, Ischias, Neuralgie, Migräne und Spannungskopfschmerzen, Verstauchungen, Muskelzerrungen und in der Sportmedizin. Auch bei rheumatischer Arthritis empfehlenswert.
Behandlungsdauer: 20 bis 30 Minuten.
Es besteht keine Suchtgefahr. Das Gerät verursacht keinerlei Nebenwirkungen. Die Behandlung ist symptomatisch, das heisst, sie unterdrückt die Schmerzempfindung. Jedes Gerät wird in einer handlichen Tasche, die alle notwendigen Zubehörteile enthält, geliefert.



parsenn-produkte ag
ch-7240 küblis
Tel. 081/54 22 55
Fax 081/54 16 38

TEMPUR®
ORTHOPÄDISCHE MATRATZEN UND KISSEN

EIN GUTER TIP . . . ECHT LOHNENSWERT!

Jetzt schlafen Sie und Ihre Patienten besser!

TEMPUR, orthopädische MATRATZEN und KISSEN ergänzen Ihre Behandlung und geben Ihren Patienten den Schlaf zurück.

TEMPUR, ein völlig neuartiges Material ermöglicht dank optimaler Druckentlastung beinahe schwereloses Liegen und fördert durch Schmerzlinderung den gesunden Schlaf.

Ein guter Grund für Sie TEMPUR erfolgreich unverbindlich 30 Tage zu probieren!

INFO-BON für besseres Schlafen
Die neuen TEMPUR - Produkte interessieren uns!
☐ Bitte senden Sie uns die INFO-Mappe mit den Partner-Konditionen und das kostenlose TEMPUR-Demonstrations-SCHLAFKISSEN (im Wert von Fr. 138.--).

Telefon _____ Unterschrift _____

☐ Wir wünschen eine Vorführung der Produkte in unserer Praxis, bitte rufen Sie uns an!

TEMPUR - AIROFOM
Juraweg 30, 4852 Rothrist
Tel. 062 440 220, Fax 062 444 363