

KONGRESSBERICHT:
9. CURRICULUM ANATOMIE & SCHMERZ
LWS UND ABDOMEN
07. – 09. 09. 2006 IN GREIFSWALD

Im Mittelpunkt des 9. Curriculums „Anatomie & Schmerz“ standen Schmerzphänomene der Lendenwirbelsäule mit Kreuz- und Steißbein sowie des Abdomens. Auch in diesem Jahr wurde die Veranstaltungsreihe durch die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) in Kooperation mit der DGAI, DAAF und Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern organisiert und durchgeführt.

Liebschner (Schwerin) hob die Bedeutung des M. psoas major hervor, der von der Wirbelsäule (T12 – L4) und den dazugehörigen Disci intervertebrales entspringt. Eingehüllt ist der Psoas von einer kompartimentbildenden, derben und Propriozeptoren-reichen Faszie, die nach kranial in die Faszie des Zwerchfells übergeht. Zusammen mit dem M. quadratus lumborum begrenzt er außerdem die Bauchhöhle nach dorsal und hat topografische Beziehung zum Plexus lumbosacralis und dem Nierenlager.

Koppe (Greifswald) stellte heraus, dass bestimmte Schmerzphänomene nicht zuletzt auch durch topografische und funktionelle Beziehungen der LWS zu den abdominalen Organen erklärt werden können. Die Abknickung der LWS gegenüber dem Os sacrum am Promontorium (als eine Anpassung an den aufrechten Gang) ist wahrscheinlich ein Grund für die hohe Schmerzzinzidenz in diesem Bereich. Der Pankreaskopf projiziert auf L2 und liegt in der C-förmigen Krümmung des Duodenums, die sich zwischen L1 und L3 erstreckt (Abb. 1). Das Querkolon ist am Mesocolon befestigt und hat eine relativ variable Lage (kann bis zur Harnblase herunterreichen).

Schmidt (Greifswald) erörterte Einschlusskriterien und prognostische Faktoren, die Therapieprogrammen bei Rückenschmerzen zu Grunde liegen. Während die Zahl der chronisch Schmerzkranken auf bis zu 15 Millionen Personen in Deutschland geschätzt wird, liegt die wahrscheinliche Zahl bei ca. 8-10 Millionen. Obwohl insgesamt 10%

der erwachsenen Bevölkerung (entsprechend 5 Millionen) an Rückenschmerzen mit Funktionsbeeinträchtigungen leiden, sind effiziente, integrative Versorgungsstrukturen für Schmerzpatienten noch unzureichend entwickelt, wobei insbesondere eine Unterversorgung an spezialisierten schmerztherapeutischen Angeboten besteht. Bei Rückenschmerzen liegt häufig eine Diskrepanz zwischen „Befund“ und „Befinden“ vor. So zeigen zahlreiche epidemiologische und klinische Befunde, dass die Genese und Prognose der meisten Rückenbeschwerden multifaktoriell ist und

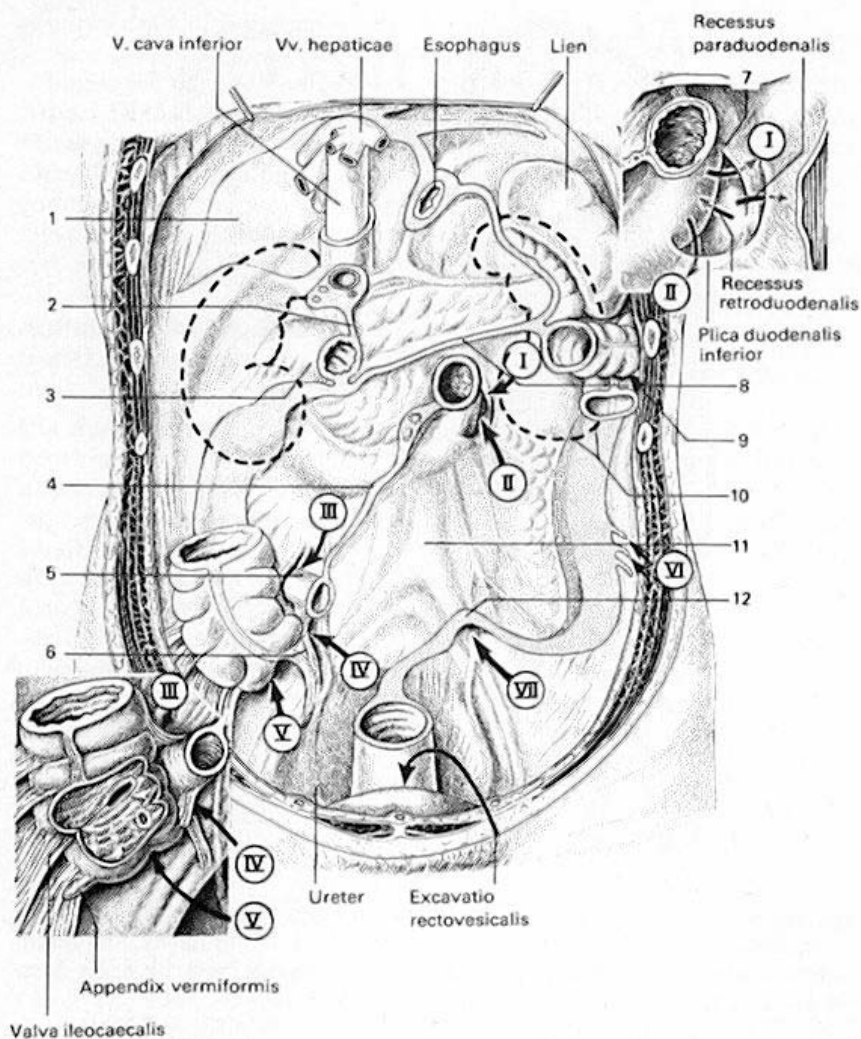


Abb. 1. Darstellung der Bauchfellverhältnisse und topografische Beziehungen der Bauchorgane (aus Schumacher GH, Aumüller G. Topografische Anatomie des Menschen. 6. Auflage, Gustav Fischer Stuttgart, 1994)

spezifische Ursachen selten feststellbar sind.

Über die an Coccygodynien beteiligten Strukturen wie Dura mater, Symphysis pubica und Beweglichkeit des kraniosakralen Systems (Okziput-Sakrum-Schaukel) berichtete

Ridder (Freiburg). In diesem Zusammenhang wies er darauf hin, dass viele Kollegen Frakturen des Os coccygis keine Bedeutung beimessen, obwohl betroffene Patienten häufig über Beschwerden in der Steißregion mit Schmerzausstrahlungen in Leisten- und Genitalregion sowie in Hüfte und Trochanter klagen. Hier ist die Abklärung lokaler Ursachen (Beckenschiefstand, Zysten oder Tumore) wichtig. Andererseits können die Schmerzsensationen auch auftreten in Verbindung mit Pubisdysfunktion, Blockierungen im SIG, Muskelhyper- und -hypotonien, kranio-mandibulären Dysfunktionen, Spannungszuständen der Dura sowie gynäkologischen, urologischen und abdominalen Erkrankungen.

Endlich (Greifswald) erläuterte die funktionell anatomischen Grundlagen der Nieren. Die Nieren sind vor allem Ausscheidungsorgane, die durch glomeruläre Filtration und tubulären Transport Stoffwechselendprodukte (Harnstoff und Xenobiotika) aus dem Körper eliminieren und durch verbrauchsabhängige Ausscheidung von Wasser und Ionen die Volumina der intra- und extrazellulären Räume regulieren. Ihre endokrine Funktion besteht in der Synthese von Renin und Erythropoetin. Die Nieren treten bei tiefer Inspiration 2-3 cm nach kaudal. Ferner haben sie topografische Beziehungen zum N. subcostalis (12. Thorakalnerv), N. iliohypogastricus sowie N. ilioinguinalis (Abb. 2).

Dass sich Leberdysfunktionen nicht immer nur in veränderten Leberwerten wie ALAT, ASAT oder γ GT niederschlagen, stellte Preuße (Essen) dar. Obwohl die Leber am Fremdstoffmetabolismus, Regulation des Säure-Basenhaushaltes, Synthese von Gerinnungsfaktoren, Phagozytose von Bakterien und vielen anderen Vorgängen beteiligt ist und es eine Reihe unterschiedlicher hepatogener Krankheitsbilder (Hepatitis, Leberzirrhose, Karzinome, Fettleber u.a.) gibt, sollte aber auch die „Befestigung“ der Leber über Bauchfellduplikaturen (Lig. triangulare, Lig. falciforme, Lig. hepatoduodenale) sowie den abdominalen und thorakalen Druck/Sog berücksichtigt werden. Des Weiteren hat die Leber funktionell anatomische Zusammenhänge zum Zwerchfell, zur Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule und Rippen, Lendenwirbelsäule sowie zum Herz.

Über die Bedeutung der extrazellulären Matrix als Transitstrecke und das System der Grundregulation referierte Giebel (Greifswald). Fibroblasten produzieren nicht nur Kollagenfasern und amorphe Grundsubstanz (Glycosaminoglycane), sondern sie bilden untereinander auch Kontakte, die für die Existenz von Meridianen von

Bedeutung sein können. Darüber hinaus besteht die Hypothese, dass viele Krankheiten (Arthrose, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Osteoporose, Allergien, Gicht u.a.) in der Matrix entstehen. Die Tatsache, dass bei Belastungen des Mesenchyms (durch z.B. Stoffwechselprodukte) oft die Gelenke betroffen sind, dürfte auf das Fehlen einer Basallamina des Synoviazellverbandes zurückzuführen sein, wodurch eine Barriere für aus dem Blut kommende Substanzen fehlt.

Schroeder (Greifswald) erläuterte diagnostische Standards der Neurochirurgischen Universitätsklinik Greifswald, die den operativen Interventionen an der Wirbelsäule zu Grunde liegen. So stellen eine Stenose des Spinalkanals oder eine Einklemmung der Nervenwurzeln mit Ausfällen oder Paresen eindeutige Indikationen dar. Andererseits wird bei weniger massiven

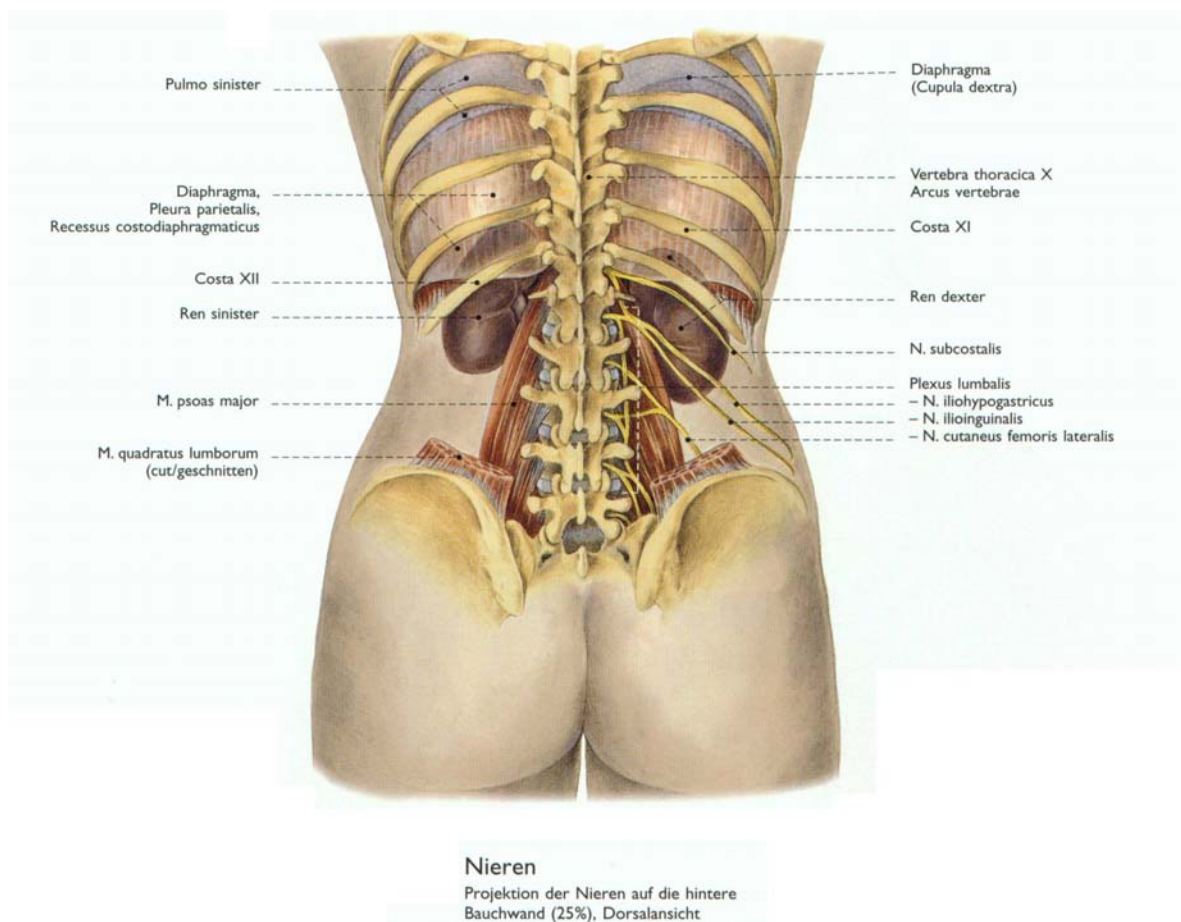


Abb. 2. Topografische Beziehung der Nieren zum M. psoas major und dem Plexus lumbalis (aus Köpf-Maier P. Atlas of Human Anatomy Band 2, Karger Basel, 2004)

Beschwerden/Befunden zunächst eine konservative Behandlung durchgeführt. Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten, wurde in Greifswald ein „Spine-Center“ eingerichtet, in dem die Vertreter verschiedener Fachrichtungen (wie Neurochirurgie, Neurologie, Orthopädie, Zahnklinik u.a.) gemeinsam Patienten mit Rückenschmerzen behandeln.

Ahrens (Lohmen) wies darauf hin, dass viele Patienten meist nicht von einer Operation profitieren, wenn die Indikation vordergründig auf Grund therapieresistenter Schmerzen (ohne entsprechende neurologische Symptomatik) erfolgt. So gilt es, auf die Zusammenhänge zwischen Lendenwirbelsäule und subperitonealen Organen wie Harnblase oder Prostata zu achten. Gerade die Harnblase steht über bindegewebige Strukturen (die zugleich reichlich vegetative Nervenfasern führen) zwischen Prostata bzw. Uterus und Adnexen sowie dem Rektum mit dem lumbosakralen Übergangsbereich in Verbindung. Daher ist bei lumbalen Beschwerden auch an eine mögliche viszerale Ursache zu denken und mittels Inhibitionstest herauszufinden.

Über die Missbrauchsgefahr von Opioiden informierte Fischer (Rüdersdorf). Obwohl Opioide zwar seit 150 Jahren erforscht sind bezüglich Akutwirkung und Risiken, gibt es zu wenige Daten zu Langzeitwirksamkeit und -risiko. So wurde in Deutschland erstmals 2004 auf dem Deutschen Schmerzkongress in Leipzig auf die Missbrauchsgefahr von Opioiden, nicht zuletzt bedingt durch die Bagatellisierung transdermaler Systeme, hingewiesen. Die Hälfte aller Patienten bricht die Opioidtherapie wegen nicht akzeptabler Nebenwirkungen ab und häufig wird von den behandelnden Ärzten die psychische Ko-Morbidität (Abhängigkeitserkrankung, Angst, Depression, somatoforme Schmerzstörungen) verkannt. Eine nicht induzierte Opioidtherapie kann die Lebensqualität letztlich genauso oder sogar noch mehr als der Schmerz selbst einschränken. In diesem Zusammenhang können Dosissteigerung ohne Grund, Abwertung der Vorbehandler oder strikte Ablehnung anderer schmerztherapeutischer Verfahren Hinweise auf ein Suchtverhalten darstellen.

Mit der derzeitigen Lage der Schmerztherapie befasste sich Graf-Baumann (Teningen). So sind nach wie vor epidemiologische Daten unzureichend und hinsichtlich der kindlichen Schmerzpatienten gibt es immer noch keine ausreichende Versorgung. Weiter wird um eine ausreichende Verankerung der Schmerztherapie in der Approbationsordnung gerungen und eine ausreichend öffentliche Finanzierung

von Forschungsprojekten liegt nur bedingt vor. Bei aller Kritik wird als positiv hervorgehoben, dass der gemeinsame Berufsverband deutscher Schmerztherapeuten gegründet wurde und die beiden großen deutschen Schmerzgesellschaften häufiger am selben Strang ziehen.

Prof. Dr. Jürgen Giebel
Institut für Anatomie und Zellbiologie
Klinikum Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Friedrich-Loeffler-Str. 23c
17487 Greifswald

Dr. Uwe Preuße
Gemeinschaftspraxis „Partner der Gesundheit“
Hülsmannstr. 6
45355 Essen