

Jubiläumstagung am 13.12.2003
30 Jahre Ludwig Boltzmann Institut für konservative Orthopädie und Rehabilitation

Radikuläre und pseudoradikuläre Symptome
F. Gerstenbrand, W. Struhal

Ludwig Boltzmann Institut für Restaurative Neurologie und Neuromodulation, Wien

Zum radikulären und pseudoradikulären Symptomenkomplex ist als drittes Symptomenbild das Syndrom des Übertragungsschmerzes, „referred pain“ hinzuzufügen. Alle drei Krankheitsbilder haben den Schmerz als Leitsymptom, einen ausstrahlenden Schmerz, der in seinem Verlauf den Versorgungsbereich einer oder mehrerer Nervenwurzel, Dermatome folgt.

Bei den drei Syndromen bestehen in der Schmerzqualität klare Unterschiede. Beim radikulären Syndrom ist durch die mechanische Kompression der Nervenwurzel der ausstrahlende Schmerz ziehend – bohrend, die Intensität nimmt nach einiger Zeit ab, bei gleichzeitiger Zunahme von Sensibilitätsstörungen, parallel kommt es zu motorischen Ausfällen. Der pseudoradikuläre Schmerz wird als dumpf – diffus geschildert, häufig sind mehrere Dermatome auch beidseits betroffen, meist begleitet von einer Dysaesthesie und einer Druckempfindlichkeit im dazugehörigen Myotom (Gelenk, Kapsel, kontraktile Elemente), Paresen sind nicht nachweisbar. Der Übertragungsschmerz breitet sich in den HEAD' schen Zonen aus, betrifft häufig mehrere Dermatomen und zeigt sich als tief – brennender Schmerz, verbunden mit Dysaesthesien. Paresen fehlen. Dagegen sind schmerzhafte Verspannungen in der zum betreffenden inneren Organ gehörigen Muskulatur, in den Mackenzie' schen Zonen vorhanden, begleitet von vegetativen Störungen der Haut.

Während das radikuläre Syndrom exakt zum lokalem Schaden zuordenbar ist, als navigatorische Leitlinie für den eingetretenen Schaden gebraucht werden kann, benötigt die lokalisatorische Zuordnung des pseudoradikulären Syndroms eine genaue neurologische Untersuchung mit Einbeziehung der Vorgeschichte und die enge Zusammenarbeit mit einem für Wirbelsäulenstörungen erfahrenen Orthopäden. Die Pathophysiologie des pseudoradikulären Syndroms wurde von BRÜGGE und MUMENTHALER erarbeitet. Es wird ein Schutzmechanismus für einen belasteten oder schon geschädigten Bewegungsabschnitt des Achsenorgans, der Wirbelsäule, durch Ruhigstellung des belasteten Bewegungssegmentes eintritt. Durch den erfahrenen „Neuroorthopäden“ ist die Schadensstelle in der Wirbelsäule exakt abzugrenzen und ein akutes Behandlungs- und ein notwendiges Rehabilitations-Programm einzuleiten. Der Übertragungsschmerz „referred pain“ ist als reflektorische Reaktion zur Ruhig-Stellung und Abschirmung eines geschädigten inneren Organs zu erklären und ist gleichzeitig ein Signalmechanismus.

Es ist Aufgabe der konservativen Orthopädie zusammen mit der Neurologie die heute noch bedauerlicherweise zu wenig beachtete Orthopädie der Wirbelsäule in Forschung und Lehre auszubauen. Hans Tilscher gebührt als Pionier dieses immanent wichtigen Teils der Orthopädie besonderer Dank und Anerkennung.

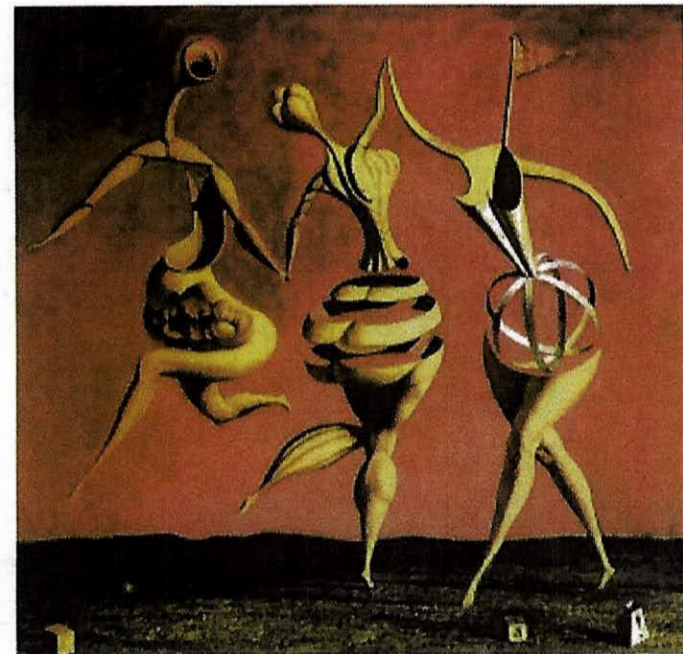
JUBILÄUMSTAGUNG

**30 Jahre Ludwig Boltzmann Institut
für konservative Orthopädie und Rehabilitation
Vorstand: Univ.-Prof. Dr. H. Tilscher**

**Der Mensch mit seinen Störungen
des Stütz- und Bewegungsapparates
Nicht-operative Aspekte
Die Wissenschaft im Dienste der Praxis**

13. und 14. Dezember 2003

Orthopädisches Spital Wien Spiesing



R. Hausner

Wissenschaftliches Programm

Vorsitz: Resch H., Tilscher H.

- | | |
|-------|---|
| 09.00 | Resch H.
Osteoporose: Verstehen – Erkennen –
Behandeln |
| 09.15 | Gerstenbrand F.
Der zervikogene Kopfschmerz |
| 09.25 | Tilscher H.
Maximalpunkte, - ihre Bedeutung für die
Diagnose und die Therapie |
| 09.40 | Liertzer H.
Zur Indikationsbreite der therapeutischen Lokal-
anästhesie |
| 09.50 | Keusch R.
Die Lokalthherapie bei Lumbalsyndromen
Ein Vergleich: Nadelung – Infiltration - Sklerosierung |
| 10.00 | Tempelhof S.
Osteopathie und Manuelle Medizin |
| 10.10 | Diskussion |
| 10.25 | Pause |

Wissenschaftliches Programm

Vorsitz: Gerstenbrand F., Grill F.

- | | |
|-------|--|
| 13.00 | Rustler T.
Die Datenerfassung als Grundlage der Evidence
Based Medicine in der konservativen Orthopädie
und Schmerztherapie |
| 13.10 | Vass A.
Die Psyche und die Panalgesie |
| 13.20 | Gerstenbrand F.
Radikuläre und pseudoradikuläre Symptome |
| 13.30 | Hanna M.
Manuelle Medizin im Rahmen der konservativen
Orthopädie |
| 13.40 | Grill F.
Die Bedeutung der Akupunktur für die Orthopädie |
| 13.50 | Roniger I.
Akupunktur und Triggerpunkte |
| 14.00 | Diskussion |
| 14.15 | Pause |