Wenn die Muskelzerrung chronisch wird

Von Dr. med. Tasso Vounatsos

Im allgemeinen Verständnis ist die sogenannte Muskelzerrung eine häufige Verletzung von Schnellkraft- und Spielsportlern. Woche für Woche erfahren wir in den Medien, dass prominente Profis wegen dieser akuten Verletzung aus einem (Bundesliga)-Spiel abbrechen mussten oder gar nicht aufgestellt werden konnten.

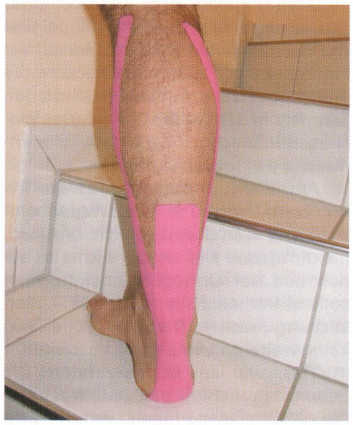
Deshalb ist nach wie vor und auch unter (Sport)-Ärzten die Meinung verbreitet, dass es zu einer Muskelzerrung einer schnellen, schwunghaften, zumeist groß ausholenden Bewegung bedarf. Allerdings gibt es eine ganze Reihe weiterer muskulärer Beschwerden - besser ist hier der Begriff Dysfunktionen -, die pauschal unter Muskelzerrung oder Krampf zusammengefasst werden. Die meisten davon sind nicht die Folge einer einzigen schwungvollen Bewegung, sondern treten aus heiterem Himmel, also ohne schnellen Schritt, Sprung oder Schwung während oder nach sportlicher Aktivität auf.

Eine spezielle, sehr häufig auch im Langstreckenlauf anzutreffende Problematik ist die „chronische Muskel-Zerrung" ("Chronic Muscle Tear", CMT). Der Begriff wird vom südafrikanischen Professor Timothy Noakes in seinem Klassiker „Lore of Running" (1985) ausführlich erwähnt und beschrieben. Nach Pinshaw handelt es sich hierbei um die dritthäufigste Verletzung im Laufbereich.

In der offiziellen Fachliteratur findet sie kaum Erwähnung, zumindest nicht unter diesem Begriff. In den Medien liest man oft, dass ein Sportler wegen "muskulärer Probleme" nicht einsatzfähig ist. Nur die wenigsten Orthopäden und Sportärzte kennen die chronische "Muskel-Zerrung". Geschweige denn, wie man sie behandelt. Betroffene müssen deshalb mit einem monatelangen Krankheits-Verlauf mit vielfältigen und erfolglosen Behandlungsmaßnahmen rechnen.

DIE GLASMURMEL IN THEOS WADE

An einem kühlen regnerischen Sonntagmorgen im Herbst war Theo, ein 39-jähriger 3:30-Marathonläufer, unterwegs auf seiner 30-km-Runde auf hügeligen Wald- und Schotterwegen. Theo hatte sich für den New-York-Marathon angemeldet und hatte sich den ganzen Sommer über mit einem Wochen-Pensum von rund 70 km pro Woche auf den großen Tag vorbereitet. Einen 10-km-Testwettkampf 8 Tage zuvor, hatte er mit Bravours bestanden und war in die Nähe seiner PB gelaufen. Nun waren es nur noch drei Wochen bis zum Marathon. Theo ging es gut, er genoss die kühle, feuchte Waldluft auf der Haut und den Duft des nassen Waldbodens. Er drosselte sein Tempo, denn der Waldparkplatz war keine 2 km mehr weg, und er spürte langsam eine Schwere und Zähigkeit in den Beinmuskeln. Plötzlich schlug das Unheil zu! Aus heiterem Himmel packte eine eiserne Kralle seine linke Wade und ließ sie nicht mehr los. Erschrocken und verstört hielt Theo Inne. Seine linke Wade verweigerte den Dienst. Wenn er versuchte, sich mit dem linken Fuß abzudrücken wurde der krampfartige Schmerz in der Wade schlimmer. "Das ist ein Wadenkrampf!" schoß es Theo durch den Kopf. Sofort stemmte er sich gegen den nächsten Baum und versuchte die Ferse im Ausfallschritt nach hinten zu drücken. Doch es ging nicht. Der Schmerz nahm zu und verhinderte weitere Dehnung. Halb humpelnd und halb im Dackeltrab, schleppte sich Theo zu seinem Auto. Er massierte seine schmerzende Wade und hatte das Gefühl, dort mitten drin im Wadenmuskel hätte sich eine Glasmurmel eingenistet. So steinhart und unnachgiebig fühlte sich der Muskel in dieser schmerzenden Region an.



Die chronisch lädierte Wade. Foto: Vounatsos

Zuhause löste er sich als erstes eine Magnesium-Tablette auf und trank das Glas in einem Zug. Er duschte, legte sich einen Verband mit elastischer Binde und Sport-Gel an, lagerte das Bein hoch und legte einen Eisbeutel unter seine Wade. Seine Stimmung war auf dem Nullpunkt. Den Nachmittag verbrachte er auf der Couch mit hoch gelagertem Bein, und seine miese Laune übertrug sich auf Frau und Kinder. Zur Nacht nahm er noch eine von den restlichen Diclofenac-Tabletten ein, die ihm mal der Hausarzt wegen Kreuzschmerzen verschrieben hatte und legte sich schlafen.

Am nächsten Morgen prüfte er als Erstes, ob er seine Fußspitze nach unten biegen konnte. Oh Wunder! Es schmerzte nicht. Er zog die Zehenspitze hoch Richtung Nase: Auch das war problemlos möglich!

Er war schmerzfrei! Doch nach dem vierten Schritt im Bad biss die Eisenkralle wieder zu und ließ nicht locker. Er nahm seinen Verband ab und tastete den Muskel ab: Da war sie wieder, die Glasmurmel in der Wade.

Er machte sich einen neuen Verband, trank eine aufgelöste Magnesium-Tablette. Den Tag über humpelte er im Büro, trank aufgelöste Magnesium-Tabletten, machte früher Feierabend und besuchte die Abendsprechstunde des Hausarztes, ein Tennisspieler mit Zusatzbezeichnung Sportmedizin; die große Hoffnung war, dass dieser ihm weiterhelfen würde. Doch weit gefehlt: Der Doktor betastete die Wade, sprach irgendwas von Muskelfaserriß und verordnete striktes Laufverbot für zwei Wochen, Hochlagerung, Kühlung, elastische Verbände und dreimal täglich eine Tablette Diclofenac 50.

Theo war verzweifelt. Am nächsten Morgen das gleiche Spiel: Schmerzfreies beugen und heben der Fußspitze war möglich und der Gang zum Bad auch. Doch als Theo die Treppe zum Erdgeschoss hinunter ging, wieder die Glasmurmel in der Wade, die sich den ganzen Tag schmerzhaft bemerkbar machte, sobald Theo einen Abdruck mit dem Fuß wagte.

Mittwochs konnte Theo schon wieder die Treppe ohne Wadenschmerzen hinunter gehen. Der mysteriöse Krampf schien sich verflüchtigt zu haben. Wahrscheinlich hatten die vielen Magnesium-Brause-Tabletten endlich

gewirkt (er hatte ja schon Durchfall davon bekommen). Beschwingt plante Theo für den Abend einen Dauerlauf. Er dehnte beide Waden extra lang und joggte besonders langsam los. Nach 500 m war sie wieder da: Die krampfende Glasmurmel. Genauso bissig wie beim ersten Mal im Wald.

Frustriert humpelte Theo nach Hause. Mit Glück bekam er einen Freitag-Termin beim Orthopäden. Diesen kannte Theo vom letzten Jahr, von der Ischias-Geschichte. Er war ein Mann wie ein Bär. Ehemaliger Zehnkämpfer und nun Sportmediziner. Er hatte sogar an einem Buch mitgeschrieben über Sportverletzungen. Der würde ihm schon helfen...

Nach längerer Wartezeit wurde endlich Theo aufgerufen. Er erzählte dem Orthopäden seine Leidensgeschichte. Der Orthopäde runzelte die Stirn und betastete Theos Wade. Rasch hatten seine geübten Finger die „Glasmurmel" entdeckt. Zielsicher tastete er sich weiter hinauf zum Wadenbein-Köpfchen, beugte und streckte beide Knie mit einem wissenden Blick. Theo musste ins Nachbarzimmer mit dem Ultraschall-Gerät. Nach weiteren 30 min kam der Doktor wieder rein und fuhr mit dem Ultraschall-Kopf den Muskel auf und ab. "Nein, sicher kein Muskelfaserriss" gab er zum besten. Ein blockiertes Wadenbeinköpfchen habe zu einem Krampf im Wadenmuskel geführt, lautete nun seine Diagnose. Das ließe sich auch leicht mit „Einrenken" wieder beheben.

Theo atmete auf. Er durfte sich bauchlings auf eine Liege legen und der Ex-Zehnkämpfer-Doktor legte seine beiden heilenden Hände auf das Wadenbeinköpfchen. Es gab einen wuchtigen Stoß und ein krachendes Geräusch, als ob ein Brett entzwei ginge. Theo stieß einen spitzen Schrei aus. Kalter Schweiß perlte auf seiner Stirn. Hatte ihm der Bären-Mann das Wadenbein gebrochen? Gestorben war die letzte Hoffnung auf den New York-Marathon.

Doch als er aufstand und aufgeforderte wurde im Zimmer auf und ab zu gehen, bemerkte er eine erstaunliche Leichtigkeit in seinen Bewegungen. Und als er seine Wade betastete... ja die Glasmurmel war verschwunden. Theo bedankte sich mit Händedruck und „tänzelte" davon. So toll hatte er sich zuletzt Mitte seines Sonntagslaufs gefühlt!

Am nächsten Tag (es war der Samstag zwei Wochen vor dem Marathon) stand ein Fahrtspiel auf dem Plan. Während der Woche hatte Theo schon vier Trainingseinheiten verpasst. Es gab viel aufzuholen nach der ominösen „Glasmurmel-Geschichte".

Er dehnte sich behutsam und joggte langsam los, immer noch in seine linke Wade hinein horchend. Und es tat sich nichts...

Doch ungefähr nach 4 km bei einer Steigerung an einem sanften Hügel biss die Eisenkralle ein weiteres Mal zu! Vehementer als je zuvor. Geschockt trabte Theo nach Hause, mit jedem Schritt den Schmerz in der Wade spürend. Das Wochenende brachte die gleichen Erkenntnisse wie eine Woche zuvor.

Am Mittwoch folgte der zweite Termin beim Orthopäden: Das Wadenbeinköpfchen war diesmal nicht blockiert, im Ultraschall war wieder nichts zu sehen und der Orthopäde meinte, man solle sicherheitshalber eine MRT-Untersuchung machen. Bis dahin solle Theo keine weiteren Läufe mehr bestreiten.

Theo war am Boden zerstört. Die Schmerzen ließen bald wieder nach. Die Alltagsbewegungen waren nicht eingeschränkt und Theo konnte sogar heimlich drei Tage später einen 30 min-Jogging-Trab im Schleich-Tempo durchführen, ohne dass die "Glasmurmel" seine Wade belästigte. Als er am Folgetag wieder einen normalen Dauerlauf versuchte, war die Kralle wieder da und Theo mußte nach 3 km seinen Lauf abbrechen.

Die Kernspinn-Untersuchung war fünf Tage später und zeigte keinerlei krankhaften Befund an Theos Wade. Nun war es schon die Woche vor dem Marathon.

Die Reise war gebucht, und Theo war wild entschlossen, am Marathon teilzunehmen.

Er war inzwischen in der Lage, täglich rund 30 min schmerzfrei zu joggen, und das konnte er problemlos von Montag bis Mittwoch vor dem Marathon durchziehen.

Um nicht die Verletzung erneut zu provozieren, wagte es Theo nicht, auch nur eine min länger oder einen Schritt schneller zu machen.

Nach der Ankunft in New York fühlte sich Theo prächtig. Die Wade hatte sich jetzt zwei Wochen nicht mehr bemerkbar gemacht. Den Frühstückslauf über 5 km zur UNO am Samstag absolvierte er, als ob nichts gewesen wäre. So beschloss Theo, den Marathon wie vorgesehen auf eine Endzeit von 3:30 h anzulaufen. Es begann wie im Traum: Tolles Wetter, begeisterte Zuschauer, imposante Kulisse, fantastische Stimmung und die Wade machte keinen Mucks. Die Meilen schmolzen dahin und fast war die Hälfte schon geschafft. Am Anstieg zur Pulaski-Bridge begann die Wade zu rumoren, ein unheimliches Krabbeln kletterte die Rückseite seines Unterschenkels rauf und runter, ein komisches Gefühl. Und als es dann die Brücke bergab ging, da schlug die Eisenkralle wieder zu. Die "Glasmurmel" war über den Atlantik mitgeflogen und quälte ihn fortan mit jedem Schritt. Auf der First Avenue war Laufen beim besten Willen nicht mehr möglich. Theo wurde zum Walker, ließ sich an einer First Aid Station massieren und erreichte das Ziel im Central Park schließlich in für ihn beschämenden 5:04 h.

Theo machte eine Laufpause von sieben Wochen. Er begann im Januar wieder völlig beschwerdefrei mit langsamem Jogging. Sobald sich seine Laufgeschwindigkeit an die 5 min/km näherte oder diese überschritt, dauert es nur wenige min, bis die "Glasmurmel" wieder in seiner Wade erschien und weiteres Laufen unmöglich machte. Auch die Behandlungen eines Heilpraktikers, eines weiteren Orthopäden und eine Magnetfeld-Therapie konnten nichts an diesem Zustand ändern.

Zwei Jahre später nun läuft Theo 2 -3 Mal die Woche etwa 10 km in knapp einer Stunde und macht gelegentlich auch einen 90-min-Lauf ohne Probleme.

Radfahren kann er bis zur Erschöpfung. Er fährt hohe Gänge und auch im Wiegetritt bergauf, ohne dass seine Wade eine Zuckung macht. Doch an wettkampfmässiges, schnelles Laufen ist gar nicht zu denken...

Was ist nun die chronische Muskelzerrung (CMT)?

In einer aktuellen modernen Klassifikation (Müller Wohlfahrt, "Muskelverletzungen im Sport", Thieme-Verlag, 2012) werden Muskelbeschwerden in vier Typen unterteilt.

Einfach übersetzt in Muskel-Verhärtungen, sogenannte Muskel-Zerrungen, sowie kleine und große Risse der Muskulatur.

Die CMT erfüllt alle Voraussetzungen einer sogenannten Muskelzerrung:

Sie tritt in der Mitte eines grossen Muskels auf; Faserrisse dagegen eher in der Nähe der Sehnenansätze an beiden Enden des Muskels.

Für jede Form von "sogenannten Muskelzerrungen" schreibt Dr. Müller-Wohlfahrt:

"...innerhalb weniger Schritte...oder auch weniger Minuten, (kommt es) zu einem Anstieg des Muskeltonus. Der Muskel wird unelastisch; es tritt meistens ein krampfähnlicher Schmerz auf, der sich anfangs nicht akut zeigt. ...Oft versucht der Sportler, die erhöhte Muskelspannung selbst zu lösen,

indem er das betroffene Bein ausschüttelt. Eine Lockerung , also ein Nachlassen der Spannung und der Schmerzen, lässt sich (im Gegensatz zu einem echten Waden-Krampf) jedoch meist nicht mehr erreichen. ...

Klinisch findet sich...weder eine Kontur-Unterbrechung oder Blutung, noch ein puktförmiges Schmerzzentrum wie beim Faserriss. Vielmehr eine spindelförmige, aufgequollene Zone infolge der Tonusdysregulation, die nur einen bestimmten Muskelabschnitt berifft."

Im Verlauf der Stunden und Tage nach dem ersten Schmerz, versucht der Körper sich selbst zu helfen und den betroffenen Muskelbereich "von der Arbeit frei zu stellen".

Der zugehörige Bewegungsablauf wird unbewußt geändert. Andere Muskelpartien und Nachbar-Muskeln werden nun mit Mehrarbeit belastet und reagieren mit Verspannung. In den Nachbarregionen entstehen sogenannte Trigger-Punkte, Nachbargelenke können in der Beweglichkeit schmerzhaft eingeschränkt werden und so entstehen sogenannte Blockierungen. Diese Begleit-Überlastungen können zu Faszien-Verklebungen führen. So entsteht das Vollbild eines sogenannten "Myofaszialen Schmerzsyndroms".

Wird nun das Beschwerdebild durch korrekte Behandlung nicht aus der Welt geschafft, wird es chronisch und kann sich u. U. lebenslang festsetzen: Bei normalen Alltagsbelastungen bestehen keine Auffälligkeiten, aber bei forcierter muskulärer Belastung kommt es zu erneuter Verspannung und akutem Schmerz.

Was passiert genau im Inneren der Muskeln?

Die überforderten Muskelfasern treten in den (Stoffwechsel-)Streik, rollen sich ein wie ein Igel bei Gefahr. So entstehen die fühlbaren, steinharten Muskel-Knoten.

Bildlich gesprochen geschieht das Gleiche, wie bei einem Pferd, das einen Sprung über ein Hindernis verweigert. Ähnlich sollen sich Muskelfasern (aus Angst vor Verletzung?) das Zusammen- und Auseinanderziehen verweigern.

Wie ist nun die schnellstmögliche und erfolgreiche Behandlung einer chronischen Muskelzerrung?

Die Möglichkeiten mit technischen Hilfsmitteln die exakte Diagnose zu stellen sind sehr beschränkt und die korrekte Behandlung ist eine Frage des Gefühls und der Erfahrung des Behandlers. Im richtigen Leben behandeln normal ausgebildete Ärzte und Physiotherapeuten die CMT zunächst einmal pauschal mit der Verdachtsdiagnose Muskelverhärtung.

Patient und Behandler wundern sich, dass die schmerzhaften Muskelknoten immer wieder an gleicher Stelle wiederkommen, nachdem das ernsthafte Training wieder aufgenommen wird.

Prof. Noakes schreibt, dass die Behandlung mit Tabletten, (Cortison-)Spritzen und der üblichen Palette der konservativen Orthopädie und Physiotherapie sinnlos ist und nur Zeitverschwendung. Er empfiehlt als einzige erfolgreiche Therapiemassnahme die Anwendung einer speziellen Massage-Technik, der "Querfriktionen nach Cyriax". Mancher Sportler bezeichnet diese Therapieform als sadistisch. Nach jeder qualvollen Behandlung verspürt der Patient bis zu drei Tagen Muskelkater. Allerdings gelingt es mit einer Serie von 5-10 Behandlungen von je 10 min dieser äußerst schmerzhaften Massageform, die streikenden Muskelfasern tatsächlich wieder zu ihrer normalen Arbeitsweise zu "überreden".

Versteht man die CMT als eine Form des "Myofascialen Schmerzsyndroms", so gelingt die Lösung des Problems mit etwas weniger Behandlungschmerzen als mit den Querfriktionen. Hierfür verwendet man in der manuellen Therapie die "Triggerpunkt-Massage". Dabei wird jeder einzelne verhärtete Muskelbereich durch konstanten Fingerdruck solange komprimiert, bis der Druckschmerz nachlässt und der schmerzhafte Knoten sich von selbst auflöst. Auch das ist kein Zuckerschlecken, jedoch erträglicher als die Querfriktionen. Etwa zehn Sitzungen von Triggerpunktmassage innerhalb von drei Wochen sind zumeist notwendig. Auch hier ist Muskelkater nach der Behandlung zu erwarten.

Zwischen den Behandlungen wird die Wiederentstehung der "Verknotungen" durch Kinesio-Tapes, Wärme/Kälte-Anwendungen, gezieltes Stretching und manchmal auch den kurzfristigen Einsatz von muskelentspannenden Tabletten (Muskelrelaxantien oder Myotonolytika) erreicht.

Läuft der Muskel wieder "rund", ist natürlich eine nur vorsichtige Steigerung von Tempo und Umfang sinnvoll, um einen Rückschlag zu verhindern.

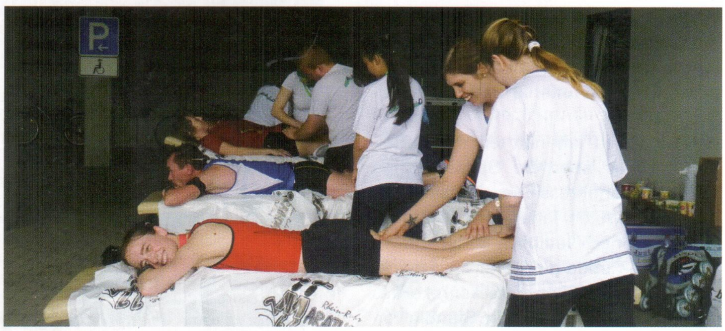
Auch "spritzende Ärzte", insbesondere im Hochleistungssport, haben oft Erfolge bei der Beseitigung von CMT's. Direktes Anspritzen der Verhärtungen mit einem lokalen Betäubungsmittel, (wie beim Zahnarzt) oder anderer "Geheim-Rezepturen" und anschließende konsequente Physiotherapie/Krankengymnastik führen (oft schneller) auch zum Erfolg. Auch das "Anstechen" der Trigger-Punkte mit Akupunktur-Nadeln (Dry-Needle-Technik) soll ähnlich gute Erfolge bringen.

Für den normal sterblichen Läufer, ist es allerdings schwierig, Termine bei solch einem ausgebildeteten, erfahrenen Arzt zu bekommen. Die Kosten werden in der Regel nicht von den allgemeinen Krankenkassen übernommen.

Wie gelang es nun dem Theo aus obiger Krankengeschichte wieder zum wettkampfmäßigen Laufen zurückzukehren?

Wie so oft hat Doktor Zufall das Problem gelöst: Zwei Jahre später kam er zu einem Physiotherapeuten mit Ausbildung in manueller Medizin. Er hatte sich wieder mal Massagen wegen seiner Kreuzschmerzen vom Hausarzt verschreiben lassen. Der Physiotherapeut war auch Läufer. Während der Therapeut den Rücken Theos massierte, kam es zum Läufer-Gespräch und Theo fand einen geduldigen Zuhörer für seine "Glasmurmel-Geschichte". Der Therapeut bot an, auch die Wade in Ordnung zu bringen. So ließ sich Theo vom Orthopäden 6x Fango und Massage verordnen.

Er bezahlte weitere sechs Behandlungen aus eigener Tasche (zum Preis von einem Paar Laufschuhe). Zwei Monate nach der letzten Behandlung, konnte er wieder 60 min im 5er-Schnitt ohne muskuläre Probleme bewältigen und trainiert jetzt für den Wien-Marathon... ■



Vanessa Rösler genießt eine (schmerzlose) Massage nach ihrem Halbmarathon-Sieg in Duisburg.
Foto: Mast