

Fallbericht zur Fibromyalgie

Verordnung vom Orthopäden: 3 osteopathische Behandlung Schmerzsyndrom/ Fibromyalgie

Erster Eindruck

- verzweifelt, müde

Anamnese

- 70 jährige Rentnerin
- Schlafstörungen
- Schmerzen bei Berührungen tagesformabhängig/ Hyperästhesien seit ca. 1990
- lebt allein mit ihrer Katze, die ihr bei Anfällen/ Synkopen subjektiv "Sicherheit" gibt
- dauerhaft in physiotherapeutischer Behandlung 2x wöchentlich MT
- Nebendiagnosen
 - Asthma atopicum, Adipositas, multiple Medikamentenallergien, Refluxösophagitis
- Operationen
 - Z.n.Cholezystektomie (1988), Z.n. Appendektomie (1974), Z.n. Hysterektomie (2010)

global/ regional orientierende Untersuchung

Inspektion - Stand

- verstärkte BWS Kyphose
- verstärkte LWS Lordose
- HWS Translation nach ventral
- prominenter M. erector spinae lumbal bds.
- thorakale Hochatmung

Palpation

- Hypertonus M. trap. desc. bds.
- Hypertonus M. pectoralis major bds.
- Hypertonus M. erector spinae bds. lumbal
- Hypertonus M. triceps surae bds.
- SIAS höher li., SIPS höher re.
- schmerzempfindliche Regionen li. Hand, li. Fuß, li. Knie, Ellenbogen bds.

global listening

- Zug nach ventral links
- Inhibition Magen – positiv

4 Quadranten Palpation/ Listening

- li. Oberbauch → Magen, Duodenum

myofasziale ten steps

- Beckenschaukel li., Thoraxtranslation li., obere Thoraxkompression re., HWS-Translation re., Occiput re., Schulterdepression re.

PRM re. < li. in der Amplitude am Schädel

thorakale Hochatmung und Kurzatmigkeit/ tachypnoe

Verdachtsdiagnose

Aufgrund der Befunde in der orientierenden Untersuchung und des Leitsymptomes besteht der Verdacht auf Fibromyalgie.

syndromale orientierende → gezielte Untersuchung

Schlüsselregionen

- **Kopfgelenke** → O/C1 ESliRre
- **CTÜ** → C7 FRS li.
- **TLÜ** → Th11 ERS re.
- **LSÜ** → L5 ERS li.
- Sacrum → SF re.

obere und untere Extremität

- KG li → Extension eingeschränkt (M. gastrocnemius verkürzt)
- Art. tibiofibulare prox. li. → Dorsalgleiten eingeschränkt

- DE OSG li. → M. gastrocnemius verkürzt
- Hand li. → DE/ Capitatium nach palmar eingeschränkt

visceral

- Magen → Magenptose, Mobilität (caudal fixiert) und Motilität eingeschränkt
- Duodenum 2 → Mobilität (fixiert lateral) und Motilität eingeschränkt, sphinkter Oddi

Cranium

- PRM Flexion re. eingeschränkt
- Os temporale steht in IR re.

Diaphragmale Inkoordination in der Sequenz

- **Tentorium – Diaphragma thoracis – Diaphragma pelvis**

Tenderpunkte/ Maximalpunkte symmetrisch

- **linea nuchae (PC1, PC2)**
- **M. trapezius pars descendens bds. (AC7, PC8)**
- **M. supraspinatus bds. (SPI)**
- **Epicondylus lateralis bds.**
- **M. adductor pollicis re.**
- **Trochanter major bds. (ALT)**
- **Knie (medialer Hofferscher Fettkörper) bds.**

Triggerpunkte

- M. extensor pollicis longus li.
- **M. rectus abdominis re.**
- **M. pectoralis major li.**
- **M. levator scapulae bds.**

Zusammenfassung

- Verdachtsdiagnose Fibromyalgie bestätigt (**fett gedruckt**): chronischer Schmerz - myofaszial generalisiert, 11 von 18 Tenderpunkten/ Maximalpunkte symmetrisch vorhanden, Schlüsselregionen funktionsgestört

1. Behandlung und Untersuchung 28.10.21 (60 min)

- Einleitung mit Sandwichtechnik Diaphragma thoracis
- Tenderpunkte
 - linea nuchae (PC1, PC2)
 - TeP M. trap desc. bds (AC7, PC8)
- O/C1 EsliRre
- FRS li. C7
- Manipulation Os capitatum li.
- ERS Th11 li. mit SIM's Position
- Magen nach cranial
- Duodenum 2 Mobilitätsverbesserung; Mobilität sphinkter Oddi
- CV 4
- SÜ Hockdrehlage bds. für TLÜ; Basisatmung

Ergebnis:

- konnte besser Atmen, tachypnoe und Kurzatmigkeit reduziert
- general listening zieht nicht mehr so stark nach ventral
- M. trap. desc. bds. und M. pectoralis bds. Spannungsreduktion, TeP gelöscht

2. Behandlung 09.12.21 (60 min)

Die erste Behandlung wurde sehr gut vertragen und die Patientin ist glücklich über zwei schmerzfreie Tage. Frau S. geht es nicht gut (wetterbedingt) - akute Verschlechterung. Die Gelenke sind angeschwollen. Sie beschreibt heute, dass ihr Magen sich gebläht anfühlt.

Kontrolle der Befunde der ersten Behandlung

- Schmerzen weiterhin im linken Bein, L5 ERS li., SF re., Dysbalance Diaphragma thoracis und pelvis, Magenptose

gezielte Untersuchung

- TrP M. biceps femoris li

Behandlung

- Diaphragma pelvis mobilisiert
- Harmonisierung Sacrum Diaphragma thoracis (Midlinetechniken)
 - Prüfung: Stellung Sacrum → normal
- L5 ERS li.
- TrP M. biceps femoris li.
- Art. tibiofibular prox.li.
- Myofaszielles unwinding gesamtes li. Bein
 - TeP Trochanter (gelöscht), TeP Knie medial
- Magen Mobilisation – Peritoneum lift
- Rotationsmobilisation Os temporale re.
- Tentoriumrelease re.
- PSF im Sitz (Wahrnehmungsschulung/ symmetrische Belastung und Tiefenstabilität) / SÜ

Ergebnis

- Sacrumstellung symmetrisch
- diaphragmale Koordination angeglichen
- general listening unauffällig
- symmetrischer Stand

3. Behandlung 20.01.22 (60 min)

- nach letzter Behandlung 7 Tage schmerzarm (NRS 3-4)
- aktuell Schmerzen im rechten Daumen nach Überlastung

Kontrolle der Befunde

- C6 ERS li.
- TeP M. trap. pars desc. bds. (AC7, PC8)
- Daumensäule re. → Daumensattelgelenk – Opposition eingeschränkt
- 0/C1 ESliRre
- TrP M. add., M. opp. pollicis bds.

Behandlung

- Sandwich Diaphragma pelvis, thoracis, cervicothoracalis, cervicalis
- Duraschaukel
- C6 ERS li.
- Daumenatlasschlinge: 0/C1 ESliRre; Daumensattelgelenk re.; myofaszielles release Membrana interossea antebrachii re.
- TrP M. add., M. opp. pollicis bds. re.
- Breath of life
- SÜ: Sachse Manöver in Kombination mit PSF

Ergebnis

- Schmerzreduktion und Bewegungsverbesserung Daumen re.
- geringer Translation der HWS
- deutlich verbesserte Basisatmung

Fazit

- allgemeine Schmerzreduktion für einen gewissen Zeitraum möglich → bessere Lebensqualität
- Schlüsselregionen reagieren gut auf Behandlung
- interdisziplinäre Behandlung angestrebt durch mich

Prognose

- Behandlung mit größerem zeitlichen Abstand (8 -12 Wochen) angedacht zur dauerhaften Verbesserung des Kompensationsvermögens
- P – V – C Behandlungen erforderlich, da die Verkettungen in alle Richtungen vorhanden sind