

Fallbericht VTS / DTS - Epikrise

Verordnung vom Orthopäden: 3x osteopathische Behandlung für BWS und Thorax

Anamnese:

Frau S., 67 Jahre, klagt über muskuläre Spannungsstörungen in Schulter- Nackenbereich und zwischen den Schulterblättern, welche sie schon über mehrere Jahre begleiten. Das Gefühl der erschwerten Einatmung, eine Brustkorbenge mit gelegentlichem „Herzstolpern“ und Schluckbeschwerden bei großen Stücken, kamen nach einem operativen Eingriff an einer retrosternalen Struma im letzten Jahr hinzu. Dabei kam es zur Verletzung ihrer Stimmbänder. Der anschließende sechswöchige Stimmverlust hat bei ihr ein hilfloses Gefühl hinterlassen. Mein erster Eindruck von ihr war Anspannung und zugleich Erschöpfung. Sie ist Rentnerin, lebt allein, ist 1,60 m groß, 80 kg schwer, ein pyknischer Konstitutionstyp. Sie trägt eine Brille. Ihr Hobby ist der Garten.

globale und regionale orientierende Untersuchung:

Gang: eingeschränktes Armpendel, fehlende Rumpfrotation, hartes Auftrittsgeräusch rechtsseitig

Stand:

ventral: der Kopf ist schräg nach links geneigt, die Schultern sind hochgezogen, verstrichenes Taillendreieck rechts, Nabel zeigt nach links, Einziehung am Rippenbogen beidseits, Knick-Senk-Fuß beidseits

lateral: das Lot fällt etwas vor das Os naviculare, steilgestellte BWS, Schultern protrahiert, stark lordosierte LWS

dorsal: bei der streichende Palpation bleibt man an den Verquellungen /RAK im Bereich des Schultergürtels und der oberen BWS haften

General Listening: zeigt eine Abweichung nach dorsal rechts, bei geschlossenen Augen nach ventral

10 Steps: Spinaschaukel re, Translation Thorax re, Kompression Thorax re, Schulterdepression re, Traktion Arm re, Translation HWS rechts, Traktion Occiput li

| | |
|---|--|
| HWS: Retroflexion Rotation re > li Obere Thoraxapertur (OTA) re > li Kopfgelenke (KoG) re > li | Muskulatur/Faszie: - Fascia clavipectoralis - M.sternocleidomastoideus beidseits - M.trapezius pars descendens beidseits - M.levator scapulae beidseits |
| Armelevation: beidseits schmerzhaft, re eingeschränkt | |
| Scapulae: Abhebbarkeit deutlich vermindert | - M.trapezius pars transversus beidseits |
| BWS: Retroflexion Rotation re > li Angelus costae: 2-6 beidseits Thorakale Hochatmung | - M.transversus thoracis - M.pectoralis major et minor beidseits |
| LWS/Becken: Anteflexion Seitneige li Anfangsvorlauf re | - M. erector spinae lumbal - M.iliopsoas re - M.piriformis re |
| Schädel: Temporale rechts reduzierte PRM Amplitude in Flexion | Lokal listening Thorax: Zug nach dorsocranial links |

Nach der **Wertung** meiner orientierenden Befunde, ergibt sich der **Verdacht auf eine Kombination von VTS und DTS.**

Syndromal orientierende Untersuchung:

- DTS: -Schmerz zwischen Schulterblättern,
 -M. levator scapulae,
 -Funktionsstörung BWS
- VTS: -retrosternaler Schmerz, Brustkorbenge
 -thorakale Hochatmung
 -Fascia clavipectoralis
 -M. pectoralis minor

Bestätigung: VTS und DTS

V.a. Verkettung zwischen VTS und DTS

VKT im Sitz: Dorsocaudaler Druck auf das Sternum beeinflusst die Statik der HWS und das Spannungsgefühl interscapulär.

Das vorliegende **VTS und DTS sind verkettet.**

gezielte Untersuchung:

| | |
|---|--|
| <p>HWS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - O/C1 ESli Rre - C6 ERS li - 1.Rippe re cranial | <p>Muskulatur/Faszie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fascia superficialis re > li - Fascia prätrachialis alle Anteile - TrP (aktiv)M. sternocleidomastoideus li - TrP (aktiv)M.trapezius pars descendens bds. - TrP (latent)M.levator scapulae re |
| <p>SCG: Clavicula dorscaudal re</p> | <p>- Fascia clavipectoralis li</p> |
| <p>Rippen 2-6 Inspirationsstellung beidseits</p> | |
| <p>BWS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Th1 FRS re - Th4 FRS re - Th12 ERS li | <ul style="list-style-type: none"> - Restriktion obere Anteile M.transversus thoracis li > re - RFV M.pectoralis major beidseits - V.a. RSV M. pectoralis minor beidseits |
| <p>LWS/Becken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L4 ERS re - L5 FRS li - Ilium anterior re | <ul style="list-style-type: none"> - V.a. RSV M. erector spinae lumbal - TrP (latent)M.iliopsoas re - RFV M.piriformis li |
| <p>Cranial: SBS lateralstrain li Os temporale re Innenrotation</p> | <p>Visceral: Restriktion Perikard: - Lig.Cervicopericardiale, - Lig. vertebropericardiale - Lig. cervicopleurale</p> |

Behandlungsziel und Plan: Nach der Wertung meiner gezielten Befunde steht die Beschwerdelinderung durch Beseitigung der viszeroparietalen Verkettungsbefunde und Verbesserung der autonomen Regulation im Moment im Vordergrund.

1. Behandlung 60 min

Nach dem Beschwerdebild der Befunde behandelte ich das **Zwerchfell** in allen 3 Ebenen, zur myofaszialen Spannungsregulation, welches für ein unmittelbares erleichterndes Einatemgefühl sorgte. Des Weiteren die Schlüsselregionen: **Kopfgelenke** O/C1 ESli Rre1, **CTÜ** C6 ERS li/ 1.Rippe re/ Th1 FRS re/ Th12 ERS li und **TLÜ** Th12 ERS li. Die **Löschung der Triggerpunkte** im Schultergürtelbereich: TrP M. sternocleidomastoideus li, TrP M. trapezius pars descendens bds., TrP M. levator scapulae re.

Die Nachkontrolle m.H von orientierenden U. ergab eine Bewegungszunahme der Rotation der HWS sowie der BWS und die 10 Steps waren ab dem Becken deutlich ausgeglichener. Ich stellte ihr Selbstübungen (SÜ) für das Zwerchfell (*) und für die peripheren Atemantriebe (*) vor, welche sie je nach ihrer Alltagssituation ausprobieren kann.

2. Behandlung 60 min / 4 Wochen später

Frau S. Berichtete, dass sie nach unserer ersten Therapie erschöpft auf dem Sofa eingeschlafen sei und das erleichternde Gefühl im Schultergürtel, sowie das bessere Einatmen 14 Tage angehalten hat. Die orientierende Untersuchung zeigte Restbefunde in der OTA und dem Zwerchfell, der Perikardialen Bänder und in der LWS.

Der Behandlungsschwerpunkt liegt in dieser Therapiesitzung auf dem **Thorax, SGÜ** und den **Rippen:** Th1 FRS re/ Th4 FRS re/ Rippen 2-6 Inspirationsstellung beidseits/ SCG Clavicula dorsocaudal re, sowie den **Perikardialen Bändern** (*). Die **LWS/ Beckenregion:** L4 ERS re/ L5 FRS li/ Ilium anterior re / **Trp Löschung:** TrP M. iliopsoas re/ M. piriformis li und PIR, **Cranium** – Cranial base release, Tentorium cerebelli, **Vegetativum:** Grenzstrang und CV4(*). Zum Ende äußert die Patientin ein Gefühl „der inneren Ruhe“ und des „endlich wieder richtig durchatmen können“. Die Nachkontrolle ergab eine deutliche Besserung der Beweglichkeit in gesamten Thorax und Zunahme der Zwerchfellaktivität. In der LWS/ Beckenregion zeigte sich kein Vorlauf mehr. Die SÜ wählte ich für die BWS, mit Hilfe eines kleinen gerollten Handtuches(*) und der Rotation im TLÜ im Sitz mit PSF.

3. Behandlung 60 min / 8 Wochen später

Die Patientin berichtet von einer längeren Belastbarkeit, was ihr bei ihrem Hobby, dem Garten, und im Alltag sehr große Freude bereitet. Sie macht regelmäßig ihre SÜ und verspürt auch mit Hilfe der Atemtechniken aus der Logopädie ein tieferes Einatmen. Die Stimmbänder können länger belastet werden ohne „zu kratzen“. Sie macht einen ausgeglichenen Eindruck. Das Herzstolpern ist deutlich weniger und auch der Schlaf ist je nach emotionaler Situation besser. In der orientierenden und gezielte Befundung zeigte eine deutlich spürbare Verbesserung ihrer myofaszialen Spannung im Schultergürtel und dem Thorax. Behandlung: Sternum, SCG, neurolymphatischen Rückfluss anregend (*), Schockrelease Zwerchfell, Sandwichtechniken CTÜ und Diaphragma thoracis, N.vagus, Foramen jugulare, Halsfaszien → mit Anleitung zur SÜ. In der Nachuntersuchung zeigte sich neben einer harmonische Atemwelle, eine deutliche myofasziale Entspannung der OTA und eine verbesserte Bewegungszunahme in den Schlüsselregionen.

Prognose/ Fazit:

Mit Hilfe der Selbstübungen und der positiven Einstellung kann einem schnellem Rezidiv vorgebeugt werden. Eine begleitende regelmäßige Physiotherapie, welche die wiederkehrenden muskulären Spannungs- und Funktionsstörungen aufarbeiten, käme der Patientin sehr zu gute.

* Übungen und Techniken aus den Sonderkursen von Uta Hiecke und Dr. Hinzmann