

Manuelle Medizin verhindert Pitfalls

Rückenschmerzen gehören zum Praxisalltag. Allzu leicht lässt da die Wachsamkeit nach, wird ein schwerwiegendes Problem als banal verkannt. Die manuelle Medizin erweitert hier das diagnostische und therapeutische Repertoire - und macht das Thema wieder interessant, zeigte ein Workshop am SGIM-Jahreskongress in Basel.

„Die Manuelle Medizin erweitert die diagnostischen Möglichkeiten des einzelnen Arztes erheblich, erlaubt sie ihm doch, Anatomie, Biomechanik und Klinik zu verbinden.“ Dies waren die einführenden Worte von Dr. Marc-Henri Gauchat, FMH Allgemeinmedizin mit Fähigkeitsausweis Manuelle Medizin SAMM, aus Sion. „Das Verständnis für diese Zusammenhänge führt zu einer gezielteren Nutzung bildgebender Verfahren, die maximalen Erkenntnisgewinn bringt.“ Im Idealfall heisst das: die richtige Diagnose.

Domäne der Manuellen Medizin sind Störungen der neuromuskulären lokalen Funktionen. Eine reversible mechanische Störung verändert über eine gestörte Nozizeption die segmentale Koordination. Dies führt zu erhöhtem Tonus der Muskeln des gleichen Segmentes - und damit zu Schmerzen wie beim akuten Torticollis. Als Wirkmechanismus der Methode wird vor allem eine durch die Stimulation von Propriozeptoren vermittelte Hemmung afferenter Schmerzfasern auf Rückenmarksebene diskutiert. Dies bewirkt die Lösung der vermuteten „nozizeptiven Blockierungsaferenz“.

Im Workshop wurden verschiedene Patienten vorgestellt. Zum Beispiel ein 51-jähriger Mann, der unter chronischen Nacken- und Kopfschmerzen, eingeschränkter Beweglichkeit der Halswirbelsäule und Schwindel beim Blick nach rechts leidet. Anamnestisch ergibt sich ein Treppensturz vor vier Jahren. Im Unispital wurde wegen fortgeschrittener Arthrose C5/C6 mit NSAR, Physiotherapie und weichem Halskragen behandelt. Die manuelle Untersuchung zeigt eine schmerzhaft eingeschränkte Lateralflexion sowie eine im Gelenk C1/C2 nach links massiv eingeschränkte und nach

rechts aufgehobene Rotation. Ein funktionelles CT bestätigt die Verdachtsdiagnose: alte Fraktur der Massa lateralis mit Subluxation und einseitiger Läsion des Lig. alarium. Der Patient wird mit Arthrodesese versorgt.

Failed back surgery-Syndrom

Die differenzierte manuelle Untersuchung kann Fehler vermeiden. Dazu ein Fallbeispiel zur provokanten Aussage von Prof. Alf Nachemson, Göteborg: „Failed back surgery is a syndrome of failed surgeon“. Oder: Die beste Operation nützt nichts, wenn die Diagnose falsch war. Ein 23-jähriger Mann hat nach Auffangen einer 20 kg schweren Kiste akute lumbale Schmerzen. In der manualmedizinischen Untersuchung findet sich bei Adipositas und genereller Haltungsinsuffizienz ein indolentes Segment L5/S1 und palpabler Muskelhartspann im thorakolumbalen Übergang. Dennoch wird aufgrund des radiologischen Befundes einer Spondylolisthese L5 die Indikation zur Spondylodese nach Traumatisierung gestellt. Wie für den Manualmediziner zu erwarten, hielten die Schmerzen des Patienten nach der Operation an. Dazu Dr. Ulrich Böhni, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie mit Fähigkeitsausweis Manuelle Medizin, Schaffhausen: „Richtige Diagnose und Therapie folgen aus der angemessenen Einschätzung der Situation: Besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen dem angegebenen Symptom, der gefundenen Funktionsstörung und der strukturellen Läsion?“

Red flag Funktionsstörung

Damit leitete er zu einem weiteren wertvollen diagnostischen Mittel des Manualmediziners über: die richtige Interpretation der vorliegenden Funktionsstörung. In einem eigenen Patientenkollektiv von 102 Personen mit akuter Dysfunktion wurde die Art der Funktionsstörung analysiert. Dabei wiesen Patienten mit einer segmentalen Lumbalflexionsstörung bei gleichzeitiger kontralateraler Einschränkung der Lateralflexion erheblich häufiger strukturelle Ursachen wie mediolaterale Diskushernien und Spondylodiscitiden auf. Dazu der Referent: „Eine anhaltend eingeschränkte Lum-

balflexion ist hoch verdächtig auf eine Diskushernie und sollte immer die Alarmglocken läuten lassen!“ Dementsprechend gilt dieser Befund als „red flag“.

Schmerz und Struktur – kohärent oder diametral?

Eine 72-jährige Patientin mit seit zwei Jahren zunehmender belastungsabhängiger Lumbalgie und rezidivierenden lumbalen Schmerzschüben sucht eine Zweitmeinung vor Spondylodese L4/L5/S1. Radiologisch und im MRI finden sich degenerative Veränderungen des lumbosakralen Überganges. Manualmedizinisch lautet die Beurteilung: rezidivierende segmentale Dysfunktion L3/L4 bei degenerativer Hypomobilität L4/L5 und L5/S1, ungenügender muskulärer Stabilisierung der mittleren LWS und nachfolgend rezidivierender Segmentaktivierung L3/4. Nach initialer manueller Therapie (Mobilisation ohne Impuls und postisometrische Relaxationstechniken, im Verlauf auch Manipulation L3/4) und anschließender medizinischer Trainingstherapie zur Stabilisation (Isokinetik/Moflex, Zugapparat, Theraband) war die Patientin beschwerdefrei. Hier bestand also zwischen Schmerz und veränderter Struktur (Skoliose, Degeneration, Spondylosen lumbosakral) kein Zusammenhang – weh tat der Patientin der muskuläre Hartspann L3/L4.

Cave Bewegungseinschränkung in mehreren Richtungen

Eine 16-jährige Kosovoalbanerin hatte im August 2003 erstmals beidseitig dorsale Schulterschmerzen, im Januar 2004 Zunahme der Beschwerden, im Februar Ausstrahlung in beide Arme, besonders im Sitzen und nachts. Sport ist nicht mehr möglich. Der Hausarzt diagnostiziert eine Haltungsschwäche, Hyperkyphose der BWS und segmentale Dysfunktion C6/C7. Eine Manipulation der unteren HWS bringt für einige Stunden Besserung, dann Schmerzverstärkung. Physiotherapie bleibt ohne Effekt. Nach Zuweisung zur manuellen Therapie findet sich eine in alle Richtungen eingeschränkte Beweglichkeit von C5/C6/C7. Radiologisch ergibt sich der Verdacht auf eine aneurysmatische Knochenzyste. „An der HWS darf nie ohne Röntgen manipuliert werden! Bei dieser Patientin bestand akute Frakturgefahr“, warnten die Referenten.

Als Take-Home-Message für aktuelle und zukünftige Manualmediziner hierzu die „Faustregeln der Schmerzlosigkeit“: Bei freier Beweglichkeit in mindestens drei der sechs möglichen Richtungen darf mit Impuls behandelt werden. Bei weniger als drei darf zwar ebenfalls manuell behandelt werden, meist drängen sich jedoch weitere Abklärungen auf. Bei nur einer oder gar keiner freien Bewegungsrichtung aber heisst es: Hände weg! Denn dann liegt wahrscheinlich eine strukturelle Ursache vor.

Dies führt auf die einleitenden Worte von Dr. Gauchat zurück: „Um aus der richtigen Diagnose eine korrekte Indikation zur Manipulation der Wirbelsäule abzuleiten, braucht es breites medizinisches Wissen, das alle Differentialdiagnosen abwägt und Kontraindikationen erkennt.“ Zur sicheren und wirksamen Manipulation wiederum braucht es eine adäquate Beherrschung der Technik – und deren stete Anwendung und Perfektionierung.

Dr. med. Katharina Grimm

Was ist Manuelle Medizin?

Ein diagnostischer Ansatz der Schulmedizin, der

- Dysfunktionen des Bewegungsapparates analysiert
- auf Prinzipien der Biomechanik und Neurophysiologie basiert
- Gewebeveränderungen durch Palpation erkennt

Quelle: Therapiewoche 2005;21:257-8