

Ambulanzkonzept des Wirbelsäulenzentrums neu

Fasziendistorsionsmodell – eine innovative manuelle Therapieform

Das neue Ambulanzkonzept des OSS mit erhöhtem personellem Aufwand offeriert ambulanten Patienten eine weitere Qualitätsverbesserung in der Begutachtung ihrer Beschwerden. Das Fasziendistorsionsmodell (FDM) als innovative manuelle Therapiemethode aus den USA bietet den Patienten zusätzlich die Möglichkeit, ihre Symptome rasch zu verbessern. Wie das möglich ist, zeigen wir in diesem Bericht. Warum das möglich ist, sollen künftige Studien beweisen.

Ambulanzkonzept des WS-Zentrums, Orthopädisches Spital Speising (OSS)

Seit Zusammenschluss der wirbelsäulenchirurgischen Abteilung mit der konservativen Abteilung des OSS im Jänner 2014 unter Leitung von Prim. Prof. Dr. Michael Ogon haben sich bereits einige deutliche Veränderungen ergeben. Unter anderem bietet das neue Wirbelsäulenzentrum seit Mai 2014 ein innovatives Konzept für ambulante Patienten an. Die Idee dahinter besteht in einer Begutachtung der Patienten von zwei Oberärzten, sowohl von der konservativen als auch von der chirurgischen Abteilung. Unterstützung dabei haben wir noch zusätzlich von einem Physiotherapeuten. Durch dieses Vier- bis Sechsaugenprinzip ist für die Patienten eine deutlich verbesserte Qualität sowohl in der Diagnostik als auch für die weiterführende Therapieoption gegeben.

Ziel des Ambulanzkonzeptes ist es, eine Selektion zu entwickeln, wobei primär alle akut zu operierenden Patienten rasch herausgefiltert werden, um die nötige Intervention baldigst durchführen zu können. Andererseits wird ent-

schieden, welche Patienten aufgrund ihrer akuten oder chronischen WS-Beschwerden für eine stationäre Aufnahme für unterschiedliche konservative Maßnahmen, wie Röntgen-gezielte Infiltrationen, Radiofrequenztherapien, medikamentöse Schmerztherapien und individuelle physikalische Maßnahmen, geeignet sind. Auch Patienten, welche keiner stationären Intervention bedürfen, erhalten genaue Informationen und Anweisungen auch für den niedergelassenen Facharzt, um eine weiterführende Therapie im ambulanten Bereich durchführen zu können.

Diese umfassende Information und Einteilung in eine der oben erwähnten Gruppen sind mit entsprechendem Zeit- und Personalaufwand verbunden. Daher werden hauptsächlich Patienten begutachtet, deren Problematik im ambulanten niedergelassenen Bereich diagnostiziert und erfolglos therapiert wurde.

Fasziendistorsionsmodell (FDM)

Das Fasziendistorsionsmodell beschreibt eine eigene, besondere Betrachtungsweise von Beschwerden



K.P. Guglia, Wien



P. Machacek, Wien

des Bewegungsapparates wie unter anderem Schmerz und Bewegungseinschränkung. Die Beschwerden sind darauf zurückzuführen, dass es zu Verformung und Verdrehung der Fasziensstrukturen kommt. Die Therapiemethode zielt auf eine Rückführung des Gewebes durch sehr starke und oft schmerzhafte manuelle Techniken ab.¹ Faszien werden als eigenständiges Organsystem gesehen und sind einer der sensibelsten Indikatoren für Störungen im Körper. Durch die bekannte Fähigkeit der Nozizeption und der Propriozeption sowie die Bedeutung v.a. von interstitiellen Mechanorezeptoren wird bewusst, welche bedeutende Rolle manuelle Faszientechniken durch Druckeinwirkung haben können.³ Erkenntnisse aus der neueren Fasziensforschung sind für FDM-Therapeuten insofern essenziell, als diese durch die Kenntnisse und Vorstellung der unterschiedlichen Fasziensstrukturen im Körper die Art, Intensität und Richtung des Behandlungskonzeptes festlegen.

Stephen Philip Typaldos (1957–2006), der Begründer der Methode, war ein amerikanischer Arzt, Notfallmediziner und Osteopath. Er wandte sich mit sei-

nen Veröffentlichungen primär an Ärzte, da nur diese seiner Meinung nach – aufgrund der eigenen Diagnosestellung und damit auch verbundenen relativen Kontraindikationen – FDM-Therapeuten sein können. Nach der Verbreitung der Methode in Europa sowie Gründung der „European Fascial Distortion Model Association“ (EFDMA) konnte die Ausbildung für diese Methode auch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Osteopathen und Heilpraktikern (in D) angeboten werden.

Typaldos entwickelte diese manuelle Therapiemethode aufgrund jahrelanger frustraner Erfahrung mit Patienten, denen er mit klassischen Behandlungsmethoden nicht helfen konnte. Zugleich stellte er fest, dass Patienten mit ähnlichen Beschwerden die gleiche Gestik zeigten und verbal beschrieben. Durch genaues Hinsehen, Zuhören und intuitive Angaben der Patienten entwickelte er über Jahre ein Modell, das bis heute sechs verschiedene Distorsionen beinhaltet (Tab. 1).

Ziel dabei ist es, sowohl akute als auch chronische Beschwerden und Schmerzen durch – von Ärzten und/oder Therapeuten ausgeführte – manuelle starke und oft schnelle Reizsetzungen möglichst rasch zu verbessern. Durch die damit erreichte Wiederherstellung der Mobilität und Reduktion von Schmerzen kann prinzipiell auf eine Ruhigstellung verzichtet werden. Als Ursachen-therapie ist FDM nicht anzusehen.

Wissenschaftlicher Hintergrund

Viele kennen FDM als Therapieform. Es existiert allerdings sehr wenig Literatur,^{1, 2} es gibt auch kaum wissenschaftliche Studien^{4, 5} und schon gar keine Metaanalysen. Es gibt jedoch immer mehr Patienten mit blauen Flecken, welche bei der Behandlung durchaus auftreten können, manchmal sogar über die gesamte WS oder Extremitäten. Diese Patienten weisen meist schon kurz nach einer Behandlung einen beachtlichen Therapieerfolg so-

wohl bei akuten Beschwerden als auch nach jahrelangem Leiden auf.

Je öfter die Reproduzierbarkeit und der Erfolg eines Systems oder Modells gewährleistet werden, desto mehr erhöht sich naheliegenderweise der Druck in unserer Öffentlichkeit, zu erklären, warum dies der Fall ist. Der Ruf nach entsprechender wissenschaftlicher Begründung wird laut. Allgemeine wissenschaftliche Kriterien erfüllt FDM durch Folgendes:

1. Erklärung der Beschwerden (auf Faszienstörungen zurückgeführt)
2. Hohe Reliabilität in der Gestik⁵
3. Klare Handlungsoptionen (Tab. 1)

Die Grundlagenforschung über die Funktion der Faszien gewinnt immer mehr an Bedeutung, wie durch die endoskopischen Verfahren des französischen plastischen Chirurgen Jean-Claude Guimberteau gezeigt wird. Hierbei wagt er den Paradigmenwechsel, dass die Anatomie von lebenden Geweben aus virtuellen Bereichen oder Schichten zusammengesetzt wird, wobei er

| Distorsionen | Definition (Modell) | Wahrnehmung, Gestik | Therapie |
|---------------------------------|---|--|--|
| TB (Triggerband) (Abb. 1, 3) | Bandförmige Verdrehung des Faszien- gewebes | Bandförmige Schmerzen entlang einer Linie | Bandförmiges Ausstreichen im Verlauf des Triggerbandes |
| HTP (hernierter Triggerpunkt) | Vorwölbung von Faszien- gewebe durch eine Bruchpforte | Punktuelle Schmerz im Weichteil- gewebe | Reposition des vorgewölbten Faszien- gewebes |
| CD (Kontinuumdistorsion) | Reizzustand an der Übergangszone (Ansatz) Knochen – Sehnen oder Bänder (Abb. 2) | Punktuelle Schmerz an der Knochen- Gewebe-Grenze | Forcierter Druck auf die knöcherne Re- gion der Übergangszone |
| FD (Faltdistorsion) (Abb. 4) | Störung der „Faltung“ einer Ge- lenkscapsel | Schmerzen tief im Gelenk | Impulstraktion oder Kompression eines Gelenkes |
| CyD (Zylinderdistorsion) | Flächige Verdrehung des subkuta- nen Faszien- gewebes | Flächige tiefe unspezifische Schmer- zen im Weichteilgewebe | Flächige Verdrehung und Verschiebung der Haut |
| TF (tektonische Fixation) | Blockade durch fehlende Gleitfä- higkeit in einem Gelenk | Schmerzfremie Einschränkung der Gleitfähigkeit eines Gelenkes | Mobilisierung und Impulstechnik des Gelenkes |

Tab. 1: Distorsionen: Definition, Wahrnehmung, Gestik und Therapie

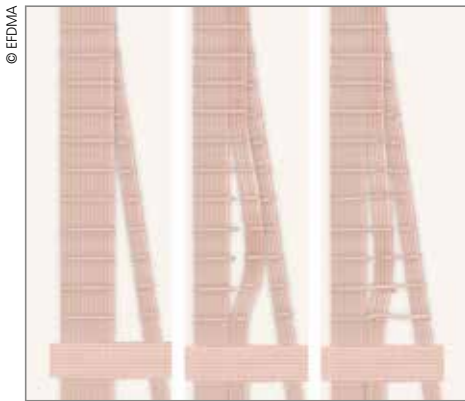


Abb. 1: Triggerband (TB)



Abb. 3: Triggerband entlang der paravertebralen Muskulatur

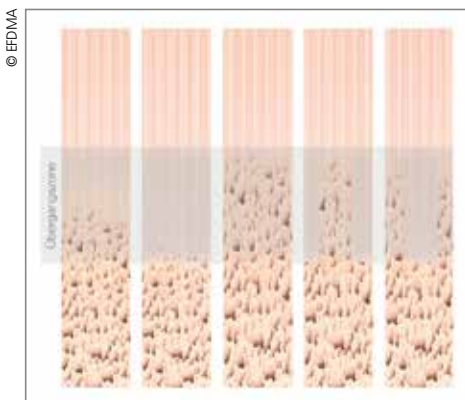


Abb. 2: Kontinuumsdistorsion (CD)

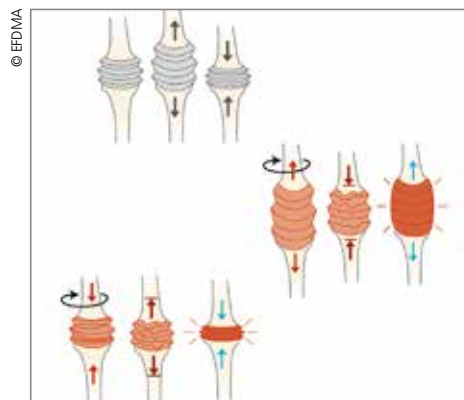


Abb. 4: Faltdistorsion (FD)

dies so beschreibt, dass unser Körper als dynamisches Gewebekontinuum fungiert.^{6,7} Auch Ultraschallverfahren lassen sich zur Darstellung vor und nach einer Behandlung heranziehen. Für klinische Studien gibt es bereits gute Ansätze, die wir in unserem Spital mit Unterstützung der EFDMA planen.

Wie passen das Ambulanzkonzept und das Faszien­distorsionsmodell zusammen?

Wie beschrieben zielt FDM auf eine möglichst rasche Wiederherstellung der Mobilität und Schmerzreduktion ab. Dieses Ziel wird auch im neuen Ambulanzkonzept des OSS verfolgt. Typaldos selbst begann mit der Entwicklung der Techniken in einer Ambulanz, als hintereinander drei Patienten mit dem gleichen Beschwerdemuster und der gleichen verbalen Beschreibung und Gestik vorstellig wurden und er mit den bisher bekannten Therapiemaßnahmen keine Verbesserung erzielen konnte.

Ein hernierter Triggerpunkt (HTP) im Nacken- oder Glutealbereich, ein Triggerband (TB) paravertebral (Abb. 3) oder am Trapezius und eine Faltdistorsion (FD, Abb. 4) an der Wirbelsäule sind bei entsprechender Erfahrung oft schnell getestet und damit auch behandelt. Es reicht auch oft eine Testung, einerseits, um zu erfahren, ob man eine Verbesserung der Mobilität und Erleichterung der Schmerzen kurzfristig erzielen kann, und andererseits, um zu sehen, ob die Patienten die Therapiemethode auch akzeptieren. Wenn das der Fall ist, werden weitere Therapieeinheiten bei niedergelassenen FDM-Ärzten oder -Therapeuten empfohlen.

Ziel ist es nicht, in unserer Ambulanz Hämatome zu verursachen und Patienten durch diese forsche Therapiemethode zu verschrecken, sondern eine rasche Verbesserung der Beschwerden bei entsprechender Indikation herbeiführen zu können. Die Typaldos-Methode nach FDM ist dafür ein sehr effizienter Therapieansatz und eine zusätzliche ausgezeichnete Ergänzung

unseres Ambulanzkonzeptes. Darüber hinaus bietet uns FDM eine gute Chance, eine Domäne der Orthopädie als Manualtherapie in einer modernen und zeitgemäßen Form wieder aufleben zu lassen.

Fazit

Aufgrund meiner reproduzierbaren guten Erfahrungen im niedergelassenen Bereich hat sich FDM auch als ausgezeichnete und hocheffiziente Testungs- und Therapiemethode in unserem Ambulanzbereich herauskristallisiert. In kurzer Zeit können Patienten mit oft jahrelang bestehenden Schmerzen und Bewegungseinschränkungen eine deutliche Erleichterung ihrer Beschwerden erfahren. Dies wird allerdings auch weiterhin eine Domäne für den niedergelassenen Bereich bleiben. Inwieweit FDM in der Öffentlichkeit zukünftig „salonfähig“ wird, werden die von uns geplanten wissenschaftlichen Studien zeigen. ■

Literatur:

- ¹ Typaldos SP: *Das Faszien­distorsionsmodell*. EFDMA, deutsche Ausgabe, 2012
- ² EFDMA: *FDM: Clinical and theoretical application of the fascial distortion model. Within the practice of medicine and surgery*. Bangor: Eigenverlag, 2002
- ³ Van der Wal J: *Faszien: Anatomie, Propriozeption*. Deutsche Zeitschrift für Osteopathie 2010; S 24-27, Haug/Thieme Verlag, Stuttgart, D
- ⁴ Harrer G: *Faszien­distorsionsmodell. Leitfaden Osteopathie. Parietale Techniken*. 773-800 Elsevier Verlag, München, D
- ⁵ Anker S: *Interrater-Reliabilität bei der Beurteilung der Körpersprache nach dem Faszien­distorsionsmodell (FDM)*. Master Thesis MSC, Donau-Universität Krems 2011
- ⁶ Guimberteau J-C, Armstrong C: *Architecture of human living fascia. The extracellular matrix and cells revealed through endoscopy*. Handspring Publishing, 2015, in preparation Pencaitland, UK
- ⁷ Guimberteau J-C, Armstrong C: *Endoscopic anatomy of the fascia*. Handspring Publishing, 2013 Pencaitland, UK

Autoren:
 Peter Guglia, Peter Machacek
 Abteilung für Konservative Orthopädie
 Wirbelsäulenzentrum: Leitung:
 Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Ogon
 Orthopädisches Spital Wien Speising
 E-Mail: klaus-peter.guglia@oss.at

Korrespondierender Autor:
 OA Dr. Peter Guglia
 ■04

Spezielle Danksagung an Markus Breineßl und Stefan Anker (EFDMA)