

Klaas Stechmann (B.Sc.) | Hannover

Das Faszien-Dis

Der Begriff Faszien-Distorsions-Modell (FDM) setzt sich aus den drei Wörtern Faszie, Distorsion (lat. Distortio – Verdrehung) und Modell, als zweckmäßige Betrachtung der Wirklichkeit, zusammen. Im Folgenden soll die manuelle Therapiemethode des Faszien-Distorsions-Modells vorgestellt werden. Die theoretischen Hintergründe sowie das Vorgehen während der Befundung und der Behandlung werden an zwei klinischen Fällen aus der Praxis des Autors beschrieben. Des Weiteren gibt es einen kurzen Ausblick auf die Evidenzbasierung des FDM und die Rolle der Faszien in unserem Körper.

Das FDM wurde in den 90er-Jahren von Dr. Stephen Typaldos, einem amerikanischen Notfallarzt und Osteopathen entwickelt. Beweggrund für seine Neuorientierung war die Erkenntnis, dass seine Patienten immer wiederkehrende Gesten zur Schmerzbeschreibung nutzten. Er begann, seine Behandlungen diesen körpersprachlichen Hinweisen und den subjektiven Schmerzbeschreibungen anzupassen. Hierfür entwickelte er einerseits neue Techniken, andererseits benutzte er bereits etablierte Manöver aus den manuellen Therapieverfahren (z. B. Manipulationen mit Impuls), passte diese jedoch den subjektiven Beschreibungen der Patienten genau an. Im Laufe der Jahre entwickelte Typaldos auf der Grundlage dieser Erfahrungen sein Diagnose- und Therapiekonzept, welches er 1994 zum ersten Mal publizierte und Faszien-Distorsions-Modell nannte. Als Grund für die repetierend auftretenden Beschwerdemuster sah er eine Läsion des fasziellen Gewebes, weswegen er den Begriff der Faszien-Distorsion benutzte.

Im FDM treten strukturelle Diagnosen wie Arthrose, Bandscheibenvorfall oder Bänderriss in den Hintergrund. Die klinische Erfahrung zeigt, dass ein und derselbe Strukturschaden (z. B. mediale Bandscheibenprotrusion L5/S1) in der Praxis von Patient zu Patient sehr stark variieren kann. Die Herangehensweise des FDM sieht den Patienten mit seinen subjektiv geäußerten Beschwerden im Vordergrund.

■ Die FDM-Diagnose

Bei der FDM-Diagnostik ist die körpersprachliche Beschreibung des Patienten das wichtigste klinische Kriterium. Es wird genau darauf geachtet, mit welcher Gestik ein Patient auf die schmerzhaften Bereiche seines Körpers zeigt. Weiterhin sind die subjektiven verbalen Schmerzbeschreibungen, der Verletzungsmechanismus sowie klinische Tests, bildgebende Verfahren, Laboruntersuchungen etc. von Interesse. An klinischen Tests werden in der Regel einfache, reproduzierbare Tests benutzt, um das Bewegungsmaß, die Kraft und die Belastbarkeit des betroffenen Bereichs beurteilen zu können. Hierbei werden eher globale Bewegungsmuster als vermeintliche Tests einzelner Strukturen begutachtet. Diese sind für das zielgerichtete Vorgehen bei der Behandlung und Re-Befundung sinnvoll. Hat ein Patient beispielsweise Schmerzen und Bewegungseinschränkungen bei der Kopf-Rotation, wird diese Bewegung benutzt, um den Behandlungserfolg zu überprüfen. Da unser Körper nicht in klar getrennten anatomischen Strukturen funktioniert, werden im FDM Bewegungseinheiten getestet und auch behandelt.

Diagnostik

Visuelle Analyse der Körpersprache/Gestik

Subjektive, verbale Beschreibung der Schmerzen

Verletzungshergang (aus der Anamnese gewonnen)

Objektive Befunde (Klinische Tests, Palpation)

Evtl. bildgebende Verfahren und weiterführende Diagnostik

Tab 1.: Diagnostische Prinzipien.

Die geschilderten Schmerzen werden in sechs Kategorien klassifiziert – den Faszien-Distorsionen. Jede einzelne hat ein spezifisches Beschwerdebild und passende Behandlungstechniken. Der Therapeut hat also eine praxisorientierte Arbeitshypothese, welche ihn direkt zur ersten Behandlung führt.

■ Behandlungsbeispiel 1: Achillodynie

Die Patientin, 29 Jahre alt und als Architektin vornehmlich im Büro tätig, klagt seit ca. zwei Monaten über Schmerzen in beiden Achillessehnen beim Lauftraining. Sie geht

torsions-Modell

Abb. 1. Typische Körpersprache.
1 Kontinuumsdistorsion
2 Zylinderdistorsion
3 und 4 Hernierter Triggerpunkt
5 Faltdistorsion



normalerweise drei bis viermal die Woche joggen, wobei sie nach ca. zehn Kilometern einen ziehenden Schmerz von beiden Fersen in die Wade hinauf verspürt. Der Arzt hatte ihr Schmerzmittel und Unterbrechung des Lauftrainings empfohlen. Die Patientin hielt sich daran, wurde jedoch zunehmend unzufrieden, da ihr Lauftraining einen wichtigen Ausgleich zum Büroalltag darstellt.

Als sie sich zur FDM-Behandlung vorstellt, wird sie gefragt, wo es weh tut. Daraufhin fährt sie mit ihrem Zeigefinger eine Linie vom Calcaneus die Wade hinauf. Dem FDM geschulten Therapeuten ist diese Gestik zur Schmerzbeschreibung als Triggerband bekannt. Also ist die Behandlungsoption auch klar. Der Therapeut übt mit seinem Daumen festen Druck auf die schmerzhafte Line aus, die die Patientin vorher gezeigt hat. Dabei wird der ganze Weg von der Kniekehle zum Ansatz der Achillessehne herabgefahren und versucht, alle tastbaren Verdrehungen zu glätten. Eine derartige Behandlung ist nicht selten mit Schmerz verbunden. Da die Patientin jedoch darüber aufgeklärt war, wurde dies bereitwillig toleriert. Nach der Behandlung wurde mit der Patientin vereinbart, dass sie in den kommenden Tagen ihr volles Laufprogramm aufnehmen sollte, um etwaige Behandlungserfolge überprüfen zu können.

Typus	Modellhafte Beschreibung	Körpersprachliche Beschreibung
Triggerband	Verdrehte bandartige Faszie	Streichen mit den Fingern entlang des betroffenen Areals
Hernierter Triggerpunkt	Gewebe eines Innenraums wölbt sich durch eine angrenzende Faszienebene	Drücken mit dem Daumen oder mehreren Fingern in ein bestimmtes Areal
Kontinuumsdistorsion	Pathologische Veränderung der Übergangszone zwischen Knochen und Band	Zeigen mit der Fingerspitze auf einen Punkt
Faltdistorsion	Dreidimensionale Veränderung der gelenknahen Faszien durch übermäßigen Druck oder Zug	Umfassen des betroffenen Gelenks mit der Hand, bzw. Faust wird auf den Rücken gelegt
Zylinderdistorsion	Spiralförmige Verformung der oberflächlichen Faszien	Wischen mit der Handfläche über den betroffenen Bereich bzw. wiederholtes Kneten mit der Hand
Tektonische Fixation	Verlust der Gleitfähigkeit	Schmerzfrem Bewegungseinschränkung, Steifigkeitsgefühl

Tab. 2 Beschreibung der einzelnen Faszienstörungen (Typaldos 2002, EFDMA 2012).

Faszien...

Beim zweiten Termin sagte die Patientin, die Beschwerden seien trotz der Wiederaufnahme des Lauftrainings verschwunden. Ihre Waden zeigten vom Druck der Behandlung deutliche Hämatome (s. Abb. 2). Auch bei zukünftigen Konsultationen gab die Patientin an, dass die Beschwerden nicht wiedergekehrt waren.

Behandlungsbeispiel 2: Low Back Pain

Ein Patient, 56 Jahre, stellt sich mit Schmerzen im unteren Rückenbereich vor. 2005 hatte er bereits einen Bandscheibenvorfall, weswegen er einen längeren Aufenthalt in einer Reha-Klinik hatte. Die gegenwärtige Rückenschmerzperiode dauert bereits seit 1,5 Jahren an. Während dieser Zeit hatte er mehrere Massage- und Fangoanwendungen sowie medikamentöse Therapie mit NSAR. Diese betäubten den Schmerz aber maximal für zwölf Stunden. Der Patient gibt an, durch den Schmerz stark in seiner Bewegung eingeschränkt zu sein. Bei der Erstuntersuchung wird die Beweglichkeit der LWS überprüft und nach Positionen und Bewegungen gesucht, welche den Schmerz provozieren. Während die Flexion unauffällig ist, sind



Abb. 2 Hämatome ca. eine Woche nach der ersten Behandlung.

die Extension und Lateralflexion links beinahe nicht möglich. Der Patient empfindet dabei ziehenden Schmerz im LWS-Bereich und im Gesäß. Er streicht mit seinen Fingern vom Sacrum die Wirbelsäule hoch und drückt mehrere Finger in den Glutealbereich.

Die beschriebenen Gesten weisen auf die Distorsionen des Triggerbands und des Hernierten Triggerpunkts (s. Abb. 1). Das FDM-Prozedere sieht vor, die gezeigten Bereiche mit direkten und intensiven Techniken zu behandeln. Der Patient wird einmal pro Woche behandelt, die gezeigten schmerzhaften Bereiche werden mit festem, aber präzisiertem Daumen-Druck behandelt. Nach insgesamt vier Behandlungen ist der Patient im Alltag und beim Joggen schmerzfrei. Er ist sehr erfreut, da er zum ersten Mal seit 1,5 Jahren schmerzfrei und ohne Medikamente leben kann.

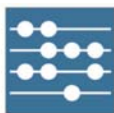
Behandlungsbeispiel 3: Chronische Knieschmerzen

Der Patient zog sich bei einem Badmintonspiel vor 1,5 Jahren durch wiederholte Sprünge Knieschmerzen zu. Als die Beschwerden nach wenigen Tagen nicht gebessert werden konnten, wurde ein Orthopäde aufgesucht, der Röntgen und MRT veranlasste. Die Diagnose lautete Patellalateralisation. Die Schmerzen werden als Dauerschmerz empfunden. Er wurde in der Vergangenheit bereits mehrfach physiotherapeutisch

anzeige



severins



ABRECHNUNGEN. UND MEHR!

Es ist an der Zeit, Ihren
"Abrechner" zu wechseln!

Jürgen Severins



Severins GmbH
Am Lippeglacis 16 - 18
46483 Wesel
Tel.: 0281 / 16394 - 0
Fax: 0281 / 16394 - 10

info@severins.de
www.severins.de

Besuchen Sie uns im
Internet!

„...kann man (...) als das größte Sinnesorgan des menschlichen Körpers bezeichnen (Schleip 2003).“

behandelt. Hierzu zählte die Kräftigung der Kniestrecker, insbesondere des M. vastus medialis obliquus, Dehnungen und manuelle Weichteiltechniken kontraktiver Kniebeuger und des Tractus iliotibialis. Das Zohlen-Zeichen ist negativ. Dabei wird die Patella mit einer Hand fixiert und distalisiert. Durch die aktive Anspannung des Quadrizeps wird die Patella anschließend wieder nach kranial bewegt. Dabei wird sie von der fixierenden Untersuchungshand leicht auf das femoropatellare Gleitlager gedrückt. Ein Knorpelschaden im Gleitlager ist daher eher unwahrscheinlich.

Der Patient beschreibt seinen Schmerz als „drückend, im Kniegelenk unter der Kniescheibe“. Dabei umfasst er mit gestreckten Fingern die Patella. Die verbale und nonverbale Beschreibung des Patienten deutet nach FDM-Kriterien auf eine Faltdistorsion hin. In der Modellvorstellung handelt es sich dabei um eine dreidimensionale Verdrehung der gelenknahen Faszien. Faltdistorsionen werden je nach Unfallmechanismus und Schmerzprovokation unter Kompression oder Traktion behandelt. Entscheidend ist die Richtung, welche bei Behandlung schmerzfrei ist. Um die Patella zu „entfalten“, wird das Knie des auf dem Rücken liegenden Patienten in Flexion gebracht. Die kraniale Hand fixiert den Oberschenkel, während die kaudale Hand die Patella nach kranial schieben kann. Dies muss für den Patienten schmerzfrei sein. Aus dieser Vorspannung wird ein Manipulationsimpuls gegeben. Nach einigen Versuchen in verschiedenen Positionen ist ein Manipulationsgeräusch zu hören, was im FDM als Erfolg zu verzeichnen ist. Nach der ersten Behandlung war der Patient für mehrere Stunden schmerzfrei. Im Laufe des nächsten Tages kehrten die Beschwerden jedoch in vollem Umfang zurück. In den Folgebehandlungen wurde nach demselben Schema verfahren. Auch wenn der Patient vorher als chronischer Schmerzpatient „abgestempelt“ wurde, konnte er erfolgreich behandelt werden. Chronizität wird im FDM nicht nach der verstrichenen Zeit beurteilt. Konnte die Distorsion korrigiert werden, so besteht auch kein Grund mehr für Beschwerden.

Anhand der drei Behandlungsbeispiele sollte das typische Vorgehen im FDM deutlich gemacht werden. Das Prozedere ist in der Regel recht simpel, jedoch sehr handlungsorientiert und zudem effizient. Zentrales Element ist immer der Patient mit seiner nonverbalen und verbalen Beschwerdepräsentation, welches während der Befunderhebung und Behandlung immer wieder überprüft wird. Strukturelles Denken und Diagnostik aufgrund bildgebender Verfahren rückt in den Hintergrund. Durch diese neue Sichtweise von Beschwerden eröffnen sich dem Therapeuten und Patienten neue Möglichkeiten.

■ Evidenzbasierung

Obwohl das FDM ein eher junges Konzept ist, bestehen bereits einige Studien zur Diagnostik und Therapiewirksamkeit. Stein (2008) untersuchte die Wirksamkeit des FDM gegenüber der Manuellen Therapie bei „frozen shoulder“-Patienten und kam zu signifikanten bis hochsignifikanten Ergebnissen der Outcomes. Rossmly (2002) entwarf eine Pilotstudie mit ebenfalls signifikanten Ergebnissen. Die Wirksamkeit des FDM bei proximaler Radiusfraktur untersuchte Teszner 2011. Zur Diagnostik bestehen zwei Studien: Stechmann (2011) untersuchte die Intertester-Reliabilität im FDM anhand der Körpersprache. 16 Tester beurteilten Videos, die die Körpersprache von 16 Patienten zeigten. Hierbei konnte ein Kappa-Wert von 0.61 detektiert werden, was als beachtliche Übereinstimmung interpretiert werden kann. Anker (2011) kam bei einer größer angelegten Studie zu einem Kappa-Wert von 0.51, welches ähnliche Schlussfolgerungen zulässt.

■ Fazit

Faszien erfüllen im Körper eine Vielzahl an Aufgaben. Durch ihre Dichte an Rezeptoren und freien Nervenendigungen kann man sie als das größte Sinnesorgan des menschlichen Körpers bezeichnen (Schleip 2003). Sie haben entscheidende Funktion bei der Kraftübertragung, der Immunabwehr, der Kommunikation, besitzen die Fähigkeit sich aktiv zu kontrahieren und sind auch an der Nozizeption beteiligt (Schleip et al. 2012). Auch wenn es wachsende Evidenz dafür gibt, dass Faszien eine zentrale Rolle bei Schmerzen und Bewegungseinschränkungen spielen, wurden die von Typaldos beschriebenen „Distorsionen“ bisher nur wenig untersucht bzw. nachgewiesen. Der Autor weist darauf hin, dass Typaldos' Beschreibung als zweckmäßige Beschreibung der Realität betrachtet werden sollte – als ein Modell eben. Dennoch stimmen die ersten Ergebnisse positiv. Weitere Studien können mit Spannung erwartet werden.



Klaas Stechmann (B.Sc.)
 ist Physiotherapeut, Heilpraktiker und freier Mitarbeiter in einer Physiotherapiepraxis sowie einer Praxis für FDM/Osteopathie in Hannover.

Eine Literaturliste kann in der IFK-Geschäftsstelle angefordert werden.