

Udo Bargfeldt, ZOP-Fortbildungen

Aufbaukurs 2

HWS-Integration / Faszien

HWS-Integration:

Die HWS ist das letzte Glied der mechanischen Kette von den Füßen aufwärts. Sie muss alle Dysbalancen bzw. Dysfunktionen der Beine/Arme und des Rumpfes kompensieren.

Mögliche Dysfunktionen:

A) Parietal > Knochen und myofasziale Ketten

B) Viszeral-parietal > Beispiel Ptose und dekompenzierte Kyphose

C) Emotional-faszial > Emotionale Zysten (Trauma) in dem faszialen Netz

D) Ebenso wird sie Kopfanomalien, z.B. nach Geburtstraumen, kompensieren.

Letztendlich versucht die HWS den Kopf so optimal zu halten, dass wir gut sehen (horizontal) und gut hören können bzw. dass wir optimal in Balance sind.

Das kann auch jahrelang gut gehen. Die ersten Störungen treten auf, wenn die HWS nicht mehr so kompensationsfreudig ist: man wird älter!

Kritisch wird es erst dann, wenn zusätzliche Traumen, OP's oder emotionale Krisen dazukommen. Und dann kommen wir Osteopathen ins Spiel und suchen die Ursachen für die Beschwerden des Patienten.

Fasziale Integration:

Die drei cervicalen Faszien-schichten haben folgende Beziehungen:

Faszie cervicalis superficialis (Lamina superficialis):

*Diese Faszie besteht aus kollagenen und elastischen Fasern und entspricht den **Hautmuskelschichten**.*

Nach cranial hat es eine Beziehung zu der Galea aponeurotica, zur Faszie temporo-parietalis, zum SMAS (superficielles muskulo-aponeurotisches System > Gesichtsmuskeln) und zum Platysma.

Caudal zum M.sphinkter ani externus oder dem M. dartos im Skrotum.

Allgemein hat diese äußere Faszie Kontakt zu den Faszien der oberen und unteren Extremitäten, des Rückens und des Beckens.

Funktion:

Unterstützung der Venen, damit sie offen bleiben. Organisation des Fettgewebes. Gleitschicht zwischen Haut und Muskel. In ihr verlaufen viele Nervenfasern.

Faszie cervicalis media (Lamina pretrachealis):

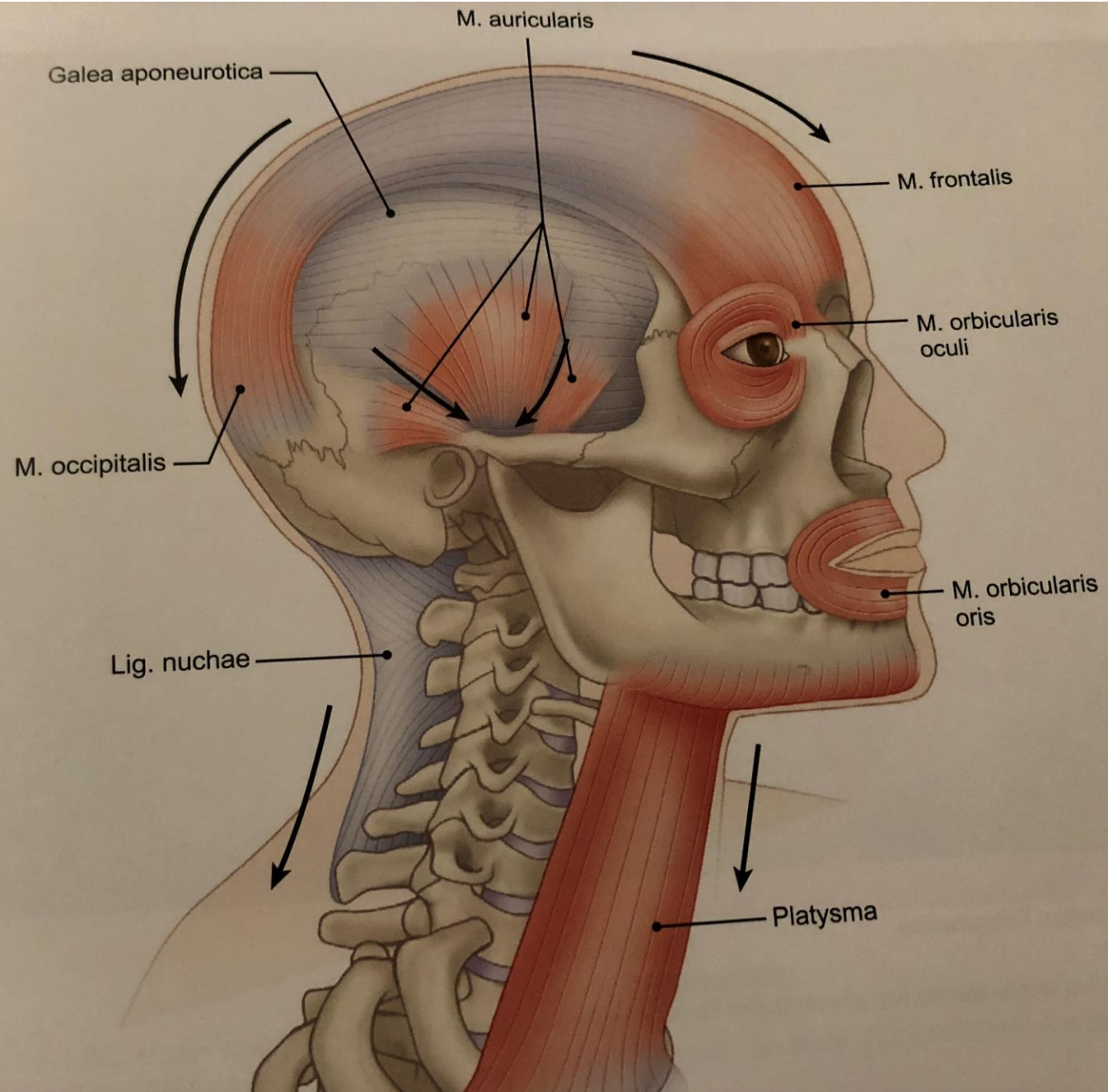
Dieser mittlere Teil der cervicalen Faszie zieht cranial in die *Faszie epicranialis* und *temporalis*. Caudal geht sie in die Faszie endothoracica und weiter in die Faszie transversalis bzw. in das Perineum über.

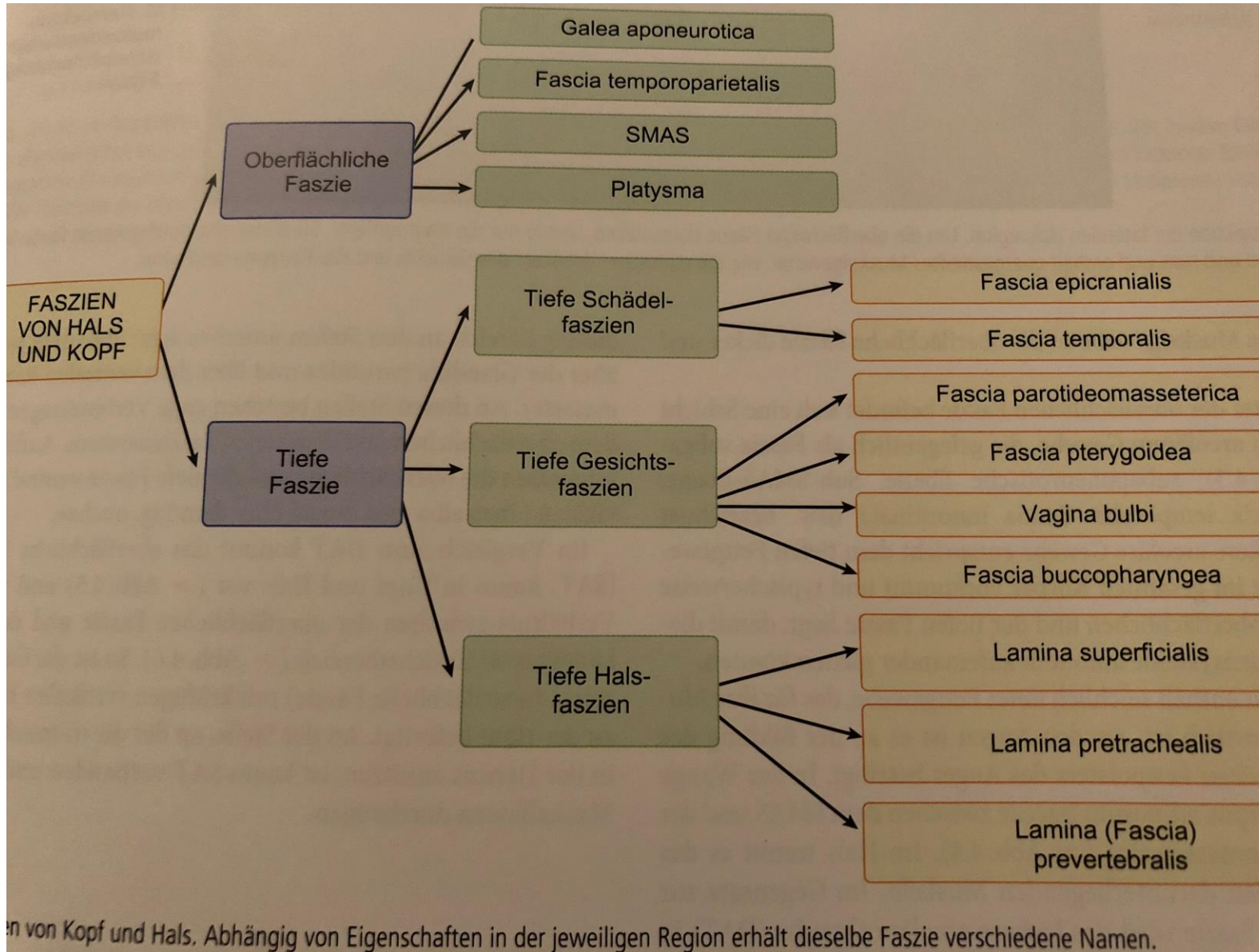
Faszie cervicalis profunda (Lamina prevertebralis):

Auch diese Faszie zieht über die Faszie endothoracica und transversalis in die Aponeurosen des Perineums. Betont soll hier auch die Beziehung zur Faszie renalis und Faszie iliaca werden.

Cranial hat die Faszie profunda (siehe auch Lamina pretrachealis) Kontakt zur *Faszie temporalis* und zur *Faszie epicranialis* > Periost > Schädelknochen > Dura mater!

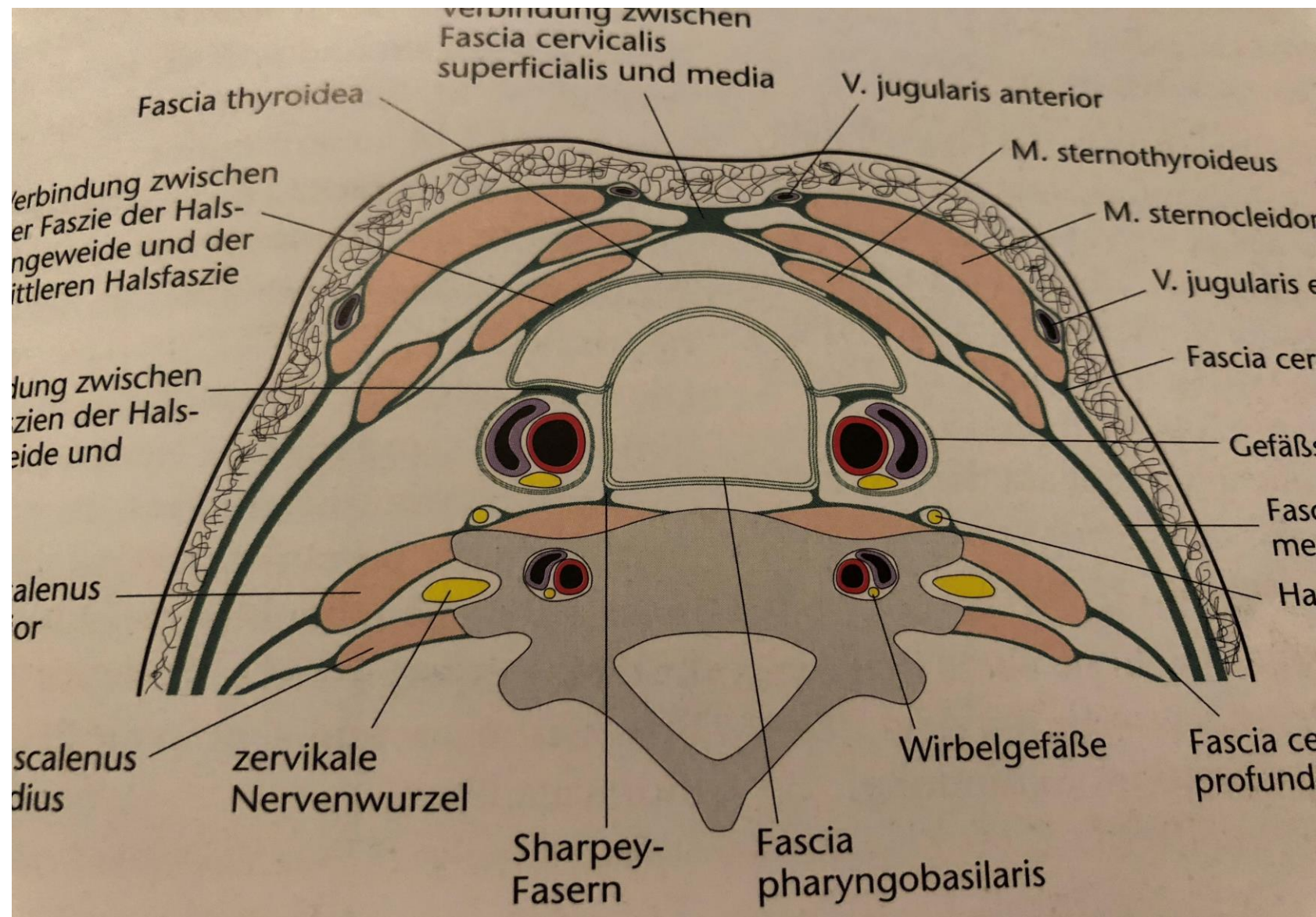
Im Inneren (ventral) hat die Faszie bucco-pharyngea, die Kontakt zum Sphenoid und der Maxilla hat, eine Verbindung zum Oesophagus > Mediastinum/Zwerchfell/Magen/Wirbelsäule > tiefe Faszien Becken > Bein/Fuß.





SMAS: Superfizielles muskuloaponeurotisches System

Faszie buccopharyngea > Kontakt zum Periost der Maxilla und der Innenseite des Processus pterygoideus



Kontakt zur Faszie cervicalis profunda haben >

Pars basilaris (Occiput),
 Querfortsätze,

N. sympathicus, N. vagus
 Spinalnerven (vordere Äste)

A. carotis communis, V. jugularis
 int.

Prävertebrale Muskeln,
 Scalenigruppe

Pharynx und Oesophagus

Faszie endothoracica

Fazit: Die Faszie cervicalis superficialis bzw. profundus hat einen Kontakt zu den Dornfortsätzen / Querfortsätzen der HWS und den entsprechenden Muskeln.

Die inneren cervicalen Faszien haben cranial und caudal eine Beziehung zu den inneren Faszien des Kopfes und des Rumpfes!

Die HWS-Region:

Faszial:

- a) Ganglion cervicale superior (Sympathicus) zum Wirbelkörper C2
- b) Faszie (Ligamentum) cervico-pleurale > Aufhängung der Pleurakuppel zu den Wirbelkörpern C6/C7

Nerval:

- a) N. vagus hat eine Beziehung zu dem Nerv C2
 - > N. vagus ist ca. zu 80% afferent > stimuliert den Nerv C2 > versorgt sensibel Occiput und motorisch die autochthone Nackenmuskulatur
- b) N. phrenicus (C3/4) versorgt motorisch das Diaphragma und sensibel das Peritoneum, Perikard und die Pleura. Zu viele sensible Information kann zu einer Irritation der Strukturen führen, die aus dem Niveau C3-C5 versorgt werden. Fasziale Beziehung ??

Strategie:

1. Termin

- 1) Anamnese
- 2) Allgemeiner Sichtbefund
- 3) Untersuchung HWS
- 4) Gibt es Beziehungen zu anderen Regionen?
 - 4a) faszial zentral oder faszial lateral
 - 4b) viszeral-nerval
 - 4c) viszeral-faszial
 - 4d) emotional-faszial
- 5) Fazit / Ergebnis
- 6) Behandlung

2. und 3. Termin:

Abbau der pathologischen Ketten. Spätestens nach der dritten Behandlung sollte eine positive Tendenz zu erkennen sein.

Man muss sich auch im Klaren darüber sein, dass:

- a)... es viele Ursachen geben kann.
- b) ...man evtl. nicht alle Ursachen findet.
- c) ...man nicht alle Ursachen behandeln kann (z.B. Skoliose).
- d) ...man sich manchmal nur auf Schadensbegrenzung konzentriert.

Aufzählung verschiedener osteopathischen Techniken im Niveau C1 (exemplarisch für C1-C6/C7)
in Rückenlage:

Läsion > Atlas steht in Rotation rechts

Befund > der linke Arcus posterior ist dominant, schmerzhaft und die Muskulatur ist hypertone.

Lokale Techniken:

- a) Linken Arcus posterior fixieren und Patient pendelt rhythmisch mit den Augen von links unten nach rechts unten und zurück.
- b) Side of ease > Rotation rechts, Side of barrier > Rotation links > jeweils mit minimaler Kompression die Position halten.

c) **Shake-Technik** > mit den Finger leicht in die Barriere drücken und mit Rotationsimpulse, die aus dem Körper (!) kommen, mobilisieren.

d) **Druckwelle** > transversal und cranio-caudal

> Visuelle Vorstellung: der Körper besteht aus über 60% gebundenes Wasser und hat eine gelartige Konsistenz. Gibt man an einem Ende des Körpers einen Druck, bzw. löst eine Druckwelle aus, dann muss unter normalen Umständen diese Druckwelle auf der gegenüberliegende Seite ankommen.

> Das kann man als Test , aber auch als Technik benutzen.

transversal > beide Finger liegen an dem Arcus posterior links/rechts und geben abwechselnd links und rechts einen Druck ins Gewebe (Schaukelbewegung). Achte auf den Rhythmus !

cranio-caudal > Finger liegt am linken Arcus posterior an. Rechte Hand liegt rechts auf dem Kopf und gibt einen Druckimpuls zum linken Finger, der wiederum in die Richtung rechte Hand drückt (Schaukelbewegung). Achte auf den Rhythmus !

e) klassische Manipulationstechniken in Seitneigung rechts.

f) globale dynamische fasziale Techniken > es wird der linke Arcus posterior fixiert

* beide aufgestellten Beine werden langsam runtergeschoben

* das linke aufgestellte Bein macht eine IR/AR oder/und kann isoliert runtergeschoben werden.

- * LWS-Rotation über die aufgestellten Beine.
- * BWS-Rotation über die aufgerichteten Arme.
- * Tiefe Bauch- und Brustatmung.
- * Linker oder rechter Arm oder beide Arme langsam anheben bzw. senken lassen
- * Den linken aufgestellten Arm nach links und rechts bewegen lassen. Alternativ kann man auch eine „8“ schreiben lassen.
- * Den Mund öffnen und schließen lassen.

Verknüpfung von Dyfa-Techniken mit faszialen cranialen Techniken (Facra-Techniken):

Beispiel 1: Migräne und SIG-Dysfunktion (L/L) mit Paraesthesien im Dermatome S1

A) Facra > frontale Ebene > posterior steht caudal / anterior steht cranial

B) Facra > sagittale Ebene > rechte Seite steht posterior / linke Seite steht anterior

Verknüpfung:

A) Occipitale Fläche nach cranial fixieren und:

- * vorsichtig Beckenkipfung ausführen lassen

- * aufgestellten Beine langsam runterschieben lassen
- * aufgestellten Arme langsam ablegen lassen

B) rechte Seite nach anterior fixieren und:

- a) rechtes aufgestelltes Bein runterschieben lassen
- b) rechtes aufgestelltes Bein in AR/IR bewegen lassen
- c) rechten Arm langsam auf und ab bewegen

Beispiel 2: Frontaler Kopfschmerz, Augendruck, häufig Sinusitis, Verstopfungstendenz und diffuser Rückenschmerz

Facra > transversale Ebene > Maxilla insgesamt fixiert > Maxilla steht in Shiftposition rechts und nach links rotiert

Facra > frontale Ebene > Os frontale steht caudal / Occiput steht cranial

Erarbeite die Verknüpfung....