



Diese Abschlussarbeit wurde für die Heilpraktiker Schule May verfasst.

Alle Rechte liegen beim Verfasser.

Abschlussarbeit, über die osteopathische Wirkungsweise bei einer postnatal erworbenen, infektiösen Wirbelsäulendegeneration, mit Skoliose, Kyphose, Gibbusbildung und daraus entstandener Fusion der Brustwirbelkörper TH 10-12, schulmedizinisch austherapiert

Verfasserin: Claudia Weiß, Osteopathin, HP-Schule May,

Bad Wörishofen

Tutorin: Bonnie-Sue May, Osteopathin, HP-Schule May,

Bad Wörishofen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Hypothese	5
3. Hintergrund	5
4. Erklärung Pathologie Myelitis, Spondylitis und Spondylodiszytis incl. Definition und Therapieverfahren	5-10
4.1 Symptome, Diagnostik	
4.2 schulmedizinische Therapien	
4.3 Akuttherapien	
4.4 konservative, symptomatische Therapien	
4.5 medikamentöse Therapien	
4.6 operative Therapien	
5. Erklärung, Pathologie Skoliose incl. Definition und Therapieverfahren.	11-14
5.1. Symptome, Diagnostik	
5.2 schulmedizinische Therapien	
5.3 konservative, symptomatische Therapien	
5.4 operative Therapien	
5.5 Dauertherapie	
6. Erklärung, Pathologie Kyphose incl. Definition und Therapieverfahren	14-18
6.1 Symptome, Diagnostik	
6.2 schulmedizinische Therapien	
6.3 Akuttherapien	
6.4 konservative, symptomatische Therapien	
6.5 medikamentöse Therapien	
6.6 operative Therapien	
7. Erklärung, Pathologie Gibbus incl. Definition und Therapieverfahren	18-20
7.1 Verweis auf Kyphose	
8. Erklärung, Pathologie Migräne incl.	

Definition und Therapieverfahren.....	20-22
8.1 Symptome, Diagnostik	
8.2 schulmedizinische Therapien	
8.3 Akuttherapien	
8.4 konservative, symptomatische Therapien	
8.5 medikamentöse Therapien	
8.6 Dauertherapie	
9. Erklärung, Pathologie Migräne zervicale incl.	
Definition und Therapieverfahren.....	22-25
9.1 Symptome, Diagnostik	
9.2 schulmedizinische Therapien	
9.3 Akuttherapien	
9.4 konservative, symptomatische Therapien	
9.5 medikamentöse Therapien	
9.6. operative Therapien	
10. Einverständniserklärung.....	26
11. Zielparameter, Auswirkungen.....	26
12. Dauer und Ablauf.....	26
13. Interventionsbeschreibung.....	26-27
14. ärztliche Diagnosen	27
15. Anamnese	27-29
16. Untersuchung.....	29-31
16.1 Inspektion	
16.2 osteopathische Untersuchung	
16.2.1 cranial	
16.2.2 parietal	
16.2.3 in Bauchlage	
16.2.4 visceral	
16.2.5 Tests	
17. Ablaufschema, Zeitplan.....	32-35

18. Behandlung 1-5 mit Intervention.....	34-37
19. Ergebnisse und Untersuchung.....	38-40
19.1 Inspektion	
19.2 osteopathische Untersuchung	
19.2.1 cranial	
19.2.2 parietal	
19.2.3 in Bauchlage	
19.2.4 visceral	
19.2.5 Tests	
19.3. Ergebnisse der Behandlungen 1-5	
20. Behandlung 6-10 mit Intervention.....	40-43
21. Abschlussuntersuchung.....	43-45
21.1 Inspektion	
21.2 osteopathische Untersuchung	
21.2.1 cranial	
21.2.2 parietal	
21.2.3 in Bauchlage	
21.2.4 visceral	
21.2.5 Tests	
22. Diskussion.....	46-47
23. Abschlussuntersuchung Klinikum Nürnberg.....	48-49
24. Literaturverzeichnisse	50-51
25. Anhang.....	52-76

Inhalt

Ziel war es, die osteopathische Wirkungsweise bei einer postnatalen infektiösen Wirbelsäulendegeneration, hervorgerufen durch eine reaktivierte Myelitis, mit Skoliose, Kyphose, Gibbusbildung und daraus entstandener Fusion der Brustwirbelkörper TH 10-12, schulmedizinisch austherapiert, zu prüfen.

Studie

Einzelfallstudie.

Behandlungen

Die Studie geht über 10 Behandlungen.

Zielparameter

Zielparameter waren eine verbesserte Beweglichkeit des fusionierten Bereiches, mit gleichzeitig angestrebter Verbesserung der begleitenden Migräne, eine Stabilisierung des Bewegungsapparates und ein Aufhalten von weiteren pathologischen Veränderungen, ausgehend von der Ursprungsschädigung.

Ergebnisse

Das komplette System reagierte anfangs sehr aggressiv und mit Schmerzen, Neuralgien und Blockaden, da Statik, Faszien, Nerven und Gelenke die neuen Impulse nur sehr zögerlich annahmen, oder gar ablehnten.

Es stellte sich jedoch im Laufe der Zeit eine deutliche Verbesserung der Beschwerden und der Beweglichkeit dar.

Fazit

In dieser Einzelfallstudie konnte durch die individuelle osteopathische Behandlung, eine deutliche Verbesserung der Schmerzsymptomatik, Beweglichkeit und weiteren pathologischen Begleiterscheinungen, in diesem schulmedizinisch austherapierten Fall, erzielt werden.

Weitere klinische Studien wären allerdings wünschenswert.

1. Einleitung

Nach dem Entschluss, meine osteopathische Abschlussarbeit zu schreiben, war mir von Beginn an klar, dass ich über die postnatale, infektiöse Wirbelsäulendegeneration schreiben möchte, da es mich selbst betrifft. Damals im Säuglingsalter, war es schwierig, eine adäquate, zutreffende Diagnose zu stellen. Auch die Therapie gestaltete sich viele Jahre sehr schwierig und stieß immer wieder an ihre schulmedizinischen Grenzen. Mit begleitenden Therapieverfahren, wie Korsett, Krankengymnastik, Schmerz und Entzündungsmedikation wurde das Ganze über Jahre zudem unterstützt.

2. Hypothese

Die Osteopathie kann bei einer austerapierten, fusionierten degenerierten Wirbelsäulenschädigung mit vielen daraus entstandenen „Nebenkriegsschauplätzen“ lindernd bzw. unterstützend einwirken.

3. Hintergrund

Wirbelsäulendegenerationen, sog. Spondylosen, entstehen normalerweise durch pathologische Veränderungen an den Wirbelkörpern, Bandscheiben und den Intervertebrälräumen. In der Regel entwickelt sich eine Spondylose im Laufe der Jahre, durch Abnutzung, Traumata, Entzündungen oder Infektionen.

4. Erklärung, Pathologie, Definition Myelitis, Spondylitis, Spondylodiszitis incl. Therapieverfahren

Eine postnatale, infektiöse Wirbelsäulendegeneration, entsteht nach der Geburt durch eine Infektion. Die Ursache für eine Myelitis, Spondylitis bzw. Spondylodiszitis kann in einer bakteriellen (z. B. Staphylokokken, Salmonellen, Neisserien, Brucellen), mykotischen, viralen oder parasitären Ansiedelung (meist hämatogene Streuung) liegen. Dabei muss der Auslöser äußerst aggressiv oder resistent sein, da ein Säugling 6 Monate lang über den sog. „Nestschutz“ verfügt. Oftmals gelingt kein Erregernachweis (Spondylitis fugax), so dass die Myelitis, Spondylitis bzw. Spondylodiszitis ätiologisch ungeklärt bleibt. [1]

4.1 Pathologie

Bei einer Degeneration im Säuglingsalter greift das Virus/Bakterium den kindlichen Organismus an, lagert sich an der Wirbelsäule an, infiziert, entzündet sich und baut schließlich den Wirbel, insbesondere die vorderen Wirbelkörperanteile, während weitgehendst Wirbelbögen, Quer und Dornfortsätze unbeteiligt bleiben- pathologisch um. Im schlimmsten Fall führt die Entzündung zur Osteomyelitis. Es kommt hierbei nicht nur zu schweren physiologischen sondern auch zu neurologischen und fazialen irreparablen Schädigungen an Knochen, Nerven und Gewebe. [1]

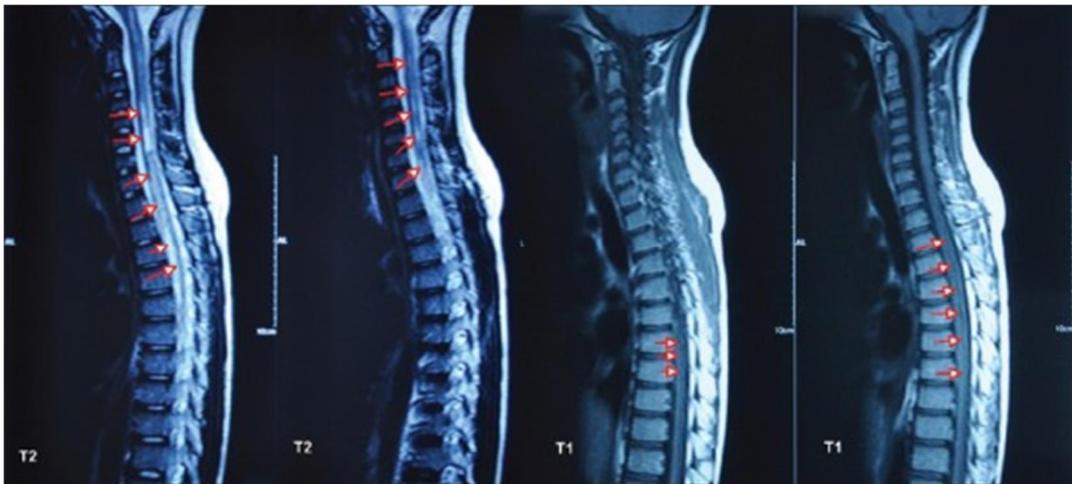


Abbildung 9

Die Ausbildung von Keilwirbeln oder Blockwirbeln ist möglich. Paravertebrale (selten epidurale) Abszedierungen oder Senkungsabszesse entlang der Muskelloge des M. sacrospinalis sind möglich. Eine Spondylodiszitis ist im Kindesalter durch die oft noch eigenständige Perfusion der Bandscheibe häufig (viertes bis zehntes Lebensjahr). In den letzten zehn Jahren hat sich die Zahl von Studien zu den demyelinisierenden Erkrankungen bei Kindern exponentiell erhöht. Demyelinisierende Erkrankungen bei Kindern können monophasisch oder chronisch sein. In den letzten Jahren haben wir die menschlichen T- Zell-Leukämien Virus Typ 1, West -Nil-Virus, Enteroviren -71, und Lyme-Borreliose in zunehmendem Maße als infektiöse Ursachen der Myelopathien erkannt. [1, 3, 7]

4.2 Symptome, Diagnostik

Blande und klinisch nahezu unauffällige Verläufe sind ebenso wie schwere septische Krankheitsverläufe möglich. Eine bakterielle Myelitis, Spondylitis bzw. Spondylodiszitis kann neben einer hochgradigen lokalen Schmerzsymptomatik

(Rückenschmerzen) im betroffenen Wirbelsäulenabschnitt von Allgemeinsymptomen (Fieber, Abgeschlagenheit) und laborchemisch erhöhten Entzündungswerten begleitet sein. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule ist hochgradig schmerzhaft eingeschränkt. Radikuläre Beschwerden, neurologische Defizite oder eine Querschnittssymptomatik sind vergleichsweise selten, aber bei Ausbildung eines epiduralen Abszesses möglich. Typische einphasige Erkrankungen bei Kindern sind akute disseminierte Enzephalomyelitis mit klinisch isoliertem Syndrom, einschließlich optischer Neuritis und Querschnittsmyelitis. Vasculäre Myelopathien sind seltener als entzündliche und infektiöse Myelopathien, sie führen aber eher zu verheerenden klinischen Defiziten. [1,3,7]

Die klinischen Untersuchungsbefunde können stark variieren. Betroffen ist meist der thorakolumbale Wirbelsäulenabschnitt. Abgesehen von einer diskreten Klopferschmerzhaftigkeit kann die Beweglichkeit der Wirbelsäule uneingeschränkt sein. Ebenso können je nach Ausprägung der Erkrankung bei akutem Verlauf erhebliche Druck- und Klopferschmerzhaftigkeit bei nahezu aufgehobener Beweglichkeit des Wirbelsäulenabschnitts mit fixierter Schonhaltung imponieren. Äußerliche Entzündungszeichen (Überwärmung, Rötung) fehlen meist. Die paravertebrale Muskulatur weist reflektorisch einen deutlich erhöhten Tonus auf. Bei längeren Krankheitsverläufen ist die Ausbildung einer fixierten Kyphose möglich. [1]

Röntgenologisch kann sich je nach Stadium und Ausprägung der Spondylitis bzw. Spondylodiszitis ein unterschiedliches morphologisches Bild zeigen. Meist ist im Gegensatz zur Spondylitis tuberculosa nur ein Wirbelkörper (Spondylitis) oder ein Bewegungssegment (Spondylodiszitis) betroffen (Abb. 1). Unregelmäßige Begrenzungen der Grund- und Deckplatten mit Osteolysen oder fleckförmigen subchondralen Sklerosierungen sind typisch. Der asymmetrische Verlust der Wirbelkörperhöhe mit Verschmälerung des Zwischenwirbelraums ist späteren Stadien vorbehalten. hyperostotische Veränderungen der vorderen Wirbelkörperanteile mit scheinbarer Aufweitung des ventralen Zwischenwirbelraums sind ebenfalls möglich und können typisch für eine Brucellose (Morbus Bang) sein. Mithilfe der Kernspintomographie lassen sich die initialen Veränderungen (Knochenmarködem) in unmittelbarer Nähe zu den Grund- und/oder Deckplatten abgrenzen. Weiterhin kann eine Mitbeteiligung neuraler Strukturen bzw. die Ausbildung eines epiduralen Abszesses ausgeschlossen werden. [1]

Eine diagnostische Sicherung ist durch eine Punktion und anschließende histologische und mikrobiologische Aufarbeitung des Präparats anzustreben. [1]

4.3 Schulmedizinische Therapien

Die Behandlung einer Myelitis, Spondylitis bzw. Spondylodiszitis besteht in einer Immobilisation des betroffenen Wirbelsäulenabschnitts und der gezielten mehrwöchigen oder mehrmonatigen antibiotischen Therapie. Die Entscheidung zwischen konservativen und operativen Behandlungsformen richtet sich nach der Lokalisation der Spondylitis, dem Ausmaß der knöchernen Destruktion, eventuell vorliegenden neurologischen Defiziten und Allgemeinsymptomen. Bei Kindern und Jugendlichen überwiegen die konservativen Therapiemaßnahmen. [1]

4.4 Akuttherapien

Aktuelle therapeutische Strategien sind akute anti-entzündliche Behandlung und Rehabilitation. Liegt eine akute Myelitis, Spondylitis mit septischen Allgemeinsymptomen vor, sollte auch vor der Keimbestimmung und Resistenztestung bereits eine breit wirksame antibiotische Therapie erfolgen. Liegen neurologische Defizite vor, ist ein operatives Vorgehen indiziert. [1]



Abbildung 1

radiologische Darstellung der Spondylodiszitis im unteren Lumbalbereich

<http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=01886> [1]

4.5 konservative/symptomatische Therapien

Grundsätzlich ist eine gezielte mehrwöchige oder mehrmonatige antibiotische Therapie erforderlich. Betrifft die Myelitis, Spondylitis bzw. Spondylodiszitis die untere Halswirbelsäule oder die obere bzw. mittlere Brustwirbelsäule, ist auch bei struktureller Veränderung der betreffenden Wirbelkörper meist ein konservatives Vorgehen möglich. Dies besteht in einer kurzfristigen (mehrtägigen) Immobilisation und der anschließenden funktionellen Behandlung unter Immobilisation mit einer Orthese oder einem Korsett. Eine medizinische Rehabilitation unterstützt die Verbesserung der Funktion und der Kapazität. Ab einem bestimmten Skoliosewinkel ist es wichtig, die Progression und die Entwicklung von abnormalen Haltungsgewohnheiten aufzuhalten, indem man durch die Unterstützung eines Korsetts den Körper in einer korrekten, vertikalen Position hält [1, 9, 10]

Betrifft der entzündliche Prozess den thorakolumbalen Bereich, ist eine längerfristige Immobilisation (sechs bis zwölf Wochen) mit anschließender Korsettversorgung erforderlich. Wegen der vergleichsweise langen Behandlungszeit ist hier eher das operative Vorgehen indiziert. Entzündliche Veränderungen des Lendenwirbelsäulenbereichs oder des lumbosakralen Übergangs werden in aller Regel wegen der mangelnden Möglichkeit zur Immobilisation operativ behandelt. Kommt es unter der konservativen Therapie zu einer Zunahme der ossären Destruktion, der Ausbildung einer Instabilität oder ausbleibender bzw. unzureichender knöcherner Ausheilung, ist ebenfalls ein operatives Vorgehen indiziert. [1]

4.6 medikamentöse Therapien

Antibiotika nach mikrobiologischer Keimbestimmung und Resistenztestung. Nur bei hochakuten Verlaufsformen mit septischen Allgemeinsymptomen ist eine breit wirksame Antibiotikatherapie auch ohne vorherige Keimbestimmung sinnvoll. [1]

4.7 operative Therapien, in Erwägung gezogen, in diesem Fall nicht durchgeführt

Auch wenn bei Befall des thorakolumbalen Wirbelsäulenabschnitts sowohl konservative als auch operative Therapiemaßnahmen möglich sind, ist dem operativen Vorgehen wegen der bekannten Risiken einer längerfristigen Immobilisation durch Bettruhe der Vorzug zu geben. Die Spondylitis des lumbalen und lumbosakralen Bereichs stellt eine Operationsindikation dar. Kommt es unabhängig von der Lokalisation während der konservativen Therapie zu neurologischen Ausfällen, einer Zunahme der knöchernen Destruktion, Ausbildung einer Instabilität des Bewegungssegments oder unzureichender knöcherner Konsolidierung, ist ebenfalls das operative Vorgehen zu favorisieren. [1]

Die gängigste Operationsmethode ist die ventrale Herdausräumung mit Auffüllung des knöchernen Defekts und die ventrale oder dorsale Stabilisierung. [1]

In dieser speziellen Einzelfallstudie kam es im Alter von 4 Jahren zu einem myelotischen Re-Infekt, mit den typischen Symptomen einer Teilparese rechts ab TH 8, mit Dolor, Rubor, Schüttelfrost und hohem Fieber. Es wurde ein über mehrere Wochen andauernder Krankenhausaufenthalt von Nöten, mit hochdosierter Antibiose, Ruhigstellung und völliger Isolation.

5. Erklärung, Pathologie Skoliose incl. Definition und Therapieverfahren

Strukturell determinierte teilfixierte oder fixierte Seitverbiegung und Rotationsfehlstellung eines oder mehrerer Wirbelsäulenabschnitte über 10° unbekannter Ätiologie. [2]

Die idiopathischen Skoliosen betreffen meist den thorakalen oder thorakolumbalen Wirbelsäulenabschnitt und nur selten die Lendenwirbelsäule. Vor allem die thorakalen Skoliosen zeigen eine deutliche Progredienz während des Wachstums und fallen den Kindern oder den Eltern durch die Asymmetrie des knöchernen Thorax auf. Funktionsstörungen der Lunge (Kurzatmigkeit) bleiben ausgeprägten Deformitäten vorbehalten. Schmerzen werden nur selten beklagt. [2]

Lumbalskoliosen können klinisch lange unauffällig bleiben und erst durch eine scheinbare Prominenz des Beckens auf der konkaven Seite, den konvexseitigen Lendenwulst oder das konkavseitig vertiefte Taillendreieck auffallen. Rückenschmerzen werden im Gegensatz zu den thorakalen Skoliosen häufig auch

schon im Jugendalter beklagt. Ältere Patienten berichten über Rückenschmerzen nach längerem Sitzen und Stehen oder gebückter Haltung, wobei keine Korrelation zum Ausmaß der Skoliose oder der Rotation besteht. [2]

Die seltene infantile Skoliose tritt während der ersten drei Lebensjahre auf und stellt sich meist als linkskonvexe C-förmige thorakale Skoliose dar. Die juvenile Skoliose tritt bei Kindern zwischen dem vierten und dem zehnten Lebensjahr auf und kann sowohl thorakal als auch lumbal ausgebildet sein. Die häufigste Form, die Adoleszentenskoliose, ist überwiegend thorakal vorhanden und weist eine rechtskonvexe Krümmung auf. Klinisch imponiert eine Seitverbiegung der Wirbelsäule, die C-förmig oder bei Ausbildung von Ausgleichskrümmungen auch S-förmig gestaltet sein kann. [2]

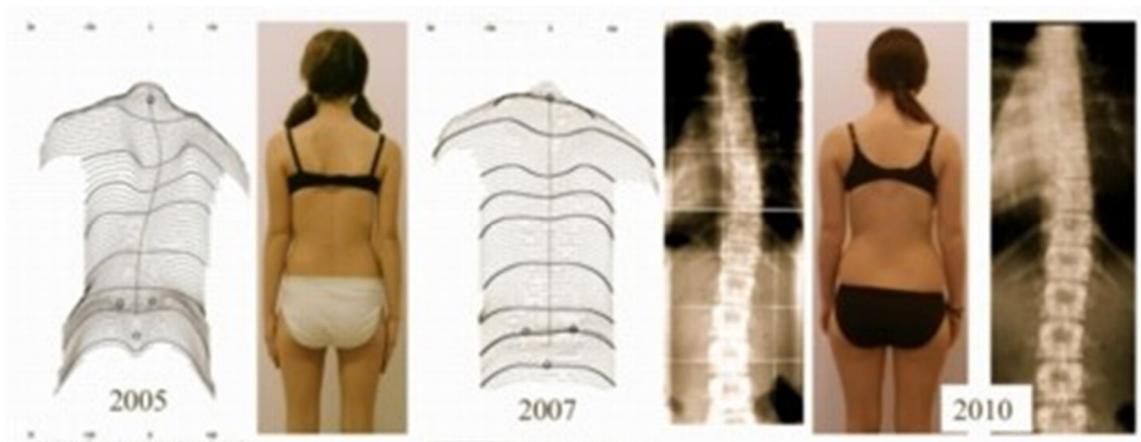


Abbildung (5)

5.1. Symptome, Diagnostik

Kongenitale, neuropathische, myopathische, mesenchymale, metabolisch oder traumatisch bedingte Skoliosen, Morbus Scheuermann, Spondylodiszitis, Tumor, schmerzbedingte Wirbelsäulenfehlhaltung (z. B. Ischiasskoliose bei Bandscheibenprolaps) [2]

5.2 schulmedizinische Therapien

Die Behandlung der idiopathischen Skoliose richtet sich nach ihrem Ausmaß, der Progredienz und dem Alter des Betroffenen und ist in der Regel bei Deformitäten bis 40° konservativ. Ziel der Behandlung ist es dabei, strukturellen Deformitäten vorzubeugen, das Ausmaß der Skoliose zu reduzieren bzw. eine Progredienz der Fehlstellung zu vermeiden. Progrediente Skoliosen über 40° stellen vor allem bei

begleitenden neurologischen oder kardiopulmonalen Auswirkungen bereits im Wachstumsalter eine Indikation zur operativen Korrektur dar. Das Ziel der Behandlung ist der Ausgleich der Deformität mit Wiederherstellung des physiologischen Wirbelsäulenprofils. [2]

Außerdem richtet sich die Behandlung der Skoliose auch nach ihrer Ätiologie, ihrem Ausmaß, den beklagten Beschwerden, dem Alter und der Steh- bzw. Sitzfähigkeit des Betroffenen. Liegen der Skoliose strukturelle Deformitäten (z. B. Halbwirbel) zugrunde, so ist durch konservative Maßnahmen keine wesentliche Beeinflussung der Fehlstellung möglich. Neuropathisch oder myopathisch bedingte Skoliosen können bei nicht geh- oder stehfähigen Patienten durch geeignete Orthesen oft so stabil gefasst werden, dass eine deutliche Verbesserung der Sitzfähigkeit resultiert. [16]

5.3. Konservative/symptomatische Therapien

Eine regelmäßige (tägliche) physiotherapeutische Übungsbehandlung (gegebenenfalls auf neurophysiologischer Basis), die nach entsprechender Anleitung der Kinder bzw. Jugendlichen und deren Eltern selbständig durchgeführt werden sollte, ist ein wesentlicher Aspekt der konservativen Behandlung. Als alleinige Behandlung sind diese Maßnahmen bis zu einem Skoliosewinkel von ca. 20° ausreichend. Stärkere Krümmungen (20-40°) oder eine deutliche Progredienz stellen die Indikation zur Korsettversorgung dar. Wenn ein teilaktives Skoliosekorsett angepasst wird, sollte die Tragedauer 23 Stunden nicht unterschreiten. Das Korsett ist bis zum Abschluss des Wachstums (röntgenologische Beurteilung der Beckenkammapophysen; Risser-Zeichen) erforderlich. Begleitende Maßnahmen wie Elektrostimulation der Muskulatur werden hinsichtlich ihrer Wirksamkeit kontrovers beurteilt. Skoliosen über 40° thorakal bzw. 50° lumbal, die eine zunehmende Schmerzsymptomatik, deutliche Progredienz oder neurologische bzw. kardiopulmonale Komplikationen aufweisen, sollten operativ korrigiert werden. [16]

5.4 operative Therapien

Prinzipiell ist die operative Korrektur der Skoliose sowohl über eine dorsale als auch eine ventrale Instrumentierung oder eine Kombination beider Verfahren möglich. [16]

Dorsale Instrumentierungen können prinzipiell durch Lamina-Haken-Systeme oder transpedikuläre Schrauben in Kombination mit Stabsystemen vorgenommen

werden, wobei Letztere biomechanisch überlegen sind. Wenngleich rein dorsale Instrumentierungen ohne Spondylodese zur Wuchslenkung beschrieben sind, stellen sie eine Ausnahme dar. Bei geplantem dorsalen Vorgehen und kontrakten Skoliosen sind mobilisierende Vorbehandlungen sinnvoll. Dazu gehören physiotherapeutische Therapien sowie Extensionen (z. B. Halo-Schwerkraft-Methode). Möglich ist auch die Durchführung eines endoskopischen ventralen Release mit teilweiser Entfernung der Bandscheiben, um eine ausreichende Mobilisation der Wirbelsäule zur Wiederherstellung des physiologischen Wirbelsäulenprofils zu erzielen. In der Regel ist zur ausreichenden Stabilisierung der ventralen Säule die kombinierte interkorporelle Fusion unverzichtbar. Ventrale Verfahren mit einer Stabilisation über Schrauben-Stab-Systeme ermöglichen ein ventrales Release, eine konvexseitige Kompression, konkavseitige Distraction und eine Derotation zur Wiederherstellung der sagittalen Wirbelsäulenschwingungen. [16]

5.5 Dauertherapien

Da nicht von einer Ausheilung der Skoliose auszugehen ist, ist die konsequente Durchführung physiotherapeutischer Übungsbehandlungen weiterhin sinnvoll. Rückenschwimmen und eine wirbelsäulengerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes sind ebenfalls empfehlenswert. [16]

In dieser speziellen Einzelfallstudie handelt es sich um eine lokale, kompensatorische Skoliose, bedingt durch die thorakale Fehlbildung mit Gibbusbildung. Hier kann meiner Meinung nach, mit gezielten, osteopathischen Behandlungen zur Erhaltung der Beweglichkeit über die Struktur, einer weiteren Verschlimmerung der Seitneigung vorgebeugt und eine gewisse Stabilität erreicht werden.

6. Erklärung, Pathologie Kyphose incl. Definition und Therapieverfahren

Nach posterior konvexe Krümmung der Wirbelsäule [1]

Im Bereich der Brustwirbelsäule besteht physiologischerweise eine flexible nach dorsal konvexe Schwingung (Kyphose). Eine Kyphose der Lenden- oder Halswirbelsäule ist als krankhafte Veränderung zu interpretieren und kann nach Erkrankungen oder Verletzungen entstehen. [1]

6.1 Symptome, Diagnostik

Klinisch imponiert physiologischer Weise im Brustwirbelsäulenbereich eine nach dorsal konvexe Wirbelsäulenausbiegung, die flexibel oder kontrakt sein kann. Möglich ist die quantitative klinische Bestimmung des Kyphose Ausmaßes mithilfe eines Kyphometers. Klinisch ist die mangelnde Aufrichtbarkeit der Kyphose zu überprüfen, indem sich der Patient mit hängendem Kopf nach vorn beugt, dann den Kopf aktiv anhebt und so versucht, die Brustkyphose aktiv auszugleichen. Ebenso kann der Ausgleich der Brustkyphose aus der Bauchlage überprüft werden. Gelingt dies nicht, ist die Kyphose strukturell fixiert. Besteht eine übermäßige Brustkyphose über einen längeren Zeitraum, kann es kompensatorisch zu einer Hyperlordosierung der Lendenwirbelsäule kommen, was sich durch die seitliche Inspektion der Wirbelsäule abgrenzen lässt. [1]

Das genaue Ausmaß der Brustkyphose lässt sich durch Messung des Kyphosewinkels (nach Stagnara) bestimmen. Hierzu werden anhand eines Röntgenbilds in seitlicher Projektion Tangenten an die Grundplatte des vierten Brustwirbelkörpers und die Deckplatte des zwölften Brustwirbelkörpers angelegt (Normalwert $< 40^\circ$). Krankhafte Kyphosierungen werden quantifiziert, indem das Ausmaß der Kyphose zwischen der Grundplatte des ersten normal ausgerichteten kranialen Wirbelkörpers und der Deckplatte des ersten normal ausgerichteten kaudalen Wirbelkörpers bestimmt wird. [1]

Durch Krankheiten (Frakturen, Tumoren, Osteoporose (siehe Osteoporose Typ II), Adoleszentenkyphose, Spondylodiszitis, ankylosierende Spondylitis, Rachitis, Marfan-Syndrom, Neurofibromatose) kann es zu einer strukturell präformierten und meist rigiden Ausprägung einer Kyphose im Brustwirbelsäulenbereich oder im Übergang zur Hals- bzw. Lendenwirbelsäule kommen. [1]

6.2 Schulmedizinische Therapien

Therapeutisch kann im Kindes- und Jugendalter eine Korsettversorgung sinnvoll sein. Ausgeprägte kyphotische Deformitäten können operativ aufgerichtet werden. Die Indikation besteht dann, wenn zunehmende Beschwerden, neurologische Ausfallerscheinungen, eine progrediente Kyphosierung, Blickfeldabweichungen oder eine Instabilität angrenzender Wirbelsäulensegmente auftreten.[1]

Früher Beginn der Wirbelsäulendeformitäten (EOSD) kann lebensbedrohlich bei sehr jungen Kindern sein. Im Wachstum der Wirbelsäule, ist die chirurgische Intervention oft unvermeidlich und sollte so schnell wie möglich durchgeführt werden. Ein deformierter Abschnitt der Wirbelsäule betrifft nicht nur die Entwicklung der verbleibenden, gesunden Wirbelsäule, sondern auch, den Thorax (was die Lungenfunktion beeinflusst), die Extremitäten und die Körper-Balance. Eine posteriore Wirbelsäulen Resektion (PVCR) stellt eine wirksame chirurgische Lösung für solche Probleme dar. Allerdings ist hier die Literatur über PVCR meist auf die Anwendung bei Jugendlichen oder Erwachsenen beschränkt. Der Zweck dieser Studie war es, unsere Erfahrungen mit PVCR in EOSD zu veranschaulichen und die OP-Technik in Bezug auf die einzigartige Anatomie der jungen Kinder zu beschreiben. [8]

PVCR scheint eine wirksame Technik, um schwere EOSD behandeln. Es gibt jedoch wichtige Unterschiede in der Anwendung bei kleinen Kindern, wenn man sie mit älteren Patienten vergleicht. Bei Patienten mit EOSD sind weitere Eingriffe, häufig während des Wachstums erforderlich, da sie den Wirbelkörpern das Wachstum und der Wirbelsäule die spätere Fusion erlauben. [8]

6.3 Akuttherapien

Eine sofortige operative Therapie ist nur bei Kyphosen infolge Frakturen, tumoröser Destruktion oder Entzündung (z. B. Spondylodiszitis) indiziert [1]

6.4 Konservative, symptomatische Therapien

Kommt es infolge einer Spondylodiszitis der Hals-, Brust- oder oberen Lendenwirbelsäule mit bevorzugtem Befall der anterioren Wirbelkörperanteile zur Ausbildung einer Kyphose, kann eine konservative Therapie mit gezielter Antibiotikatherapie und Immobilisation durchgeführt werden. Trotz

bildwandlergestützter Punktion des Wirbelkörpers gelingt allerdings nur bei etwa der Hälfte der Patienten ein Keimnachweis. Im Hals- und Brustwirbelsäulenbereich kann nach Anpassung einer reclinierenden Orthese eine frühfunktionelle Behandlung erfolgen. Ist der thorakolumbale oder lumbale Abschnitt betroffen, sollte vorübergehend eine Immobilisation durch Bettruhe (sechs bis zwölf Wochen) eingehalten werden, ehe die Mobilisationsphase mit einem Korsett eingeleitet werden kann. [1]

Betrifft die Myelitis, Spondylitis bzw. Spondylodiszitis die untere Halswirbelsäule oder die obere bzw. mittlere Brustwirbelsäule, ist auch bei struktureller Veränderung der betreffenden Wirbelkörper meist ein konservatives Vorgehen möglich. Dies besteht in einer kurzfristigen (mehrtägigen) Immobilisation und der anschließenden funktionellen Behandlung unter Immobilisation mit einer Orthese, oder einem Korsett. [1]

6.5 Medikamentöse Therapien

Analgetika, Antiphlogistika, [1]

6.6 Operative Therapien

Verstärkte Kyphosierungen der Brustwirbelsäule können operativ korrigiert werden, wobei je nach Ätiologie der Profilstörung kurzstreckige oder langstreckige Korrekturen indiziert sind. Meist ist zunächst ein ventrales Release (gelegentlich auch endoskopisch möglich) erforderlich, ehe die dorsale Instrumentierung vorgenommen werden kann. Abschließend erfolgt die ventrale interkorporelle Spondylodese. [1]

Entzündliche Veränderungen der Wirbelsäule (Spondylodiszitis) mit zunehmender Kyphosierung können operativ saniert und stabilisiert werden. Hierzu werden ventrale Verfahren (Herdsanierung, Knochenspananlage) bevorzugt, die mit einer anterolateralen Instrumentierung zur Schaffung einer ausreichenden Primärstabilität kombiniert werden können. Der operative Ausgleich einer verstärkten Kyphosierung im zervikothorakalen Übergang (z. B. bei ankylosierender Spondylitis) erfolgt in der Regel durch ein kombiniertes dorsoventrales Vorgehen, da erst nach Durchführung eines ventralen Release eine ausreichende Aufrichtung des Wirbelsäulenabschnitts durch eine dorsale Instrumentierung möglich ist. [1]

Kurzbogige Kyphosierungen (z. B. im thorakolumbalen Wirbelsäulenbereich) infolge Frakturen werden zunächst von dorsal über einen Fixateur interne ausgeglichen.

Anschließend erfolgt von ventral die Spondylodese mit oder ohne partiellen Wirbelkörperersatz. Dieses Verfahren ist der transpedikulären interkorporellen Spongoplastik hinsichtlich der Fusionsraten überlegen. [1]

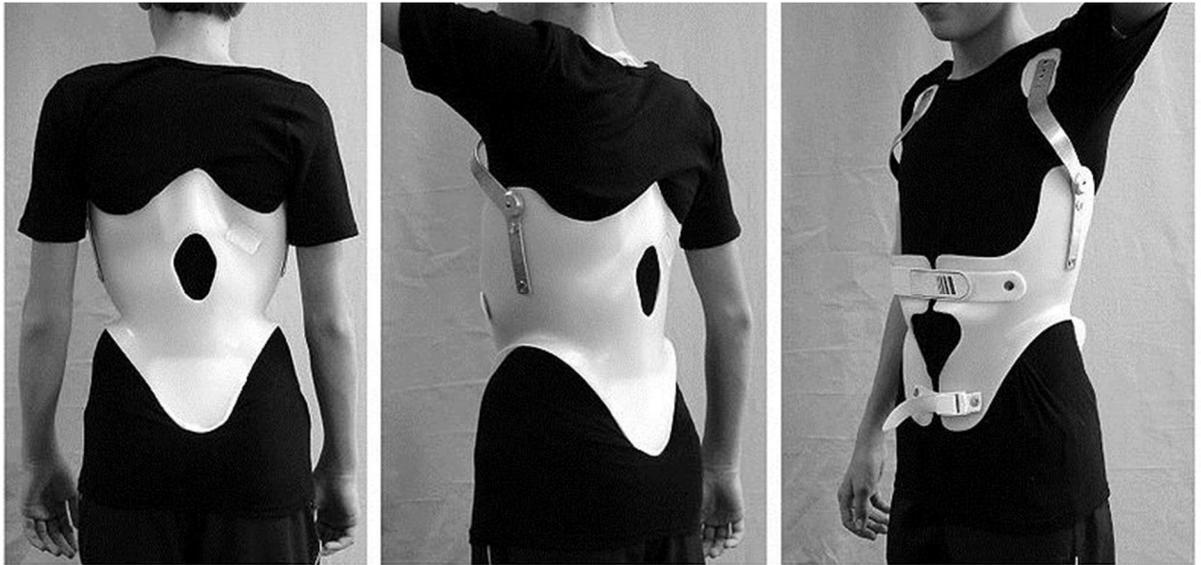


Abbildung [12]

Betrifft der entzündliche Prozess den thorakolumbalen Bereich, ist eine längerfristige Immobilisation (sechs bis zwölf Wochen) mit anschließender Korsettversorgung erforderlich. Wegen der vergleichsweise langen Behandlungszeit ist hier eher das operative Vorgehen indiziert. Entzündliche Veränderungen des Lendenwirbelsäulenbereichs oder des lumbosakralen Übergangs werden in aller Regel wegen der mangelnden Möglichkeit zur Immobilisation operativ behandelt. Kommt es unter der konservativen Therapie zu einer Zunahme der ossären Destruktion, der Ausbildung einer Instabilität oder ausbleibender bzw. unzureichender knöcherner Ausheilung, ist ebenfalls ein operatives Vorgehen indiziert. [1]

Auch wenn bei Befall des thorakolumbalen Wirbelsäulenabschnitts sowohl konservative als auch operative Therapiemaßnahmen möglich sind, ist dem operativen Vorgehen wegen der bekannten Risiken einer längerfristigen Immobilisation durch Bettruhe der Vorzug zu geben. Die Spondylitis des lumbalen und lumbosakralen Bereichs stellt eine Operationsindikation dar. Kommt es unabhängig von der Lokalisation während der konservativen Therapie zu

neurologischen Ausfällen, einer Zunahme der knöchernen Destruktion, Ausbildung einer Instabilität des Bewegungssegments oder unzureichender knöcherner Konsolidierung, ist ebenfalls das operative Vorgehen zu favorisieren. Eine posteriore Wirbelsäulen Resektion (PVCR) stellt eine wirksame chirurgische Lösung für solche Probleme dar. Allerdings ist hier die Literatur über PVCR meist auf die Anwendung bei Jugendlichen oder Erwachsenen beschränkt. Der Zweck dieser Studie war es, unsere Erfahrungen mit PVCR in EOSD zu veranschaulichen und die OP-Technik in Bezug auf die einzigartige Anatomie der jungen Kinder zu beschreiben. [8,11]

Die gängigste Operationsmethode ist die ventrale Herdausräumung mit Auffüllung des knöchernen Defekts und die ventrale oder dorsale Stabilisierung. [8,11]

Bei dieser speziellen Einzelfallstudie ist auf Grund der ventralen Blockwirbelbildung mit 45° von TH 10-12, mit einer Verbesserung der knöchernen Struktur eher nicht zu rechnen, allerdings ist ein über Jahre gleichbleibender Gibbuswinkel der Nachbarwirbel TH 9 – L1, ein Indiz dafür, dass über die strukturelle, osteopathische Arbeit, einer Verschlechterung des Neigungswinkels, positiv entgegengewirkt werden konnte. Das wurde von Prof. Dr. Hirschfelder erfreut zur Kenntnis genommen.

7. Erklärung, Definition Gibbus incl. Definition und Therapieverfahren.,

Als eine Kyphose (griechisch κύφωσις, wörtlich „Buckelung“ von κύφος, kýphos, „Buckel“) wird in der Fachsprache beim Menschen eine nach hinten (dorsal) konvexe Krümmung der Wirbelsäule bezeichnet. Natürlicherweise kommt Kyphose im Brustbereich (Brustkyphose) vor und am Ende der Wirbelsäule noch als eine kleine Kyphose, die sogenannte Sakralkyphose. Erst bei einer krankhaften Verstärkung der Kyphose, in diesem Fall jene der Brustwirbelsäule, spricht man von einem Rundrücken, einer Hyperkyphose, einem Buckel oder lateinisch einem Gibbus. In dieser Fallstudie wurde die starke Gibbusbildung (51°) von der Fusion und Blockwirbelbildung indiziert. [13]

Der Cobb-Winkel (nach John Robert Cobb) dient als Maß für die Beurteilung der Kyphose. Ein stark deformierter Abschnitt der Wirbelsäule betrifft nicht nur die Entwicklung der verbleibenden, gesunden Wirbelsäule, sondern auch, den Thorax

(was die Lungenfunktion beeinflusst), die Extremitäten und die Körper-Balance.
[8]

7.1 Weitere Beschreibungen finden sie unter „Kyphose“ (6.1-6.6)



Abbildung 9



Röntgenbild Patientin , Abbildung 1/ Brustkyphose, mit starker Gibbusbildung

8. Erklärung, Definition Migräne incl. Therapieverfahren

Erkrankung mit periodisch auftretenden Attacken von Kopfschmerzen, welche häufig mit Licht-, Geruchs-, und Lärmempfindlichkeit sowie Übelkeit und Erbrechen einhergehen. [14] Hierbei unterscheidet man zwischen einer Migräne und der Migräne zervikale.

8.1 Symptome, Diagnostik

Ätiologisch werden folgende Kopfschmerzarten unterschieden: Migräne ohne und mit Aura. Die Prävalenz bei Frauen beträgt 12-14 %, bei Männern 7-8 %. Bei Kindern besteht vor der Pubertät kein Geschlechtsunterschied, die Prävalenz erreicht 3-5 %. 50 % der Kinder mit kindlicher Migräne erleiden nach der Pubertät keine weiteren Attacken. Während die Migräne bei Frauen meist nach der Pubertät beginnt, treten Migräneattacken bei Männern eher zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr auf. Eine erstmalige Migräne nach dem 45. Lebensjahr ist selten und sollte zu weiterer Diagnostik Anlass geben. Bei der Migräne ohne Aura treten Kopfschmerzen ohne neurologische Defizite auf; der Kopfschmerz ist in über 60 % der Fälle einseitig, teilweise mit wechselnder Seitenbevorzugung und pulsierendem Charakter mittlerer bis starker Intensität. Migräneattacken mit Aura gehen neurologische Symptome voraus, welche sich innerhalb von ca. 20 min (oder kürzer) entwickeln und bis zu einer Stunde andauern. Häufig sind Sehstörungen, Skotome, Hemianopsien, Parästhesien, Paresen, neuropsychologische Ausfälle (kortikal), aber auch Ausfälle seitens des Hirnstamms kommen vor z. B. Schwindel, Doppelbilder, Ataxie. Der parallel oder nach der Aura auftretende Kopfschmerz dauert wie bei der Migräne ohne Aura zwischen 4 und 72 Stunden an. Auren ohne Kopfschmerzen können besonders bei jüngeren Patienten auftreten. Bei Kindern ist der Kopfschmerz häufig holokranial und hält kürzer an. Pathophysiologisch spielt bei Migräne eine Aktivierung des trigeminovaskulären Systems eine Rolle. Im Tiermodell konnte eine neurogene Entzündung der Dura mit Freisetzung von Entzündungsmediatoren und vasoaktiven Neuropeptiden gezeigt werden. [14]

Anamnese und neurologische Untersuchung; kraniale Kernspintomographie zum Ausschluss intrazerebraler Ursachen, bei zervikogenem Kopfschmerz Röntgen der Halswirbelsäule in zwei Ebenen, Kernspintomographie der Halswirbelsäule, Duplexsonographie der extra- und intrakraniellen Arterien. [14]

Zusätzliche fachärztliche Untersuchung durch Hals-Nasen-Ohren-Arzt und Orthopäden. [14]

8.2 Differenzialdiagnosen:

Organische Ursachen, Blutung ausschließen! [14]

8.3 Akuttherapien:

Analgetika (Paracetamol, Aspirin) und NSAR (nicht-steroidale Antirheumatika: Ibuprofen, Diclofenac, Indometacin). [14]

Serotonin-5-HT 1B/D-Agonisten: Triptane, passieren außer Sumatriptan die Blut-Hirn-Schranke, arterielle Vasokonstriktion, Hemmung der Freisetzung vasoaktiver Neuropeptide; Kontraindikation: Zustand nach Myokardinfarkt, Schlaganfall, koronare Herzerkrankung, schlecht einstellbarer Hypertonus. [14]

Metoprolol: Antiemetikum in akuter Attacke. [14]

8.4 Konservative/symptomatische Therapien

Nicht-medikamentös: Verhaltenstherapie, Akupunktur, Ausdauersport, ausreichend Schlaf, kein abrupter Wechsel der Lebensgewohnheiten. [14]

8.5 Dauertherapien

Migräneprophylaxe: Beta-Blocker, Kalziumkanalblocker und Valproinsäure als Mittel erster Wahl, Azetylsalizylsäure und NSAR als Mittel zweiter Wahl. [14]

9. Erklärung, Definition Migräne zervikale incl. Therapieverfahren

Kopfschmerzen, die in Abhängigkeit von Kopfhaltung und Kopfbewegung auftreten, aufgrund Dysfunktion der knöchernen und/oder der muskulären und ligamentären Fehlfunktion der Halswirbelsäule. Zervikogener Kopfschmerz: seitenkonstanter, ziehender, nicht-pulsierender Kopfschmerz mit reproduzierbaren Auslösern durch Halsbewegungen und -haltungen bzw. durch externen Druck auf Ansatz der okzipitalen Sehnenansätze oder Austritt des N. occipitalis, Halsbeweglichkeit eingeschränkt, hemilaterale pseudoradikuläre Schmerzen, teilweise kontinuierlicher fluktuierender Kopfschmerz, Schmerzexazerbationen, seltener autonome Störungen wie Schwindel, Übelkeit, Photophobie, Verschwommensehen. Prävalenz in der Bevölkerung: 2,5 %; Überwiegen des weiblichen Geschlechts: 2-3 : 1; Erstmanifestation: ca. 17 Jahre. Pathophysiologisch: Gelenkdysfunktionen der oberen Halswirbelsäule mit Störung der duro-muskulären und duro-ligamentären Verbindungen mit Aktivierung der Nozizeptoren trigeminaler rezeptiver Felderuskulären Fehlfunktion der Halswirbelsäule. [15]

9.1 Symptome, Diagnostik

Anamnese und neurologische Untersuchung; kraniale Kernspintomographie zum Ausschluss intrazerebraler Ursachen; bei zervikogenem Kopfschmerz Röntgen der

Halswirbelsäule in zwei Ebenen, Kernspintomographie der Halswirbelsäule, Duplexsonographie der extra-und intrakraniellen Arterien. [15]

Zusätzliche fachärztliche Untersuchung durch Hals-Nasen-Ohren-Arzt und Orthopäden. [15]

9.2 Differentialdiagnosen

Organische Ursachen, intrazerebrale Raumforderung, Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. [15]

9.3 Akuttherapien

Zervikogener Kopfschmerz: NSAID, Muskelrelaxantien, Injektion von Methylprednisolon. [15]

9.4 Medikamentöse Therapien

Zervikogener Kopfschmerz: NSAID, trizyklische Antidepressiva, Muskelrelaxantien, Gabapentin, Carbamazepin, Valproat, Injektion von Methylprednisolon, Botulinumtoxin-A-Therapie. [15]

9.5 Operative Therapien

Operative Verfahren: Neurektomie, dorsale Rhizotomien, mikrovaskuläre Dekompression, keine sichere Beurteilung möglich aufgrund unzureichendem Studiendesign. [15]

9.6 Dauertherapien

Nicht-medikamentöse Behandlung: manuelle Zervikal Traktion, Muskeldehnung, segmentale Mobilisierungs- und Muskeldehnungstechniken, manuelle Techniken nach Kaltenborn-Evijenth und Maitland-Konzept. [15]

Bei diesem Fallbeispiel handelt es sich eindeutig um eine Migräne zervikale. Die Gründe für das Auftreten der Migräne sind hier: die Vorschädigung der knöchernen Struktur in der HWS, die Hyperlordose der HWS, die Fehlrotation des Atlanto occipital-Gelenkes und der Sitz des Schädels aufgrund Skoliose und Kyphose.

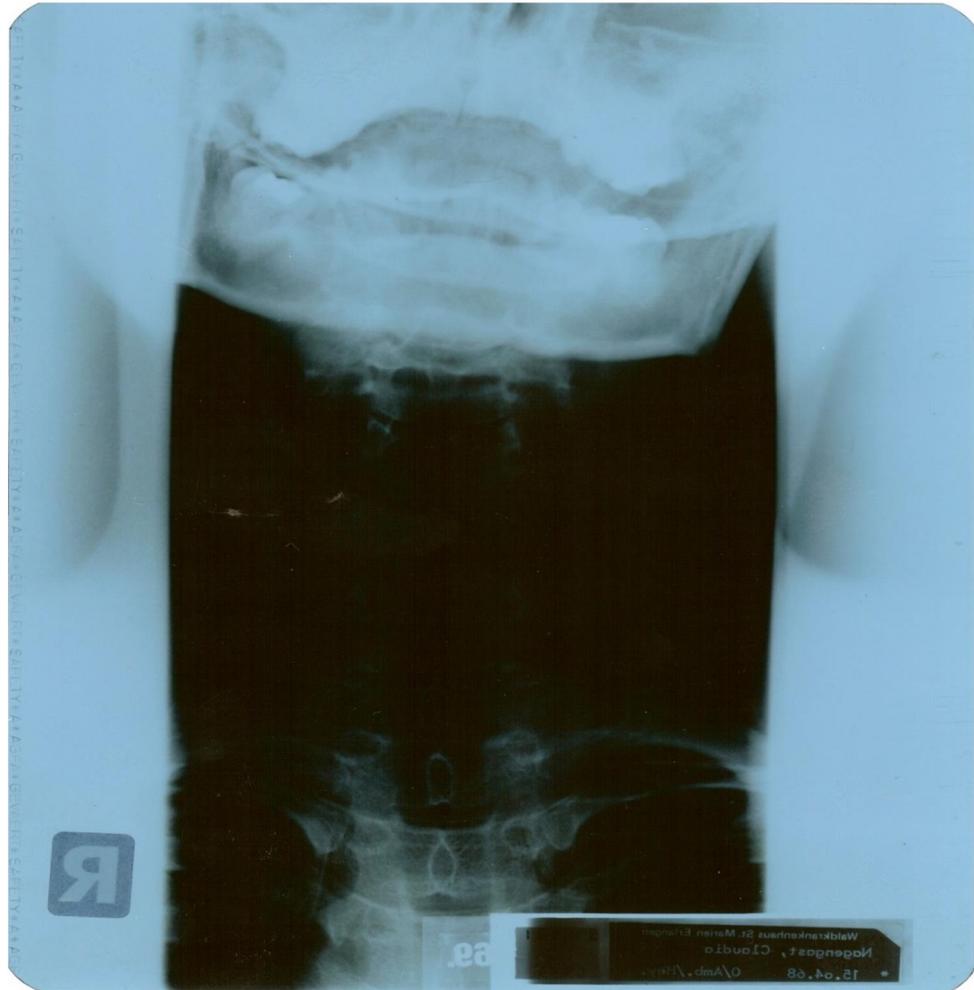


Abbildung 8

deutlich zu sehen die Seitneigung nach rechts, die Impaktion des Atlanto-occipital Gelenkes und die Fusion der BWS.



Abbildung 7

Hier sehr gut sichtbar die Steilstellung der HWS mit Hyperlordose und die nach anterior verschobenen Dens Atlantico und Axis.

10. Einverständniserklärung, Studiendurchführung

Vor Beginn der Studie wird die Patientin aufgeklärt und informiert, über Dauer, Häufigkeit und Art der osteopathischen Behandlungen zu Studienzwecken. Die Zielparameter werden klar definiert.

11. Zielparameter, Auswirkungen

Um die Studie besser beurteilen zu können, habe ich mich für die numerische Ratingskala, mit verschiedenen Parametern entschieden.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Die Patientin nennt mir nach jeder Behandlung einen numerischen Wert zwischen 0 und 10.

0 = keine Symptome

10 = maximale Symptome

	Symptom	Zeitpunkt	Befindlichkeit
neurolog. Erscheinung			
Beweglichkeit			
Schmerzen			

12. Dauer und Ablauf

Vor Behandlungsbeginn wird eine umfangreiche Anamnese erstellt. Der Behandlungszeitraum gestaltet sich variabel, um besser auf die Veränderungen des Systems eingehen zu können. Geplant sind 10 Behandlungen, anfangs 1x wöchentlich, dann in längeren Intervallen.

13. Interventionsbeschreibung

Die Intervention erfolgt nach dem klassischen Ablauf der osteopathischen Behandlung. Es wird, je nach Bedarf, im cranosacralen, parietalen und visceralen

System gearbeitet. Die dabei aufgespürten Dysfunktionen, werden mit den dementsprechenden Techniken behandelt und aufgelöst. Danach erfolgt der erneute Test.

14. ärztliche Diagnosen

Die Diagnose: Spondylose, mit Skoliose, Kyphose, Gibbusbildung und Fusion der BWK 10-12, wurde 1970 in der orthopädischen Klinik Waldkrankenhaus, St. Marien, Erlangen, durch den behandelnden Arzt und heutiger Koryphäe der Orthopädie Prof. Dr. Horst Hirschfelder gestellt. Der Befund wurde über Röntgenbilder und diverse Untersuchungen gesichert. Unterlagen aus dieser Zeit sind auf Nachfrage im Waldkrankenhaus Erlangen nur noch aus der Zeit von 1993 vorhanden und werden zu Vergleichszwecken mit herangezogen. Die älteren Unterlagen wurden 2010 nach 30 Jahren vernichtet. Neuere Diagnosen finden Sie im Anhang. Des Weiteren wurde die Diagnose vom Orthopäden Dr. Georg Krämer untermauert.

15. Anamnese

Patientin:	Jahrgang 1968
Geburt:	Zwillingsgeburt, Frühgeburt, wochenlang im Inkubator, Zwillingschwester verstarb 20 Min. nach der Geburt.
Kinder:	keine
Beruf:	Nahrungsmittel - Gastgewerbe
Motiv:	massive Blockaden im HWS-BWS Bereich, mit Bewegungseinschränkung, Neuralgien, Entzündungen und Migräne.
Unfälle:	Schleudertrauma 1996, nach einem Auffahrunfall, keine bleibenden Schäden.
internistisch:	postnatal erworbene Myelitis, durch Infektion im Brutkasten, rezidivierende Lungenentzündungen seit der Pubertät,
allergisches	Asthma.

Osteopathische Abschlussarbeit - Claudia Weiß

- orthopädisch: seit frühester Kindheit Rückenprobleme und Schmerzen.
Immer wieder Wirbelblockaden mit massiven
Bewegungseinschränkungen. Druckstelle an der linken Seite
des
Schädels (Os Parietale)
- neurologisch: starke Migräneschübe, Nerven Entzündungen im BWS- HWS
Bereich und an den Augen
- zahnärztlich: Brücke im Unterkiefer links unten, drei Kronen, ein
Weisheitszahn noch vorhanden. Sehr gute Zahnsanierung

Therapien: von 1968 -1970

- Medikamentation mit Antibiose, Fixierung des Körpers in einer Gipschale, zur Ruhigstellung zwecks entzündeter Wirbelsäule

von 1970 - 1983

- 3x wöchentlich Physiotherapie, plus tägl. häusliche Übungen
- Orthese (Korsett), über 15 Jahre täglich getragen
- Medikamentationen mit Analgetika, immer wieder Antibiosen
- regelmäßige, 3 monatige Kontrollen im Waldkrankenhaus St.Marien, Erlangen, mit Röntgen, Untersuchung, Blutkontrolle, Korsettanpassung
- Vorstellung in den Rummelsberger Anstalten, zwecks neuen Therapien
- Mit 5 Jahren erste Reha ohne Eltern in Ruhpolding
- dazwischen immer wieder wochenweise, stationäre Aufnahme im Waldkrankenhaus Erlangen, zur Korsettanpassung und Überprüfung

Vorerkrankungen: Spondylose, mit Skoliose, Kyphose, Gibbusbildung und Fusion der
BWS 10-12, durch eine postnatal erworbene Myelitis im
Brutkasten allergisches Asthma (Weizen und Roggenmehl)

- Im Alter von 4 Jahren erneuter Ausbruch der Myelitis, langer Krankenhaus Aufenthalt mit Isolation, zur Vermeidung weiterer Infekte

Familienerkrankungen: Mutter starke Migräne

Vater Mitralklappen Insuffizienz, kalte Knoten in der Schilddrüse, Gallensteine, fam. Disposition

Medikamente: Sumatriptan und Asthmaspray, nach Bedarf

Die Patientin gilt laut Schulmedizin als austerapiert

16. Untersuchung, am 06.07.2012

16.1 Inspektion

Bei der Untersuchung ergeben sich folgende Auffälligkeiten:

Leichte Flexionshaltung der Brustwirbelsäule

- Atlas nach links rotiert und blockiert, Gewebe druckdolent
- HWS Hyperlordose
- HWS Blockade C2 und C3 rechts, Rotation eingeschränkt
- Gewebe am M.sternocleidomastoideus druckdolent und entzündet
- 1. Rippe rechts blockiert
- BWS Hyperkyphose mit Gibbusbildung in Flexion
- An der Fusion von TH 10-12 Blockade der nur noch leicht beweglichen Facettengelenke, Gewebeaufreibung, Muskulatur hyperten,
- Reizung des Nervus intercostales, Reizleitung löst die Migräne aus
- Rotation der BWS nach rechts +
- Rotation der BWS nach links ++
- BWS in Extension ++
- BWS in Flexion +
- Rippen in Einatemstellung fixiert, bedingt beweglich +
- LWS Hyperlordose +++

- Sacrum Hyperkyphose +++
- Schober- Zeichen positiv ++
- Ott-Zeichen positiv ++
- Gangbild harmonisch
- Trendelenburg Zeichen negativ
- Fersen und Zehenspitzenangab unaufrällig
- FBA ca. 10 cm
- ISG rechts blockiert, Abduktion 30°, links 45°
- Beckenschiefstand,
- Beinlängendifferenz

Blockaden wurden im Rahmen des Möglichen zunächst chiropraktisch behoben.

16.2 osteopathische Untersuchung

16.2.1 cranial

- CRI 8/ Min. - kommt im Sacrum nicht an
- Spheno-Basilaris links in Innenrotation +
- Tentorium links +++
- Falx cerebelli ++
- Occiput fixiert
- Lamdanaht druckdolent
- Pfeilnaht druckdolent
- Corona druckdolent
- Os parietale - Synchronizität gestört
- Os parietale links - Druckstelle
- Asterion dextra druckdolent ++
- Mobilität der Dura Mater sowohl suboccipital als auch im Sacrum reduziert

16.2.2 parietal

- Diaphragma pelvis fascialer Zug nach links +
- Zona Ingrata Rotation nach links ++
- thorakales Diaphragma Beweglichkeit stark eingeschränkt **

- Mittellinie Beweglichkeit stark eingeschränkt **
- allgemein verminderte Beweglichkeit der Faszien ab Diaphragmakuppel nach cranial

16.2.3 In Bauchlage

- ISG rechts posterior
- links hypertoner Muskeltonus
- Gewebe an BWS und HWS hohe Densität
- Rippen von 4 -8 fixiert
- pathologischer Abgang ab 9. Rippe

16.2.4 visceral

- Global listening - in der Körpermitte:
- Rotation nach links ++
- Diaphragma Zug nach cranial ++
- Diaphragmakuppel Tiefstand +++
- Restriktionen auf Höhe Leber/Galle +++
- Sphinkter von Oddi blockiert
- Muskel von Treitz fixiert (+FDJ)
- Diaphragma pelvis - Unterbauch:
- Duo 2 medial fixiert
- Colon fixiert
- Radix mesenterii fixiert
- Uterus und linker Adnex fixiert
- ICV blockiert

16.2.5 durchgeführte Tests

- Schober Zeichen
- Ott Zeichen
- Fersengang
- Zehenspitzenengang
- Trendelenburg Zeichen
- FBA
- Gang Bild allgemein

17. Ablaufschema / Zeitplan:

geprüft:	1. Termin 06.07.2012	2. Termin 13.07.2012	3. Termin 20.07.2012
Beweglichkeit	X	X	X
Schmerzen	X	X	X
neurologische Erscheinungen	X	X	X
osteop. Anamnese	X	-	-
osteop. Untersuchung	-	-	-

geprüft:	4. Termin 27.07.2012	5. Termin 01.08.2012	6. Termin 05.08.2012
Beweglichkeit	X	X	X
Schmerzen	X	X	X
neurologische Erscheinungen	X	X	X
osteop. Anamnese	-	X	-
osteop. Untersuchung	-	X	-

geprüft:	7. Termin 08.08.2012	8. Termin 12.08.2012	9. Termin 16.08.2012	10. Termin 19.08.2012
Beweglichkeit	X	X	X	X
Schmerzen	X	X	X	X
neurologische Erscheinungen	X	X	X	X
osteop. Anamnese	-		-	X
osteop. Untersuchung	-		-	X

Osteopathische Abschlussarbeit - Claudia Weiß

numerische Ratingskala für Beweglichkeit im lumbal / thorakalen Bereich

Termin	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 06.07.2011			X								
2 13.07.2011			X								
3 20.07.2011			X								
4 27.07.2011				X							
5 01.08.2011				X							
6 05.08.2011					X						
7 08.08.2011					X						
8 12.08.2011					X						
9 16.08.2011							X				
10 19.08.2011							X				

numerische Ratingskala für neurologische Erscheinungen gesamt

Termin	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 06.07.2012										X	
2 13.07.2012								X			
3 20.07.2012								X			
4 27.07.2012					X						
5 01.08.2012					X						
6 05.08.2012											
7 08.08.2012			X								
8 12.08.2012			X								
9 16.08.2012	X										
10 19.08.2012	X										

numerische Ratingskala für Schmerzen gesamt

Termin	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 06.07.2012										X	
2 13.07.2012							X				
3 20.07.2012						X					
4 27.07.2012					X						
5 01.08.2012											
6 05.08.2012		X									
7 08.08.2012		X									
8 12.08.2012		X									
9 16.08.2012	X										
10 19.08.2012	X										

18. Behandlung 1-5, mit Intervention

1. Behandlung am 06.07.2012

Die Patientin kommt mit Schmerzen, starker Bewegungseinschränkung im thorakalen Bereich, Reizung des Nervus interkostales und beginnender Migräne in die Praxis. Außerdem ist das ISG rechts blockiert und druckdolent.

Wir beginnen mit der Deblockierung des ISG in Bauchlage, danach Logan-Technik, zur Befreiung der Struktur. Im Anschluss Ausgleich der Symphyse und Lösung des Diaphragma Pelvis faszial.

Es werden die Facettengelenke der BWS TH 4-12 deblockiert, mechanisch mobilisiert und die Struktur über Faszien Technik entspannt. Hierbei beeinträchtigt die Reizung des Nervus interkostales die Entspannung. Ebenfalls wird das Atlanto-occipital Gelenk inklusive C3 und C4 manuell korrigiert. Zum Abschluss erfolgt ein Occiput release.

Die Blockaden sind gelöst, die Entzündung des Nervus interkostales und der Migräneanfall konnten nicht verhindert werden. Der Hausarzt unterstützt mit einer Schmerzmittel Injektion noch den Heilungsprozess.

Intervention

- ISG deblockiert, mobilisiert
- Facettengelenke BWS deblockiert
- Atlanto occipital Gelenk + C3 und C4 deblockiert
- Faszien an der HWS und BWS entspannt
- Occiput release

2. Behandlung am 13.07.2012

Die Entzündungen sind abgeklungen, das Gewebe der HWS und BWS weist eine erhöhte Densität auf und ist druckdolent.

Beginn der Behandlung mit der Faszien Technik am thorakalen Diaphragma und an der oberen Thorax Öffnung. Danach wird die Struktur der Rippen vorsichtig faszial gelöst. Dabei ist hierauf ein besonderes Augenmerk zu legen, die Rippen nicht zu hypermobilisieren, da das System sonst die Stabilität verliert.

Zum Behandlungsabschluss dieses Tages wird die komplette Wirbelsäule paravertebral über Logan Technik entspannt,

Intervention

- Mobilisierung der Rippen
- Faszien Technik an Rippen, Thk. Diaphragma, oberer Thorax Öffnung
- Logan Technik Wirbelsäule

3. Behandlung am 20.07.2012

Patientin wirkt insgesamt stabiler, die vergangene Migräne löste um die Augen und auf den Augenlidern neurologische Erscheinungen in Form von roten Flecken und leichten Schwellungen aus. Bedingt durch die vorhergehende Reizung des Nervus oculomotorius.

Erste craniosakrale Behandlung, Beginn am Sphenobasilargelenk, Occiput release, dann Augenmerk auf die Ossa parietale. Der Schädel wirkt gestaut, mit Blutandrang auf der rechten Seite. Lösung über ein Parietale-Lift. Danach

Behandlung der Suturen: Lambda, Pfeilnaht und Corona. Alle drei sehr druckdolent. Wiederholte Korrektur der HWS.

Intervention

- Deblockierung von Sphenobasilaris, Ossa Parietale
- Korrektur der HWS
- Occiput release
- Suturen Behandlung

4. Behandlung am 27.07.2012

Der Nervus interkostales ist immer noch spürbar, jedoch hat die Patientin von Haus aus ein vermindertes Schmerzempfinden. Wir beginnen mit einem Sacrum release. Es folgt die Fasziensarbeit an der Linea Alba, am thorakalen Diaphragma und an der oberen Thorax Öffnung. Die Beweglichkeit der Rippen ist unverändert. Ebenso die Spannung. Danach Behandlung der Hals Loge und Lösung des Zungenbeins. Erste viscerale Behandlung des Epigastriums.

Intervention

- Sacrum release
- Fasziensarbeit an Linea Alba, Thk Diaphragma, obere Thorax Öffnung
- Lösung der Fixationen an Os Hyoideum und der Halsloge
- Befreiung von Duo 2, FCD, FDJ,
- Mobilisierung von Leber und Gallenblase

5. Behandlung am 01.08.2012

vor der Diagnostik behandeln wir noch einmal craniosakral, verstärkt die Schädelknochen. Mobilisierung der Dura Mater- der Rhythmus bleibt im Bereich TH 6 -12 auf Grund der Blockwirbelbildung sehr schwach. Die Patientin hat leichte Schmerzen im Bereich der LWS.

Intervention

- Behandlung der Schädelknochen und der LWS
- Mobilisierung der Dura Mater im Rahmen der Möglichkeiten



Hyperlordose, LWS, Anlage 9

19. Ergebnisse der osteopathischen Untersuchung 5. Termin am 01.08.2012

19.1. Inspektion

Leichte Flexionshaltung der Brustwirbelsäule

- Atlas unauffällig
- HWS Hyperlordose
- HWS frei beweglich
- Rippen frei
- BWS Hyperkyphose mit Gibbusbildung in Flexion
- Facettengelenke der BWS im Rahmen beweglich und schmerzfrei
- Rotation der BWS nach rechts +
- Rotation der BWS nach links ++
- BWS in Extension ++
- BWS in Flexion +
- Rippen in Einatemstellung fixiert, bedingt beweglich +
- LWS Hyperlordose +++
- Sacrum Hyperkyphose +++
- Schober- Zeichen positiv +
- Ott-Zeichen positiv +
- Gang Bild harmonisch
- Trendelenburg Zeichen negativ
- Fersen und Zehenspitzenangung unauffällig
- FBA ca. 8 cm
- ISG frei
- Becken gerade,
- Beinlängen gleichlang

19.2 osteopathische Untersuchung

19.2.1 cranial

- CRI 9/ Min. - kommt im Sacrum schwach an
- Spheno-Basilaris frei beweglich
- Tentorium links +
- Falx cerebelli +
- Occiput frei beweglich
- Lamdanht unauffällig
- Pfeilnaht unauffällig

- Corona unauffällig
- Os parietale - synchron, links schwächer
- Os parietale links - Druckstelle
- Asterion dextra unauffällig
- Mobilität der Dura Mater suboccipital normal, ab TH 6 schwächer, im Sacrum leicht reduziert, synchron

19.2. parietal

- Diaphragma pelvis kein faszialer Zug mehr
- Zona Ingrata keine Rotation mehr
- thorakales Diaphragma Beweglichkeit stark eingeschränkt ++
- Mittellinie Beweglichkeit stark eingeschränkt **
- allgemein verminderte Beweglichkeit der Faszien ab Diaphragmakuppel nach cranial

19.2.3 In Bauchlage

- ISG ausgeglichen
- Muskeltonus normal
- Gewebe an BWS und HWS hohe Densität
- Rippen von 4 -8 fixiert
- pathologischer Abgang ab 9.Rippe

19.2.4 visceral

- Hörttest - in der Körpermitte:
- Rotation nach links - aufgehoben
- Diaphragma Zug nach cranial +
- Diaphragmakuppel Tiefstand
- Restriktionen auf Höhe Leber/Galle- beseitigt
- Sphinkter von Oddi (FCD) unauffällig
- Muskel von Treitz (FDJ) unauffällig
- Duo 2 medial Fixation gelöst

- Diaphragma pelvis - Unterbauch:
- Colon fixiert
- Radix mesenterii fixiert
- Uterus und linker Adnex fixiert
- Blasenkuppel leichte Restriktion
- ICV blockiert

19.2.5 durchgeführte Tests

- Schober Zeichen positiv +
- Ott Zeichen positiv +
- Fersengang unauffällig
- Zehenspitzenengang unauffällig
- Trendelenburg Zeichen negativ
- FBA 8 cm
- Gang Bild allgemein unauffällig

19.3 Ergebnisse der Behandlungen 1-5

Nach Abklingen der Entzündung zeigt sich nach den ersten 5 Behandlungen ein deutlicher Schmerzurückgang. Die Beweglichkeit im thorakal-lumbalen Bereich ist ebenfalls leicht gebessert. Auch die neurologischen Erscheinungen sind deutlich rückläufig. Das Gewebe im thorakalen Bereich ist weicher und die Atmung geht auch etwas tiefer.

Im Großen und Ganzen zeigt das Zwischenergebnis schon eine Verbesserung an.

20. Behandlung 6-10

6. Behandlung, am 05.08.2012

Vorsichtige Behandlung des Zwerchfells, man merkt deutlich den Zwerchfell-Tiefstand. Er wird auf Grund des empfindlichen Systems nicht gelöst- nur leicht mobilisiert. Mobilisierung von Leber und Gallenblase, fixiertes Ligament. Behandlung des Colon mit Mobilisierung. ICV Spasmus.

Intervention:

Osteopathische Abschlussarbeit - Claudia Weiß

- Leichte Mobilisierung des Diaphragma
- Recoil Technik an der Leber, Entspannung des Ligamentes
- Drainage der Gallenblase
- 4 Winkel Technik
- Behandlung des Darmpaketes
- Behandlung des ICV

7. Behandlung, am 08.08.2012

Das ISG weist eine leichte Blockade auf, das Epigastrium ist deutlich weicher. Behandlung der Radix mesenterii. Lösung der Restriktion im Raum von Douglas. Korrektur des ISG plus Faszien Technik.

Intervention:

- Korrektur des ISG
- Faszien Technik am ISG
- Mobilisation der Radix mesenterii
- Behandlung des Raum von Douglas

8. Behandlung, am 12.08.2012

Fixation des Uterus und beider Adnexen. Leichte Restriktion der Blasenkuppel. Erneute Behandlung des Raumes von Douglas. Atlas rechts in Innenrotation. Leichte Kopfschmerzen.

Intervention:

- Mobilisation des Uterus
- Mobilisation beider Adnexen
- Behandlung des Raumes von Douglas
- Atlanto occipital Gelenk korrigiert
- Entspannung der Halsfaszien

9. Behandlung, am 16.08.2012

Patientin geht es gut. Cranio- sakrale Behandlung, mit Mobilisation der Diaphragmen und Mobilisierung der Dura Mater über die Duraschaukel. Thk. Diaphragma im Rahmen beweglich, die anderen Diaphragmen gut beweglich. Dura Mater in der BWS weiterhin schwach. Überprüfung der HWS, leicht verminderte Rotation nach links. Pleurakuppel weist Restriktionen auf. Lungenbeweglichkeit normal.

Intervention:

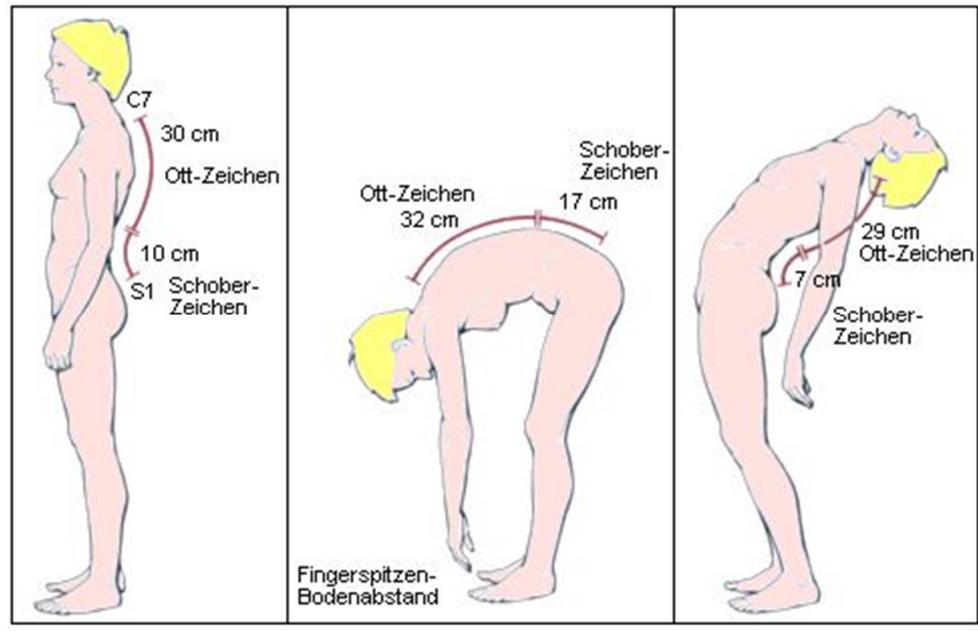
- Mobilisierung aller Diaphragmen
- Duraschaukel
- Korrektur der HWS
- Entspannung der Pleurakuppel beidseitig
- Leichte Mobilisation der Lungensegmente

10. Behandlung, am 19.08.2012

Vor der Abschluss Untersuchung werden über diverse Hörtests noch einmal Bewegungsverluste aufgespürt und behandelt. Auch die knöchernen Strukturen werden noch einmal überprüft.

Intervention:

- Überprüfung der Linea Alba
- Überprüfung der Diaphragmen
- Überprüfung des ISG, der LWS, BWS und HWS
- Überprüfung des Atlanto occipital Gelenk



Schober / Ott Test, Anlage 2

21. Abschlussuntersuchung, am 19.08.2012

21.1 Inspektion

- Leichte Flexionshaltung der Brustwirbelsäule
- Atlas unauffällig
- HWS Hyperlordose
- HWS frei beweglich
- Rippen frei
- BWS Hyperkyphose mit Gibbusbildung in Flexion
- Facettengelenke der BWS im Rahmen beweglich und schmerzfrei
- Rotation der BWS nach rechts ++
- Rotation der BWS nach links +
- BWS in Extension ++
- BWS in Flexion +
- Rippen in Einatemstellung fixiert, bedingt beweglich +
- LWS Hyperlordose +++ gut beweglich
- Sacrum Hyperkyphose +++
- Schober- Zeichen positiv +
- Ott-Zeichen positiv +
- Gang Bild harmonisch

- Trendelenburg Zeichen negativ
- Fersen und Zehenspitzenangang unauffällig
- FBA ca. 7 cm
- ISG frei
- Becken gerade,
- Beinlängen gleichlang

21.2. osteopathische Untersuchung

21.2.1 cranial

- CRI 8/ Min. - kommt im Sacrum schwach an
- Spheno-Basilaris frei beweglich
- Tentorium links +
- Falx cerebelli +
- Occiput frei beweglich
- Lamdanaht unauffällig
- Pfeilnaht unauffällig
- Corona unauffällig
- Os parietale - synchron, links schwächer
- Os parietale links - Druckstelle
- Asterion dextra und sinistra unauffällig
- Mobilität der Dura Mater suboccipital normal, ab TH 6 schwächer, im Sacrum leicht reduziert, synchron

21.2.2 parietal

- Diaphragma pelvis kein faszialer Zug mehr
- Zona Ingrata keine Rotation mehr
- thorakales Diaphragma Beweglichkeit eingeschränkt +
- Mittellinie Beweglichkeit eingeschränkt +
- allgemein verminderte Beweglichkeit der Faszien ab Diaphragmakuppel nach cranial

21.2.3 In Bauchlage

- ISG ausgeglichen
- Muskeltonus normal
- Gewebe an BWS und HWS nach wie vor hohe Densität
- Rippen von 4 -8 fixiert
- pathologischer Abgang ab 9.Rippe

21.2.4 visceral

- Hörtest - in der Körpermitte:
- Rotation nach links - aufgehoben
- Diaphragma Zug nach cranial +
- Diaphragmakuppel Tiefstand ++
- Restriktionen auf Höhe Leber/Galle- beseitigt
- Sphinkter von Oddi (FCD) unauffällig
- Muskel von Treitz (FDJ) unauffällig
- Duo 1, 2, 3, 4, gut beweglich ++
- Diaphragma pelvis - Unterbauch:
- Colon gut beweglich ++
- Radix mesenterii beweglich +
- Uterus und linker Adnex Fixation gelöst
- Blasenkuppel Restriktion gelöst,
- ICV kein Spasmus

21.2.5 durchgeführte Tests

- Schober Zeichen positiv +
- Ott Zeichen positiv +
- Fersengang unauffällig
- Zehenspitzenengang unauffällig
- Trendelenburg Zeichen negativ
- FBA 7 cm
- Gang Bild allgemein unauffällig

22. Diskussion

Die von mir begleitete Patientin weist **kein** schulmedizinisch klassisches Behandlungsbeispiel auf, hier spielen verschiedene Aspekte eine große Rolle, darum kann es nicht verallgemeinert werden. Die Literaturnachweise beziehen sich auf die separat aufgeführten Fehlbildungen der Wirbelsäule, da in den seltensten Fällen alle Fehlbildungen auf einmal auftreten, wie in dieser speziellen Einzelfallstudie.

Wichtig war, dass ich hier auf sämtliche schulmedizinische Unterlagen Zugriff hatte, um mir ein komplettes Bild machen zu können. Sehr förderlich war hier auch der Kontakt und Austausch mit Professor Dr. Horst Hirschfelder, der die Entwicklung über Jahrzehnte begleitet hat und der Osteopathie sehr wohlwollend gegenüber steht. Es fanden in der Behandlungszeit 10 Sitzungen statt, mit verschiedenen Zeitabständen.

Die von mir gewählten Zielparameter erschlossen sich aus den Symptomen der Patientin. Osteopathisch gesehen, war schon nach den ersten 5 Behandlungen eine deutliche Verbesserung zu sehen. Es musste auch nur nach der ersten Behandlung medikamentös schulmedizinisch unterstützt werden, wobei die Schmerzsymptomatik schon vor der 1. Behandlung sehr stark ausgeprägt war.

Bei cranosakralen Behandlung des Schädels, war der schwächere CRI, Mobilität und die Motilität der Schädelknochen links deutlich spürbar, hier könnte die Deformation des Os parietale ein Indiz dafür sein. Sehr gut spürbar war, dass durch die Impaktion des Sacrums das Os occipitale durch die Korrespondenz ebenfalls mit eingekeilt wurde und beides blockierte. Hier wurden durch die Behandlungen Cranium und Sacrum deblockiert, mobilisiert und stabilisiert. Der CRI hat sich synchronisiert, blieb aber links schwächer.

Auffallend war, dass die Migräneanfälle aufgrund einer Blockierung rechts im ISG und der Weiterleitung über die BWS zur HWS klar provozierbar sind. Hier kann der Körper auf Grund der Fixierung von BWK 10 -12, Skoliose und Kyphose sich nicht mehr selbst regulieren. Dadurch kommt es zur anschließenden Blockade der BWS und HWS inklusive der daraus folgenden Fehlstellung des Atlanto occipital Gelenkes durch die Wirbelkorrespondenz. Die pathologische Verformung des Dens Atlanto trägt hier zur Schmerzsymptomatik erheblich bei. Auch eine sekundäre Dysfunktion des Lymph und Nervensystems war deutlich zu erkennen, da die Blockade eine Schwellung der Augen mit Hauterscheinungen auslöst. Die Kompression der Nervenaustrittspunkte am Dens Axis C2 / C3 ist der Auslöser

für die Migräne. Hierbei ist festzustellen, dass bei osteopathisch behandeltem ISG incl. der Crista iliaca und der faszialen Arbeit, eine große Stabilität im Becken erzielt werden konnte. Somit wurde auch kein Migräneanfall ausgelöst. Das Augenmerk liegt hierbei auf dem stabilisierten Becken. Die Migräneanfälle haben sich um zwei Drittel reduziert.

Im thorakalen Bereich sind die pathologisch fixierten Rippen ein weiterer großer Aspekt, denn sie ziehen viele Bewegungseinschränkungen von Knochen, Organen und Strukturen nach sich. Hier wird die Selbstregulation des Körpers, vor allem nach posterior, über die faszialen Muskelketten stark unterbrochen. Auch der Diaphragma Tiefstand trägt erheblich dazu bei. Der Körper hat sich einen eigenen Kompensationsmechanismus gebildet, den man nicht aufheben darf. Durch vorsichtige Mobilisierung der nicht pathologisch fixierten Rippen konnte im knöchernen Bereich aber eine verbesserte Beweglichkeit erzielt werden. Die Mobilität der Lunge ist trotz Einschränkung der knöchernen Strukturen und des Asthmas gut. Auch hier konnte durch die fasziale Arbeit am Gewebe die Motilität verbessert werden. Welche Gründe den myelitischen Reinfekt vor ca. 41 Jahren auslösten, wurden nicht mehr in Erfahrung gebracht.

Das Epigastrium ist durch die „innere Wirbelsäule“, welche der Patientin die dringend benötigte Stabilität von innen gibt, in Mobilität und Motilität ebenfalls eingeschränkt und zog immer wieder die Spasmen der Spinkter von Oddi und der ICV Klappe nach sich. Auch hier lässt sich ein direkter Zusammenhang vom blockierten ISG klar provozieren. Durch die visceralen Behandlungen stellten sich auch hier große Verbesserungen ein. Die Spastiken sind weitgehendst aufgelöst, das ISG unauffällig.

Im Uro-Genitalbereich wurden die Restriktionen an Blase und Adnexen gelöst und tragen auch hier zu einer besseren Beweglichkeit bei.

Bei den durchgeführten Tests war auch eine deutliche Verbesserung angezeigt. Schober und Ott sind zwar weiterhin positiv, aber deutlich beweglicher.

Wenn man die Diagnostik des Orthopäden Eghbal mit der des Klinikum Nbg. vergleicht, ist auch der heutige Zustand des Beckens und der Hüfte, stark verbessert worden.

23. Abschlussuntersuchung Klinikum Nürnberg

Die Abschlussuntersuchung im Klinikum Nürnberg, durch Prof. Dr. Horst Hirschfelder kam zu folgendem Ergebnis:

Klinische Untersuchung: An- und Auskleiden problemlos. Gangbild unauffällig einschl. monopodalem Zehenspitzenstands. Fersenstand und Kniebeuge seitengleich. Beckengeradstand. Gerader Aufbau der Dornfortsatzreihe. Gibbusbildung der unteren BWS. Eine kompensatorische lumbale Hyperlordose kommt erst bei Palpation zur Darstellung. Bei der segmentalen Untersuchung Druckschmerz im Gibbusbereich, geringer Federungsschmerz der Gelenke, kein Rotationsschmerz, ISG frei. Die Beweglichkeit zeigt eine Inklination bis zu einem FBA von 7 cm, Reklination schmerzfrei, durch die thorakolumbale Kyphosierung eingeschränkt.

Seitneigung und Rotation zeigt Fixierung im Gibbusbereich. An der HWS leichte Einschränkung der Rechtsneigung, bei der segmentalen Untersuchung Weichteilbefund III/IV auf der linken Seite, Translation des Atlas nach links etwas eingeschränkt. Peripher neurologisch seitengleiche Reflexe, keine pathologischen Reflexe, Sensibilität unauffällig.

Röntgenbild WS in 2 Ebenen zentriert auf die untere BWS: Blockwirbelbildung TH 10 bis TH 12 ventral. Ausmaß des Blockwirbels 45° (auf der Voraufnahme 57°, offenbar andere Projektion). Die Messung im Bereich der Nachbarwirbel TH9 bis L 1 zeigt den Gibbuswinkel 51°, unverändert zur Voraufnahme. In der a.p.-Aufnahme nur geringe lokale Skoliose, kein Hinweis für Spina bifida occulta. Entsprechend der vertebrae genen Fehlbildung unphysiologischer Abgang der Rippen 9 bis 12.

Beratung: **Erfreulicherweise keine Progredienz der knöchernen Fehlstellung im bekannten Fehlbildungsbereich der unteren BWS.** Sinnvoll ist eine gute muskuläre Führung, hierfür empfiehlt sich eine Serie mit Krankengymnastik als segmentale Stabilisierung. Belastung schmerzadaptiert erlaubt. Eine spezielle Therapie erscheint heute nicht notwendig, insbesondere keine operativen Maßnahmen. (Prof. Dr. Horst Hirschfelder, am 18.07.2013, Anlage im Anhang)

In dem Abschlussgespräch zeigte sich Prof. Dr. Hirschfelder sehr erfreut, über die zu erwartende, **aber nicht eingetretene Progredienz der Erkrankung.**

In dieser Einzelfallstudie wurde somit bewiesen, dass die Osteopathie bei einer postnatal erworbenen, infektiösen Wirbelsäulendegeneration, mit Skoliose,

Kyphose, Gibbusbildung und daraus entstandener Fusion der Brustwirbelkörper TH 10-12, schulmedizinisch austherapiert, positiv entgegenwirken kann.

Weitere Studien wären wünschenswert.

24. Literaturverzeichnisse

Quelle: <http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=01886> 30.07.2013

Lit. 1, Spondylitis, Engelhard Lexikon, Springer Medizin, Autor Renee Fuhrmann

Quelle: <http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=01856> 30.07.2013

Lit. 2, Skoliose, Engelhard Lexikon, Springer Medizin, Autor Renee Fuhrmann

Quelle: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23622308> 05.09.2013/ **Lit. 3**,

Myelitis. Entzündliche, Gefäß- und Infektionskrankheiten Myelopathien bei Kindern. Verhey LH, Banwell BL. Quelle: Pädiatrische Entmarkungskrankheit, Hospital for Sick Children, University of Toronto, Kanada./ vom Jahr 2013

Quelle: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3783726/figure/F3/> Bild

Myelitis 15.09.2013/ **Lit. 4** /vom Mai-August 2013

Quelle: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3023759/figure/F5/> Bild

Skoliose 17.09.2013/ **Lit. 5** / vom Dezember 2010

Quelle: <http://www.medizinfo.de/ruecken/diagnostik/untersuchung.shtml>

20.09.2013 /**Lit. 6** Bild Schober-Ott-Zeichen

Quelle: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23917099> 02.10.2013/ **Lit. 7**,

Myelitis, Pediatric Entmarkungskrankheiten, Chitnis T, Massachusetts General Hospital, Department of Child Neurology, Boston, MA 02114, USA. tchitnis@partners.org/ vom August 2013

Quelle: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23978993> 02.10.2013/ **Lit. 8**,

Spondylitis, Posteriore Wirbelsäulen Resektion in frühen Beginn Wirbelsäulendeformitäten. Jeszenszky D, Haschtmann D, FS Kleinstück, Sutter M, Eggspühler A, Weiss M, Fekete TF. Schulthess Klinik, Spine-Center, Lengghalde 2, 8008, Zürich, Schweiz./ vom August 2013

Quelle: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21184673> 17.09.2013/ **Lit. 9**

Wirbelsäulendeformitäten Rehabilitation - Stand der Technik Bewertung. Weiss HR. Orthopädische Rehabilitation Services, D-55457 Gensingen, Alzeyerstr, 23, Deutschland. hr.weiss @ Skoliose-dr-weiss.com./ vom Dezember 2010

Quelle: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22619095> 17.09.2013/ **Lit. 10**

Neuropathologische Aspekte der konservativen Behandlung der Skoliose aus theoretischer Sicht. Czupryna K, Nowotny-Czupryna O, J. Nowotny. Abteilung für

Osteopathische Abschlussarbeit - Claudia Weiß

Physiotherapie, Higher School of Administration in Bielsko-Biala, Polen.
czupryna.krzysztof @ gmail.com/ vom März/April 2012

Quelle: <http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=01187> 02.08.2013/

Lit.11, Engelhard Lexikon, Springer Medizin, Autor Renee Fuhrmann

Quelle:

http://www.google.de/imgres?client=firefox&hs=N6r&sa=X&rls=org.mozilla:de:official&biw=1366&bih=565&tbn=isch&tbnid=cqLKwF_3TSersM:&imgrefurl=http://de.wik 02.08.2013/ **Lit.12**, Bild Kyphose

Quelle: <http://de.cyclopaedia.net/wiki/Rundruecken> 31.07.2013/ **Lit.13**, Gibbus
Verfasser: Wikipedia,AAOS.org, Kyphose, Krümmung der Wirbelsäule/ Stand
17.07.2013

Quelle: <http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=01303> 10.10.2013/

Lit.14, Migräne, Engelhard Lexikon, Springer Medizin, Autor: Iris Reuter

Quelle: <http://www.biowellmed.de/fachartikel-398.html> 10.10.2013/ **Lit.15**

Gibbus, Biowellmed, Fachartikel

Quelle: <http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=01302> 10.10.2013/

Lit.15, Engelhard Lexikon, Springer Medizin, Autor: Iris Reuter

Quelle: http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=x_xSkoliose

14.10.2013/ **Lit.16**, Skoliose, Engelhard Lexikon, Springer Medizin, Autor: Renee Fuhrmann

1 allgemeiner Anamnesebogen Frau/Herr C. N. geb. 15/04/1968

Name: [redacted]

Vorname: [redacted]

geb. am 15/04/1968 in: Fordelheim, Ofr.

Adresse: [redacted]

Telefon: [redacted]

Familienstand: ges. / Kinder:

Blutgruppe: O pos

Beruf: Gastronomie

Schichtarbeit:

familiäre Disposition: Migräne Mutter, Schilddrüse, Herzklappenfehler, Gallensteine Vater

Größe: 154 cm

Gewicht: 59 kg

Vorerkrankungen:

internistisch: Pyelitis mit Rezidive, Pneumonien, allergisches Asthma
ad und zu Gallenstein
Immunsystem sehr anfällig für Infekte + Bronchitis

orthopädisch: Schädigung im Bewegungsapparat / Skoliose, Kyphose,
Gibbus, Blockwirbelbildung, leichte Arthrose im Hüftgelenk
linke Schädelhälfte: Druckstelle

neurologisch: Migräne, Nervenerkrankung im HWS + BWS
dadurch Nervenreizung am Nervus Opticus mit Heuter-
schmerz um die Augen => Schwellung

[redacted]
Naturheilpraxis Claudia Weiß, Mindelauer Str. 2, 86825 Bad Wörishofen

2 allgemeiner Anamnesebogen Frau/Herr C. N. [REDACTED] b. 10/01/1968

chronisch: Migräne, Asthma

Gewebe, Muskulatur und Haut:

gut ausgeprägte Muskulatur, regelmäßig Sport, Haut normal,
Gewebe fest, etwas übersäuert,

Zahnstatus: gute Sauberey, 1 Brücke, 3 Kronen, Gold + Kunststoff
filling

Operationen: /

Allergien: Weizenmehl, Roggenmehl, Kuhmilch

Impfungen: alle Kinderimpfungen

Medikamente: bei Bedarf: Sumatriptan + Asthmaspray

Appetit: norm Durst: wenig Miktion: norm Stuhlgang: norm

Östrogene: Spiral Nikotin: kein Alkohol: kein

Blutdruck: 110 : 60 / leicht hypoton

Stoffwechsel/Hormone: im Vorhinalalterium leichte Hypo-
thyreose

Unverträglichkeiten: Weizen + Kuhmilch

[REDACTED]
Naturheilpraxis Claudia Weiß, Mindelauer Str.2, 86825 Bad Wörishofen

3 allgemeiner Anamnesebogen Frau/Herr C [REDACTED] N [REDACTED] geb. 15/04/1968

bisherige Therapien:

- Antibiose
- Gipsschale
- Korsett
- bis zum 15. J. Physiotherapie
- gezieltes Muskeltraining

[REDACTED]
Naturheilpraxis Claudia Weiß, Mindelauer Str.2, 86825 Bad Wörishofen

Osteopathische Abschlussarbeit - Claudia Weiß

1 Cranio sacraler Anamnesebogen Frau/Herr [REDACTED] [REDACTED] geb. 15/06/1968

	rechts	links	Beweglichkeit	Blockade/ Impaktion	Synchronität	Rotation	Inter- ventior
06.07.2012 (1)							
01.08.2012 (2)							
19.08.2012 (3)							
CRI	(1) 8VV				Links + UV		✓
Schädelknochen/Hirn- schädel	1/2/3		1/2/3	1/2/3	1/2/3	1/2/3	
➤ Os sphenoidale	+ + +	+++	+ + +	++ +	Links	V	✓
➤ Os occipitale	+ + +	+++	+ + +	++ +	"	V	✓
➤ Os parietale	+ + +	+++	+ + +	+ + +	"	V	✓
➤ Os temporale	+ +	+++	+ + +	+ + +	"	V	✓
➤ Os frontale	V	VVV					-
➤ Os mastoid.	V	VVV					-
Sacrum				1/2/3			
➤ ISG Sacrum				++ +	V/V		✓
➤ ISG Ileum				++ +	V/V		✓
➤ Symphyse				++ +	V/V		✓
Gesichtsschädel							
➤ Os zygomatic.			✓		V		-
➤ Os nasale			✓		V		-
➤ Os lacrimale			✓		V		-
➤ Os ethmoidale			✓		V		-
➤ Maxilla			✓		V		-
➤ Palatinum			✓		V		-
➤ Vomer			✓		V		-
➤ Zähne			✓		V		-
➤ Mandibula			✓		V		-
Os Hyoideum			+ +	++			✓
Häute			1/2/3				
➤ Falx cerebri		X	++ +	++ +			✓
➤ Falx cerebelli		X	+ +	+ +			✓
➤ Tentorium cer.		X	++ +	++ +			✓
Asterion	++ +				drusdolast		✓
Pterion	V						✓
Nähte/Suturen	1/2/3	1/2/3					✓
➤ Lamda	++ +	V/V	++ +	V/V			✓
➤ Corona	++ +	V/V	++ +	V/V			✓
➤ Sagittalis	++ +	V/V	++ +	V/V			✓

Naturheilpraxis Claudia Weiß, Mindelauer Str.2, 86825 Bad Wörishofen

Naturheilpraxis Claudia Weiß, Mindelauer Str. 2, 86825 Bad Wörishofen

Osteopathische Abschlussarbeit - Claudia Weiß

1 Testbogen Osteopathie Frau/ Herr C. N. geb. 15/04/1968

Tests	06.07.2012	01.08.2012	19.08.2013
Schober	++	++	+
Ott	++	++	+
Trendelenburg	-	-	+
Zehenspitzenengang	✓	✓	-
Fersengang	✓	✓	✓
FBA	10 cm	8 cm	7 cm
Gangbild allgemein	✓	✓	✓

Naturheilpraxis Claudia Weiß, Mindelauer Str.2, 86825 Bad Wörishofen

Naturheilpraxis Claudia Weiß, Mindelauer Str. 2, 86825 Bad Wörishofen

Osteopathische Abschlussarbeit - Claudia Weiß

1 Körper Inspektion Frau/Herr geb. 15/04/1968

	Haltung	Schädel	HWS	BWS	Rippen	LWS	Ileum	Sacrum
06.07.2012	gerade, aufrecht	Seit- neigung links	Hyper- lordose Blockade C2/C3	in Extrem- starke Kyphose Gibbus Fusion T11/12/12 Flexion stark	1. Rippe blockiert Einkeu- stellig	Hyper- lordose	Jungen rotation HWS Blockade	Hyper- Kyphose Blockade Beinlänge differenz
01.08.2012	gerade, aufrecht	leichte Saitweigung links	Hyper- lordose	Flexion stark Kyphose Gibbus Fusion T10/11	Einkeu- stellig	Hyper- lordose	frei	Hyper- Kyphose
19.08.2012	gerade, aufrecht	leichte Saitweigung links	Hyper- lordose	Flexion stark Kyphose Gibbus Fusion T11/12	Einkeu- stellig	Hyper- lordose	frei	Hyper- Kyphose

Sonstiges: verschlossene Statik, durch Kompensationsmechanismen
- Gewebe druckdolent und hyperten,

[Geben Sie Text ein]

Naturheilpraxis Claudia Weiß, Mindelauer Str.2, 86825 Bad Wörishofen

Osteopathische Abschlussarbeit - Claudia Weiß

1 Testbogen Osteopathie Frau/ Herr C. N. geb. 15/04/1968

Tests	06.07.2012	01.08.2012	19.08.2013
Schober	++	++	+
Ott	++	++	+
Trendelenburg	-	-	+
Zehenspitzenengang	✓	✓	-
Fersengang	✓	✓	✓
FBA	10 cm	8 cm	7 cm
Gangbild allgemein	✓	✓	✓

Naturheilpraxis Claudia Weiß, Mindelauer Str.2, 86825 Bad Wörishofen

Naturheilpraxis Claudia Weiß, Mindelauer Str. 2, 86825 Bad Wörishofen

Osteopathische Abschlussarbeit - Claudia Weiß

1 visceraler Anamnesebogen, Frau/Herr [REDACTED] geb. 15/04/1968

	Beweglichkeit	Fixation/ Restriktion	Rotation	Spasmus	Schmerz	Intervention
06.07.2012 (1)						
01.08.2012 (2)						
19.08.2012 (3)						
Allgemeiner Hörtest			2i/v/v			
➤ Xyphoid	↓ ++ ++	Zug v v				✓
➤ Bauchnabel	↓ ++ ++	+ ++ ++				✓
➤ Uro/Gen.	↓ ++ ++	++ ++ ++				✓
Linea Alba	↓ ++ ++		2i/v/v			✓
Magen						
➤ Cardia/ Ösop.	✓					
➤ Pylorus				X		
➤ Hernie	—	—	—	—	—	
Diaphragma						
➤ Hochstand						
➤ Tiefstand	+++	nach caudal Zug +++				✓
Herz	✓					—
➤ Aortenbogen	✓					—
Lunge re.						
➤ 1.Segment	✓					
➤ 2.Segment	✓					
➤ 3.Segment	✓					
Lunge li.						
➤ 1.Segment	✓					
➤ 2.Segment	✓					
Rippen/ Sternum	+ ++ ++					✓
Pleurakuppel/ Manubr.	+ ++ ++					✓
1. Leber/2. Galle						
➤ Ligament		+++ + ✓			X	✓
➤ Gallenblase	+ ++ +++	+++ + ✓				
1. Milz/2. Pankreas	++ ++ ++					—
➤ Ligament						
➤ Pankreas	++ ++ ++					✓
➤ Kopf	+++ +++ +++					✓
➤ Körper	+++ +++ +++					✓
➤ Schwanz	+ ++ ++					✓

Naturheilpraxis Claudia Weiß, Mindelauer Str.2, 86825 Bad Wörishofen,

Naturheilpraxis Claudia Weiß, Mindelauer Str. 2, 86825 Bad Wörishofen

Osteopathische Abschlussarbeit - Claudia Weiß

2 visceraler Anamnesebogen, Frau/Herr C. [REDACTED] geb. 15/04/1968

Sphinkter v. Oddi				##	✓	
Ligament v. Treitz				##	✓	
Sonstiges	Unveränderte Beweglichkeit auf Grund Skoliose, Kyphose + Gibbus					
	Beweglichkeit	Fixation/ Restriktion	Rotation	Spasmus	Schmerz	Intervention
Duodenum	## ## ##	##				
> Duo 1		##/##/✓				✓
> Duo 2		##/##/✓				✓
> Duo 3		##/##/✓			##/✓/✓	✓
> Duo 4		##/##/✓				✓
Colon	1/2/3					
> Darmpaket all.	+/##/##	##/+/✓			##/+/✓	
> Aszendenz	✓					
> Deszendenz	✓					
> ICV				##/##/✓		✓
> Cäcum		+ + ✓		##/##/✓		✓
> Sigmoid		## + ✓		##/##/✓		✓
> Radix mesent.		## ## ✓				✓
Raum von Douglas	1/2/3					
	+ ## ##	## ## ✓				✓
Niere						
> re.Niere	✓					
> li. Niere	✓					
Harnleiter						
> re.Harnleiter	✓					
> li. Harnleiter	✓					
Blase	## ## ##	+ + ✓				✓
Uterus	+ + ✓	## ## ✓				✓
Adnexe	+ + ✓					✓
> re. Adnex	+ + ✓	## ## ✓				✓
> li. Adnex	+ + ✓	## ## ✓				✓
Hoden						
> re.Hoden						
> li.Hoden						
Samenleiter						
> re.Samenl.						
> li.Samenl.						
Prostata						
Sonstiges						

Naturheilpraxis Claudia Weiß, Mindelauer Str.2, 86825 Bad Wörishofen,

Naturheilpraxis Claudia Weiß, Mindelauer Str. 2, 86825 Bad Wörishofen

3 visceraler Anamnesebogen, Frau/Herr

C. [REDACTED] geb. 15/05/1968

Beurteilung in Zeichen:

normal/unauffällig	✓
wenig	+
stark	++
sehr stark	+++

Symptome:

- > JGG Oberbauch ⇒ Schmerzen
- > Gallenstein
- > (Nirrane) Galle?
- > Stuhlprobleme
- >
- >
- >
- >
- >
- >

Fazit:

Auf Grund der Vorgeschichte ist auch im Bauchraum eine etwas verminderte Beweglichkeit vorhanden.

Klinikum Nürnberg

Wir sind für Sie da!

Klinik und Institut für Physikalische und
Rehabilitative Medizin und für Naturheilverfahren
Fachübergreifende Frührehabilitation

Klinikum Nürnberg · Kh/Phys · 90471 Nürnberg

Herrn

[Redacted]
FA für Allgemeinmedizin
[Redacted]
[Redacted]

LEITENDER ARZT: Klinikum Süd
PROF. DR. H. HIRSCHFELDER Breslauer Str. 201
Tel. (0911) 398-2206 90471 Nürnberg
Fax (0911) 398-5788
hirschfelder@klinikum-nuernberg.de

Leitende Oberärztin: korte@klinikum-nuernberg.de
Dr. A. Korte

Pflegedienstleitung: h.seifert@klinikum-nuernberg.de
H. Seifert

Unser Zeichen: Hirschfelder/Schindler Telefon: 398-2735

Telefax: 398-5841

Datum: 18.07.13

✉ Frau [Redacted]

Sehr geehrter Herr Dr. med. S. [Redacted]

ich berichte Ihnen über Frau C. [Redacted] 5.04.68, aus [Redacted] die ich
am 18.07.2013 prästationär untersucht habe.

Diagnose(n):

- Thorakolumbale Fehlbildung mit Gibbusbildung

Anamnese: Frau [Redacted] ist mir seit ca. 20 Jahren bekannt mit einer komplexen Wirbelsäulenfehlbildung mit Gibbusbildung bei ventralem Blockwirbel der unteren BWS. Die Wirbelsäulenschmerzen konnten lange kompensiert werden, in den letzten 10 Jahren deutliche Verschlechterung mit Aufgabe des Berufes als Konditor, jetzt Beruf als Heilpraktikerin. Probleme bei Belastung der Wirbelsäule. Zusätzlich Migräneartige Zustände mit Beschwerdebeginn vom Atlas ausgehend.

Klinische Untersuchung: An- und Auskleiden problemlos. Gangbild unauffällig einschl. monopodalem Zehenspitzenstand, Fersenstand und Kniebeuge seitengleich. Beckengeradstand. Gerader Aufbau der Dornfortsatzreihe. Gibbusbildung der unteren BWS. Eine kompensatorische lumbale Hyperlordose kommt erst bei Palpation zur Darstellung. Bei der segmentalen Untersuchung Druckschmerz im Gibbusbereich, geringer Federungsschmerz der Gelenke, kein Rotationsschmerz, ISG frei. Die Beweglichkeit zeigt eine Inklination bis zu einem FBA von 7 cm, Reklination schmerzfrei, durch die thorakolumbale Kyphosierung eingeschränkt. Seitneigung und Rotation zeigt Fixierung im Gibbusbereich. An der HWS leichte Einschränkung der Rechtsneigung, bei der segmentalen Untersuchung Weichteilbefund III/IV auf der linken Seite, Translation des Atlas nach links etwas eingeschränkt. Peripher neurologisch seitengleiche Reflexe, keine pathologischen Reflexe, Sensibilität unauffällig.

Röntgenbild WS in 2 Ebenen zentriert auf die untere BWS: Blockwirbelbildung TH 10 bis TH 12 ventral. Ausmaß des Blockwirbels 45° (auf der Voraufnahme 57°, offenbar andere Projektion). Die Messung im Bereich der Nachbarwirbel TH9 bis L1 zeigt den Gibbuswinkel 51°, unverändert zur Voraufnahme. In der a.p.- Aufnahme nur geringe lokale Skoliose, kein Hinweis für Spina bifida occulta. Entsprechend der vertebrae Fehlbildung unphysiologischer Abgang der Rippen 9 bis 12.

Beratung: Erfreulicherweise keine Progredienz der knöchernen Fehlstellung im bekannten Fehlbildungsbereich der unteren BWS. Sinnvoll ist eine gute muskuläre Führung, hierfür empfiehlt sich eine Serie mit Krankengymnastik als segmentale Stabilisierung. Belastung schmerzadaptiert erlaubt. Eine spezielle Therapie erscheint heute nicht notwendig, insbesondere keine operativen Maßnahmen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. H. Hirschfelder
Leitender Arzt

Klinikum Nürnberg, ein Unternehmen Ihrer Stadt
Vorsitzender des Verwaltungsrats: Oberbürgermeister Dr. Ulrich Maly
Vorstand: Dr. Alfred Estelmann
Kommunalunternehmen - Anstalt des öffentlichen Rechts, Sitz: Nürnberg, Registergericht Nürnberg, HRA 14190
Kontingenz Nürnberg RI 7 760 501 01, Konto 1 000 944, BIC SSKNDE77XXX, IBAN DE18760501010001000944

Seite 1 von 1

Dr. med. Abdolrahim Eghbal

Facharzt für Orthopädie
Chirotherapie, Sportmedizin,
rehabilitative Medizin
und physik. Therapie



Sprechzeiten

Mo.-Do. 9.00 - 12.00 Uhr
Fr. 9.00 - 14.00 Uhr
Mo.+Di.+Do. 14.00 - 17.00 Uhr
und nach Vereinbarung

Dr. med. A. Eghbal - K[redacted]

K[redacted] Straße 5
8826 Bad Wörishofen
Telefon 082 47 96 98-0
Fax 082 47 96 98-10

Ihre Nachricht vom

Ihre Zeichen

Unsere Zeichen 19.02.2009

Datum

[redacted] geb. 15.04.68

wohnh.: [redacted]

ANAMNESE:

Pat. ist am 09.02.2009 auf dem Weg zur Arbeit gestürzt, auf den Rücken und die re. Seite gefallen und hat sich dabei im LWS-Bereich und Hemithoraxbereich re. verletzt.

BEFUND:

Gangbild flott, flüssig, nicht seitbetont und nicht algophob.

WS:

Schulter-Scapulae beinahe Beckengradstand, WS-Skoliose (li. konvex BWS, Gegenschwungung LWS), Gibbusbildung, DS und KS über den DFS der ges. BWS, BS, Mob. der BW Sund LWS (Rotation und Seitneigung) n. bd. Seiten um 1/3 eingeschränkt.

Ott: 30/31cm, Schober: 10/12cm, FBA: 40cm.

Hemithorax rechts:

DS und KS am caudalen lat. Hemithorax u. Rippenbogenbereich sowie im cranialen MCL-Bereich, oberhalb von d. Mamma, BS, keine Prellungsmarke feststellbar, Expirations- und Inspirationssschmerz.

Neur. Status:

MER seitengleich und regelrecht.

RÖNTGEN:

Hemithorax re. in 2 Ebenen:

Kein Anhalt f. frische ossäre Fraktur,
regelrechter Rippenverlauf.

LWS i. 2 Ebn.:

Kein Anhalt f. frische ossäre Fraktur.

Unfallunabhängiger Befund:

WS-Skoliose (li. konvex BWS, Gegenschwungung LWS),
rechtskonvexe Lumbalskoliose, Übergangsstörung BWS-LWS-Bereich
m. V.a. Blockwirbelbildung D11/12, beg. Spondylosis
def. ventralseitig L1/2, L4/3, Hyperlordose, beg. Osteochondrose
im caudalen BWS-Bereich, metall. Fremdkörper im
Kleinbeckenbereich (Spirale).

DIAGNOSE:

Kontusion parav. Musk. BWS und LWS-Bereich

Kontusion Hemithorax rechts

Unfallunabhängige Diagnose:

Gibbusbildung BWS-Bereich

V. a. Blockwirbelbildung D11/12

Chron. rez. BWS-LWS-Syndrom

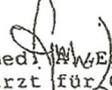
WS-Skoliose

THERAPIE:

Procedere: Kryotherapie, Vorstellung im KH MN (D-Arzt)

Rp.: Thrombophob 60000, Creme 100g N2

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med.  Egnbal
Facharzt für Orthopädie

1811 110819 09:16:44 0000094

Georg Krämer
FA für Orthopädie / Rheumatologie
Chirotherapie / Physikalische Therapie / Ambulantes Operieren / Belegarzt

Georg Krämer, H. [REDACTED]

[REDACTED] 07.06.2006 /hm

Frau [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Befundbericht zur Vorlage beim Hausarzt

Frau [REDACTED] geboren am 15.04.1968, wh. in [REDACTED]

Diagnose:

Skoliose, G. (M41.90G); Blockierung der BWS, G. (M43.90G); Dorsalgie, G. (M54.99G); Ankylose BWK 9-12, G. (M43.29G); Gibbus, G. (M40.19G);

Anamnese:

Die Pat. klagt nach dem Heben von einer schweren Last über Schmerzen in der BWS linksseitig.

Befund:

Linksförmige Thorakalskoliose. Flachrücken im oberen BWS-Bereich. Gibbus im unteren BWS-Bereich. Paravertebraler DS in Höhe BWK 7. Paravertebrale muskuläre Verspannung über der mittl. und unteren BWS.

Röntgenbefund:

BWS in 2 Eb.:

In der a.p.-Aufnahme linkskonvexe Skoliose. Fusion von BWK 9 bis BWK 12. Auf der seitl. Aufnahme Steilhaltung der oberen BWS. Gibbus im unteren BWS-Bereich. Kyphosierung der BWK von BWK 9 bis BWK 12.

Therapie:

Durchführung einer Facetteninfiltrationsbehandlung TH 7/8 links. Verordnung von manueller Therapie und von Heißluft (6x).

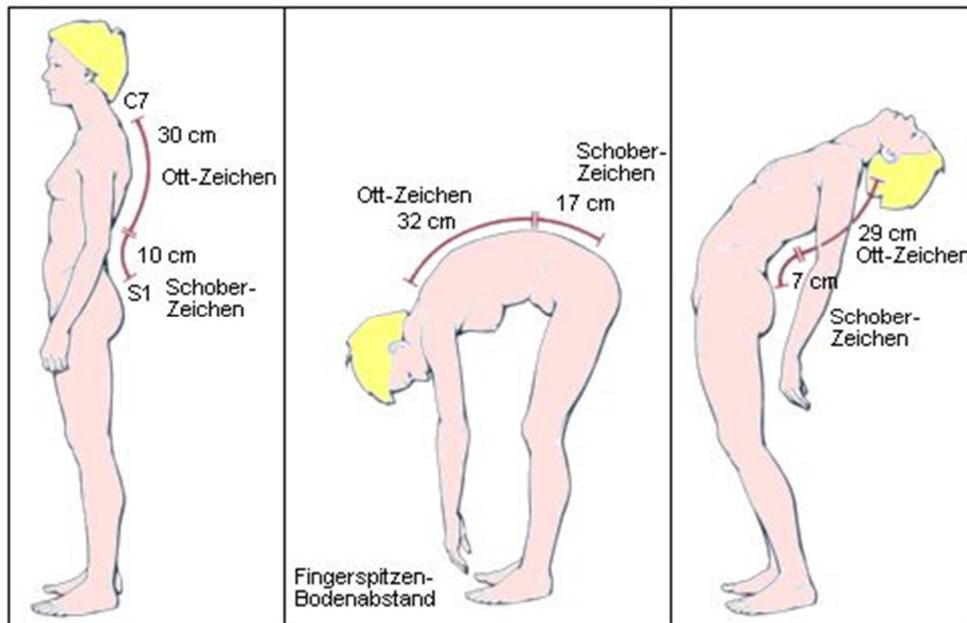
Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Georg Krämer
-Orthopäde-

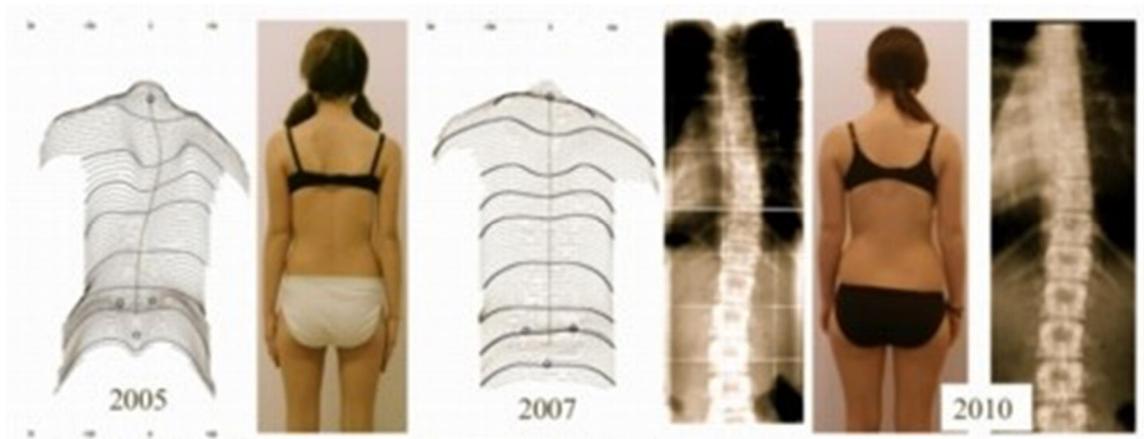
1011 110910 001011 1101

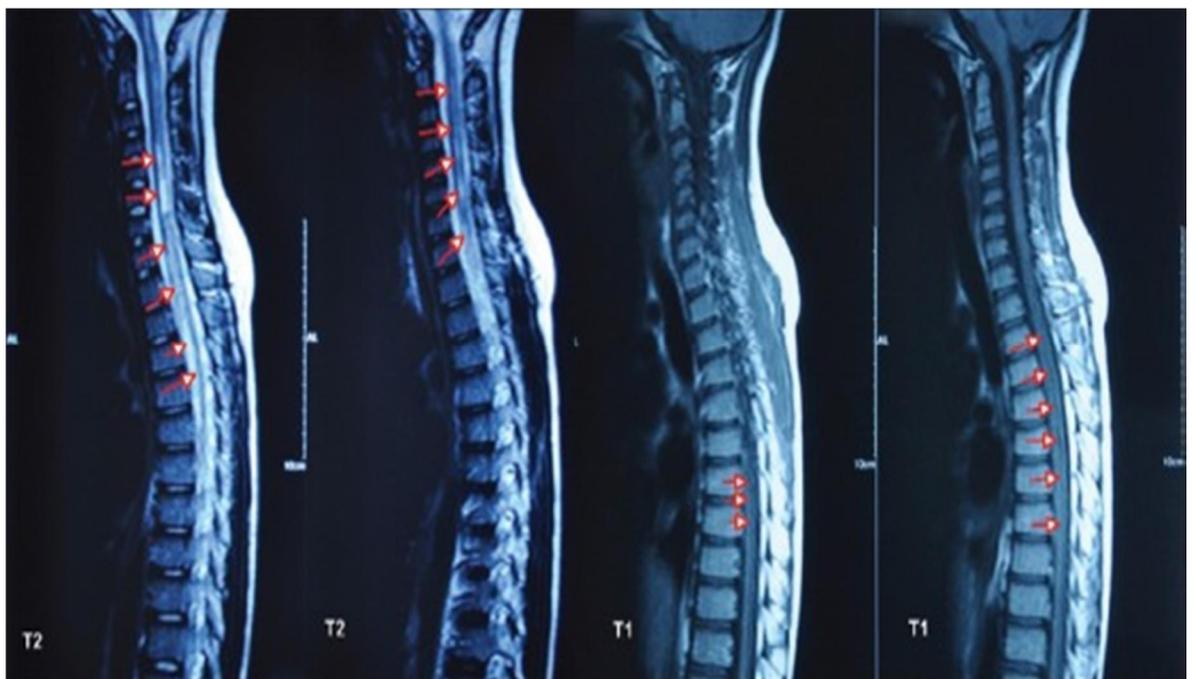


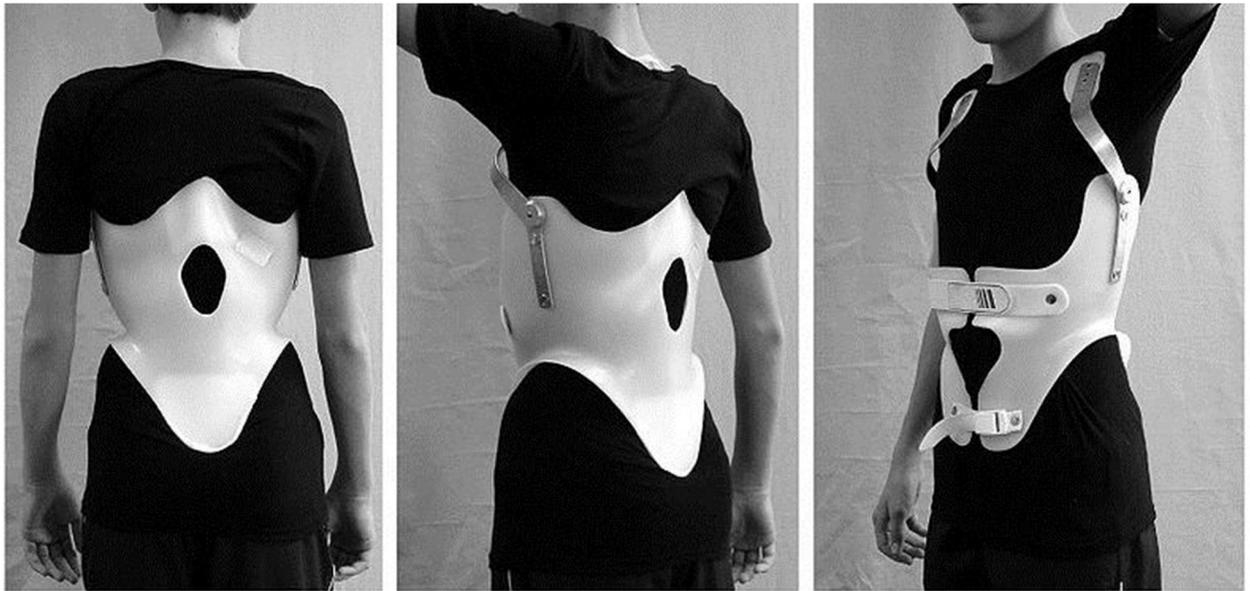
Anlage 1



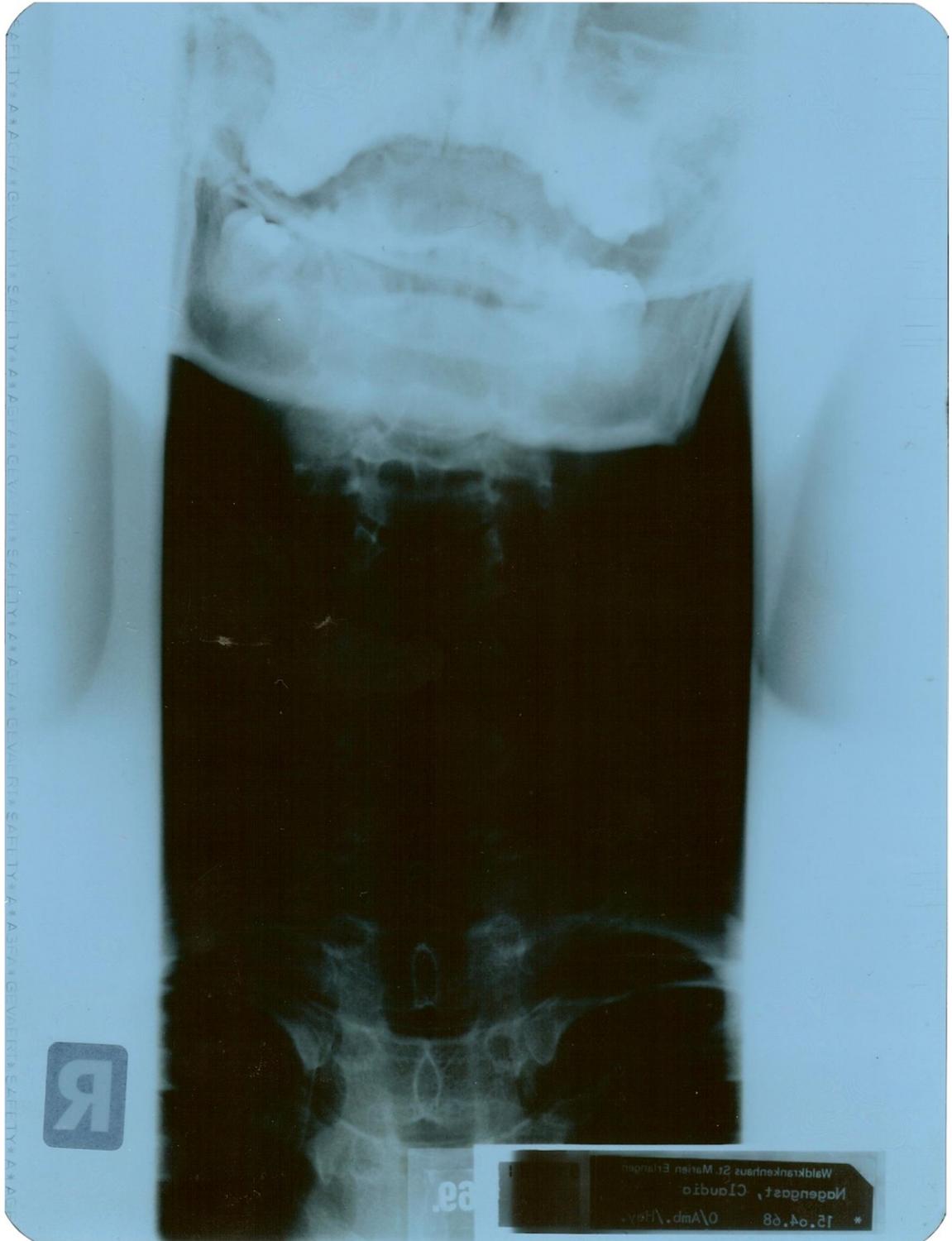












Anlage 8



Anlage 9

Danke.

Ich bedanke mich ganz herzlich bei:

- meinen Ausbildern, Bonnie- Sue May und Robert May-Klein
- meiner Tutorin, Bonnie- Sue May
- Marina Hartmann, für die Hilfe am PC
- Livia Wilimzig, für die Übersetzung vom Englischen ins Deutsche in den Literaturnachweisen
- Dr. med. Claus Wilimzig, für die Sichtung der Abschlussarbeit

Ausbildungsinstitut Heilpraktiker Schule May:

Bad Wörishofen, den _____

Bonnie-Sue May

Robert May-Klein

Dr. med Claus Wilimzig:

Dr. med. Claus Wilimzig

Hiermit versichere ich, die vorliegende osteopathische Abschlussarbeit selbstständig verfasst und angefertigt zu haben. Alle benutzten Quellen und jede Literatur, die zur Hilfe herangezogen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet.

Claudia Weiß _____ am _____ in Bad Wörishofen