

Dieter Heesch

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

„Wissenschaft ist genaue Beobachtung“
(James Cameron in „Avatar“)

Einleitung

Manualtherapeuten machen häufig die Erfahrung, dass nach einer erfolgreichen Manipulation an der Wirbelsäule internistische Erkrankungen gelindert werden. Aber auch regelmäßig auftretende Wirbelblockierungen in definierten Segmenten waren bei bestimmten internistischen Grunderkrankungen anzutreffen. Aus diesen Erfahrungen heraus kristallisierte sich der in der manualmedizinischen Ausbildung gelehrte Satz: „Die Wirbelsäule ist Ursache und Wirkung in sich.“

Auffällig ist nun, dass der Versuch, die genannten Erfahrungen in Kartografien zu systematisieren, je nach Schule z.T. sehr genaue Übereinstimmungen, aber auch sehr differente Zuordnungen erbringt. Lassen sich Erfahrungen nicht deckungsgleich reproduzieren, hat ihre Vermittlung wenig Sinn und vermindert ihre Glaubwürdigkeit.

Modell der vertebro-vegetativen Kopplung

Vielleicht können eigene Erfahrungen mit der manualtherapeutischen Behandlung chronischer Syndrome zu kongruenteren Kartografien verhelfen. Voraussetzung zum Verständnis der Behandlung ist das Modell der vertebro-vegetativen Kopplung. Dieses soll anhand einer **Kasuistik** verdeutlicht werden:

Sympathikus-Therapie oder die Kartografien der Manualtherapie

Zusammenfassung

Das Modell der vertebro-vegetativen Kopplung wird vorgestellt, das realitätstüchtig pathogene Auswirkungen von Wirbelsäulenblockierungen auf den Körper erklärt. Die mechanische Irritation des sympathischen Grenzstrangs durch Rippen- und rippenanaloge Gelenke erzeugt trophische Störungen im Sinne eines Morbus Sudeck – es entstehen sog. „Vegästhesien“.

Das Modell wird gestützt durch die erfolgreiche manualtherapeutische Behandlung des Herpes zoster, der im Gegensatz zur Lehrmeinung als Neuritis des sympathischen Nervensystems interpretiert wird.

Das Modell vermag durch Überwindung hierarchischer metamerer Vorstellungen weiterhin die Variationsbreite und die mangelnde Systematik der traditionellen manualtherapeutischen Kartografien erklären.

Schlüsselwörter

Herpes zoster, Manualtherapie, Modell der vertebro-vegetativen Koppelung, sympathischer Grenzstrang, Morbus Sudeck.

Abstract

The model of the vertebrovegetative coupling is presented, which realistically explains the pathogenic effects of blockings of the vertebral column on the body. The mechanical irritation of the sympathetic chain by rib joints or joints analogous to the ribs creates trophic disorders in the sense of a Sudeck's disease – so-called „vegesthesias“ develop.

The model is supported by the successful treatment of herpes zoster with manual therapy, which is interpreted in contrast to the doctrine as neuritis of the sympathetic nervous system.

By overcoming hierarchical, metameric ideas, the model is still able to explain the range of variation and the lacking systematics of the traditional manualtherapeutic cartographies.

Keywords

Herpes zoster, manual therapy, model of the vertebrovegetative coupling, sympathetic chain, Sudeck's disease.

Herr P. klagt seit Monaten über eine Abduktionshemmung im Sinne eines Painful Arc der rechten Schulter. Dieser findet seine Ursache in einer Tendinopathie des M. supraspinatus. Besonders nachts wacht Herr P. oft auf, wenn er auf der rechten Seite liegt. Bei diesem Krankheitsbild findet sich regelmäßig eine Blockierung des 5. BWK ipsila-

teral. Eine erfolgreiche Deblockierung vermochte die Problematik rasch zu lindern. (Blockierung wird hier verstanden als eine reversible Störung des physiologischen Gelenkspiels).

Auffällig in der Anamnese dieser Kasuistik und vieler anderer Erkrankungen, die Patienten in die manualtherapeutische

Praxis bringen, ist die beschriebene Verschlechterung in Ruhe. Diese Erfahrung hat zur Entwicklung des Modells der vertebro-vegetativen Koppelung (MVVK) geführt.

Im Gegensatz dazu steht das rein blockierungsbedingte Krankheitsbild, das seine Symptomatik mit Schmerz und Bewegungseinschränkung fast ausschließlich bei Bewegung auslöst. Wir müssen also zwischen Blockierung mit und ohne vegetativer (hier auch dystropher) Symptomatik unterscheiden.

Mechanik

Das MVVK hypothesiert eine chronische Irritation eines sympathischen Grenzstrangganglions im Bereich z.B. der BWS (Abb. 1, 2) durch eine im Rahmen einer Rotationsblockierung entstandenen dauerhaften Subluxation des zugehörigen Rippenköpfchens. Je nach Intensität der Rotation wird die an Korpus und Querfortsatz des zugehörigen Wirbels, Bandscheibe und Wirbelkörper des darüberliegenden Wirbels fixierte Rippe tendenziell aus dem proximalen Gelenk gehebelt, wobei das Rippenköpfchen vermutlich subluxiert.

Der Grenzstrang ist durch eine feste bindegewebige Membran an die Wirbelsäule fixiert. Seine Ganglien liegen im Allgemeinen direkt über den Artikulationen der Rippenköpfchen mit den Wirbelkörpern. Eine Subluxation der Rippenköpfchen mit begleitendem Ödem der Gelenkkapsel erzeugt eine Raumforderung auch nach ventral in Richtung Grenzstrang. Dieser wird dann – analog der Einwirkung eines Bandscheibenprolapses auf das somatische Nervensystem – chronisch irritiert.

A) Efferenz und Minor Sudeck

Der Sympathikus reagiert darauf im Bereich efferenter Fasern mit einer dauerhaften Stimulierung. Barop beschreibt, die Relationspathologie von Ricker zitierend [1], eine anhaltende Stimulierung des perivasalen Sympathikus führe zu einer nach proximal zunehmenden Vasokonstriktion und weiterhin zu einer engrammatischen Sensibilisierung des Sympathikus [1]. Eine Stö-

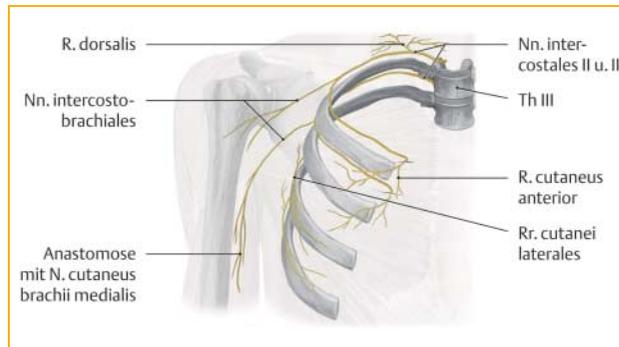


Abb. 1: Verlauf der Interkostalnerven. Rechte Seite, Ansicht von ventral. Aus: Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem. Illustrationen von M. Voll und K. Wesker. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2007

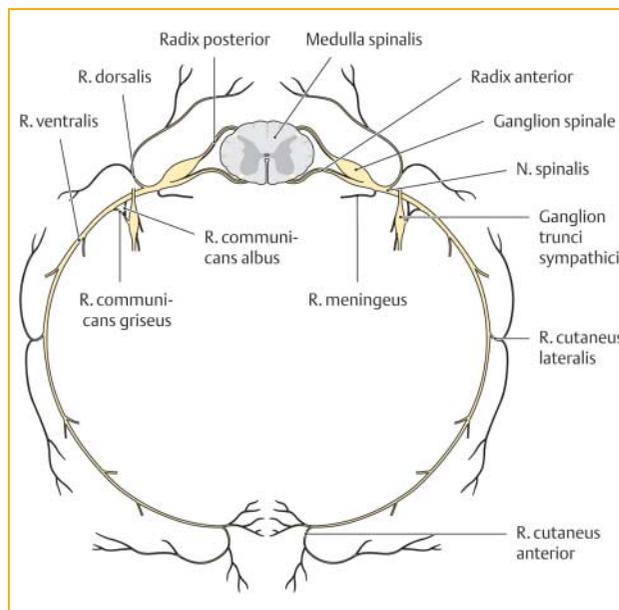


Abb. 2: Äste eines Spinalnervs. Aus: Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem. Illustrationen von M. Voll und K. Wesker. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2007

rung der Trophik im Versorgungsgebiet mit einer Minorform des Morbus Sudeck ist die Folge. Der Morbus Sudeck wird heutzutage als komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS = complex regional pain syndrome) bezeichnet. Beim sog. Minor Sudeck ist überwiegend die Efferenz betroffen. Wesentlich ist der Begriff regional, eine conditio sine qua non für die Anwendbarkeit des MVVK. Drei chronische CRPS in geringer Ausprägung konnten in den letzten Jahren allein manualtherapeutisch erfolgreich behandelt werden.

Beim Lichen amyloideus oder dem Karpaltunnelsyndrom entwickeln sich im Bereich der dauerhaft stimulierten Efferenzen amyloide Eiweißdegenerationen. Andererseits entstehen im Schulterbereich bei gestörter Trophik Kalkablagerungen. Im internistischen Bereich wird die Reizleitung oder die Motorik beeinflusst oder eine Dauerstase im Gefäßsystem z.B. des Ma-

gens erzeugt. Herzrhythmusstörungen (die nur in Ruhe auftreten), Refluxösophagitis, Gastritis oder Gallensteinbildung können die Folge sein. Bei lang bestehender sympathikogener Hyperämie beschreibt Ricker [1] die Ausbildung von Adenomen als Ausdruck einer paratypischen Hyperplasie. So wird die Entstehung von Heberdenknoten durch Bedrängung des Ganglion stellatum durch einen Rundrücken („Witwenbuckel“) verstehbar.

Das MVVK unterstützt die sog. Zweitschlagtheorie der Neuraltherapie. Nur wenn ein Gewebe durch eine Sympathikusirritation trophisch unterversorgt ist, kann ein Trauma chronifizieren. Beim chronischen, durch einen Sturz entstandenen Schulter-Arm-Syndrom wäre also eine schon vorbestehende Blockierung von Th 5 die Ursache für die Chronifizierung. Ohne die Sympathikusirritation würde die Verletzung rasch ausheilen.

B) Afferenz

Die dauerhafte Irritation von afferenten Fasern hingegen führt zu sympathikustypischen Ästhesien wie Jucken und Brennen. Je nach Lokalisation der Impression des Grenzstrangs sind die unterschiedlichsten Störungen zu erwarten. Der Begriff Kausalgie deutet die mögliche Intensität des sympathisch vermittelten Schmerzes an. Bekannt ist die Vermittlung von dumpfem Oberflächenschmerz, protopathischem Tiefenschmerz und Viszeralschmerz über die C-Fasern des afferenten Schenkels.

Unbekannt, da bisher nicht dem Sympathikus zugeordnet, ist eine der Kribbelparästhesie ähnlichen Sensation, die besonders an den Fingern auftritt. Diese tritt bei besonderen Stellungen des Arms (nicht der HWS!) und v.a. in Ruhe auf. Eine Deblockierung im Bereich der oberen BWS schafft sofort Linderung. Diese Parästhesien sind, unter der Prämisse der Richtigkeit des MVVK eine besondere, bisher nicht beschriebene Qualität des Sympathikus. An den Füßen sind diese Parästhesien nicht bekannt.

Parästhesien vs. Vegästhesien

An dieser Stelle wäre der Begriff Parästhesien zu hinterfragen, da es sich anscheinend nicht um „Nebengefühle“ eines somatischen Nerven, sondern um von einem anderen Nervensystem, eben dem Vegetativum, vermittelte Sensationen handelt [1]. Der Begriff „Vegästhesien“ erscheint deswegen treffender. Typisch für die sympathischen Afferenzen ist der Erhalt der normalen Berührungsempfindlichkeit, die Lageabhängigkeit (z.B. des Arms) und die sofortige Linderung bei erfolgreicher Deblockierung des zugehörigen Wirbels.

C) Verschlechterung in Ruhe

Die Verschiebung der thorakalen zur Zwerchfellatmung in Ruhe (besonders im Liegen) verursacht gerade in dieser Situation bei bestimmter Lagerung oder Sitzposition eine dauerhafte Irritation des imprimierten Grenzstrangareals. Intensive Bewegung mit Rippenatmung führt zu kurzzeitiger Erholung der dystrophischen Situation durch Minderung der Kompression des Sympathikus. Dieser Mechanismus

vermag die Genese bestimmter Erkrankungen, wie Herzrhythmusstörungen, die nur in Ruhe auftreten, zu erklären.

D) Die Vermittlerrolle des Sympathikus

Komplexere Folgen hat der oben beschriebene Mechanismus z.B. in der Dermatologie. Hier kommt es durch die Grenzstrangirritation zu einer trophischen Störung des sympathisch versorgten Hautareals. Auf dieser realisiert sich dann ein allergisches Ekzem, dessen primäre Kausa z.B. in einer intestinalen Candidose zu finden ist.

Schon der Dermatologe Blaschko [3] vermutete 1901, hier jedoch für das somatische Nervensystem, eine primäre Nervenkrankung schaffe einen Locus minor resistantiae, an dem sich dann z.B. ein Ekzem lokalisiert; oder beim MVVK eben auch eine internistische oder orthopädische Erkrankung. Als Beispiel sei hier die palmare Hyperkeratose genannt.

Daraus lässt sich folgern: Findet sich ein regional begrenztes Ekzem, dessen Ursache – im Gegensatz z.B. eine Chromatallergie – nicht zu eruieren ist, kann eine Wirbelblockierung die Kausa/Vermittlungsinstanz sein. Hochsignifikant für einen solchen Zusammenhang ist eine Verschlechterung von Begleitsymptomen wie Brennen oder Jucken in Ruhe, wie es beispielsweise beim Herpes zoster oft beschrieben wird. Schon Blaschko [3] beschreibt lineare Naevi (Dermatosen entlang von Nervenverläufen) als Locus minoris resistantiae. Daneben beschreibt er für diese Ekzeme abnorme Sensationen (Naevi pruriginosi) [3].

Ebenfalls kann die oft erfolgreiche Behandlung der Migräne (die überwiegend nachts entsteht) [4] durch Manualtherapie an den Kopfgelenken im Sinne einer sympathischen Vermittlung gedeutet werden. Stress oder Hormonschwankungen wären als primäre Kausa anzusehen. Der durch eine Blockierung irritierte Sympathikus bereitet jedoch das jeweilige Terrain für den Ausbruch der Krankheit. Ohne Kopfgelenksblockierung wird sich die primäre Störung selten als Migräne durchsetzen können.

Auch für den Ausbruch des Herpes zoster ist die Wirbelblockierung nicht die Ursa-

che. Kausa ist weiterhin die lokale Reaktivierung eines hibernierenden Varizelleninfekts (1. Faktor) durch eine noch unbekanntete Ursache (2. Faktor). Die Irritation des Grenzstrangs (3. Faktor) scheint jedoch für den Ausbruch eine *Conditio sine qua non* zu sein. Bei bisher 192 Zosterpatienten war nur bei 4 Patienten keine den Zoster beeinflussende Blockierung zu detektieren. Die von Zosterpatienten häufig geschilderte Sturzanamnese bei sonst gesunden Menschen weist ebenfalls auf derartige Zusammenhänge hin.

Kartografien der Wirbelsäule

Klassische Kartografien

Außer der chinesischen ordnen die unterschiedlichen Kartografien jedem Wirbel bestimmte Organ- oder sogar auch Systemerkrankungen zu. Als Vermittlungsinstanz für den von der Wirbelsäule ausgehenden pathologischen Reiz wird entweder das Wirken „energetischer Instanzen“ oder des somatischen Nervensystems hypothesiert.

In der kraniosakralen Therapie wird die These vertreten, die *Dura mater* sei die Vermittlungsinstanz, die sich dann wieder irgendwie auf das somatische Nervensystem auswirke. Die landläufigen Vorstellungen über eine durch die Wirbelblockierungen verursachte Irritation der sensiblen Radix sollen im Abschnitt Diskussion behandelt werden.

Vielleicht ist diesen unterschiedlichen Wirkmodellen die mangelnde Deckungsgleichheit der tradierten Kartografien geschuldet. Andererseits gibt es auch Übereinstimmungen, die abgeschrieben wirken. So wird Th 8 übereinstimmend der Milz zugeordnet, ein Organ, von dem keine primären, sondern nur sekundäre Erkrankungen (z.B. Polycythaemia vera) bekannt sind. Es ist nicht vorstellbar, dass eine Th 8-Blockierung die Krankheit auslösen kann. Die Zuordnung der – bei malignen Bluterkrankungen geschwollenen – Milz zur Regelung der Abwehrkräfte ist ein unzulässiger Analogieschluss oder einer metaphysischen Vorstellung aus der TCM geschuldet.

Kartografie des MVVK

Der zur Irritation des Grenzstrangs führende Mechanismus kann natürlich nur dann greifen, wenn der Grenzstrang auf Strukturen mit veränderbarem Raumbedarf, z.B. den Rippen-Wirbel-Gelenken, liegt. So ergibt sich als Bedingung für die Anwendbarkeit des MVVK das Vorhandensein von rippenanalogen Gelenken.

An HWS und LWS finden sich diese Strukturen nicht. An der HWS zeichnet sich allein C 1 mit dem Os occiput als Rippenanalogon aus. Im Bereich des Sacrum entspräche das Os ileum der Rippenanalogie. Die Eindeutigkeit des Wirkmechanismus an der BWS ist jedoch am Kopfgelenk und am Sacrum nicht gegeben. Am ISG ist der Grenzstrang nicht genau über der Gelenkfuge gelegen, sondern weiter medial. Als Hilfskonstrukt ist hier eine Beeinflussung des Grenzstrangs bei Verwirrungen des ISG durch Verspannungen oder Verquellungen bindegewebiger Strukturen anzunehmen. Wie die Beeinflussung des Sympathikus im Bereich der Kopfgelenke funktionieren kann, ist trotz intensiver Nachforschungen völlig unklar geblieben.

Dennoch zeigt die 7-jährige Erfahrung mit der Übertragung des Modells auf ISG und Kopfgelenke seine Realitätstüchtigkeit auch für diese Bereiche. Auch hier können Beschwerden wie Pustulosis plantaris, Wadenkrämpfe, Morbus Sudeck nach SPG-Fraktur oder diverse Syndrome des Kopfes wie Vertigo oder Migräne sehr oft erfolgreich behandelt werden.

HWS und LWS können nach dem Modell der vertebro-vegetativen Kopplung keine Irritationen des Grenzstrangs erzeugen. Damit steht dieses Modell im Gegensatz zu allen anderen Kartografien.

Pointiert ausgedrückt kann es also kein Cervico-brachial-Syndrom geben. Es sei denn, ein Bandscheibenprolaps oder eine Foramenstenose imprimiert die Hinterwurzel. In diesem Fall ist jedoch eine völlig andere Symptomatik zu beobachten als z.B. eine Epicondylitis oder eine Tendinitis calcarea der Schulter. Der Nerv ist „dumm“. Er

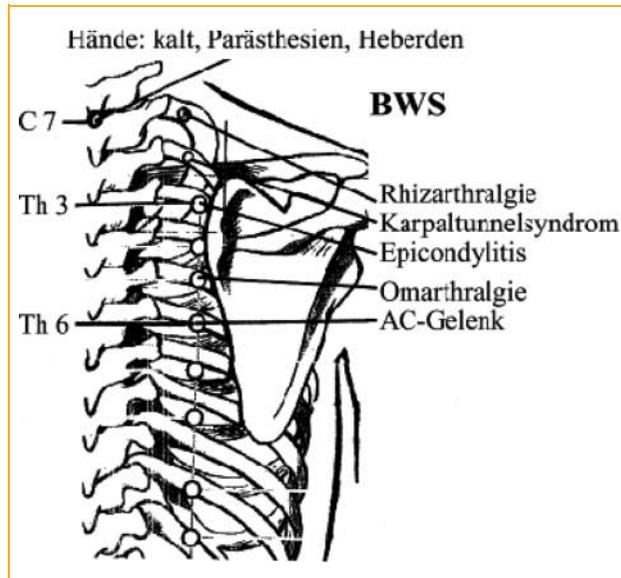


Abb. 3: Blockierungen im Bereich der Brustwirbelsäule und mögliche Erkrankungen der oberen Extremitäten, die in der Praxis des Autors bei zahlreichen Patienten übereinstimmend auftraten.

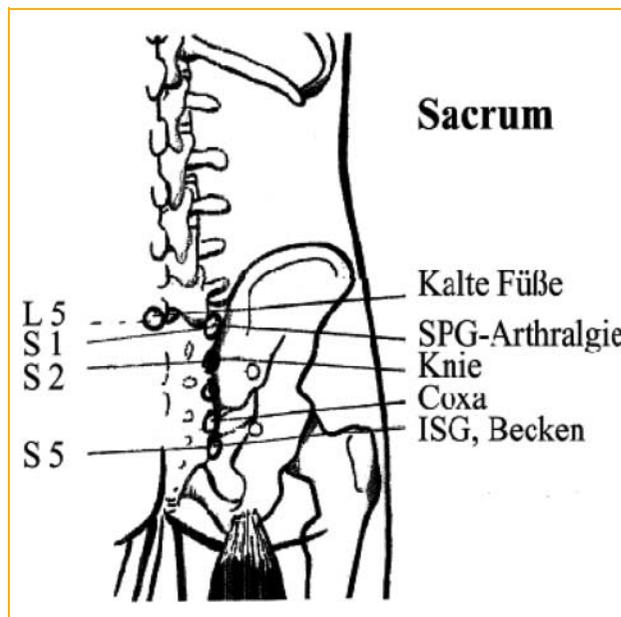


Abb. 4: Blockierungen im Sacrum-Bereich und mögliche Erkrankungen der unteren Extremitäten, die in der Praxis des Autors bei zahlreichen Patienten übereinstimmend auftraten.
an Autor: bitte Bildlegenden prüfen, so in Ordnung?

kann nur eine einzige Qualität vermitteln. Eine Kompression des sensiblen Spinalganglions kann also direkt keine dystrophischen Folgen haben, sondern nur die Qualität Schmerz, Druck etc. vermitteln. Für die Trophik ist primär das vegetative Nervensystem zuständig.

Vor 20 Jahren entstand eine Kartografie für die Behandlung der Extremitäten sowie orthopädischer Erkrankungen des Thorax und des Beckens. Die in Abb. 3 und Abb. 4 dargestellten Zuordnungen konnten bei über 10 000 Kasuistiken nur 3-mal nicht bestätigt werden. Diese Kartografie deckt sich nach Aussage des Schriftleiters der Zeit-

schrift „Manuelle Medizin“ [5] mit den Erfahrungen der Gesellschaft für manuelle Medizin. Je nach Lokalisation der Erkrankung ist die zugehörige Blockierung mit großer Sicherheit in dem von der Kartografie dargestellten Wirbelbereich zu finden.

MVVK und internistische Erkrankungen

Der Erfahrungsschatz mit dem MVVK ist noch zu gering, um eine eigene Kartografie auch für internistische Erkrankungen zu erstellen. Die Effektivität des Modells zeigt sich jedoch z. B. bei der Refluxösophagitis.

Seit Anfang 2010 wurden 22 Patienten untersucht. Bei 21 Patienten war eine Blockierung von Th 6 (generell! nach rechts rotiert!) feststellbar. 11 von 14 Patienten, die den Fragebogen zurückgeschickt hatten, waren monatelang von ihren Beschwerden befreit, 2 hatten eine Besserung von 50% zu verzeichnen. Diese Erfahrungen theoretisch belegend beschreibt Ricker [1] die „sympathisch“ vermittelte Genese von Gastritiden: Die Entstehung von Gallensteinen wäre als sympathisch vermittelte Gallengangsdyskinesie zu interpretieren. Hierzu gibt es eine Kasuistik einer sportlichen, schlanken Frau. Nach 2 Monaten Mobilisierung von Th 5 war der zuvor 1 Jahr bestehende Gallenstein sonografisch nicht mehr nachweisbar. Herzrhythmusstörungen, die nur in Ruhe auftraten, waren bisher immer durch eine Deblockierung von Th 4 zu beheben.

Diskussion

Das MVVK steht mit seiner Vermittlungshypothese sehr konträr zu allen anderen tradierten Modellen. Eine Darstellung und Hinterfragung dieser Modelle ist erforderlich, um die Besonderheit und Qualität des MVVK aufzuzeigen. Eine Auseinandersetzung mit energetischen Modellen wird nicht geführt.

Modell der Bedrängung des sensiblen Hinterhorns

Nach unserem derzeitigen Kenntnisstand über die Vermittlung von Steuerungsimpulsen kann dafür nur das Nervensystem in Betracht kommen.

In der Manualtherapie wird der häufig zu erfahrende Zusammenhang von Wirbelblockierungen und internistischen Erkrankungen mit einer Bedrängung des somatischen Nervensystems erklärt [6].

Diese Modellvorstellung ist jedoch unrealistisch. Die landläufigen Vorstellungen über eine durch Wirbelblockierungen verursachte Irritation der sensiblen Radix sind aus mehreren Gründen nicht nachvollziehbar:

- Wirbelblockierungen werden als minimale, reversible Störung des physiolo-

gischen Gelenkspiels verstanden. Durch eine Blockierung kann eine Bewegungsamplitude nur vermindert werden. Eine Abweichung von der Normalstellung der Wirbel zueinander ist gering und röntgenologisch im Allgemeinen nicht darstellbar. Diagnostizierbar ist die Blockierung nur manuell. Man findet Muskelverhärtungen und Schwellungen des periartikulären Bindegewebes der kleinen Wirbelgelenke.

- Das Lumen des Foramen intervertebrale ist so groß, dass die Radix im Dural sack frei flutieren kann. Bewegungen, die das Foramen verkleinern, wären sonst schmerzfrei nicht möglich.
- Jede Retroflexion der Wirbelsäule engt das Foramen wesentlich stärker ein, als durch eine Blockierung denkbar wäre.
- Würde eine Blockierung die sensible Radix beeinflussen, müsste jede, das Foramen einengende Bewegung die Symptomatik verschlechtern. Es müsste sofort ein heller Schmerz einschließen, analog der Symptomatik eines Bandscheibenprolapses.

Die gegenüber Patienten häufig kolportierte Erklärung, die akute, durch eine manualtherapeutische Intervention linderbare Lumbalgie („Hexenschuss“) würde durch eine Nerveneinklemmung verursacht, kann also nicht richtig sein.

Das Modell der segmental-reflektorischen Komplexes

Dieses Modell soll wegen seiner Relevanz in der Komplementärmedizin ausführlicher dargestellt werden.

1977 prägte der Manualtherapeut O. Bergsmann [2] den Begriff „segmental-reflektorischer Komplex“ (SRK). Auf die dort entwickelte Modellvorstellung der Vermittlung von Funktionsstörungen der Wirbelsäule auf den Körper und vice versa rekurrieren, sowohl die Neuraltherapie als auch der moderne Akupunkturerklärungsversuch von Wancura-Kampik.

Die Beobachtung komplexer Krankheitsbilder mit thermografisch nachweisbarer Veränderung der Durchblutung, Verquellungen der Subkutis und des Bindegewebes, Verspannungen von Muskel-

ketten und Quadrantensyndromen werden durch ebenso komplexe neuronale Verschaltungen der Funktionsstörungen der Wirbelsäule erklärt. Zentraler Auslöser ist das kleine Wirbelgelenk (das „Fühlorgan der Propriozeption“) als Steuerungselement spinalreflektorischer Regelkreise [2].

Die „Störstelle“ gebe „spezifische Reize an Rezeptoren ab, die durch afferente Neuronen an das spinale Regulationszentrum, den Interneuronpool des Hinterhorns weitergegeben wird“. Auch weitere nozizeptive Afferenzen sowie vegetative Impulse laufen dort ein. Spinalreflektorisch wird dann horizontal und vertikal, je nach Intensität der Störung, die gesamte Nachbarschaft beeinflusst. „Die Vermaschung mit dem motorischen Vorderhornkomplex,, mit dem Tractus spinothalamicus zur zentralen Schmerzrezeption und dem sympathischen Kerngebiet erklären die Wechselbeziehungen zwischen Gelenkblockierung und gestörter Peripherie“.

Auch vertikalen Einflüssen von übergeordneten Zentren wird dabei eine Rolle zugemessen. Insgesamt würden durch die derartige „Vermaschung“ neuronaler Zusammenhänge keine eindeutigen Zuordnungen in der Klinik realisierbar sein. Wir müssen uns mit einer „Blackbox“ als Erklärungsmodell der zu beobachtenden Phänomene zufrieden geben.

Unterschiede des Modells der vertebro-vegetativen Kopplung zum segmental-reflektorischen Komplex

Die Gültigkeit des MVVK beschränkt sich auf Kopfgelenke, BWS und ISG. Der SRK beansprucht seine Wirksamkeit für jedes Wirbelgelenk. Die Beschränkungen des MVVK lassen sich durch den SRK nicht erklären; ebenso nicht die Präferenz des Herpes zoster für Kopf, Thorax und Becken.

Weiterhin vermag der SRK nicht die für das MVVK typische pathognomische Verschlechterung in Ruhe begründen.

Nicht dem Segment zuzuordnende Veränderungen werden von Bergsmann mit der auch vertikalen „Vermaschung“ neuronaler Verknüpfungen gedeutet.

Das MVVK hingegen weist diese Veränderungen allein dem – nur bedingt an metamere Strukturen orientierenden – Sympathikus zu. Auch Barop [1] konstatiert, dass ungeklärt sei, ob gemischte Reflexe oder allein der vegetative Leitungsbogen therapeutisch genutzt wird. Wu [7] führt sogar aus, eine Aktivierung sympathischer Nerven führe nicht zu einer Erregung von sensiblen Neuronen und es gäbe keine Kommunikation zwischen sympathischem postganglionärem Neuron und sensiblen Fasern des Hinterhorns in der Peripherie.

Eine Kasuistik zur Metamerie 75-jährige Patientin mit Zosterneuralgie seit 1,5 Jahren im Bereich von rechter palmarer Hand und Abduktionshemmung der rechten Schulter. Kann kein Messer wegen der Schmerzen halten. Nach mehrfacher Deblockierung von Th 6 völlig wiederhergestellte Mobilität in der Schulter und keine Schmerzen mehr in der Hand. Ein segmentaler Zusammenhang ist hier nicht erkennbar.

Muskulverspannungen, auch in Funktionsketten, sind beim MVVK allein durch eine Schonhaltung zu erklären und nicht durch komplexe neuronale Verschaltungen.

Das MVVK ist sehr reduktionistisch. Für seine Gültigkeit bedarf es keiner komplexen neuronalen Verschaltungen. In der komplementären Medizin sind wir gerne bereit, mit ganzheitlichem Anspruch die Komplexität von Erkrankungen wahrzunehmen. Dieser Eindruck täuscht aber oft bezüglich der Ursache. So vermag die bandscheibenprolapsanaloge, immer gleiche Impression des Grenzstrangs je nach Lokalisation oder Qualität der imprimierten Neuronen sehr unterschiedliche Erkrankungen zu generieren.

Eine noch höhere Komplexität wird durch die Überlagerung anderer Erkrankungen (z.B. Ekzeme, chronisches Schulter-Arm-Syndrom) auf trophisch vorgeschädigten Arealen erzielt. So vermag eine Blockierung von Th 6 ohne Auswirkung bleiben, eine „Interkostalneuralgie“ oder einen lokalen Facettenschmerz auslösen, eine Refluxösophagitis verursachen, einen Herpes zoster zu bahnen, Juckreiz und einen Lichen amyloidosus sowie eine AC-

Gelenksarthrose zu generieren oder ein Ekzem auf Schulterhöhe zu vermitteln.

MVVK und Wirbelblockierungen als Reaktion auf innere Erkrankungen

Zufriedenstellend erklärt das MVVK die bekannten Auswirkungen einer Wirbelblockierung auf andere Organe, also die Wirbelsäule als Ursache. Berichte über Wirbelblockierungen als Reaktion auf eine z.B. internistische Erkrankung, also der Blockierung als Reaktion sind jedoch derart zahlreich, dass eine afferente Verschränkung von erkranktem Organ und Wirbelsäule einen hohen Wahrscheinlichkeitsgrad hat. Es gelang jedoch nie, diesbezüglich einen eindeutigen Kausalzusammenhang zu detektieren.

Das Modell der vertebro-vegetativen Kopplung vermag nicht zu erklären, wie sympathische Afferenzen von erkrankten Organen in der Lage sein können, eine Wirbelblockierung zu erzeugen. Vorstellbar wären die von Mackenzie beschriebenen, vom afferenten vegetativen Nervensystem getriggerten Muskulverspannungen, die dann Wirbelblockierungen auslösen. Dass dieser Wirbel dann auch genau der wäre, der über die Efferenz dystroph sich auf dasselbe Organ auswirkt, ist eher unwahrscheinlich.

Zuordnungsprobleme des MVVK

Das MVVK weist im Bereich von ISG und Kopf Gelenken nicht die Eindeutigkeit der Mechanik auf, wie sie im Bereich des Thorax gegeben ist. Am ISG ist der Grenzstrang nicht genau über der Gelenkfuge gelegen, sondern weiter medial. Als Hilfskonstrukt ist hier eine Beeinflussung des Grenzstrangs bei Verwindungen des ISG durch Verspannungen bindegewebiger Strukturen anzunehmen.

Wie die Beeinflussung des Sympathikus im Bereich der Kopf Gelenke funktionieren kann, ist trotz intensiver Nachforschungen völlig unklar geblieben. Auch zur sympathischen Vermittlung von Tinnitus, Vertigo, Migräne oder Sehstörungen konnten keine Hinweise gefunden werden.

Auch die Beeinflussbarkeit von kalten Händen oder Füßen über die Dornfortsätze von C 7 und L 5 ist mit dem MVVK nicht erklärbar, da hier keine rippenanalogen Strukturen vorliegen.

Wie schon oben erwähnt ist die Koinzidenz von Haltungstörungen (Rundrücken, „Witwenbuckel“) mit dem Auftreten von degenerativen Veränderungen der Hände wie z.B. der Heberdenarthrose auffällig. Auch hier vermag eine manualtherapeutische Intervention eine rasche Schmerzlinderung zu erreichen. Die seltenere Boucharth-Arthrose blieb jedoch unbeeinflussbar.

Weiterhin von Interesse ist der häufig mit einem Lichen amyloideus einhergehende chronische Juckreiz am Rücken. Hier ist ipsilateral immer eine Wirbelblockierung 2 oder 3 Segmente tiefer festzustellen. Der Juckreiz sistiert sofort nach erfolgreicher Deblockierung.

MVVK und Herpes zoster und Zosterneuralgie

Die Ausbreitung der Effloreszenzen beim Zoster und das Wirkareal des MVVK stimmen auffällig überein: Nur selten sind HWS und LWS betroffen. Häufig sind Stürze 2–3 Wochen vor Ausbruch der Erkrankung vorausgegangen. Über eine nächtliche Zunahme der Schmerzen wird regelmäßig berichtet.

Bei 175 Kasus koinzidierten bis auf 4 Ausnahmen alle Zosteren mit Wirbelblockierungen im Bereich der Kopf Gelenke, des Thorax oder des ISG.

Obwohl bisher keine andere Erkrankung derart wie der Zoster die Realitätstüchtigkeit des MVVK belegt, soll dieses Thema an anderer Stelle dargestellt werden. Eine ausführliche Beschreibung der Zusammenhänge von MVVK und Zoster würde den Rahmen dieses Artikels sprengen.

Schlussbetrachtungen

Der geschätzte Leser möge die Realitätstüchtigkeit der verschiedenen Modelle überprüfen und sich ein Urteil bilden. Das MVVK widerspricht in seiner Einfachheit

der gängigen Überzeugung, komplexe Erkrankungen bedürften einer komplexen Therapie. Hier gilt ein klares Entweder – Oder:

- a. Entweder die Erkrankung ist durch das Modell erklärbar und dann auch erfolgreich zu therapieren, oder
- b. es gehört nicht dazu. Dann ist für den Manualtherapeuten eine Triage zu überlegen.

Um erfolgreich mit dem Modell arbeiten zu können, sollten als wichtigste Kriterien immer beachtet werden:

- Verschlechterung in Ruhe
- chronische regional begrenzte Syndrome

Dabei ist zu bedenken, dass durch die Variabilität des als einzigem Nervensystem den gesamten Körper versorgenden Sympathikus und seiner 2-fachen Rolle als Ursache und Vermittler von Erkrankungen sehr komplexe Syndrome entstehen können. Dennoch ist die Behandlung ganz monoman. Letzteres kann zu einer erheblichen Sicherheit bei der Diagnostik und, durch entsprechende Übung, auch der Therapie führen.

Die Neuraltherapie als einzige Therapieform, die gezielt über den Sympathikus arbeitet, findet ihre Grenzen im Bereich des ISG und ist nicht ungefährlich im Bereich des Thorax und der Kopfgelenke. Gerade da kann nun die Manualtherapie ganz gezielt einsetzen.

Erfahrungsgemäß sind es gerade die nicht in ein System zu bringenden Syndrome ohne bekannte Ursache, bei denen das Modell der vertebro-vegetativen Kopplung erfolgreich anwendbar ist.

„Eine Theorie ist immer besser als gar keine. Berichtigt kann sie werden, vorausgesetzt, sie ist einmal da.“

(Charles Darwin)

Interessenkonflikte: Der Autor erklärt, dass keine wirtschaftlichen oder persönlichen Verbindungen bestehen.

Online zu finden unter:
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1257612>



Dieter Heesch, Jahrgang 1947, ist Facharzt für Allgemeinmedizin mit den Zusatzbezeichnungen Naturheilverfahren,

Rettungsmedizin, Betriebsmedizin, Sportmedizin und Manualtherapie. Seit 1986 in Dassendorf als Allgemeinarzt niedergelassen; Referententätigkeit auf ärztlichen erfahrungsheilkundlichen Tagungen sowie auf Dorn-Kongressen und für verschiedene Heilpraktikerverbände. Mitglied des Expertenkreises der Sienerstiftung (NPSO).

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dieter Heesch
Falkenring 1
21521 Dassendorf
Tel. 04104/97970
Fax 04104/97973
E-Mail: praxis@dheesch.de
www.mikropressur.de

Literatur

- [1] Barop H. Lehrbuch und Atlas der Neuraltherapie. Stuttgart: Hippokrates; 1996
- [2] Bergsmann O, Eder M. Thorakale Funktionsstörungen: Pathogenese und Rehabilitation. Heidelberg: Haug; 1977
- [3] Blaschko A. Die Nervenverteilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut, Beilage zu den Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. VII. Kongress 1901, Leipzig: Braumüller
- [4] Göbel H. Spannungskopfschmerz: Wenn die Zeit zum Stress wird. Schmerztherapie 2010; 2: 7
- [5] Graf-Baumann T. Persönliche Mitteilung. 2003
- [6] Reuter P. Springer Lexikon der Medizin. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 2004 **an Autor:** Ausgabe und Auflage so richtig?
- [7] Wu C, Marsh A, Dworkin R. The role of sympathetic nerve blocks in herpes zoster and postherpetic neuralgia. Pain 2000; 87: 121–129