

Hans Garten

Urogenitalsyndrome: Viszerale Osteopathie und Applied Kinesiology; drei Fallstudien

Zusammenfassung

Bei Urogenitalsyndromen sind die Möglichkeiten der universitären Medizin mit operativen Verfahren, antibiotischer, spasmolytischer und hormoneller Therapie beschränkt. Die Naturheilkunde bietet probiotische Therapie, Phytotherapie, Homöopathie, Akupunktur und Eigenurintherapie an. Eine Vielzahl von Problemen bleibt damit ungelöst. Diese sind in vielen Fällen einer viszeral osteopathischen Behandlung zugänglich. Abgesehen von einer symptomorientierten Betrachtung viszeral osteopathischer Maßnahmen sollte bei Muskeldysfunktionen immer im Sinne der 7 Faktoren des viszerosomatische Systems an die manuelle Behandlung des Organs gedacht werden.

Schlüsselwörter

Chron. Cystitis, chron. Prostatitis, Kohabitationsbeschwerden, Zyklusstörungen, viszerale Osteopathie

Summary

Established medicine offers surgical, antibiotic, spasmolytic, hormonal therapy for urogenital syndroms. Natural Health Care adds probiotic, homeopathic, phytotherapeutic, acupuncture and auto uro treatment, yet numerous cases remain unresolved. Visceral osteopathy has a great deal of alternative options to offer.

Apart from a symptom orientated approach of visceral osteopathy it should be kept in mind that in case of muscle dysfunction as part of the 7 factors of the viscerosomatic system of those muscles, the associated organ should always be treated manually.

Keywords

Chronic cystitis, chronic prostatitis, cohabitation disorders, disorders of the menstrual cycle, visceral osteopathy

28

Einleitung

Definition der Viszeralen Osteopathie

Gegenstand der Diagnostik und Therapie sind die Mobilität und Motilität, d.h. die Funktion von: Viscera (Hohlorgane, beispielsweise Magen, Dickdarm, Blase) und Organe (Vollorgane, beispielsweise Leber, Niere, Milz)

Im weiteren Sinne werden die viszerosomatischen (viszeroparietalen und somatoviszeralen (parietoviszeralen) Beziehungen untersucht und behandelt.

Viszerale Artikulationen (bewegliche Verbindungen)

Auf die Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden, im Grundsatz kann man Haltestrukturen bindegewebigen Charakters (Ligamente, Faszien, Omenta, Mesenterien) und rein funktionelle Verbindungen, die auf Druckdifferenzen beruhen, unterscheiden (kapillare Kräfte, die die Pleuren und zum Teil auch die Mesenterien verbinden, ein von kaudal nach kranial abnehmender Druckgradient, der die Eingeweide stützen hilft).

Viszerale Bewegungen

1. Mobilität

Der Motor ist die kolbenartige Bewegung des Zwerchfells im „Zylinder“ von Thorax und Abdomen.

Die Bewegung kommt von superior posterior und führt die darunterliegenden Organe nach anterior und inferior.

Das Zentrum des Diaphragma liegt relativ weit ventral, dadurch werden die darunterliegenden Organe rechts gegen den Uhrzeigersinn nach inferior und anterior gedrückt, links im Uhrzeigersinn nach inferior und anterior.

Die Atemexkursion führt beispielsweise zu einer kaudal gerichteten Bewegung der Niere um 3cm. Bei ca 24000 Zwerchfellbewegungen bedeutet dies eine Wegstrecke von etwa 600m/Tag. Bei forcierter Inspiration kann sich die Niere bis zu 10 cm bewegen! (Barral & Mercier 2005)



2. Mobilität

Die Osteopathie beschreibt einen langsamen, unsichtbaren, jedoch tastbaren Rhythmus. Es handelt sich um eine aktive, organimmanente Bewegung mit der Frequenz 7-8/min.

In Analogie zur willkürlichen Inspiration und Expiration spricht man von

Inspir und Expir.

Es scheint irgendeine Beziehung zum kraniosakralen Rhythmus zu geben, und Inspir entspricht Flexion, Expir entspricht Extension der Sphenobasilären Synchondrose.

Bei mittenständigen unpaaren Organe herrscht ähnlich wie bei den unpaaren Schädelknochen die Flexions- und Extensionskomponente vor (Uterus, Blase) wobei bei den Hohlorganen wie Magen, und Dünndarm aufgrund der mesenterialen Anheftung und entwicklungsgeschichtlich bedingt eine Rotation im Uhrzeiger- und Gegenuhrzeigersinn die Inspir- und Expir-Bewegung kennzeichnet.

Viszeraler Challenge der AK

Beim Probeschub an einem Organ werden immer potenziell Mobilität und Motilität provoziert. Es können dabei sowohl normoreaktiver Challenge an einem dysreaktiven Organ-zugeordneten Muskels als auch dysreaktiver Challenge eines normoreaktiven Indikatormuskels gleichzeitig auftreten und sind als positiver Challenge zu werten (Garten 2004). Es kann eine Atemphase gesucht werden, die den Challenge aufhebt für eine respirationsgestützte Mobilisation (Beispiel Niere). Oder es wird „en ecoute“, d.h. nach Reaktion des Gewebes behandelt (Beispiel Ligamentum triangulare der Leber, M. obturatoria).

Indikationen bei Störungen des Urogenitalsystems

ezidivierende Harnwegsinfekte Dysmenorrhoe, Amenorrhoe Varikozelen, inguinale Schmerzen nach Auflösung der Erektion, lumboschialgiforme Beschwerden bes. links in Zusammenhang mit anderen viszerale Läsionen (Leberptose) rezidivierende vertebrale Läsionen Th10 bis L1, Th6/7, rez. Coccyx-Läsionen

Indikationen für Manipulation der Blase

Inkontinenz, rezidivierende Harnwegsinfekte, osteomuskuläre Störungen L4-S1, SIG, TH12-L2, L4-S1, SIG, sakrokokzygeale Läsionen.

Indikation für Uterusmanipulation.

Kontinenzstörungen, Dysmenorrhoe, Kohabitationsschmerz, Infertilität, habituellem Abort, Haemorrhoiden und Varikosen der

unteren Extremitäten, rezidivierende sakrokokzygeale Läsionen. Rektale Coccyx-Mobilisation hat über das Ligamentum coccygeum einen direkten Einfluss auf die Dura mater mit ihren Anheftungsstellen bei C2 und intrakraniell.

Indikationen zur Behandlung der Prostata

Prostadynie, rezidivierende Coccyx-Läsionen

Für die parietalen Bezüge sind die sagittalen muscololigamentären Züge entscheidend: M. coccygeus (mit seiner engen Verbindung zum Lig. sacrotuberale), rectococcygeus, levator ani, (Diaphragma pelvis), und die Laminae pubo-vesico-recto-sacralis von Bedeutung: Coccyx-Läsionen können zu Prostatabeschwerden führen und umgekehrt.

Fallbeispiel 1: Amenorrhoe, Nierenptose

Anamnese

Ein 19-jähriges Mädchen beklagte beginnend leichte Skoliose und generelle Erschöpfung, Amenorrhoe und häufige Kopfschmerzen.

Befunde, Therapie und Verlauf

1. Behandlung

Sphenobasiläre Kompression und totales Kompressionssyndrom, Kategorie 1-Beckenläsion, L5, C1 Läsionen, hyporeaktiver Quadratus lumborum links, hyporeaktiver Psoas links, lateraler Talus links, positiver Challenge auf Candida. Strukturelle Korrektur, Kandidabehandlung. Eine anatomische Beinlängendifferenz von ungefähr 4 Millimeter war dabei ohne funktionelle Konsequenz.

Keine Veränderung der Symptome bis zum nächsten Behandlung.

2. Behandlung nach 3 Wochen

Rezidiv der Category 1, Psoashyporeaktion. Positiver Challenge einer Nierenptose. Die Mutter der Patientin, die als Zahnärztin EAV praktiziert, erzählte bei dieser Sitzung, daß sie eine Nierenptose bei ihrer Tochter gemessen hatte (Werte von etwa 30 mit Zeigerabfall bei den Nierenarterien). Diese wurde korrigiert. Lig. pubovesicale wurde entspannt. Keine weiteren Korrekturen.

3. Behandlung nach 5 Wochen

Vor der nächsten Behandlung wurde eine Thermographie angesetzt und die Resultate waren folgende: generalisierte Hyporegulation.

Der Nierenchallenge in kranialer Richtung war positiv, die Korrektur wurde entsprechend durchgeführt und eine Drittmessung angeschlossen. Das Resultat war erstaunlich: Die Regulation normalisierte sich.

(s. Abb. 4, die Starre der linken Ellenbeuge und des li. Nierenmeßwertes „ging auf“)

Danach war die EAV-Messung der Nierenarterien mit 40 und leichtem Zeigerabfall verbessert. Der Menstruationszyklus war wieder vorhanden.

Ergebnis

Nach 8 Wochen wurde eine dritte Thermographie ausgeführt und die Regulation blieb normal. Die EAV-Messung hatte sich normalisiert. Die Patientin hatte 4kg an Gewicht zugenommen, was wahrscheinlich dazu beitrug, über eine Vermehrung des Fettes im Nierenlager die Nierenposition zu stabilisieren.

Was bei fixierten Organen wichtiger erscheint, ist ein Optimum an Motilität, wesentlich mehr als eine optimale Mobilität oder in anderen Worten die Position des Organs selbst. Die Motilität scheint so etwas wie die „Lebensenergie“ eines Organs darzustellen.

Fallbeispiel 2: Chronische Cystitis

Anamnese

Patientin, 50 Jahre alt, seit 2 Jahren rezidivierende Blasenentzündungen, im Vorjahr 7 x antibiotische Behandlung, soll nun Dauerbehandlung mit Nitrofurantoin machen. Nebenbeschwerden: Chronischer Kopfschmerz, Übelkeit, Schwindel, BWS-Beschwerden, Blähungen, Verdauungsbeschwerden.

Befund, Therapie und Verlauf

HWS-Befund unauffällig, Occlusion ideal (Kieferorthopädin!), Zunge mit normalem Belag, Zahneindrücke. Rectus femoris links: w, rechts: h, Teres minor: h, Piriformis: h, Candida-AG Superchallenge. Rectus femoris: Undecyne > n, Citricidin > n. Coecum palpationsempfindlich. Zink > n, EPA > n. Nierenptose links.

Behandlung der Nierenptose, Lig. pubovesikale, Trigonum vesicae, Candida-Behandlung

3 Wochen später

Nach Behandlung keine Blasenbeschwerden mehr, keine Kopfschmerzen und Rückenschmerzen mehr. Stuhlgang verbessert.

10 Monate später

Nach 10 Monaten Beschwerdefreiheit Wiedervorstellung mit erneuter Obstipation, Schlaflosigkeit, Juckreiz, beginnende Blasenreizung. ICV spastisch, Th5 bis Th9 empfindlich, Leberchallenge positiv. Nierenptose links. Candida-Antigen Challenge positiv. Befunde nach Challenge behandelt, Ligamentum pubovesikale.

Fallbeispiel 3: Postejakulationsschmerz

Anamnese

46-jähriger Mann beklagt ziehenden bis stechenden Schmerz in der linken Leiste, bis in den linken Hoden und die Peniswurzel ausstrahlend nach Ejakulation.

Befund, Therapie und Verlauf

Nierenptose links, Lig. pubovesicale links
 Die Befunde werden korrigiert.

2 und 3. Behandlung

Keine wesentliche Besserung, Nierenbefund wie gehabt.

4. Behandlung

Anamnestisch Prostatitis, Piriformis testet normoreaktiv, keine positive TL.

Rektale Prostatamassage (geringfügig vermehrt schmerzhaft), rektale Kokzyx-Mobilisation, Lig. sacrotuberale (extrem schmerzhaft)

Danach ist der vorher positive Nierenchallenge negativ!

5. Behandlung

Beschwerden fast vollständig behoben, erneute Prostatamassage, Kokzyxmobilisation

Erklärung

Nierenptose li. führt zu Rückstau in die Nierenvene li. durch Engpass am Treitz'schen Band. Die V. spermatica mündet distal dieses Engpasses in die V. renalis und es kommt zu Rückstau in dieselbe, der sich bei Rückbildung der Erektion verstärkt. Dies führt zu Schmerzen in Peniswurzel, Leiste und Hoden.

Diskussion

Die viszeralen Behandlungen „von Außen“ an Leber, Niere, Blase, Beckenboden sind technisch einfach und sehr wirkungsvoll und gehören in das therapeutische Arsenal jeder AK-Praxis. Die intravaginalen und rektalen Manipulationen unterliegen einer berufsrechtlichen Restriktion und sind damit Ärzten vorbehalten. Jeder manuell tätige Arzt sollte sie jedoch wegen ihrer hohen Wirksamkeit beherrschen.

Literatur

Barral JP, Mercier P. 2005. Lehrbuch der Viszeralen Osteopathie 1. Garten H. 2004. Applied Kinesiology: Muskelfunktion, Dysfunktion, Therapie. München: Urban und Fischer