

Grundlagen von Akupunktur und verwandten Verfahren Syndrome der oberen Thoraxapertur – Therapie durch Akupunktur und Manuelle Medizin

Paul Grabowski

Kompressionssyndrome der oberen Thoraxapertur durch passagere Irritationen oder Druckläsionen innerhalb anatomischer Engpässe sind differentialdiagnostisch schwer zu fassen. Klassische Elektrophysiologie und Bildgebung versagen bei der Diagnosesicherung. Als klinisch führende Symptome werden Parästhesien, Sensibilitätsstörungen, Stauungen und ausstrahlende „Schulter-Arm-Schmerzen“ angegeben. Strukturelle Erkrankungen müssen ausgeschlossen werden. Sie sind im Vergleich zu triggerpunktassoziierten Schmerzsyndromen in diesem Gebiet eher selten. Für Patienten stellen diese Kompressionssyndrome keine lebensbedrohlichen Erkrankungen dar. Sie sind aber hinsichtlich „daily activity“ und Lebensqualität außerordentlich beeinträchtigend.

Obere Thoraxapertur

Patienten mit schmerzhaften Funktionsstörungen der oberen Thoraxapertur geben während des Erstgesprächs primär meist „Schulter-schmerzen“ an (siehe Abb. 1). Diese überwiegend myofaszial bedingten Beschwerden strahlen in den Arm und/oder den Kopf aus. Oft klagen die Patienten über eine gefühlte „Spannung“ und „Schwellung“ der Hände und Arme, die sich nicht objektivieren lässt. Auch tageszeitliche Abhängigkeiten, die auch in Relation zu körperlicher Aktivität auftreten können, sind durchaus möglich. Wahrscheinlich sind viele dieser vermeintlichen „Schulterschmerzen“ durch Fasziitation des Sympathikus bedingt und damit nicht strukturell.

Anatomisch unterscheidet man drei funktionelle Engen, die isoliert voneinander oder auch kombiniert auftreten können (siehe Abb. 2). Die Ursache für Beschwerden können Verspannungen muskulärer bzw. Restriktionen faszieller Elemente sein. Alle drei Formen sind dabei häufig mit einem oberen gekreuzten Syndrom nach Janda kombiniert (vgl. Abb. 3). Der Begriff Thoracic-outlet-Syndrom sollte raumfordernden Strukturen oder Prozessen der oberen Thoraxapertur vorbehalten bleiben.

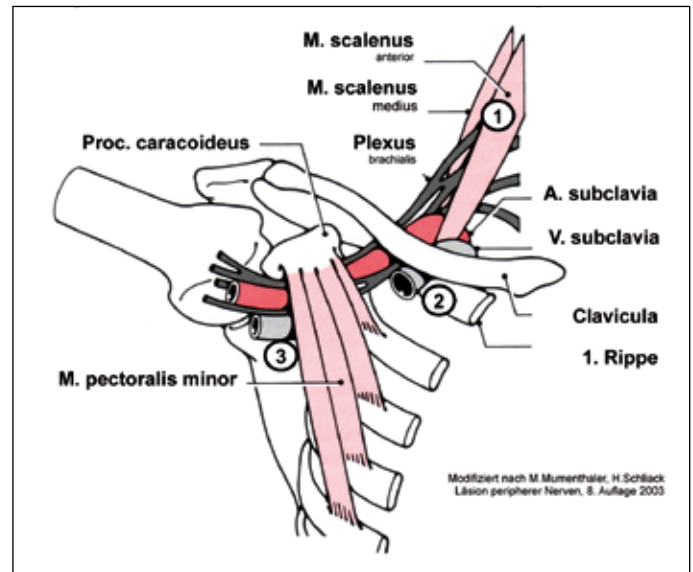


Abb. 2: Syndrome der oberen Thoraxapertur

<p>Modifiziert nach Klinische Untersuchung der Wirbelsäule, Verlag Volk & Gesundheit, 1982, St. Hopperfeld</p>	1. Fern HWS (Thoracic Outlet Syndrom) SOT 1. Rippe C6 und C8 Kette Organprojektionen (Herz, Lunge, Ösophagus, Magen, Leber/Galle)
	2a. Artikulär Positives Kapselmuster Gelenkerkrankungen Arthritis Schultersteife
	2b. Artikulär Negatives Kapselmuster Enthesopathien Bursitiden
	3. Triggerpunkte 4. Störfelder

Abb. 1: Schulterschmerzen

Verspannung Schulterblattfixatoren (obere) M. levator scapulae M. trapezius (pers descendens) Nackenstrecker	Abschwächung (tiefe) Halsbeuger M. longus colli Mm. scaleni ?!
dorsal Schulterblattfixatoren (mittlere) M. trapezius (pers transversalis) M. levator scapulae Abschwächung	ventral Schulterblattfixatoren (vordere) M. pectoralis (major et minor) M. subscapularis Verspannung

Abb. 3: Oberes gekreuztes Syndrom nach Janda

Skalenussyndrom

Die funktionelle Lücke zwischen M. scalenus anterior und M. scalenus medius mit überwiegender Irritation von Plexus brachialis und A. subclavia, weniger V. subclavia, wird auch als oberes SOT (Syndrom der oberen Thoraxapertur) bezeichnet. Leitsymptom ist ein seitlich zervikal betonter Schmerz mit Imitation eines C6-Syndroms. Dieser Schmerz kann zeitgleich auch am medialen Skapularand auftreten. Oft wird auch über „nächtliches Einschlafen der Finger“ geklagt. Mitunter geben schmerzhafte Armabduktion, radiale Epikondylopathie und Beschwerden im Daumensattelgelenk differentialdiagnostische Hinweise. Es besteht immer Bezug zur betroffenen Seite. Die Mitbeteiligung des M. trapezius pars descendens bedingt eine Funktionsstörung der mittleren HWS (Segmente C4/C5/C6) und beider oberer Rippen. Auf die Möglichkeit von Kopfgelenksstörungen insbesondere über den M. sternocleidomastoideus sei besonders hingewiesen (Tab. 1). Schließlich steuern Propriozeptoren der oberen Kopfgelenke (C/C1, C1/C2) die Stellung der gesamten Wirbelsäule.

Das Schultergelenk ist selten funktionsgestört. Bei gleichzeitig vorliegendem oberem gekreuzten Syndrom nach Janda werden in den Kopf ausstrahlende Schmerzen angegeben. Das obere SOT ist häufig mit einer thorakalen Hochatmung kombiniert. Die Mm. scaleni werden in ihrer Eigenschaft als Atemhilfsmuskulatur „missbraucht“.

Auslösung komplexer Blockierungsmuster
Spannungsänderungen in den Muskelketten
Dysregulation der autonomen Steuerung (Blutdruck, Atmung, Verdauung)
Veränderungen (Individueller motorischer Stereotyp)
Begleitsymptome (Schwindel, Übelkeit, Tinnitus, Cephalgie, Dysphagie, Dysphonie, Dysästhesie)

Tab. 1: Kopfgelenksstörungen

Kostoklavikulärsyndrom

Die funktionelle Passage zwischen Klavikula und 1. Rippe mit Irritation von Plexus brachialis, A. subclavia und V. subclavia wird auch als mittleres SOT (Syndrom der oberen Thoraxapertur) bezeichnet. Leitsymptom ist ein ventraler Schulterschmerz mit Imitation eines C6-Syndroms. Die Patienten geben oft ein „Schwellungsgefühl“ des Armes an und klagen über Schmerzen beim Tragen von Lasten (Einkaufsbeutel, leicht abduzierter Arm, fixierte Clavicula).

ACG und SCG sind funktionsgestört, ebenso der CTÜ und die 1. Rippe. Häufig ist eine Mittbeteiligung des radialen Ellenbogen- und Handgelenks der betroffenen Seite bzw. die Entstehung nach Klavikula-/Rippenfrakturen und Operationen am Brustkorb. Kombinationen mit dem oberen gekreuzten Syndrom nach Janda und thorakaler Hochatmung sind möglich.

Korakopektoralsyndrom

Der funktionelle Engpass zwischen Proc. coracoideus und M. pectoralis minor mit Irritation von Plexus brachialis, A. subclavia und V. subclavia wird auch als unteres SOT (Syndrom der oberen Thoraxapertur) bezeichnet. Leitsymptom ist ein Schmerz ventral an der Schulter und am oberen Thorax mit Imitation eines C8-Syndroms. Der M. pectoralis minor ventralisiert und medialisiert die Schulter. Typisch sind deshalb Auswirkungen auf Impingementsyndrome bzw. Schmerzprovokationen durch unterschiedliche Schlafhaltungen. Regelmäßig mit gestört ist der M. coracobrachialis (Schmerzen „über dem Humeruskopf“) sowie der M. pectoralis major (beidseitiger Schulterschmerz). Die Rippen 2–4 sind immer mit funktionsgestört. Daraus resultiert eine Funktionsstörung des CTÜ und der oberen Brustwirbelsäule mit gelegentlich interskapulären Schmerzen. Auch eine Mittbeteiligung von ulnarem Ellenbogen- und Handgelenk sind möglich.

Das untere SOT entsteht klassischerweise auf der Basis eines oberen gekreuzten Syndroms nach Janda, kann aber auch isoliert vorkommen. Außerordentlich häufig ist es bei „Schreibtischarbeitern“ mit unergonomischer Arbeitshaltung anzutreffen.

Akupunktur und Manuelle Therapie

Akupunktur und Manuelle Therapie sind Reflextherapien (Wagner, Schwanitz und Hentsch, 1982). Insbesondere die Verbindung zwischen Manueller Medizin (postsometrische Relaxation) und Touch oder Massage am Akupunkturpunkt, von Otfried Perschke inauguriert und perfektioniert, hat sich bewährt. Sein Meisterwerk: *Atlas der Manualtherapie und Akupunkturmassage* von 2001 hat mich über die Jahre zum „Nachmachen“ inspiriert.

Erste Rippe, Scaleni

Die erste Rippe stellt die Schlüsselstruktur der oberen Thoraxapertur dar (Tab. 2). Blockierungen (Mm. subclavius und scaleni) müssen behandelt werden. Die Vermeidung von Stereotypmustern (Brügger) ist besonders für die Ein- und Ausatmung von Bedeutung. Der Einatmung ist in der TCM die Niere, der Ausatmung die Lunge zugeordnet. Zwerchfell und Lunge sind für alle pulmonalen Erkrankungen sowie alle obstruktiven Störungen wichtig. Besonders bei chronischen Beschwerden, auch am Bewegungssystem, sollte das Zwerchfell in die Diagnostik und Therapie einbezogen werden.

Auf die Bedeutung als „Schnittstelle von Psyche und Soma“ wies Henning 2009 hin. Perschke beschreibt schon 2001 die Möglichkeiten zur Behandlung der 1. Rippe und der Mm. scaleni mit Akupunktur und Manueller Therapie. Außerdem kommen Techniken zur Verringerung der Hochatmung, Scalenusrelaxation und Rippenmobilisation zur Anwendung. Der nachfolgend aufgeführte Muskel soll exemplarisch gewürdigt werden: M. sternocleido-mastoideus (Fernpunkte: Gb 39, 3E 5, Nahpunkte: Ni 26/27, Ma11).

Punkte und Regeln der Chinesischen Akupunktur einschließlich Mikrosysteme, Meister- und Spezialpunkte behalten ihre Gültigkeit. Auf die Mittags-/Mitternachtsregel als Oppositionsregel auch und insbesondere bei Außenerkrankungen sei besonders hingewiesen. In den nachfolgenden Tabellen werden Intermediatpunkte bei HWS-Beteiligung exemplarisch ohne Anspruch auf Vollständigkeit aufgelistet (Tab. 3 – 6).

Beteiligung (Skalenustücken)
Bildung (Kotoklavikulärer Engpass)
Begleitsymptome (Plexus brachialis, A. und V. subclavia, Mm. scaleni, Ganglion stellatum)

Tab. 2: Erste Rippe – Schlüsselstruktur der oberen Thoraxapertur

Segment	C6	C7	C8
Leitbahnachse	Di – Ma Yang Ming	3E – Gb Shao Yang	Dü – Bl Tai Yang
Fernpunkte	Di 4 – Ma 36	3E 5 – Gb 41	Dü 3 – Bl 60/62
Nahpunkte	Di 1, 10, 11, 14, 15 Di 4 – Lu7 3E 15, Gb 21 LG 14 Gb 20, Bl 10	3E 1, 3, 5, 10, 14, 15 3E 4 – Pe 6 PaM 108 LG 14 Gb 20, Bl 10	Dü 1, 3, 8, 9, 10, 11, 12 Dü 4 – He 5 3E 15, Gb 21 LG 14 Gb 20, Bl 10

Tab. 3: Therapieempfehlungen

O / C1 3E 17, Gb 20 – LG 17, Bl 9, Gb 19	C2 bis C7 Ex-NH 15. PaM 108, 3E 8, Gb 39 Entspannung Mm. recti u. obliqui KG 2, Ni 11. Ma 30
C1 / C2 Bl 10, LG 15	
C2 / C3 Hua Tuo Punkte, Levatoransatz u.o. Ursprung	

Tab. 4: Akupunktur bei Blockierungen der Oberen HWS

Blockierung = HWS Radikuläre Irritationen = Untere HWS! Enthesopathien, Epicondylitis, Skalenussyndrom
1. Rippe = Außenrotation? Mm. scaleni zur Rezidivvermeidung Tonusungleichgewicht von Sympathikus/Parasympathikus Ganglion stellatum beeinflusst APW von Kopf/Hals/Obere Extremität
2.–4. Rippe = Innenrotation? Pseudo-Angina-Pectoris/Cardiale Genese? 3. Rippe = Occiput/Atlas Beziehung nach Lewit! Spannungssymptome bei Pulmonalerkrankungen!

Tab. 5

Punkt	Wirkung
Gb 20	Sympathicus
Bl 10	Parasympathicus
3E 16	Ganglion cervicale superius
Di 17	Ganglion stellatum
PaM 30	untere HWS
LG 14 Bl 10, Gb 20, 3E 15, Di 15, Dü 9, Bl 43	Reunionspunkt aller Yang-Leitbahnen „Spinne“
Bl 11 Bl 11 + LG 14	Entspannungspunkt für die gesamte Rückenmuskulatur „hinteres magisches Dreieck“
Bl 43	Punkt der Lebensenergie

Tab. 6

Zusammenfassung

Obwohl differentialdiagnostisch häufig erwogen, stellt Reflextherapie bei Syndromen der oberen Thoraxapertur eher die Ausnahme dar. Genaue Zahlen zur Inzidenz und Prävalenz liegen nicht vor. Eine einheitliche klinische Präsentation und Therapie lässt sich nicht erkennen. Das Ziel der Behandlung liegt in Symptomreduktion, nicht in Beschwerdefreiheit. Die Prognose ist um so besser, je isolierter. Invasive diagnostische und therapeutische Maßnahmen sollten vermieden und einer Polypragmasie vorgezogen werden.

Ich hoffe mit meiner Darstellung zur Klarstellung beigetragen und die Bedeutung der Kombination von Akupunktur und Manueller Medizin bei der Beseitigung von Muskeldysbalancen und skeletomuskulären Dysfunktionen ausreichend gewürdigt zu haben.

Das alles ist lehrbar, lernbar und reproduzierbar, auf jeden Fall in den Akupunktur-Kursen der DGfAN. Unser Motto: Lust auf Fort- und Weiterbildung?

Autor:
Dipl.-Med. Paul Grabowski, Facharzt für Orthopädie
Akupunktur, Chirotherapie, Sportmedizin, Biologische Medizin (Universität Mailand)
E-Mail: grabowski-dresden@web.de