

Schmerzgestik als Wegweiser = La gestuelle de la douleur comme indication

Autor(en): **Fink, Matthias**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physioactive**

Band (Jahr): **53 (2017)**

Heft 1

PDF erstellt am: **29.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-928577>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Schmerzgestik als Wegweiser

La gestuelle de la douleur comme indication

MATTHIAS FINK

Das «Fasziendistorsionsmodell» nach Stephen Typaldos nutzt die Art und Weise, wie die Patientin, der Patient seinen Schmerz zeigt (Schmerzgestik), um Hinweise auf die Art der Störung sowie der Behandlung zu erhalten. Typaldos hat sechs Kategorien von Störungen herausgearbeitet und damit Neuland betreten.

Semiotik, die Wissenschaft von der Deutung der Zeichen- und Gebärdensprache, spielt in der modernen Schulmedizin beim Erheben der Anamnese und der klinischen Untersuchung kaum eine Rolle. Sie erschöpft sich in der orientierenden Lokalisation der Beschwerden am Körper. Die Anamnese beim Erstkontakt zwischen Arzt und Patient dauert zudem oft weniger als eine Minute [1] – völlig zu Unrecht.

Am muskuloskeletalen System wurde von Simons und Travell ein exaktes Mapping der Schmerzausbreitung anhand der Patientenangaben vorgelegt. Das Zeigen des Schmerzes durch den Patienten dient bei Simons und Travell dazu, den Ausbreitungsraum der «referred pain pattern» zu erfassen und so Rückschlüsse auf die Lokalisation der Triggerpunkte ziehen zu können (z. B. [2]).

Anhand der Schmerzgestik sechs pathophysiologische Mechanismen definiert

Der Osteopath und Notfallmediziner Stephen Typaldos nahm in den 90er-Jahren eine bisher nicht bekannte Kategorisierung der Patientengestik [3, 4] vor. Er differenzierte die Schmerzausbreitung, die der Patient mit den Händen beschreibt, in sechs verschiedene Kategorien von Handzeichen. Darauf aufbauend postulierte er sechs verschiedene pathophysiologische Mechanismen für die Entstehung von Schmerz und Bewegungsstörung (*Tabelle 1*).

Typaldos beschreitet damit einen völlig neuen Weg der diagnostischen Bewertung schmerzhafter Beschwerden am Bewegungsapparat, für den bisher jegliche Grundlage fehlte und für

Le «modèle de distorsion des fascias» de Stephen Typaldos est fondé sur la manière dont un patient situe sa douleur (gestuelle de la douleur) pour y déceler des indices sur la nature du trouble et sur le traitement à effectuer. Typaldos a abordé un terrain inconnu en identifiant six catégories de troubles.

Le rôle de la sémiotique, la science de l'interprétation du langage des symboles et des signes, est quasiment inexistant dans les anamnèses de la médecine conventionnelle moderne. Celle-ci n'a recours à la sémiotique que pour localiser les troubles. Par ailleurs, lors de la première rencontre entre un médecin et un patient, l'anamnèse dure souvent moins d'une minute [1]. À tort.

Des données de patients ont permis d'établir une cartographie exacte de la propagation de la douleur sur la base du système musculosquelettique de Simons et Travell. L'indication par un patient d'une zone douloureuse permet, selon Simons et Travell, de déterminer l'espace de propagation de la «distribution des douleurs référées» pour aboutir à la localisation des points trigger (p. ex. [2]).

Six mécanismes physiopathologiques définis grâce à la gestuelle de la douleur

L'ostéopathe et médecin d'urgence Stephen Typaldos a commencé à catégoriser la gestuelle des patients dans les années 90, une pratique inconnue jusqu'alors [3, 4]. Il a différencié la propagation de la douleur que les patients indiquent avec leur main en six catégories. Sur cette base, il a postulé six mécanismes physiopathologiques différents à l'origine de la douleur et des troubles du mouvement (*tableau 1*).

Typaldos devient ainsi le précurseur d'une voie absolument inédite pour évaluer et diagnostiquer des troubles douloureux de l'appareil locomoteur. La systématique de la gestuelle de la douleur qu'il présente est incontestablement une nouveauté.

Art der Faszien-Distorsion	Semiotik (Körpersprache)	Subjektive verbale Äußerung	Pathologisches Konzept
(Hernierter) Triggerpunkt	Finger, Daumen oder Fingerknöchel drücken in das «protrudierte» Gewebe	Dumpfer, in die Umgebung ausstrahlender Schmerz	Protrusion von Gewebe durch eine fasziale Schicht
Triggerband	Fingerstreichen entlang einer schmerzhaften linearen Strecke	Brennende oder ziehende Schmerzen im Verlauf des Triggerbandes	Maladaptation von parallel verlaufenden Faszienbündeln
Kontinuum-Distorsion	Ein Finger zeigt auf einen Punkt oder auf ein eng umschriebenes Areal	Punktuell, gut lokalisierbarer, oberflächlicher Schmerz	«Veränderung» der Übergangszone zwischen Gewebearten (Knochen und Band- oder Sehnenansatz)
Falt-Distorsion	Finger oder Handkante streicht über Gelenke/Wirbelsäule quer zu deren Verlauf	Schmerzen tief im Gewebe	Funktionsstörung des Kapselapparates infolge Stauchung oder Zerrung
Zylinder-Distorsion	Grossflächiges Bestreichen eines Hautareals mit der Handfläche	Oberflächliche, zum Teil wandernde oder springende Schmerzen, Missempfindungen (Schwellungsgefühl, Brennen, Taubheit)	Disarrangement/Adhäsion zirkulär verlaufender subkutaner Faszien
Tektonische Fixierung	Umfasst das Gelenk mit einer Hand und versucht es aktiv durchzubewegen	Steifigkeit in den Gelenken, wie «ingerostet»; Bewegungseinschränkung steht im Vordergrund	Verminderung der Gleitfähigkeit der artikulierenden Gelenkflächen

Table 1: Einteilung der Distorsionen.

die es keine Vorläufer gibt. Die von Typaldos vorgestellte Systematik der Schmerzgestik muss als Novum betrachtet werden.

Neue Vorstellungen zu Ursachen des Schmerzes

Die Vorstellungen Typaldos' über die dem Schmerzgeschehen zugrunde liegenden Mechanismen legen den «locus of disease» in das subkutane Faszien-gewebe sowie in Aponeurosen und das Periost, in das periartikuläre Bindegewebe und interossäre und intermuskuläre Septen, in den intraartikulären Raum und in Faszienlücken. Typaldos hebt sich damit deutlich vom Travell'schen Konzept der myofaszialen Triggerpunkte ab.

Schmerz und Bewegungseinschränkungen liegen nach Typaldos folgende Ursachen zugrunde: eine Maladaptation längsgerichteter Faszienbündel, bindegewebige Adhäsionen, unphysiologische Kalzifizierungen in Aponeurosen und Periost, Störungen der Synovialfunktion sowie Einklemmungserscheinungen von Binde- und Fettgewebe (vgl. *Table 1*).

Faszien als mögliche Schmerzquellen

Auch wenn die Faszienforschung immer weitere Hinweise liefert, dass einzelne bindegewebige Strukturen reich mit A- und C-Fasern innerviert sind und somit als Schmerzquelle infrage kommen, bleiben die pathophysiologischen Begründungen des Faszien-Distorsionsmodells zunächst hypothetisch. Es fehlt noch an substanzieller Forschungsarbeit. Den-

De nouvelles hypothèses sur l'origine de la douleur

Les hypothèses de Typaldos portant sur les mécanismes à l'origine de la douleur placent la «localisation du trouble» dans le tissu fascial sous-cutané, les aponévroses, le périoste, le tissu conjonctif péri-articulaire, les septa interosseux et inter-musculaires, l'espace intra-articulaire et dans des lacunes de fascias. Typaldos s'écarte ainsi clairement du concept des points trigger myofasciaux de Travell.

Selon Typaldos, la douleur et les restrictions de mouvement peuvent avoir les origines suivantes: une mauvaise adaptation des faisceaux des fascias longitudinaux, des adhésions du tissu conjonctif, des calcifications non physiologiques dans les aponévroses et le périoste, des troubles de la fonction de la synovie ainsi que dans les cas où le tissu conjonctif ou adipeux est comprimé (cf. *tableau 1*).

Les fascias comme source possible de douleurs

La recherche sur les fascias continue de fournir des éléments indiquant que certaines structures de tissu conjonctif sont richement innervées de fibres A et C. Il serait dès lors possible que les fascias puissent être des sources de douleur. Cependant, les bases physiopathologiques du modèle de distorsion des fascias demeurent pour l'instant hypothétiques et un travail substantiel de vérification reste nécessaire. La recherche de ces dernières années sur les fascias

Type de distorsion des fascias	Sémiotique (langage corporel)	Expression verbale subjective	Concept pathologique
Point trigger hernié	Pression des doigts, du pouce ou des articulations des doigts dans le tissu «en protrusion»	Douleur sourde et rayonnant vers l'alentour	Protrusion de tissu à travers une couche fasciale
Bande trigger	Glissement des doigts le long d'un tracé linéaire douloureux	Douleurs de type brûlures ou lancinantes le long de la bande trigger	Mauvaise adaptation de faisceaux de fascias parallèles
Distorsion en continuum	Un doigt indique un point ou une zone étroitement décrite	Douleur ponctuelle, superficielle et facilement localisable	«Modification» de la zone de transition entre les types de tissus (commencement des os et ligaments ou tendons)
Distorsion en plis	Le doigt ou le tranchant de la main passe sur l'articulation/la colonne vertébrale dans le sens contraire de leur orientation	Douleurs profondes du tissu	Trouble fonctionnel de l'appareil capsulaire à la suite d'une compression ou d'une entorse
Distorsion en cylindre	Passage sur une grande surface d'une zone de la peau avec la paume de la main	Douleurs superficielles, parfois migrantes ou bondissantes, troubles de la sensibilité (sensation de gonflement, brûlure, engourdissement)	Désorganisation/adhérence de fascias sous-cutanés au parcours circulaire
Fixation tectonique	Une main couvre l'articulation et tente de la mobiliser activement	Raideur des articulations qui sont comme «rouillées»; la restriction du mouvement est au premier plan	Réduction du glissement des surfaces articulaires

Tableau 1: Division des distorsions.

noch liefert die Faszienforschung der letzten Jahre immer mehr Hinweise, dass scheinbar bradytrophes¹ und kaum innerviertes Faszienewebe sehr wohl in vielen Fällen als Schmerzquelle infrage kommt (z. B. [5]). Schilder et al. konnten dies auch in einer neueren Studie mit Injektionen von hypertoner Kochsalzlösung in die Fascia thoracolumbalis, in den darunterliegenden Musculus erector spinae und in das subkutane Fettgewebe zeigen: Die Schmerzstärke und Schmerzausbreitung waren nach der Injektion in die Faszie am höchsten respektive hatten die grösste Ausbreitung [6].

Der Patient zeigt nicht nur den Ort, sondern auch die Art der Störung

Das anatomisch-funktionelle Diagnose- und Therapiekonzept von Typaldos, das «Fasziendistorsionsmodell» (FDM), führt also jede schmerzhafteste Funktionsstörung am Bewegungsapparat auf eine oder mehrere von sechs pathologischen Veränderungen (den «Fasziendistorsionen») zurück. Die Zuordnung erfolgt durch die Kombination aus klassischer Anamnese und Interpretation der Schmerzgestik (*Abbildung 1*). Auch Verletzungen (v. a. stumpfe Traumata) werden in das Schema der Distorsionen eingeordnet.

¹ Bradytrophe Gewebe werden vor allem durch Diffusion aus der sie umgebenden Flüssigkeit versorgt und weisen nur wenige beziehungsweise keine Kapillaren auf (Hexal Taschenlexikon Medizin, 2004).

livre toutefois de plus en plus d'indices portant à croire que le tissu conjonctif, apparemment bradytrophe¹ et faiblement innervé, peut dans de nombreux cas être source de douleur (p. ex. [5]). Schilder et al. ont également montré cela dans une étude récente impliquant des injections de solution saline hypertonique dans le fascia thoraco-lombaire, dans le muscle érecteur du rachis situé en dessous et dans le tissu adipeux sous-cutané: l'intensité et la propagation de la douleur étaient bien plus élevées après l'injection dans le fascia [6].

Les patients indiquent l'emplacement du trouble ainsi que sa nature

Le concept diagnostique et thérapeutique anatomico-fonctionnel de Typaldos, le «modèle de distorsion des fascias» (MDF), explique donc tout trouble fonctionnel douloureux de l'appareil locomoteur par un ou plusieurs des six changements pathologiques (les «distorsions des fascias»). La classification se fait en combinant l'anamnèse classique à l'interprétation de la gestuelle de douleur du patient (*illustration 1*). Les lésions (notamment des traumatismes sourds) sont également classées dans le schéma des distorsions.

¹ Les tissus bradytrophes sont principalement alimentés par la diffusion du liquide qui les entoure. Ils ne présentent qu'un nombre réduit, voire pas de capillaires (Encyclopédie médicale de poche Hexal, 2004).

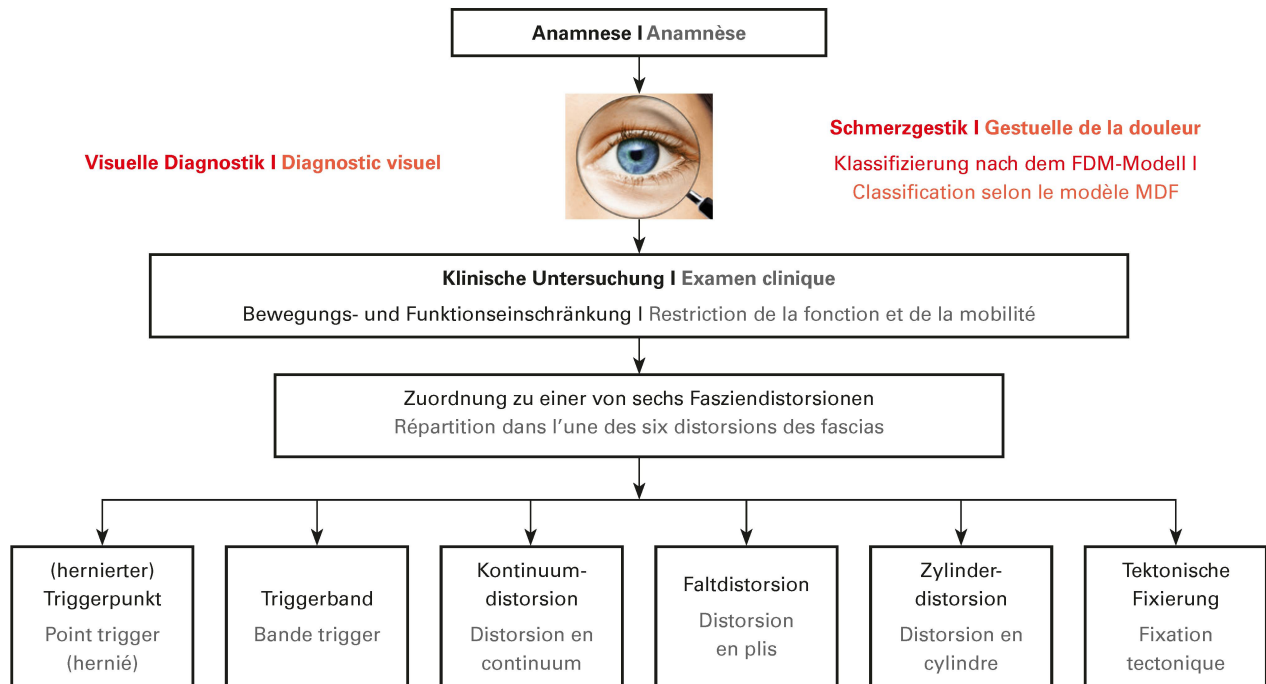


Abbildung 1: Visuelle Diagnostik. | Illustration 1: Diagnostic visuel.

Der Hergang der Verletzung, die Körpersprache sowie der klinische Befund werden zusammen betrachtet, um eine Diagnose zu stellen, die zu exakt einer therapeutischen Konsequenz führt. Der Begriff Körpersprache bedeutet im Kontext des FDM, dass der Patient nicht nur den Ort oder den Bereich seiner Beschwerden mit seiner Hand zeigt, sondern auch auf die Art der zugrunde liegenden pathophysiologischen Störung hinweist. Daraus erkennt der Behandler die zugrunde liegende «Fasziendistorsion». Typaldos sagte: «Der Patient wird dadurch zum Regisseur seiner Behandlung.»

Die Techniken sind eine Kombination aus manuellen Weichteiltechniken im subepidermalen Bindegewebe sowie Impulstechniken an Extremitäten und Wirbelsäulengelenken sowie an intermuskulären Septen.

Die diagnostisch-therapeutische Vorgehensweise nach dem Fasziendistorsionsmodell soll exemplarisch an zwei Distorsionsmustern verdeutlicht werden.

Dorsales Arm-Triggerband

Symptomatik/Schmerzgestik (Abbildung 2a): Brennender, oberflächlicher Schmerz, entlang einer begrenzten Strecke. Verminderte und schmerzhafte Arm-Abduktion und/oder Innenrotation. Der Patient streicht mit einem oder mehreren Fingern entlang einer schmerzhaften Strecke am posterioren Oberarm, in der er eine Schmerzausbreitung wahrnimmt.

L'origine de la lésion, le langage corporel et le constat clinique sont considérés ensemble, en vue de poser un diagnostic aboutissant à une solution thérapeutique unique. Dans le contexte du modèle de distorsion des fascias, le terme de langage corporel signifie que le patient indique de la main l'emplacement ou la zone qui lui fait mal ainsi que la nature du trouble physiopathologique sous-jacent. Le thérapeute est ainsi en mesure de reconnaître la «distorsion des fascias» sous-jacente. Comme le disait Typaldos: «Le patient devient ainsi le réalisateur de son traitement.»

Les traitements combinent des techniques des parties molles dans le tissu conjonctif sous-épidermique et des techniques d'impulsion sur les extrémités ainsi que sur les articulations de la colonne vertébrale et des septa intermusculaires.

Deux exemples de modèles de distorsion permettent d'illustrer la démarche diagnostique et thérapeutique selon le modèle de distorsion des fascias.

La bande dorsale de trigger du bras

Symptômes/gestuelle de douleur (illustration 2a): douleur brûlante et superficielle le long d'un tracé limité. Abduction et/ou rotation interne du bras réduite et douloureuse.

Le patient passe un ou plusieurs doigts le long d'un tracé douloureux sur la partie postérieure du bras où il ressent une propagation de la douleur.

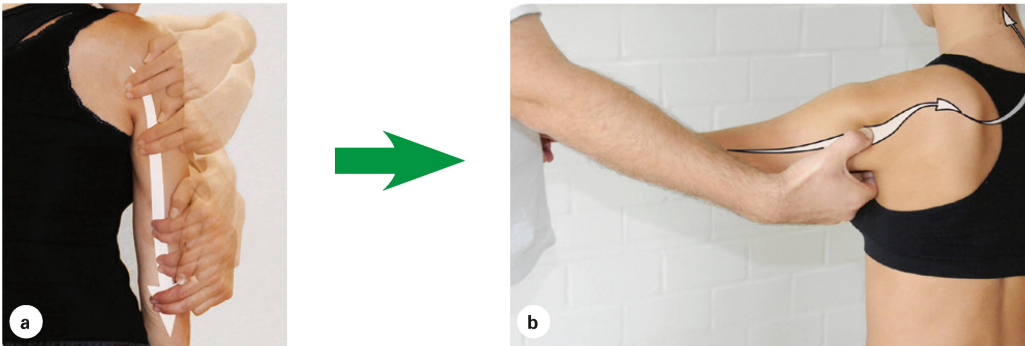


Abbildung 2: Beispiel Schulterschmerz, hinteres Arm-Triggerband. 2a: Patientengestik. 2b: Nachfolgende Therapie mit einem epidermalen Bindegewebsstrich, der typischerweise mit dem Daumenendglied durchgeführt wird. | Illustration 2: Exemple de douleur de l'épaule, la bande trigger postérieure du bras. 2a: Gestuelle du patient. 2b: Le traitement ci-après est effectué par un touché épidermique du tissu conjonctif, typiquement au moyen de l'extrémité du pouce.

Art der Ausführung/Technik (Abbildung 2b): Die therapeutische Konsequenz besteht in der Fortführung der Patientengeste. Ausführung: Der Patient sitzt, der Therapeut steht auf der zu behandelnden Seite hinter dem Patienten. Der Therapeut streicht am Oberarm der betroffenen Seite mit der Daumenspitze die bandartige Faszie aus, und zwar vom proximalen streckseitigen Unterarm entlang der Rückseite des Oberarmes, die Wirbelsäule zwischen Th1–Th4 kreuzend, bis zum kontralateralen Mastoid.

Vielfach wird dieser therapeutische Strich von den Patienten als schmerzhaft empfunden. Eine Erklärung hierfür ist die Vorstellung, dass eine Maladaptation von Crosslinks entlang einer subkutanen Faszie vorliegt. Der Strich löst diese Maladaptation auf. In der Folge können sich die Crosslinks fasziärer Längsbündel spannungsfrei readaptieren. Das vom Patienten beschriebene und gezeigte Areal wird schmerzfrei.

Ziel: «Ausdrehen» der bandartigen Faszie und Lösen von Adhäsionen.

Type de l'exécution/de la technique (illustration 2b): la solution thérapeutique consiste en la continuation du geste du patient. Exécution: le patient est assis, le thérapeute se tient debout derrière lui, du côté à traiter. Le thérapeute fait glisser l'extrémité de son pouce le long du fascia de liaison, depuis la partie proximale dorsale de l'avant-bras le long de la partie dorsale du bras en croisant la colonne vertébrale entre Th1 et Th4, jusqu'au mastoïde controlatéral.

Ce touché thérapeutique est souvent perçu comme douloureux par les patients. Une mauvaise adaptation de liaisons le long d'un fascia sous-cutané pourrait en être l'explication. Le touché dissout cette mauvaise adaptation. Les liaisons des faisceaux des fascias peuvent par conséquent se réadapter sans tension. La zone décrite et indiquée par le patient devient indolore.

Objectif: «étirer» le fascia de liaison et libérer les adhérences.

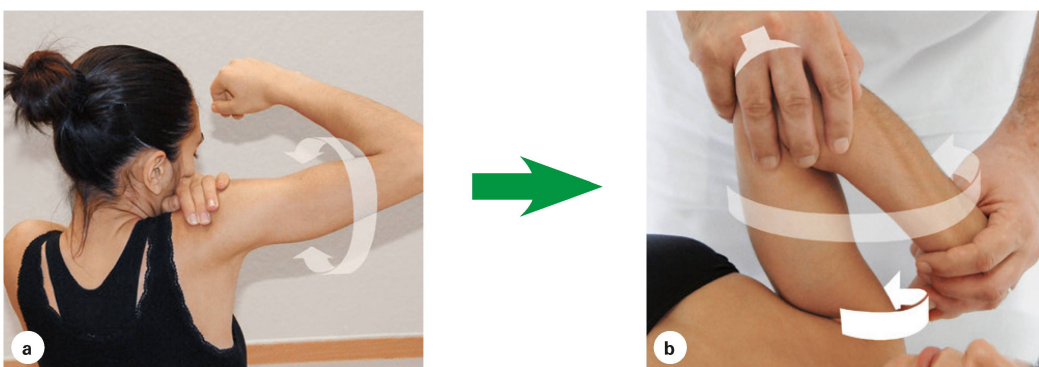
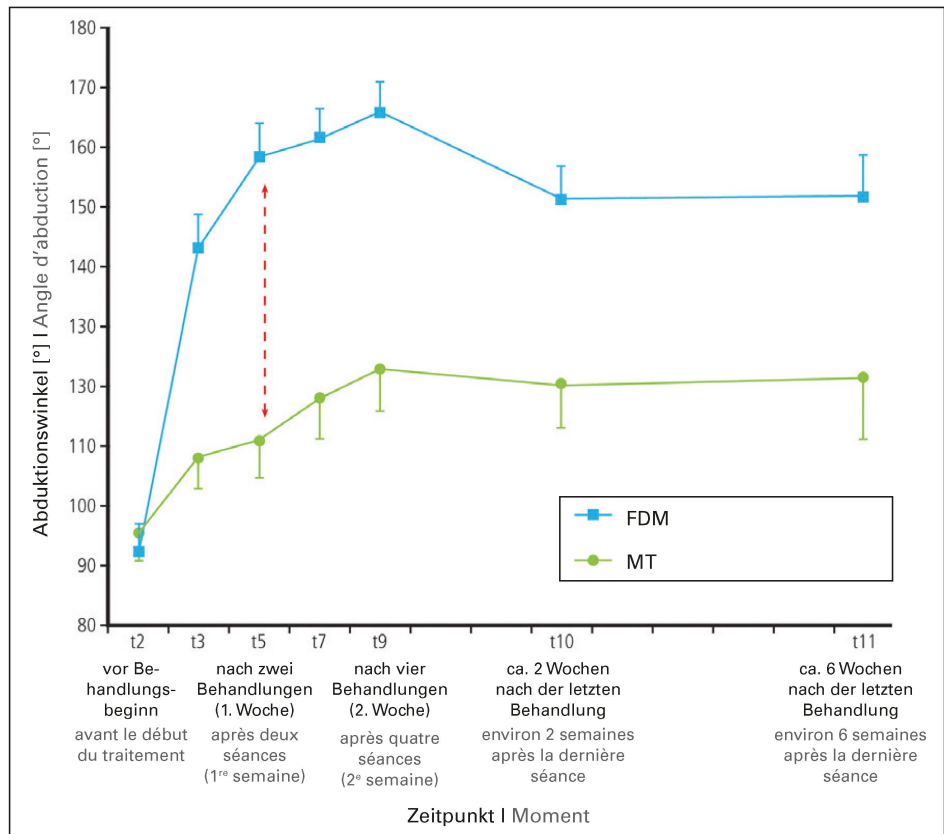


Abbildung 3: Beispiel Schulterschmerz: Tektonische Fixierung, «Frogleg»-Technik am Glenohumeralgelenk. 3a: Patientengestik. 3b: Nachfolgende Therapie mit einer komplexen Kompressions-Rotations-Technik. | Illustration 3: Exemple de douleur de l'épaule, la fixation tectonique. La technique «Frogleg» sur l'articulation gléno-humérale. 3a: La gestuelle du patient. 3b: Le traitement ci-après est effectuée au moyen d'une technique complexe de compression et rotation.

Abbildung 4a: Schmerzfreie Abduktion der Schulter und Funktionsverbesserung des Armes unter der Faszien­distorsions­methode (FDM) und Manu­altherapie (MT). | Illustration 4a: Ab­duction indolore de l'épaule et amélioration fonctionnelle du bras par la méthode de distorsion des fascias (MDF) et par la thérapie manuelle (MT).



Tektonische Fixierung – Bewegungseinschränkung im Glenohumeralgelenk

Symptomatik/Schmerzgestik (Abbildung 3a): Schmerzfreie Bewegungseinschränkung der Schulter (v. a. Innenrotation). Der Patient zeigt sie durch Bewegen der Schulter in den eingeschränkten Bewegungsebenen an.

Art der Ausführung/Technik (Abbildung 3b): Der Patient ist in Rückenlage, der FDM-Therapeut steht an der betroffenen Seite. Der Therapeut bewirkt über den Unterarm als Hebel eine rhythmische Rotation des Humeruskopfes. Das Bewegungsende der Rotation wird mit «Piccolo-Thrusts»² abgeschlossen.

Ziel: Verbesserte Zirkulation der Synovialflüssigkeit, Lösen verklebter kapsulärer Gleitflächen innerhalb des Schultergelenkes.

Therapeutische Wirksamkeit

Bisher existieren erst wenige klinische Studien zur Wirksamkeit der Typaldos-Methode. An der Medizinischen Hochschule Hannover wurde in einer Dissertation [7] eine Wirksamkeitsstudie bei Patienten mit schmerzhaft eingeschränkter

Fixation tectonique – la restriction du mouvement dans l’articulation gléno-humérale

Symptômes/gestuelle de douleur (illustration 3a): restriction indolore du mouvement de l’épaule (notamment rotation interne). Le patient l’indique en bougeant l’épaule aux endroits où les mouvements sont restreints.

Type de l’exécution/de la technique (illustration 3b): le patient est couché sur le dos et le thérapeute se tient debout du côté touché. Il induit une rotation rythmique de la tête humérale en se servant de l’avant-bras comme levier. Le mouvement de rotation est conclu par des «piccolo-thrusts»².

Objectif: améliorer la circulation du liquide synovial et détacher les surfaces de glissement capsulaires collées à l’intérieur de l’articulation de l’épaule.

Efficacité thérapeutique

À ce jour, le nombre d’études cliniques portant sur l’efficacité de la méthode Typaldos est très restreint. Une étude sur son efficacité a été effectuée dans le cadre d’un travail de thèse à

² Kurze Bewegungsimpulse mit sehr geringer («piccolo») Amplitude und hoher Frequenz am passiven Bewegungsende.

² De brèves impulsions de mouvement d’une amplitude très réduite («piccolo») et à une fréquence élevée effectuées à l’extrémité passive du mouvement.

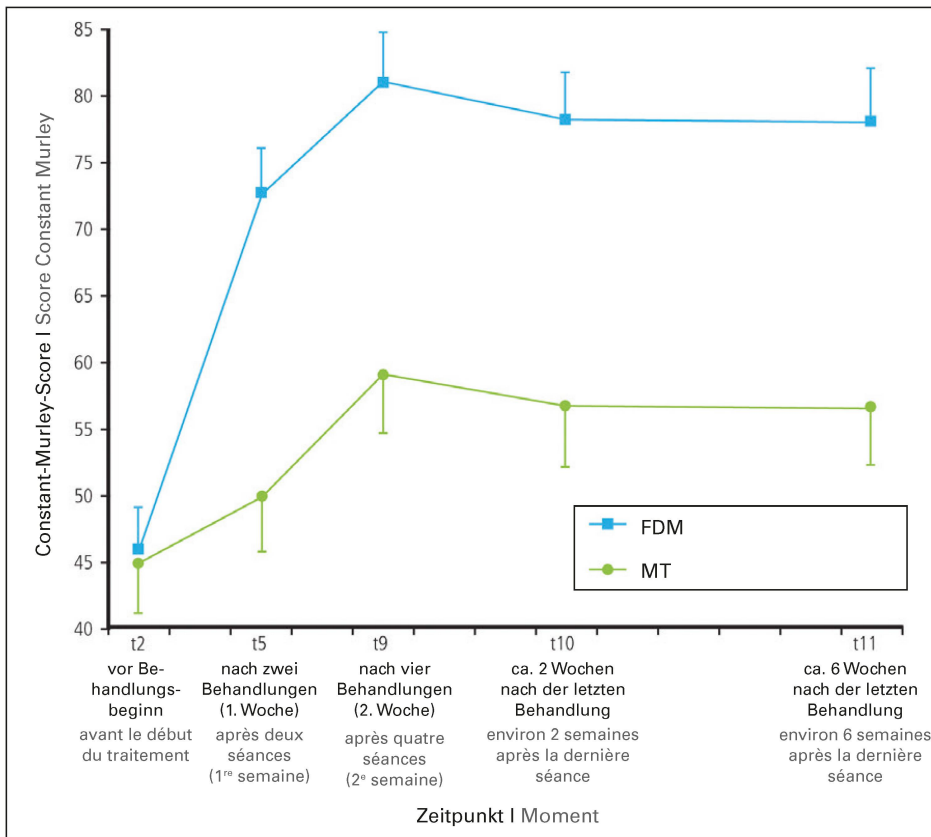


Abbildung 4b: Funktionsverbesserung des Armes unter Faszien-distorsionsmethode (FDM) und Manualtherapie (MT): Constant-Murley-Score. | Illustration 4b: Amélioration fonctionnelle du bras par la méthode de distorsion des fascias (MDF) et par la thérapie manuelle (MT): score Constant Murley.

Schulterbeweglichkeit durchgeführt. Die Ergebnisse wurden ausführlich publiziert [8].

Je 30 Patienten wurden randomisiert der Prüf- (Behandlung nach Faszien-distorsionsmodell FDM) respektive Kontrollgruppe (Manualtherapie MT) zugewiesen. Die Patienten wurden über zwei Wochen zweimal wöchentlich auf der Basis der FDM oder nach klassischen manualtherapeutischen Vorgehensweisen behandelt [7]. Die Kontrollintervention entsprach den Vorgaben der klassischen manuellen Therapie und bestand aus passiven, gelenknahen Mobilisationen der einzelnen Schultergelenksabschnitte in den jeweils eingeschränkten Bewegungsebenen sowie Dehnbehandlung der gelenkumgebenden Muskulatur [9]. Die Behandlungsdauer in beiden Gruppen war vergleichbar und betrug jeweils etwa 20–30 Minuten pro Sitzung.

Primärer Zielparameter war die schmerzfreie aktive Abduktionsfähigkeit, und zusätzlich wurden der Schmerz, das funktionelle Handicap sowie die Kraft ermittelt. Einige Resultate der Studie sind in den *Abbildungen 4a+b* dargestellt. Die Faszien-distorsionsbehandlung zeigte sich in dieser Studie in der Beweglichkeit, im DASH- und im Constant-Murley-Score³ der manuellen Therapie signifikant überlegen.

³ DASH- und Constant-Murley-Score: Beides sind Selbstauskunftsinstrumente zur Erfassung des funktionellen Handicaps der oberen Extremität.

la Haute école de médecine de Hanovre; elle portait sur des patients dont la mobilité de l'épaule était réduite [7]. Les résultats complets ont été publiés [8]. 30 patients ont été attribués de manière aléatoire à un groupe d'intervention (traitement selon le modèle de distorsion des fascias) ou à un groupe de contrôle (thérapie manuelle). Les patients ont été traités deux fois par semaine, pendant deux semaines, soit selon le modèle de distorsion des fascias, soit selon un procédé de thérapie manuelle classique [7]. L'intervention de contrôle consistait en des mobilisations passives des articulations des différents segments de l'articulation scapulaire dans l'amplitude de mouvement restreinte ainsi qu'en des étirements de la musculature péri-articulaire [9]. La durée des traitements des deux groupes était comparable, soit environ 20 à 30 minutes par séance.

L'objectif primaire visé était la capacité d'abduction active et indolore. À cela s'ajoutait l'évaluation de la douleur, du handicap fonctionnel et de la force. Certains résultats sont reproduits dans les *figures 4a+b*. Dans cette étude, le traitement de la distorsion des fascias s'est avéré largement supérieur à la thérapie manuelle, aussi bien en termes de mobilité que dans les scores DASH et Constant Murley³.

³ Les scores DASH et Constant Murley sont deux test auto-administrés qui permettent de déterminer le handicap fonctionnel d'une extrémité supérieure.

Die visuelle Interpretation der Schmerzgestik als Alleinstellungsmerkmal

Die Studienergebnisse deuten eindrücklich darauf hin, dass die Behandlung nach dem Faszien-Distorsionsmodell bei den Parametern Schmerzlinderung und Funktionsverbesserung anderen manuellen Verfahren deutlich überlegen sein kann. Ein wesentlicher Aspekt, der die unterschiedliche Wirksamkeit erklären könnte, ist das Alleinstellungsmerkmal der Typaldos-Methode: die visuelle Interpretation der Schmerzgestik und das Postulat von Typaldos, dass den Patienten nur sechs verschiedene Kategorien von Handzeichen (Schmerzcode oder «pain body language») zur Verfügung stehen, um Schmerz zu demonstrieren und damit dem Behandler einen entscheidenden Hinweis für die Therapie zu geben. Dies mag tatsächlich zu einer zielgenaueren Therapie führen, als dies bisher mit andern (manuellen) Verfahren möglich ist. |

Interprétation visuelle de la gestuelle de la douleur comme caractéristique distincte

Les résultats des études ont clairement montré que le traitement selon le modèle de distorsions des fascias est significativement supérieur en termes de réduction de la douleur et d'amélioration de la fonction physique par rapport aux autres thérapies manuelles. La caractéristique de la méthode Typaldos est un aspect essentiel qui permet d'expliquer ces différences en termes d'efficacité: l'interprétation visuelle de la gestuelle de la douleur et le postulat de Typaldos, qui limite à seulement six catégories les signes de la main (le code de la douleur ou «pain body language») dont les patients disposent pour exprimer la douleur et qui fournit aux thérapeutes des indices décisifs sur le traitement à effectuer. Il se peut en effet que cela permette un traitement plus ciblé que celui que proposent les autres procédés manuels. |



Prof. Dr. med. habil. **Matthias Fink**, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation, Vertiefungen in Chirotherapie, Naturheilverfahren, spezielle Schmerztherapie und Akupunktur, arbeitet und forscht an der Privatambulanz für Naturheilverfahren der Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover.

Pr **Matthias Fink**, médecin, spécialiste en médecine et rééducation physiques, spécialisé en chirothérapie, en naturopathie, dans le traitement de la douleur et en acupuncture; collaborateur et chercheur à la clinique ambulatoire privée de naturopathie de la Clinique de médecine de rééducation de la Haute école de médecine de Hanovre.

Literatur | Bibliographie

1. Bär T. Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Arztgesprächs in der hausärztlichen Praxis. Diss. med., Charité, Universität Berlin. 2009.
2. Simons DG, Travell JG. Myofascial origins of low back pain. 1. Principles of diagnosis and treatment. Postgrad Med 1983; 73: 66, 68–70, 73 passim.
3. Typaldos S. Orthopathische Medizin – Die Verbindung von Orthopädie und Osteopathie durch das Faszien-Distorsionsmodell. Kötzingen/Bayer. Wald: Verl. für Ganzheitliche Medizin Wühr; 1999.
4. Typaldos S. FDM: Clinical and Theoretical Application of the Fascial Distortion Model within the Practice of Medicine and Surgery. Kittery, ME: Typaldos Publishing Co.; 2002.
5. Stecco C, Cappellari A, Macchi V, Porzionato A, Morra A, Berizzi A, De Caro R. The paratendineous tissues: an anatomical study of their role in the pathogenesis of tendinopathy. Surg Radiol Anat 2014; 36: 561–572.
6. Schilder A, Hoheisel U, Magerl W, Benrath J, Klein T, Treede RD. Sensory findings after stimulation of the thoracolumbar fascia with hypertonic saline suggest its contribution to low back pain. Pain Pain. 2014 Feb; 155(2): 222–31.
7. Stein C. Untersuchung der Wirksamkeit einer manuellen Behandlungstechnik nach dem Faszien-Distorsionsmodell bei schmerzhaft eingeschränkter Schulterbeweglichkeit. Eine explorativ-prospektive, randomisierte und kontrollierte klinische Studie. Med. Dissertation, Medizinische Hochschule, Hannover; 2008.
8. Fink M, Schiller J, Buhck H. Wirksamkeit einer manuellen Behandlungstechnik nach dem Faszien-Distorsionsmodell bei schmerzhaft eingeschränkter Schulterbeweglichkeit (Frozen Shoulder). Z Orthop Unfall 2012; 150: 420–427.
9. Wolf U. Bildatlas der Manuellen Therapie. Berlin: KVM Dr. Holster; 2008.