

Die Behandlung von Narben und peritonealen Adhäsionen

Teil 2: Der Einsatz in der Praxis | *Michaela Liedler*

Aus meiner Praxis weiß ich, wie Narben, fasziale Verklebungen (FV) und postoperative peritoneale Adhäsionen (PA) massiv zur Entstehung chronischer Schmerzzustände beitragen. Narben schweigen jedoch oft und bleiben daher als Auslöser körperlicher Beschwerden über Jahre bestehen. Das Gleiche gilt für FV und PA im Bauchraum, die unerkannt bleiben, versteckt unter einer Operationsnarbe. Das Liedler-Konzept wirkt dem effektiv und nachhaltig entgegen. Es basiert einerseits auf der grundlegenden Unterscheidung und sensiblen Wahrnehmung von Narbe, Verklebung und Adhäsion. Andererseits verbindet es das Wissen um unterschiedliche Wundheilungsprozesse und Theorien zum Gleitverhalten von Gewebeschichten bei der Anwendung in der Praxis. Mittels Traktion und dem Einsatz von dreidimensionalen Scherkräften werden Adhäsionen genau dort mobilisiert, wo sie den Körper tatsächlich in seinem Bewegungsspielraum einschränken. Im ersten Teil (s. CO.med 9/2021, S. 73ff.) wurden die Grundlagen dieser Methode erklärt. Wo und wie das Liedler-Konzept im Detail greift, wird im Folgenden aufgezeigt.

In der Behandlung kommen unterschiedliche Techniken zum Einsatz. Dabei werden die Lokale Technik (LT), die NarbenArtikulationsTechnik (NART) und die Sensible Narben (SN)-Technik differenziert, die ihrerseits je nach Ausrichtung und Fokus in LT 1 bis LT 6 bzw. NART 1 bis NART 11 sowie SN 1 bis SN 3 unterteilt werden. Während LT und NART direkte Techniken darstellen, die lokal

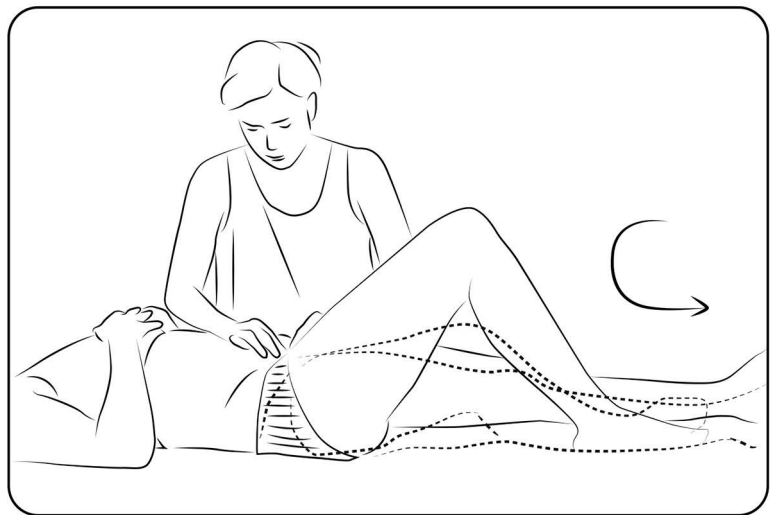


Abb. 1: Technik – NART 1: Adhäsionsfixierung durch den Therapeuten – Erhöhung der Mobilität – Hüftgelenk über Beinbewegung. Foto: [1] S. 140

oder unter Zuhilfenahme der umliegenden Gelenke den Bewegungsspielraum im eingeschränkten Bereich sukzessive vergrößern, beschreibt die SN-Technik eine sanfte, schmerzfreie Mischtechnik aus dem *Myofascial Release* und dem *Fascial Unwinding*. Letztere dient einerseits dazu, dem Betroffenen eine Annäherung an seine Narbe zu erleichtern und andererseits unterstützt sie die Wundheilung der entstandenen Mikrorisse im Gewebe [25].

Der Schaufelgriff im Liedler-Konzept (LK)

Der Schaufelgriff dient als Provokationstest und stellt die Basis aller LK-Techniken dar. Hierbei werden die Hände flächig um die Narbe bzw. im Bereich der PA platziert. Mittels Lumbricalgriff wird die Haut über Traktion abgehoben oder „aufgesaugt“. Mit den Fingerkuppen wird dann die Gewebeschicht, die keine Bewegung mehr zulässt, an der Stelle, wo die Endelastizität als hart empfunden wird, fixiert. Es entsteht beim Patienten ein „Schraubstockgefühl“. Nun sollte kaum bis keine Bewegung des fixierten Bereiches mehr möglich sein.

Wichtig: Um die entsprechende Tiefe und Gewebeschicht zu erreichen, wird beim Schaufelgriff **nur** Traktion verwendet. Die Anwendung von Druck in die Tiefe des Bauchraumes wird vom Patienten einerseits als bedrohlich empfunden und andererseits macht es das dem Therapeuten unmöglich, den Fokus zur richtigen Gewebeschicht zu lenken [1].

Prinzip der Liedler-Technik: Punctum fixum und Punctum mobile

Adhäsionen sind mittels Ultraschall schwer zu visualisieren [21]. Möglicherweise aus dem Grund, dass sich die einzelnen Gewebeschichten durch den Druck des Schallkopfs verdichten und sich die Adhäsionen darin nicht mehr oder nur schwer abheben. Ähnlich verhält es sich mit PA. Da diese sich zwischen Gewebeschichten aufspannen, verliert der Therapeut den Kontakt zu ihnen, sobald sich in seine Grifftechnik eine Druckkomponente einschleicht.

Im Liedler-Konzept gilt für alle Anwendungen der LT, der NART und der SN-Techniken, dass ein **Punctum fixum** und ein **Punctum mobile** kriert werden. Dabei beschreibt der

Glossar

FV	= fasziale Verklebungen
LK	= Liedler-Konzept
LT	= lokale Technik
NART	= NarbenArtikulationsTechnik
PA	= peritoneale Adhäsionen
ROM	= Range of Motion
SN	= sensible Narben

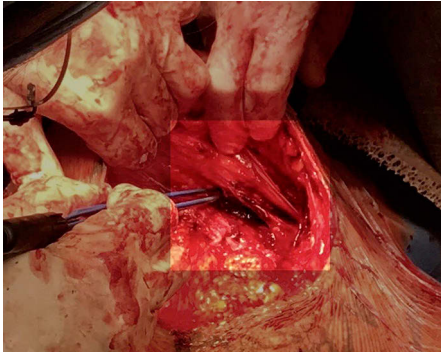


Abb. 2: Veranschaulichung von Adhäsionen.
Foto: Catrin Fichtinger und Margarete Wana



Abb. 3: Alte peritoneale Adhäsionen mit Fett-einlagerungen nach vorhergegangener Blinddarmoperation mit 14 Jahren.

Foto: Michaela Liedler

Fixpunkt die Gewebeschicht in der Tiefe, an der die Gewebebarriere maximal unelastisch und hart ist sowie keine weitere Bewegung mehr zulässt. Um diese zu erreichen, wird mittels Schaufelgriff über Traktion die PA bzw. FV zwischen den Gewebeschichten auf Spannung gebracht und bleibt dann während der ganzen Technik über fixiert. Die zweite Hand des Therapeuten oder der Patient selbst übernimmt nun die Rolle des Punctum mobile, mit dem entsprechende Mobilisationen über die Gewebebarriere hinaus eingebracht werden sowie direkt und konkret auf die aufgespannte(n) und fixierte(n) Adhäsion(en) einwirken bis sich der ROM (Range of Motion) des Gewebes verbessert [1].

Gewebebarriere

Während sich die anatomische Barriere des physiologischen Gewebes immer durch eine gewisse Endelastizität mit leichtem Widerstand auszeichnet [26], erkennt man die pathologische Gewebegrenze bei PA und FV durch einen deutlich spürbaren, harten Endwiderstand ohne Elastizität [6]. Das ist der Punkt, an dem der Therapeut mit der Liedler-Technik ansetzt, um den eingeschränk-

ten ROM wieder zu vergrößern. Der manuelle Impuls orientiert sich immer an der Gewebebarriere und an dem Schmerzempfinden des Patienten [1].

Anwendung der NarbenArtikulationsTechnik

Immer, wenn der Provokationstest in Bezug auf die umliegenden Gelenke beim Befund auffällig war, ist es möglich, mit der NART 1 deutlich merkbare (für Patient und Therapeut) funktionelle Verbesserungen zu bewirken. Verklebte Gleitschichten im Narbenbereich, die so stark sind, dass sie den ROM der umliegenden Gelenke einschränken, werden mittels NART 1 schnell und nachhaltig gelöst.

Bei den NART wird der Patient aktiver Teil der Behandlung. Gerade bei Operationsnarben, wo die Kontrolle über den eigenen Körper völlig abgegeben wird, haben sich diese Techniken bewährt, bei denen der Patient selbst das Bewegungsausmaß mitbestimmen kann. Dadurch übernimmt er wieder Eigenverantwortung. So werden auch das Vertrauen und die Sicherheit in Bezug auf den eigenen Körper gestärkt [3].

Anwendung am Beispiel

Mögliche Ausgangsstellungen der NART 1:
Rückenlage, Sitz, Stand

Punctum fixum: Therapeut

Punctum mobile: Patient

Therapeutischer Ablauf: Der Therapeut fixiert mit beiden Händen die Narbe bzw. einen Anteil der Narbe und die Adhäsionen/Verklebungen mit dem Schaufelgriff. Der Patient übernimmt nun selbst die Rolle des Punctum mobiles und bewegt die ipsilaterale Hüfte mit maximalen Zirkumduktionsbewegungen selbst durch. Dabei beschreibt das Hüftgelenk zuerst eine Flexion, dann eine transversale Abduktion und endet mit einer Extension von Hüfte und Bein. Der Patient orientiert sich dabei an seinen eigenen schmerzinduzierten Bewegungsgrenzen, die er mit jeder Wiederholung in seinem Tempo selbstbestimmt erweitert. Wenn die Bewegungsfreiheit des Gelenks trotz Punctum fixum wieder voll hergestellt ist und das Schmerzempfinden im Vergleich zum Anfang um mindestens zwei Drittel nachgelassen hat, ist die Technik beendet.

Im nächsten Behandlungsschritt umgreift der Therapeut die nächst tiefere, verklebte Gewebegleitschicht und fixiert diese. Der Patient wiederholt die Bewegung des Gelenkes [3]. Zurück bleibt am Ende der Behandlungseinheit beim Patienten eine deutlich

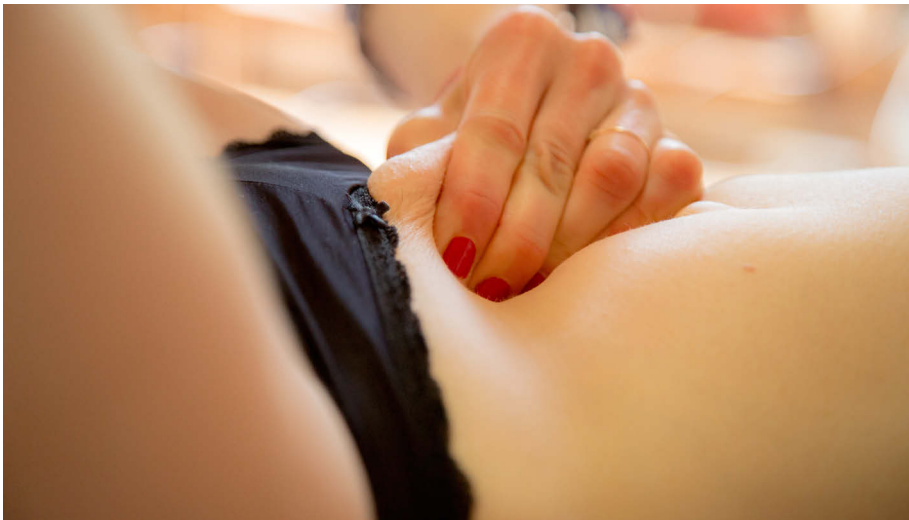


Abb. 4: Die Umstrukturierung beim Liedler-Konzept erfolgt im Sinne eines konkreten Aufbrechens der faszialen Strukturen und PA bzw. von Bestandteilen von PA – hier am Beispiel einer Kaiserschnittnarbe.

verbesserte Bewegungsfreiheit des behandelten Körperbereiches sowie ein Gefühl von Leichtigkeit. Der Therapeut kann mittels erneuten Provokationstests seinen Erfolg überprüfen.

Vergleich zu anderen Narbentechniken – Besonderheiten des Liedler-Konzepts

Grundsätzlich erfolgt die Umstrukturierung beim Liedler-Konzept im Sinne eines konkreten Aufbrechens der faszialen Strukturen und PA bzw. von Bestandteilen von PA, die sich alle durch manuelle, dreidimensionale Scherimpulse beeinflussen lassen. Dabei ist

fokale Adhäsionen beeinflusst und eine Reorganisation bzw. deren neue Ausrichtung erreicht werden können [5, 25, 27–30] – allesamt Gewebestandteile, die sowohl in FV als auch in PA zu finden sind [3, 7, 31]. Zusätzlich kommt es durch diese Manipulationen zur Aktivierung von Mechanismen, die die Sekretion von Peritonealflüssigkeit und Hyaluron fördern, die für das Gleiten der Gewebeschichten essenziell sind [32]. Durch das Wiederherstellen der oberflächlichen und tiefen Gleitmechanismen der Gewebeschichten im Bauchraum bei gleichzeitiger Abnahme an Gewebespannung wird die Mobilität im betroffenen Areal gefördert und wirkt sich positiv auf das Umfeld aus.

„Chronische Verspannungen der Schultern, des Rückens, im Kopf und speziell im Kiefergelenk verringern sich oder verschwinden gänzlich.“

Traktion in Verbindung mit dreidimensionalem Einsatz von Scherkräften der entscheidende Faktor für den Erfolg der Technik. PA, die Verbindungsstrukturen zwischen den peritonealen Schichten darstellen, werden über Traktion auf Zug gesetzt. Gewünscht ist kein Dehnen, sondern die Provokation von Mikrorupturen in den PA bzw. den verklebten und verwachsenen Strukturen durch die anschließenden Impulse mittels *Punctum fixum* und *Punctum mobile*. Unterschiedliche Studien belegen, dass über manuelle Reize Kollagenstrukturen, Fibroblasten, Myofibroblasten, Extrazelluläre Matrix und

Beobachtungen aus der Praxis belegen, dass die erhöhte Flexibilität und Mobilität im Operationsfeld zeitgleich zu einer Entspannung des restlichen Körpers führen. Es kommt dadurch zu einer Abnahme der kompensatorischen Spannung im gesamten Körper. Chronische Verspannungen der Schultern, des Rückens, im Kopf und speziell im Kiefergelenk verringern sich oder verschwinden gänzlich. Nicht zuletzt kann sich die Atmungsbewegung wieder in die betroffenen Gebiete des Körpers ausdehnen, was zu einem verbesserten Spannungsausgleich im Körper führt.

Fazit

Die Erfahrung aus der Praxis hat zusätzlich gezeigt, dass die gewonnene Mobilität erhalten bleibt. Warum aber kommen die PA und FV nicht wieder? Eine mögliche Erklärung ist, dass es durch die Liedler-Techniken lediglich zu Mikrorissen im Gewebe kommt, die so gering sind, dass sie keine anschließende Ruhigstellung des Körpers erfordern. Dadurch bleiben die gelösten Gewebegleitschichten im Heilungsprozess erhalten. Über die normalen Alltagsbewegungen und Aktivitäten des Patienten werden sie dann automatisch in das Körpersystem integriert.

Keywords: Osteopathie, Schmerzen, chronische Schmerzen, Liedler-Konzept, Narben, Narbenbehandlung, Faszien



Michaela Liedler

Michaela Liedler, M.Sc. D.O. praktiziert als Physiotherapeutin und Osteopathin in Wien. Dort hat sie 2020 das „Zentrum für postoperative Narbentherapie“ gegründet. Sie ist Autorin des Fachbuches „Peritoneale Adhäsionen – Fasziale Behandlung nach dem Liedler-Konzept“ im Springer Verlag (2020). Seit 2017 vermittelt sie das von ihr entwickelte Liedler-Konzept als Dozentin an der Wiener Schule der Osteopathie sowie in zahlreichen Workshops in ganz Österreich. Daneben unterrichtet sie als Lehrbeauftragte im Rahmen des Women's Health Kurses am Molinari Institut of Health zum Thema Narben und postoperative peritoneale Adhäsionen.

Kontakt:

Michaela Liedler
Zentrum für postoperative Narbentherapie
Dominikanerbastei 17/6
1010 Wien
<https://narbonzentrum.at>
Tel.: +43 660 764 24 02