

Die Behandlung der ersten Rippe

Auf den ersten Blick scheint bei der 1. Rippe alles recht klar und einfach zu sein: die Indikationsstellungen für eine Behandlung und die Behandlung selbst. Der Alltag bringt uns schnell auf den bescheidenen Boden der Realität zurück. Schon das Auffinden und die anatomische Orientierung sind nicht so einfach. Darum möchte ich heute Bekanntes in Erinnerung bringen und Ergänzungen anbieten, die vielleicht noch nicht allen vertraut sein mögen.

Die erste Rippe und einige ihrer anatomischen Bezüge

Im Halsdreieck zwischen dem M. sternocleidomastoideus, der Clavicula und dem vorderen Rand des M. trapezius liegt unter einer mehrschichtigen Weichteildeckung die erste Rippe verborgen. Was dort alles bei der Palpation druckempfindlich ist muss keineswegs die erste Rippe sein.

Die anatomischen und funktionellen Wechselbeziehungen sind sehr vielfältig.

Die 1. Rippe

- hat Einfluss auf die Beweglichkeit der HWS, des Schultergürtels und der BWS.
- wirkt reflektorisch auf die Lymphfunktion des Waldeyer'schen Rachenrings ein (siehe Chapmanpunkte Nase und Rachen).
- ist ein zentraler Teil der Strukturen, die funktionell das obere Thoraxdiaphragma bilden.
- besitzt über das Lig. pleurocostale eine direkte, über Fasern des M. scalenus minimus eine indirekte Beziehung zur Pleurakuppel.
- ist über die Mm. scaleni mit den 2.-7. Halswirbeln verbunden. Bei Rotations- einschränkungen der HWS und sogenannten HWS-Blockierungen sind häufig die Mm. scaleni die Hauptursachenquelle.
- ist sowohl über die Mm. scaleni wie den M. subclavius beteiligt an der Ausprägung der sternosymphysalen Fehlhaltung nach Brügger mit ihren bekannten Folgen.
- kann beteiligt sein an der funktionellen Einengung der Vena subclavia, der Arteria subclavia und des Plexus brachialis. Das löst unterschiedlichste Schulter-Armbeschwerden aus - Plexusreizung, subclavian steal syndrome, Lymphstau etc..
- kann auf Grund der anatomischen Nähe mit der Oberkante des Schulterblattes verwechselt werden (unter Berücksichtigung des Sparerib-Effektes – das ist die palpatorische Wahrnehmung geringer Abstände zwischen anatomisch eigentlich deutlich getrennten

Strukturen. Das beste Beispiel ist der Zweifingerabstand zwischen Rippenbogen und Beckenkamm am Lebenden und die Handbreite bei jedem Skelett).

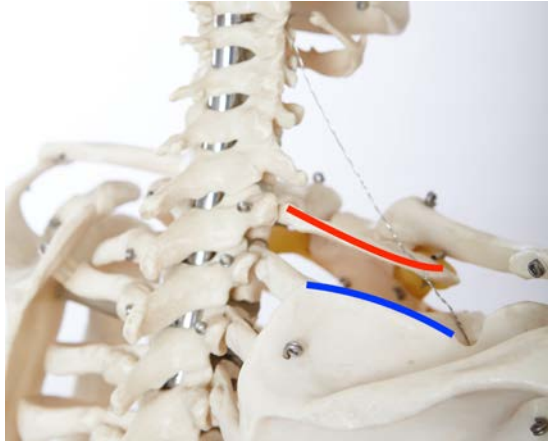


Abb. 1: Beziehung Hinterrand 1. Rippe (rot) und Oberrand Scapula (blau)

Auffinden in Rückenlage:

Dorsale Anteile

Ich habe mir mittlerweile angewöhnt IMMER die strenge Palaptionsdisziplin seitlich auf den Querfortsätzen der Halswirbelkörper einzuhalten. Zu oft bin ich sonst irgendwo gelandet. Dazu suche ich beidseits mit den Mittelfingern auf Höhe der mittleren HWS hinter dem M. sternocleidomastoideus die Querfortsätze der HWS auf. Dann taste ich mich seitlich am Hals nach kaudal vor bis meine Finger deutlich nach außen wandern müssen. Hier stoßen wir auf die erste Rippe re. und li..

Früher gab es Angaben wie: „Der federnde Wechseldruck auf die Rippen überträgt sich bei korrekter Lage der Daumen deutlich wahrnehmbar auf den Thorax. Die 1. Rippe ist als Resistenz im Gewebe tastbar.“

Beide Aussagen stimmen nur sehr bedingt. Das Gewebe im lateralen Halsdreieck ist oft so fest, dass der Schwingungsimpuls sich auch über Muskeln und Bänder auf den Thorax überträgt, ohne dass meine Finger wirklich auf der ersten Rippe liegen. Mit Übung kann man unterscheiden lernen zwischen der hinteren Kante der ersten Rippe und der Fläche der Rippe. Das ist für die Behandlungsqualität wichtig, da der Kontakt auf der Fläche meist angenehmer ist.

Die dorsale Kante der 1. Rippe kann wie gesagt verwechselt werden mit der Oberkante des Schulterblattes. Wer sich im Zweifel ist kann die/den Patient*in bitten, die Schulter in

Richtung Ohr anzuheben. Nur das Schulterblatt kann diese Bewegung mitmachen, nicht die erste Rippe.



© Dt. Institut f. Ortho-Bionomy®

Abb. 2. Palpation in Richtung der 1. Rippe entlang der Querfortsätze

Ventrale Anteile

Das ventrale Ende der ersten Rippe bzw. der Knochen-Knorpel-Übergang liegt direkt kaudal der Clavicula neben dem Sternum. Die Palpationsfläche wird kranial von der Clavicula, medial vom Sternum und kaudal und lateral vom ersten Intercostalraum eingegrenzt und ist weitgehend identisch mit dem Chapmanpunkt Nase. Oft können wir nur eine Fläche in Größe unserer Fingerbeere halbwegs genau zuordnen (wieder der Sparerib-Effekt).

Palpationsbefunde u.a.:

- Auf einer Seite ist die Kante und/oder die Fläche des dorsalen Endes der 1. Rippe druckempfindlicher als die Gegenseite.
- Eine dorsal in den Costovertebral- und Costotransversal-Gelenken fixierte Rippe ist unelastischer und wirkt manchmal wegen der Spannung und Verquellung der fixierenden Weichteilstrukturen nach kranial „verschoben“. Da muss keine echte Stellungsdifferenz zur Gegenseite vorliegen. Hier eignen sich die isometrischen Techniken (s.u.) hervorragend.
- Manchmal ist der Schmerz gekoppelt mit einem geringeren Widerstand und einem vermeintlichen Tiefstand. Jetzt könnte eine Hypermobilität der Rippe vorliegen. Neben den isometrischen Techniken, die man ruhig erst einmal anbieten kann, bringt das „Spechten“

des positiven Volery Syndrome oft die erhoffte Erleichterung und den gesunden strafferen Tonus.

- Natürlich kann die 1. Rippe ventral in ihrer Verbindung zum Brustbein eine Druckschmerzhaftigkeit aufweisen. In diesem Fall sind neben der Schubentlastung von Rippe und Brustbein, dem „Nestbau“ wie beim Nasenpunkt, der Einbeziehung des M. subclavius auch noch die dynamischen „Lenkradtechniken“ eine Option. Dabei „drehen“ wir in gleichzeitigem Kontakt ventral und dorsal auf der Rippe, diese wie ein Lenkrad in die angenehme Richtung. Dabei können Reflexmuster genutzt werden

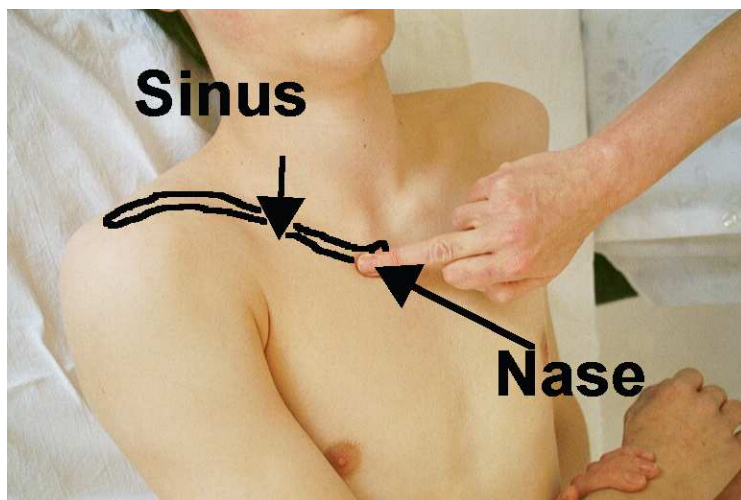


Abb. 3: Entlastung des ventralen Endes der 1. Rippe durch Armzug über den Thorax

Isometrische Behandlungen

1. Behandlung der 1. Rippe mit dem Ellbogengriff in Rückenlage Version 1:

- Wir sitzen hinter dem Kopf der Patient*innen am Liegende und palpieren die druckdolente 1. Rippe re. oder li..
- Der angewinkelte Ellenbogen der Patient*innen zeigt senkrecht Richtung Zimmerdecke, die Hand liegt neben dem Kopf. Wir fixieren mit der Handfläche unseres ausgestreckten Armes (bitte den Arm nicht anwinkeln) den Ellenbogen. Achtung: Manche Menschen mögen es nicht, wenn man den gestreckten Arm über ihrem Gesicht hält. Dann wählt man die Handanlage wie in Abbildung 4.

- Jetzt sollen die Patient*innen mit langsam anschwellender Kraft den Ellbogen gegen den unnachgebenden Widerstand unserer Handfläche in Richtung Hüfte zu ziehen. Der Krafteinsatz soll gerade so stark sein, dass wir eine Änderung an der ersten Rippe wahrnehmen können. Die Patient*innen dürfen sich dabei nicht verspannen. Diese Technik ist kein Kräftemessen! Durch die isometrische Fixierung des Armes (mit dem Schultergelenk und der Clavicula) ändern sich Punctum fixum und Punctum mobile. Die Mm. pectorales und der M. subclavius ziehen die Rippen nach oben in Richtung Kopf. Das Muster der „hochstehenden Rippe“ wird dadurch betont.
- Nach ein zwei Atemzügen können die Patient*innen den Kraftimpuls ausklingen lassen. Eine anschließende Isotonie wird manchmal angeboten. Ich verstehe im Gegenteil zur Isometrie allerdings nicht, was das bewirkt. Darum mache ich es auch nicht. Wer eine Idee hat möge sich bitte melden – vielen Dank schon einmal.
- Diese Technik kann man einige Male wiederholen.



© Dt. Institut f. Ortho-Bionomy®

Abb. 4.: Fixierung des Ellbogens Variante 1

2. Behandlung der 1. Rippe mit dem Ellbogengriff in Rückenlage Version 2 und 3:

Die folgenden Behandlungsvarianten kommen zum Tragen, wenn die erste Technik keine spürbare Reaktion am Palpationsort auslöst (Lageänderung, Entspannung, Anspannung, Veränderung der Empfindlichkeit etc.).

- Dieses Mal liegt der Unterarm der Patient*innen quer zur Körperachse.

- In der Version 2 halten wir den Ellbogen analog zur Version 1 mit der Handfläche.
- In der Version 3 geben wir den Widerstand am Handgelenk oder in der Handfläche der Patient*innen. Diese müssen dabei natürlich zusätzlich selbst die Lage des Ellenbogens stabilisieren und dann so tun als wollten sie mit der Hand nach unten wischen.



Abb. 5 und 6: Variationen mit querliegendem Unterarm

3. Behandlung der 1. Rippe mit dem Achselgriff oder über den Ellbogen:

Diese Technik empfiehlt sich bei zierlichen Behandlern und sehr kräftigen und ehrgeizigen Patienten mit schlecht kontrolliertem Krafteinsatz.

- Wir fassen unter dem Schultergelenk der Patient*innen hindurch und halten uns eventuell mit der Handfläche am Kopfende der Liege fest. Das können natürlich kleinere Therapeut*innen nicht.
- Unsere mit 90° angewinkelte Ellenbeuge liegt in der Achsel der Patient*innen.
- Die Patientinnen werden gebeten, die Schulter vorsichtig fußwärts zu drücken, während wir Widerstand geben.
- Einige Male das Anspannen/ Entspannen im Wechsel ohne die Position zu verändern.

- In dieser Position ist der kontrollierende Punktkontakt schwierig – wir brauchen die Rückmeldung.
- Eleganter ist eine für uns noch neue Technik: Statt unter der Achsel hindurchzugreifen, was im Sommer zumindest ein kleines Zwischenhandtuch empfehlenswert macht, fixieren wir wieder vom Kopfende aus den angelegten Ellbogen der Patient*innen und bitten sie, den Ellbogen nach unten in Richtung Hüfte zu schieben.



Abb. 7. Isometrische Behandlung (blau) mit dem Ellenbogengriff

4. Behandlung der 1. Rippe mit abduziertem Arm:

Eine weitere Variation der Behandlung der ersten Rippe stellt die isometrische Behandlung mit abduziertem Arm dar. Diese Stellung kann wieder versucht werden, wenn wegen der individuellen muskulären Koordination mit den anderen Techniken keine Bewegung durch die isometrische Anspannung in der ersten Rippe ankommt.

5. Bilaterale Technik

Bei unklarem Schmerzbefund vorliegt das vorliegende Muster verstärkt.

- Auf der Seite der tieferstehenden ersten Rippe modellieren wir die Hand mit Daumen und Zeigefinger wie eine Spange im lateralen Halsdreieck ein.

- Die andere Hand fixiert die Achsel / den Ellbogen des/der Patient/ien.
- Bei gleichzeitigem sanftem Schub über die Spangenhaut in Richtung der ersten Rippe nach kaudal ziehen wir die Gegenschulter nach kranial. Diese Position wird einige Atemzüge gehalten.

6. Schub- bzw. „Lenkradtechnik“

Bei Druckdolenz am costosternalen Übergang und mehr am dorsalen Ende der Rippe in Nähe der Wirbelsäule lohnt sich der Therapieversuch mit der klassischen Schubentlastungstechnik, die allerdings gute Fähigkeiten in der Herstellung des Tiefenkontaktes verlangt.

- Zur Entlastung des dorsalen Endes übt der Behandler einen sanften Schub über das ventrale Ende der ersten Rippe im Rippenverlauf nach dorsal aus. Wenn der Schub im Costotransversal- und Costovertebral-Gelenk ankommt entspannt sich das Gewebe dorsal deutlich und wird weniger druckdolent.
- Bei einer druckdolenten Costosternalverbindung erfolgt der Schub umgekehrt von dorsal nach ventral.

Viel Freude und Erfolg mit dem bekannten und den Neuerungen bei einer „alten“ Technik.

Viele Grüße

Klaus