PROBLEMZONE KREUZ

Das Piriformis Syndrom

Ein häufig verkanntes Phänomen

© P. Posner 1999 / Überarbeitet 2014

Überblick.

Diese Arbeit betrachtet ein Krankheitsbild, bei dem es häufig zu Fehldeutungen kommt, weil den Beschwerden sehr ähnliche Symptome zugrunde liegen und deswegen eine Behandlung oft nur zufällig zum Erfolg führt. Es ist nicht einfach, Schmerzen in dieser Problemzone präzise abzuklären. Ich habe versucht, mich dem Kreuzschmerz etwas differenzierter zu widmen, um damit Misserfolge in der Behandlung weitgehend ausschließen zu können. In der letzten Zeit zeigt sich mit zunehmender Tendenz, dass wir mit der Problematik Kreuzschmerz in der täglichen Praxis immer häufiger konfrontiert werden. So halte ich es für wichtig, gut darauf vorbereitet zu sein. Zu beobachten ist nämlich, dass unter diesen Beschwerden nicht nur ältere, sondern auch schon sehr junge Menschen leiden. Sogar Schulkinder wachsen teilweise unter solchen Schmerzen auf; denn antiquiertes Mobiliar lässt individuelles Sitzen häufig nicht zu. Selbst die Rückenschule ist nicht so allmächtig, dass sie allen Problemen vorbeugen kann. Es entsteht also der Eindruck, dass dieses Krankheitsbild trotz des „Pezzi - Ball - Zeitalters“ immer mehr in den Vorderrund tritt. So wird es für Masseure, Krankengymnasten, Physiotherapeuten immer wichtiger hier eine gezielte Therapie durchzuführen, die dann auch vom Erfolg gesegnet ist.

Die Finalisten!

Einleitung.

Die Beurteilung und die differenzierte Diagnostik eines Kreuzschmerzes sind auch für einen Arzt nicht immer ganz einfach.
Die häufigsten Diagnosen sind:
„Lumbalsyndrom oder Lumboischialgie, vielleicht auch LWS-Syndrom, oder rezidivierende Lumbalgien, auch Zustand nach Bandscheibenvorfall bzw. Prolaps, möglicherweise auch Blockierung des Iliosacralgelenkes. usw.....“

Die Letztgenannten sind zwar schon weitgehend sachgerecht aber nicht unbedingt zweifelsfrei. Diese Aussage soll nicht als Wertung verstanden werden, sondern nur deutlich machen, wie schwierig es auch für einen Arzt ist, Rückenschmerzen immer präzise einzugrenzen. Um eine vorläufige Befunderhebung, die uns der Gesetzgeber vorgibt, durchzuführen, sollten wir zunächst den Patienten nach Art und Umfang der Beschwerden befragen: Bei welcher Tätigkeit sind die Beschwerden zum ersten mal aufgetreten - Gartenarbeit, berufliche Belastung, sportliche Betätigung, Unterkühlung usw.-
Welche Bewegungen verstärken den Schmerz. Haben sich die Beschwerden progressiv entwickelt oder sind sie spontan - durch welchen Umstand auch immer - entstanden. Wenn u. U. vorhandene Röntgenaufnahmen die Lendenwirbelsäule in einem erbärmlichen Zustand zeigen, muss hier nicht unbedingt die Ursache der Beschwerden liegen. Man sollte sich von solchen „objektiven“ Bildern nicht verleiten lassen, und sich dann weiter keine Gedanken über mögliche andere Ursachen machen. Auch wenn es natürlich bequem erscheint ist es nicht ohne Risiko, Röntgenbilder und Kernspinaufnahmen bei der Suche nach der Schmerzquelle unter- oder über zu bewerten.

Das wichtigste für uns als Therapeuten ist es also, einen präzisen Befund für die Schmerzen zu bekommen. Mit der Diagnose Ischialgie oder Lumbalgie ist zwar der grobe Bereich der Schmerzen eingegrenzt, aber dies sagt jedoch über die Ursachen nichts aus. Der Ischiasnerv kann in vielen Bereichen der unteren Lendenwirbelsäule und/oder des Kreuzbeines gereizt werden.

In erster Linie sind es ja die beweglichen Abschnitte der Wirbelsäule, die Schmerzen bereiten.
Statistisch ist festzuhalten, dass die Halswirbelsäule mit 36%, und die Lendenwirbelsäule mit 62% beteiligt ist, die relativ starre und unbewegliche Brustwirbelsäule ist nur mit weniger als 2% an Rückenbeschwerden beteiligt. Abb.1.

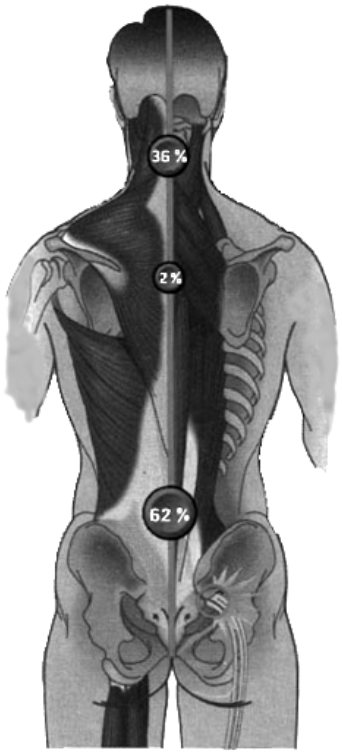
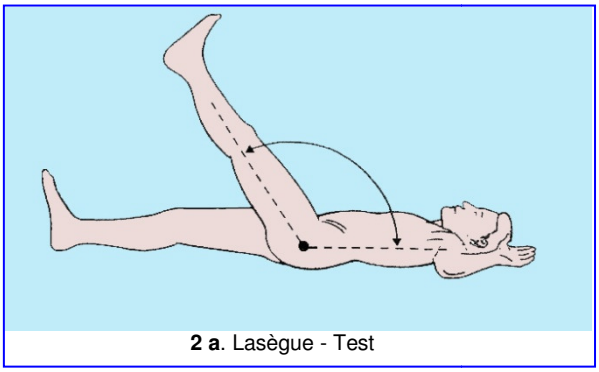


Abb. 1

Früher sagte man: „Die Wirbelsäule muss so beweglich wie möglich und so fest wie nötig sein“. Besser sollte man sagen: „Die Wirbelsäule muss so fest wie möglich und so beweglich wie nötig sein“.
Bei fest ist hier eine kräftig ausgebildete Muskulatur gemeint.

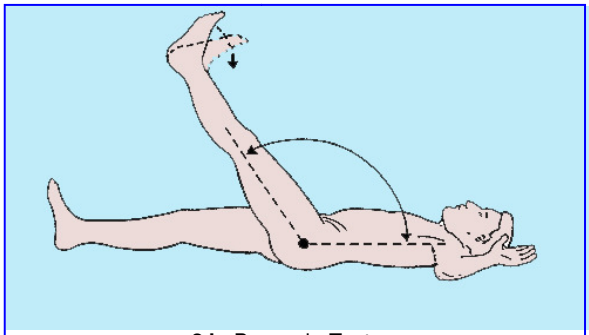
Befundspezifische Feinheiten

Vor Beginn einer Behandlung sollte u. a. das sog. Lasègue Zeichen getestet werden Abb. 2 a, also eine Dehnung des Ischiasnerven, um Behandlungsrisiken von vornherein auszuschließen. Patient in Rückenlage, die gestreckten Beine nacheinander anheben. Dies sollte bis ca. 30° relativ schmerzfrei möglich sein und zwar im Bereich der Austrittsstellen der Nervenwurzeln im LWS-Bereich. Wenn der Patient hierbei massive Schmerzen signalisiert die auch ins Bein ausstrahlen, handelt es sich vermutlich um einen radikulären Wurzelschmerz.
Mit außenrotiertem Bein ist dieser Wurzelschmerz kaum auslösbar.



2 a. Lasègue - Test

Der Bragard - Test, Abb. 2 b, erfolgt über die Dehnung des N. tibialis, hinter dem inneren Knöchel, der diesen Dehnzug an den Ischiasnerven weitergibt und radikuläre Schmerzen im Oberschenkel, Gesäß und Kreuz entstehen lässt. Dies geschieht bei Dorsalextension des Fußes mit gestrecktem Bein, Abb. 2 b. - gestrichelt -.



2 b. Bragard - Test

Ein Muskeldehnungsschmerz der Schenkelbeuger und der Wadenmuskulatur sowie der Kniekehle, ist an einer lebhaften Gesichtsmimik erkennbar. Ein Wurzelschmerz aber lässt den Patienten massiv intervenieren. Man denke an Zahnschmerzen! Wenn ein Hustenstoß, wie auch kräftiges Niesen, Schmerzen im Bein auslöst, könnte dies durchaus auf eine Wurzelbeteiligung schließen lassen. Um diese Beschwerden auch von einer Iliosacralgelenk-problematik abzugrenzen sollte der Patient im Sitzen das gestreckte Bein anheben und zwar mit angelehntem Rücken! Denn das Eigengewicht des angehobenen Beines belastet das Iliosacralgelenk und löst Schmerzen
unterhalb der Gürtellinie aus und zwar paramedian (*Beck-Föhn, 1995*).
Anhand dieser verschiedenen Tests ist schon erkennbar wie schwierig es ist völlige Klarheit zu erlangen.
Eine seltene Besonderheit stellt die sog. Sakralisation dar, hierbei ist der fünfte Lendenwirbel mit dem Kreuzbein verwachsen. Die umgekehrte Variante ist die Lumbalisation, also ein sog. sechster Lendenwirbel bzw. ein frei beweglicher erster Kreuzbeinwirbel. Dies ist allerdings röntgenologisch abzuklären. Bei schwangerschaftsbedingten Rücken-schmerzen werden auch Irritationen der Iliosacral-gelenke und eine vermehrte Bandlockerheit im Beckenboden, verursacht durch die Relaxin-ausschüttung, diskutiert (*Weh, L. 1995*).
Bei Anzeichen einer Hypermobilität des Becken-ringes sowie anderer Gelenke, sollte man bei Mädchen, die sich noch in der Wachstumsphase befinden auch darüber nachdenken, ob die (Pille) möglicherweise Reaktionen auf den gesamten Bandapparat ausüben kann. Nach Abklärung durch die verschiedenen Tests - Patient in Bauchlage - sollten wir den Rücken und das Gesäß des Patienten abtasten und nach Verspannungen überprüfen.

Bei über 40 % der Ischialgien findet man die Ursachen für die Beschwerden in einem Gebiet, in dem man dies nicht unbedingt vermutet.

Ich meine hier den M. piriformis - den „Birnenförmigen“ - also einen Hüftmuskel, der seinen Ursprung, in der Tiefe, seitlich an der Vorderkante des Kreuzbeins im Bereich des 2. bis 4. Sakralforamens hat und an der Spitze und der Innenfläche des Trochanter major ansetzt. Beim Abtasten des Gesäßbereiches zeigt sich dann in der Tiefe der verhärtete Muskelbauch des M. piriformis, er springt wie ein gespanntes Tau unter den tief tastenden Fingern zur Seite und ist empfindlich. Die Diagnose sollte spätestens jetzt lauten:

„ PIRIFORMIS-SYNDROM “ Siehe Abb. 5.

Diese Diagnose ist mir, während meiner über 25-jährigen beruflichen Tätigkeit, auf einer Verordnung sehr selten begegnet, obwohl nach meinen Erfahrungen hier die Ursache von über 60% aller Ischialgien liegt. Es ist natürlich nicht unsere Aufgabe, hier Diagnostik zu betreiben, dies ist ausschließlich Sache des Arztes.

Voraussetzung für einen Behandlungserfolg ist eine exakte Eingrenzung der Ischialgie oder Lumbalgie, nur so ist eine gezielte Therapie möglich.

Wir kommen um eine Befunderhebung also nicht herum. Schließlich sind ***wir*** es, die den Patienten behandeln und von seinen Beschwerden befreien sollen. Aus diesem Grunde müssen wir uns immer bewusst sein, ***warum wir was tun***.

Erster Sichtbefund

Bei der ersten Betrachtung des **Patienten X** sollte darauf geachtet werden wie sich die Fußstellung in entspannter Rückenlage präsentiert.

Befundspezifisch zeigt sich beim Patienten in Rückenlage der **rechte** Fuß verstärkt außenrotiert. Hier ist eine Verkürzung des rechten M. piriformis anzunehmen.

Abb. 3

Erster Tastbefund

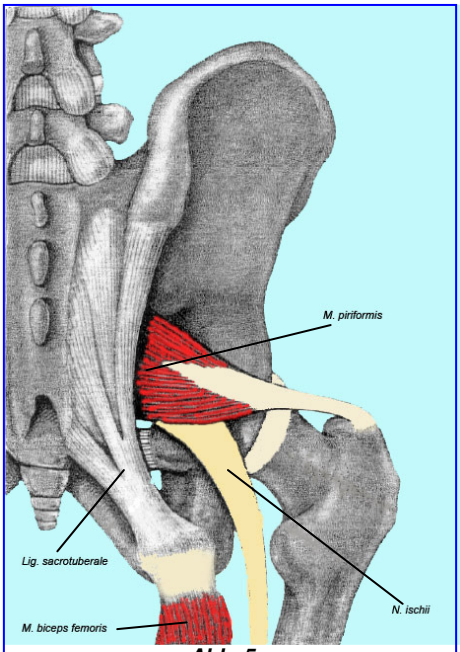
Bei demselben **Patienten X** in entspannter Bauchlage sollte der linke M. quadratus lumborum auf erhöhte Spannung kontrolliert werden.

Hier präsentiert sich der **linke** M. quadratus lumborum in einer verspannten und verkürzten Position. Erkennbar ist dies an der nach rechts verlaufenden Gesäßfalte und einer vermeintlichen Beinverkürzung.

Abb. 4

Ursachen und Symptomatik

Die Ursachen für die Verspannung und Verkürzung des M. piriformis sind recht vielfältig. Eine der Hauptursachen ist langes, verkrampftes Sitzen und zwar im Auto oder am Schreibtisch (Computer), besonders wenn die Betroffenen leicht verdreht davor sitzen. Auch das längere Stehen auf einer Leiter, beim Tapezieren oder Malen z.B. kann dieses Problem initiieren. Die ständige Anspannung einer Muskelkette, z.B. beim Gas geben im PKW oder ständiger Druck auf einen Muskel, wie es beim Sitzen ja der Fall ist, bewirkt ein Stoffwechseldefizit mit möglichen Kontrakturen, oder besser gesagt handelt es sich um „Reversible strukturelle Verkürzungen“ -RSV-. Stundenlanges Sitzen bei Langstreckenflügen ist auch hier einzuordnen.



.Abb. 5

Hier kann man von sog. Fehlhaltungen sprechen, die mit Belastungen in verkürzter Muskelstellung verbunden sind. Es ist davon auszugehen, dass durch die ständige Muskelanspannung die O_2 Versorgung stark vermindert und die ATP-(Adenosintriphosphorsäure) Reserven erschöpft sind und dadurch die Aktin-Myosin-Querbrückenbindung nicht mehr lösen kann, weil die Ionenpumpen das Ca^{2+}, das diese Bindungen bewirkt, nicht vollständig aus den Sarkomeren in die Speicher zurückfördern kann. Es sind Störungen der sog. Ca^{2+} - Mg^{2+} - ATPase. Dieser Dauerkontraktion der betroffenen Muskelfasern folgt eine Kette von pathologischen Abläufen die zu einem Hartspann mit Muskelverkürzung führt. Häufig gesellt sich bei den meisten Männern ein Umstand dazu, der aus Unwissenheit zur Gewohnheit geworden ist, sie sitzen quasi auf ihrem Geld, und zwar im wahrsten Sinne des Wortes.

Abb. 6

Ihre Geldbörse, in der nicht selten größere Mengen von Hartgeld deponiert werden, tragen sie meistens in der hinteren rechten Gesäßtasche - also immer auf Tuchfühlung - und wenn sie sich dann hinsetzen, naja,..... bleibt sie halt drin. Das ständige Sitzen aber erzeugt Probleme, denen wir kaum Beachtung schenken. Denn unser sogenanntes Sitzfleisch, ist nicht so beschaffen wie unsere Fußsohlen, auf denen wir stundenlang herumlaufen können. Wir sitzen im wahrsten Sinne des Wortes auf Muskeln und das führt dazu, dass diese Muskeln ständig - je nach Körpergewicht mehr oder weniger - zusammengepresst werden, mit der Folge einer Stoffwechselminderversorgung. Unsere Fußsohlen, hier die Auftrittpunkte bestehen aus einem dichten Geflecht von kollagenen Fasern und Unterhautfettgewebe. Die Fußsohlenmuskulatur befindet sich überwiegend im trittfreien Hohlfußbereich.

Da der M. piriformis an der Außenrotation des Beines mitwirkt, wird er z.B. auch beim Schneeschippen, Fegen oder beim Schaufeln allgemein stark gefordert und sowohl beim Schlittschuhlaufen wie auch beim kürzlich in Mode gekommenen „Inline-Skating“ ist der M. piriformis beim Abstoßen beteiligt. Denn bei diesen Tätigkeiten kommt es zu einer starken Verwringung des Rumpfes.

Durch den Aufschlag beim Tennis oder durch Golfspielen, kann ebenfalls das Piriformis Syndrom, man könnte auch sagen Pseudoischias, ausgelöst werden.

Denn beim Piriformis Syndrom handelt es sich um ein sog. pseudoradikuläres Geschehen, also nicht die Nervenwurzel (Radix) selbst betreffend.

Beim Stichwort Pseudoischias sollte man auch an das Facettensyndrom denken. Hierbei handelt es sich um eine Störung der kleinen Wirbelgelenke, wobei sich das Gefüge des Bewegungssegments aufgrund von Über- und Fehlbelastung lockert. Dies prädestiniert zu einer Spondylarthrose die dann Kreuz- oder Kreuzbeinschmerzen hervorrufen kann. Bei Stürzen mit harter Landung auf dem Gesäß muss aber auch an ein Kompartment - Syndrom gedacht werden, also ein Bluterguss bzw. eine Ödembildung mit Anschwellung einer Muskelloge.

Ich möchte nun kurz auf die anatomischen Verhältnisse dieses Bereiches eingehen. Es geht hierbei um das Problem, das der M. piriformis durch seine Verspannung und Verkürzung bewirkt.

Der Ischiasnerv, der aus den Lumbalwurzeln L_5 / S_1 und S_2 entspringt, ist der längste und kräftigste periphere Nerv. Er verlässt den Beckenbereich durch das Foramen infrapiriforme. Siehe Abb. 7

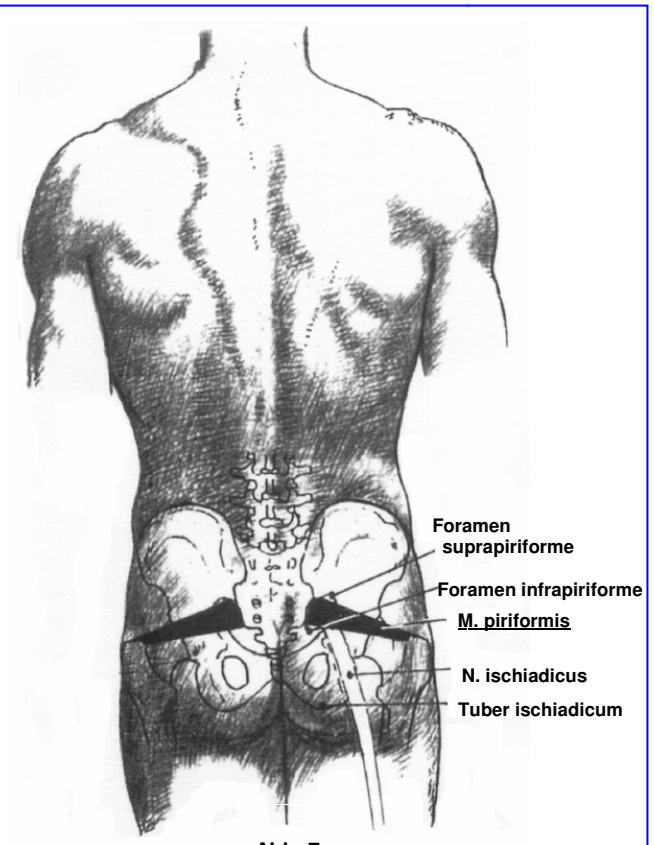


Abb. 7

Durch die zuvor genannten Ereignisse bewirkt der verhärtete und verkürzte M. piriformis schließlich durch ständigen Druck auf den Ischiasnerven

-Schmerzen - die hauptsächlich in die Gesäßgegend, den unteren Rückenbereich und in die Beine ausstrahlen können. Auch können massive Schmerzen in der Kniegegend empfunden werden. Als weitere Symptome können prickelnde Empfindungen in den Beinen und auch Gefühlsstörungen sog. (Parästhesien) sowie motorische Schwäche der Muskulatur auftreten. Der Fersen- sowie der Zehenstand können teilweise problematisch sein.

Diese Symptome sind weitgehend identisch mit jenen, die auch bei einem Bandscheibenvorfall imponieren.

Das Bücken, sowie das Heben einer Getränkekiste z.B. können den Schmerz deutlich verstärken.

Das Treppensteigen kann auch höchst schmerzhaft sein.

Ebenso das Drehen der Hüfte nach außen kann Probleme bereiten, wie es z.B. beim Ein- und Aussteigen ins Auto geschieht.

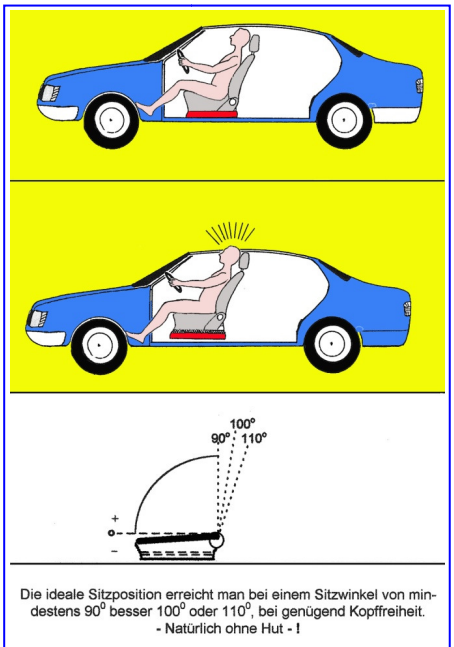
Berufskraftfahrer die ständig auf Achse sind haben häufig ein schleichendes Piriformis Problem, mal mehr, mal weniger akut. Da unsere modernen PKW`s in ihrer Form recht niedrig gehalten sind, wegen der - Aerodynamik und/oder Ästhetik - ist es für Menschen ab einer Körpergröße über 1,75 m,
problematisch, eine ergonomische Sitzposition einzuhalten, denn

a. zu niedrige Sitze - und wenn höhenverstellbar dann -

b. zu wenig Kopffreiheit - um ideal zu sitzen, dies gilt besonders für diejenigen mit Hut.

Bei längerem Sitzen sollte der Winkel Oberkörper zu Oberschenkeln nicht unter 90° kommen, besser noch 100° oder sogar 110° betragen.

Grundsätzlich sind hier die Automobilhersteller gefordert, über diese Problematik nachzudenken. Im skandinavischen Raum ist man scheinbar besser auf ergonomische Sitz- und Größenverhältnisse, nicht nur bei PKW`s, eingestellt.



Die ideale Sitzposition erreicht man bei einem Sitzwinkel von mindestens 90^0 besser 100^0 oder 110^0, bei genügend Kopffreiheit.
- Natürlich ohne Hut - !

Abb. 8

Auch sind bei allen, die täglich mehrere Stunden sitzen müssen, sei es am Schreibtisch im Auto oder auf der Schulbank, die sog. ischiocruralen Muskeln- M. biceps femoris, M. semimembranosus und M. semitendinosus - deutlich reversibel verkürzt (RSV).

Diese Muskeln haben ihren Ursprung am Tuber ischiadicum (Sitzbeinknorren) und setzen am Unterschenkel an der fibularen und tibialen Seite an.

Es sind sog. zweigelenkige Muskeln, bis auf den kurzen Kopf des M. biceps femoris, der nicht vom Sitzbeinknorren (Tuber ischii) kommt, sondern vom Femur selbst.

Der M. glutaeus maximus ist im Grunde ein Muskel der selten Probleme bereitet, er ist verhältnismäßig gutmütig.

Größere Probleme dagegen kann der M. glutaeus medius und der M. tensor fasciae latae bereiten.

Längeres Sitzen verursacht Beschwerden, die häufig mit dem Piriformis Syndrom verknüpft sind und somit sollten sie immer mit behandelt werden, da sie durch Fehlbelastungen ebenfalls zu Verspannungen neigen.

Wenn wir uns in die anatomischen Gegebenheiten einmal genau hineinversetzen, fällt auf, dass der M. piriformis im Grunde genommen keinen typischen Antagonisten besitzt. Gleiches gilt für sechs weitere an der Außenrotation beteiligte Muskeln.

In der einschlägigen Fachliteratur werden als Innenrotatoren der M. glutaeus minimus, M. tensor fasciae latae, M. glutaeus medius und der M. adductor magnus (unterer Anteil) angegeben (z.B. Janda/ Sobotta/ Tittel).

Man erkennt aufgrund der Anordnung dieser Muskeln, dass sie nicht im typischen Sinne als Innenrotatoren sondern eher als Hilfsrotatoren zu bewerten sind, wie m. E. auch diejenigen - M.

glutaeus medius (vorderer Teil), M. semitendinosus, M. gracilis, M. semimembranosus - die Janda als Hilfsmuskeln bezeichnet, Abb. 9. und 10. Meiner Auffassung nach liegt hier eine muskuläre Dysbalance vor, die entwicklungsgeschichtlich bei uns Menschen möglicherweise noch korrekturbedürftig erscheint.
Bei einem Vierbeiner spielt eine Dysbalance in diesem Bereich nicht die Rolle, die bei einem Zweibeiner derartige Probleme schaffen kann. Allerdings sitzt ein Vierbeiner auch höchst selten, schon gar nicht am Schreibtisch oder am Steuer eines Automobils.

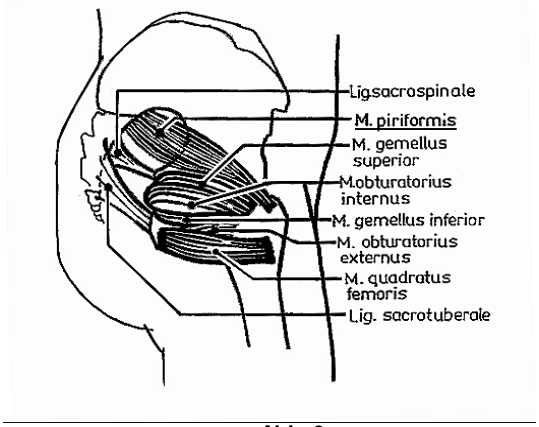


Abb. 9
Außenrotatoren des Hüftgelenkes, nach Janda

Zur Behandlung:

Die Behandlung dieses schmerzhaften Ereignisses ist darauf ausgerichtet, den hochverspannten M. piriformis zu entspannen und die „Reversibel verkürzten Strukturen“ zu dehnen, um somit mögliche, entzündliche Prozesse zu verhindern.
Es ist aber nie auszuschließen, dass ein „Piriformis Syndrom“ sich als sekundäres Symptom eines Bandscheibenvorfalles oder einer Fußdeformität, durch Fehlbelastung ausprägt. Darum ist eine sorgfältige Befunderhebung unumgänglich.
Zunächst beginnen wir aufgrund der ärztlichen Verordnung mit der - hoffentlich verordneten Wärmebehandlung - sei es Fango oder Bestrahlung für ca. 20 Minuten. Danach Bauchlage des Patienten Dann beginnt die Massage der Rückenmuskulatur, die auch ein Abtasten nach besonderen Verspannungen beinhaltet.

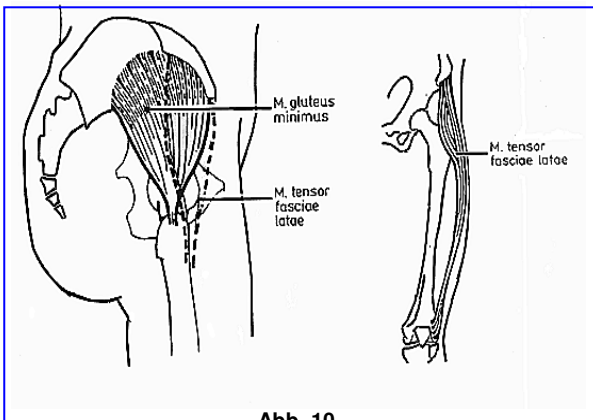


Abb. 10
Innenrotatoren des Hüftgelenkes nach Janda

Ist nun der M. piriformis durch seine erhöhte Spannung zu ertasten, richtet sich die Behandlung schwerpunktmäßig auf den Gesäßbereich.
Grundsätzlich sollte der M. glutaeus medius und der M. tensor fasciae latae mit behandelt werden, und zwar auch quer zum Faserverlauf.
Besondere Aufmerksamkeit sollte man zunächst dem diagonal - gegenüber - liegendem M. quadratus lumborum und dem re. M. rhomboideus schenken; denn diese Muskeln sind zu 90 % immer mit verspannt. Und sollten grundsätzlich zu Beginn der Behandlung gelockert werden; denn wenn diese entspannt ist, macht der M. piriformis mit.
Ist das nicht der Fall. Sollte der verhärtete Muskelbauch des M. piriformis nun in der Tiefe durch eine intensive Druckpunktmassage, wie auch quer, unter dem Daumen hin und her gleitend, behandelt werden (Deep-friction).
Da der M. piriformis häufig hochempfindlich ist, sollte hier zunächst vorsichtig dosiert werden.
Die Massage des Rückens und des Gesäßbereiches sollte ca. 10 bis 12 Minuten dauern.
Nun dreht der Patient sich in die Rückenlage.
Der Therapeut beugt jetzt jedes Bein des Patienten einzeln, nacheinander und führt es an die Brust des Patienten heran und zwar langsam und vorsichtig.
Hierbei wird schon ein milder, dehnender Effekt der ischiocruralen Muskulatur erzielt. Dieser Dehnvorgang sollte etwa 15 Sekunden je Bein andauern. Dann stellt der Patient zunächst den Fuß der schmerzfreien Seite bei überquertem Knie neben die Knieaußenseite. Siehe hierzu Abb. 11.
Der Therapeut dehnt jetzt den M. piriformis für ca. 10 bis 15 Sekunden, es empfiehlt sich hierbei das Becken der zu dehnenden Seite zu fixieren. Gleiches wird nun mit der betroffenen bzw. schmerzhaften Seite gemacht. Diese Dehnung wird mindestens dreimal, mit entsprechenden, kurzen Pausen, wiederholt. Danach wird die ischiocrurale Muskulatur, Schenkelbeugseite (Hamstrings Abb.12) vorsichtig gedehnt.
Bei starker Verkürzung im 2 Sekunden Rhythmus, das heißt 2 s dehnen, 2 s entspannen nach der Technik des A I - Stretching (*Aktives isoliertes Stretching, vergl. meinen Aufsatz in Z. Physik. Therapie Nr. 9/95, „Die Bremsarbeit des Muskels“*).
Abschließend erfolgt die Massage des M. tensor fasciae latae. Er lässt sich ideal beim sitzenden Patienten Behandeln und zwar quer zum Faserverlauf mit mittelstarker, langsam wandernderer Friktion des relativ kurzen Muskelbauches.

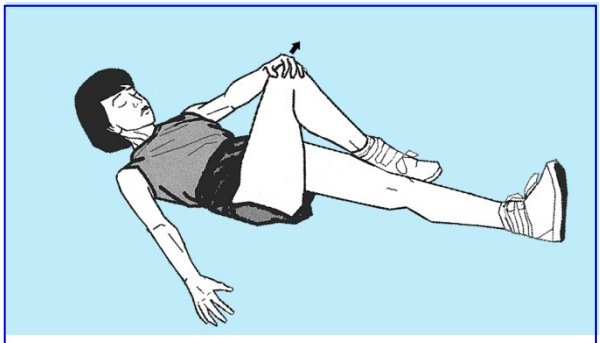


Abb. 11
Diese Dehnübung ist den Betroffenen als vorbeugende Hausaufgabe zu empfehlen.

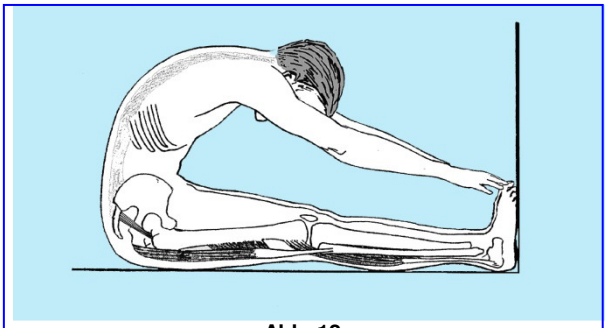
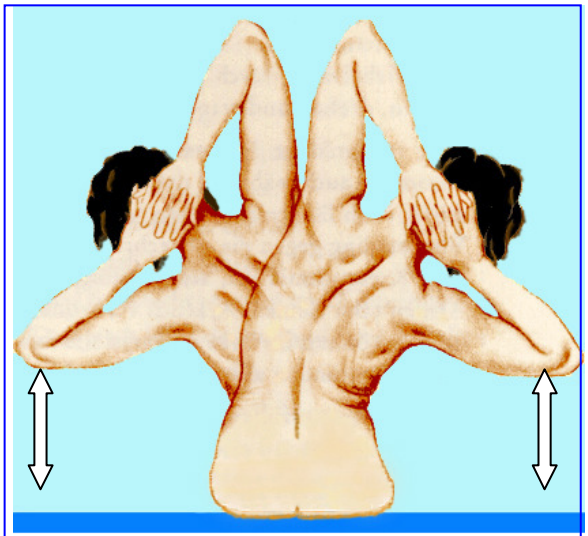


Abb. 12
Eine weitere häusliche Dehnübung für die verkürzten ischiocruralen Muskeln. Dehnungsdauer 10 bis 15 s bei drei Wiederholungen. Die Fußsohlen sollten hierbei vollflächig an die Wand.

Behandlungsdauer hier etwa drei bis vier Minuten.
Eine deutliche erkennbare Besserung der Beschwerden setzt häufig schon mit der dritten Behandlung ein.
Exzentrische Dehnungen, die ja kräftigend wirken, insbesondere die Adduktoren und der zu schwachen „Innenrotatoren“ können mit der fünften Behandlung beginnen. Hierbei ist zu beachten, dass vor kräftigenden Übungen immer Dehnungen - auch der Antagonisten stehen sollten.
Eine Variante des Piriformis Syndroms kann zusätzlich mit einer Beckenverschiebung (Beckenschiefstand zu einer Seite) mit oder ohne Skoliosehaltung der LWS korrelieren. Hierbei ist es erforderlich, sämtliche im Verbund betroffenen Muskeln durch Massage und entsprechende Dehnungen mit in die Behandlung einzubeziehen siehe Abb. 13, 13 a und 13 b.



Dehnung des M. quadratus lumborum und M. latissimus dorsi. Die Ellenbogen sollten die Behandlungsliege berühren. Der verkürzte M. quadratus lumborum wird dies zunächst nicht zulassen. Beim nicht verkürzten wird dies problemlos gelingen.
Abb.13

Es ist dies der, M. quadratus lumborum,
(Dehnung im Sitzen, Hände im Nacken falten und Seitneigung mit fixierten Oberschenkeln durch den Therapeuten) z. T. die Schenkeladduktoren, M. iliopsoas (Dehnung in Bauchlage – beidseitig bei fixiertem Becken) und der M. plantaris (sanfte Querfriktion - Kniekehle- bei leicht gebeugtem Unterschenkel, ca. 30°).
Eine echte, wie auch eine vermeintliche Beinverkürzung wird häufig durch eine Ferseneinlage ausgeglichen. Dieses ist m. E. eine halbherzige Maßnahme, denn so wird das Körpergewicht vermehrt auf den Vorderfuß verlagert und leistet einer Spreizfußbildung Vorschub.
Denn bei einer Befunderhebung, bei der eine echte Beinverkürzung festgestellt wird sollte diese immer durch eine Gesamteinlage versorgt werden, damit die Statik erhalten bleibt.

Schlussbemerkung

Wir alle wissen, dass jeder Therapie Grenzen gesetzt sind. Dies gilt auch für das hier angesprochene Krankheitsbild. Wir wissen aber auch, dass eine Therapie - soll sie erfolgreich sein - die Ursache angehen muss. Und hier liegt häufig das Hauptproblem; denn erst mit der präzisen Ursachenermittlung haben wir den Schlüssel für eine adäquate Therapie zur Hand. Sehr oft werden Beschwerden - im muskulären Bereich - leider auch heute noch überwiegend symptomatisch behandelt. Dabei wird häufig übersehen, dass es nicht immer die großen Muskeln sind, die Probleme bereiten, sondern die kleinen, unscheinbaren, die durch Fehlbelastungen überfordert werden. Und dies führt letztendlich zu Dysbalancen, die das gesamte Muskelsystem des Menschen negativ beeinflussen können. Spezifische Belastungen - sei es durch Beruf, Sport oder Hobby- sind letztlich dafür verantwortlich, wie das statisch/ muskuläre Erscheinungsbild des Menschen geprägt ist. Einem Handwerker z. B., der eine 30 bis 40-jährige Berufskarriere hinter sich hat, kann man die spezifisch geprägten oder gewachsenen Knochen - weder durch Gymnastik noch durch sonstige Mittel der Medizin - in die „Norm“ zurückverbiegen. Somit kann eine weitgehend erfolgreiche Behandlung nur im muskulären und myofaszialen Bereich liegen, dem wir uns durch unsere Therapiemöglichkeiten verschrieben haben.
So soll diese Arbeit auch dazu beitragen, anhand dieses Krankheitsbildes, unsere therapeutischen Verfahren zum Einen etwas transparenter zu machen und zum Anderen die Unterteilung in passive (schlechte) und aktive (gute) Therapien endlich einmal ad absurdum zu führen; denn das Aktive ist ohne das Passive schwer vorstellbar wie auch umgekehrt.

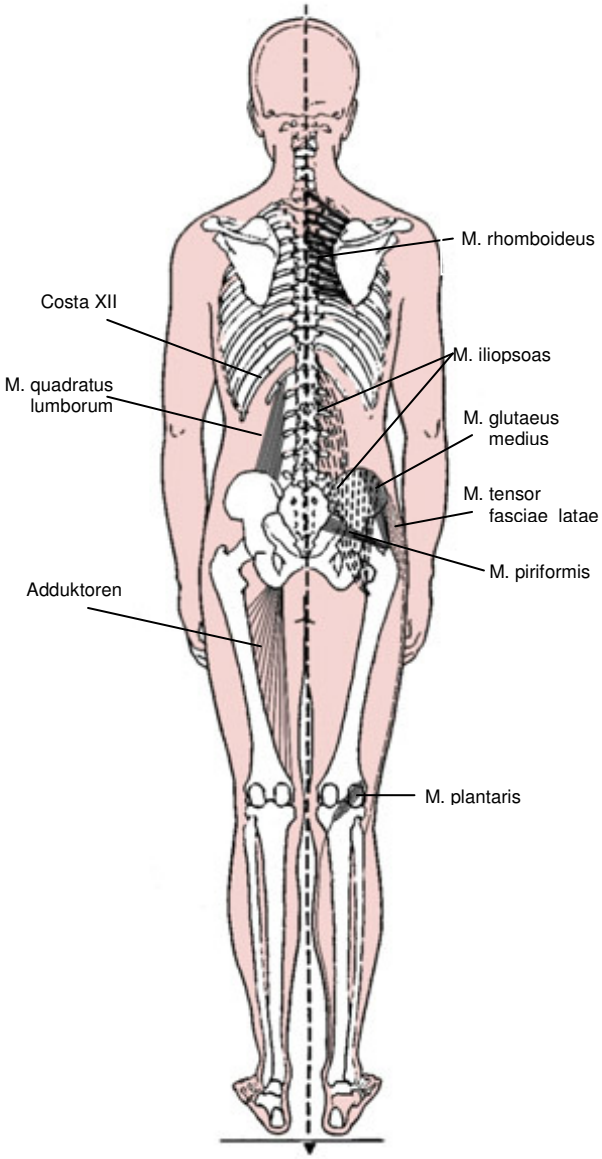


Abb.13 a
Im Verbund verkürzte Muskeln, die mit einem Beckenschiefstand korrelieren können. Hierbei wird häufig eine vermeintliche Beinverkürzung festgestellt, die in diesem Fall das linke Bein betreffen würde.

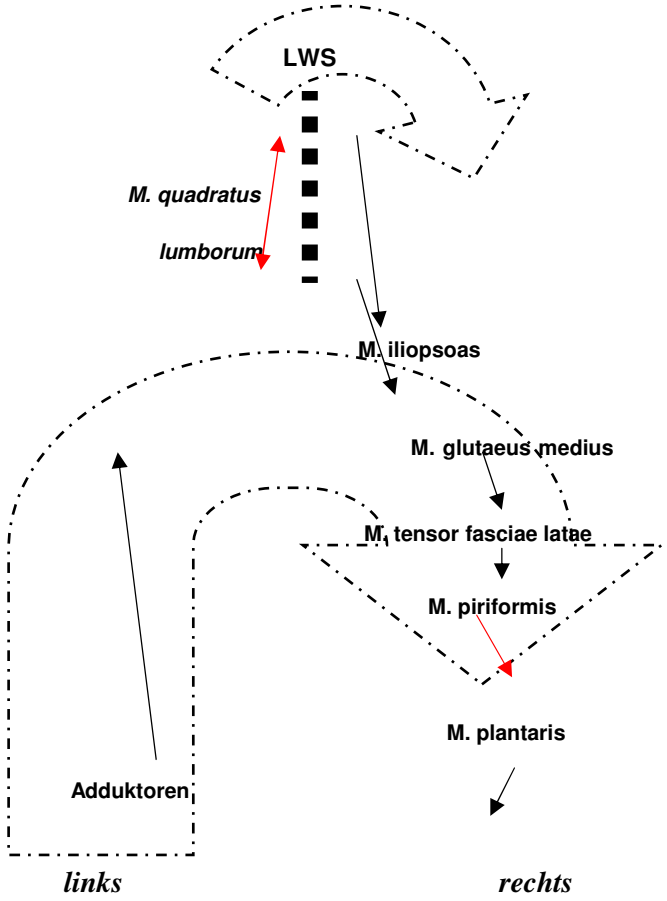


Abb. 13 b
Schematische Darstellung der Zugrichtung aller im Verbund betroffenen Muskeln

Literatur

Anders, G. Operative Möglichkeiten beim Kreuzschmerz. Z. Physikalische Therapie Nr. 3/1983, S. 121 - 132

Beck-Föhn,M. Zur Diagnostik des lumbalen Wurzelreizsyndroms. Z. Manuelle Medizin Heft 4/Aug. 1995, S. 121 - 123

Binder, L. Facetten Syndrom der Lendenwirbelsäule. Z. Selecta 41/Okt. 1985

Dejung, B. Muskulär bedingter Schmerz -Diagnose und Therapie. Z. Physikalische Therapie Nr. 1/1992, S. 14 - 19

Delisle, B. Der Kreuzschmerz aus Sicht des Gynäkologen. Z. Physikalische Therapie Nr. 8/1983, S. 419 - 422

Graff, K.-H., G. Prager Der Kreuzschmerz des Leichtathleten. Z. Leichtathletik - Lehrbeilage der AG Lehrwesen Nr. 33/1985

Hammerle, C. - P. Der Kreuzschmerz, Differentialdiagnose und Bewegungstherapeutische Überlegungen. Z. Physikalische Therapie Nr. 8/1983, S. 389 - 398

Janda, V. Manuelle Muskelfunktionsdiagnostik. 3. Aufl. Ullstein Mosby 1994.

Janssen, A., J. Jörg Zur Diagnose und Differentialdiagnose des lumbalen Bandscheibenvorfalls aus neurologischer Sicht. Z. Physiotherapie 3, 1987, S. 123 - 126

Pilger, A. Der Kreuzschmerz als Ausdruck psychosomatischen Leidens. Z. Physikalische Therapie Nr. 11/1984, S. 605 - 607

Posner, P. Die Bremsarbeit des Muskels.
Z. Physikalische Therapie Nr. 9/1995, S. 652 - 659

Reiter, W. Der Kreuzschmerz aus Sicht des Internisten.
Z. Physikalische Therapie Nr. 1/1985, S. 21 - 25

Schoberth, H. Die konservative Behandlung von degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen.
Medizinisch Literarische Verlagsgesellschaft Uelzen 1990.

Schwind, P. Alles im Lot.
Goldmann, 2. Aufl. 4/86

Sobotta. Atlas der Anatomie des Menschen. Bd. I und II
Urban & Schwarzenberg 1993

Tittel, K. Beschreibende und funktionelle Anatomie des Menschen.
Fischer Verlag

Trettin, H. Radikuläre und pseudoradikuläre Schmerzsyndrome.
Z. Physikalische Therapie N. 10/1989, S. 649 - 657

Weh, L. Der Typisch weibliche Kreuzschmerz.
Z. Selecta 21/Juli 1995

Zypen, E. van der, F. Tischendorf Die Topographie der Faszienlogen. Eine anatomische Studie zum Kompartment-Syndrom der Extremitäten.
Z. Physikalische Therapie Nr. 5/1987, S. 275 - 283

Anschrift des Verfassers:

Peter Posner
Masseur med. Bademeister
Sportphysiotherapeut
Lindenstraße 50
25524 Itzehoe