

Der tiefsitzende Beckenschmerz

Ein osteopathischer Behandlungsalgorithmus in sieben Schritten

Hartwig Liedtke

Zusammenfassung

Der tiefsitzende, meist einseitige, gelegentlich beidseitige Schmerz im Beckenbereich in Ruhe, bei Belastung und durch Bewegung kann vielfältige Ursachen haben. Bildgebende Verfahren wie Röntgen- und MRT-Untersuchungen können hilfreich für die Diagnosefindung sein, wenn klinisch keine klare Einordnung, keine Zuordnung der Beschwerden möglich ist. Finden sich radiologische Zeichen einer Hüftgelenkpathologie im Sinne eines femoroacetabulären Impingement (FAI), erscheint therapeutisch oft die Operation als einzige Lösung, wenn die konservativen, physiotherapeutischen Maßnahmen keine Beschwerdebesserungen bringen. Ähnlich verhält es sich mit der sogenannten weichen Leiste oder Sportlerleiste. Häufig bewirkt das osteopathische Vorgehen (*osteopathischer Behandlungsalgorithmus in sieben Schritten*) eine deutliche Linderung oder sogar Beseitigung der Beschwerden. Das spricht dann für eine funktionelle Störung und gegen eine strukturelle/organische

Genese. In diesem Fall wäre ein operatives Vorgehen kontraindiziert.

Die Osteopathie ist also immer einen Versuch wert. Man kann nur gewinnen.

Schlüsselwörter

tiefsitzender Beckenschmerz, osteopathischer Behandlungsalgorithmus, femoroacetabuläres Impingement (FAI, Cam, Pincer), weiche Leiste, Sportlerleiste, Adduktorenzerrung, Facettengelenksyndrom, Piriformissyndrom, Sakrumtorsion, Bursitis trochanterica, Kokzygodynie, Bandscheibenvorfall, Spondylolisthesis, Spinalkanalstenose

Abstract

Various causes are possible for chronic pelvic pain at rest, weight bearing or in motion. X-ray or MRI can help to find the right diagnosis, when no obvious assignable cause of the pain can be elicited. If the hip joint shows pathological signs like a femoro-acetabular impingement (FAI, cam, pincer), for instance, only sur-

gery seems to be the way out once conservative physiotherapeutic methods have failed. If a soft (Gilmore's) groin is suspected an operation also seems to be the adequate solution. In many cases osteopathic treatment (*osteopathic treatment algorithm in seven steps*) will lead to a significant pain reduction up to complete absence of symptoms, showing that the affliction was caused by a functional disorder, not by structural/organic failure. In this case surgical treatment would be contraindicated.

Osteopathy is always worth a try. You can only win.

Keywords

chronic pelvic pain, femoro-acetabular impingement (FAI, cam, pincer), soft (Gilmore's) groin, adductor strain, affected facet joint, piriformis syndrome, bursitis trochanterica, coccygodynia, spinal canal stenosis, prolapsed intervertebral disc, spondylolisthesis

Einleitung

Der tiefsitzende, meist einseitige, gelegentlich beidseitige Schmerz im Beckenbereich in Ruhe, bei Belastung und durch Bewegung entzieht sich häufig einer klaren Zuordnung, sprich Diagnose. Die Beschwerdesymptomatik wechselt in Intensität und Ausprägung.

Liegt das Schmerzempfinden eher ventral, führt der Leidensweg oftmals zum Viszeralchirurgen, der, sofern nicht gleich ein Leistenbruch gefunden wird, häufig eine *weiche Leiste* oder *Sportlerleiste* diagnostiziert. Sucht der Patient eine orthopädisch-unfallchirurgische Praxis auf, wird das klinische Bild häufig einer Pathologie im Hüftgelenk zugeschrieben, z. B. einem *femoroacetabulären Impingement (FAI)*. Somit ist die Interpretation der Beschwerden

geprägt von der Fachdisziplin, nachdem der klassische „Facharzt für Allgemeine Chirurgie“ 2016 abgeschafft wurde.

Hier zeigen sich die Fallstricke der Spezialisierung in der heutigen Schulmedizin.

Grundsätzlich sollte man die Diagnose kritisch hinterfragen, die das „Chamäleon“ *Tiefer Beckenschmerz* nur einer Ursache zuschreibt – insbesondere dann, wenn eine operative Lösung angestrebt wird.

Leider sind die osteopathischen Therapieverfahren in der konventionellen Chirurgie/Orthopädie noch zu wenig etabliert, um standardmäßig im Rahmen

der konservativen Behandlungsmöglichkeiten empfohlen zu werden.

Diagnosen – Differenzialdiagnosen

Vor ca. 15 Jahren wurde erstmals das *femoroacetabuläre Impingement (FAI)* als Ursache für chronifizierte Schmerzen der Hüftregion beschrieben. Seitdem werden vermehrt Diagnosen dieser Art gestellt, auch unter anderen Namen wie *Cam-Impingement* (Abb. 1 und 2) oder *Pincer-Impingement* (Abb. 3), wobei es sich um eine funktionelle Enge zwischen Pfannenrand und Schenkelhals handelt.

Mögliche Ursachen für diese pathologische Veränderung können u. a. eine Durchblutungsstörung des Hüftkopfes im Kindesalter (Morbus Perthes), eine

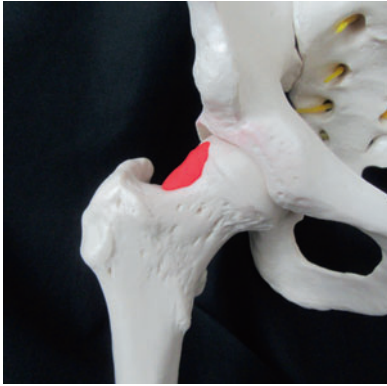


Abb. 1: Cam-Impingement

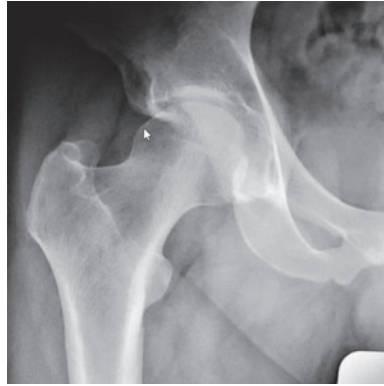
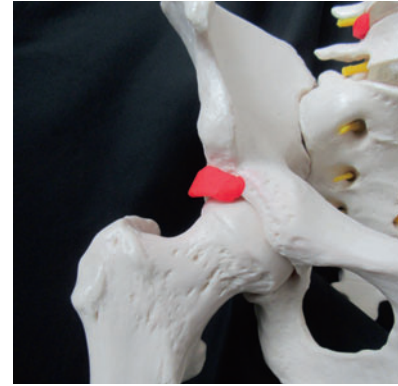
Abb. 2: Cam-Impingement;
54-jähriger Mann

Abb. 3: Pincer-Impingement

Epiphysiolyse bei Jugendlichen, eine in Fehlstellung verheilte Schenkelhalsfraktur oder die Folge einer Azetabulumfraktur sein. Neuerdings werden auch exzessive sportliche Aktivitäten im Adoleszentenalter mit extremer Beanspruchung der Hüftgelenke als ursächlich diskutiert.

„Typisches klinisches Symptom des FAI ist ein bewegungsabhängiger Leisten-schmerz oder ein Ruheschmerz nach langem, tiefem Sitzen“ [1]. Schmerzfreiheit nach intraartikulärer Probeinjektion gilt als Bestätigung der Diagnose.

Als bildgebende Verfahren kommen unter anderem die Beckenübersichts- (Abb. 4) und Lauenstein-Aufnahmen in Frage sowie eine hochauflösende MRT-Untersuchung mit oder ohne intraartikuläre Kontrastmittelgabe.

Die Patienten leiden. Das diffuse Beschwerdebild verursacht eine massive Einschränkung der Lebensqualität. Häufig liegt ein langer Leidensweg mit der Konsultation zahlreicher Spezialisten und etlichen physiotherapeutischen Sitzungen hinter ihnen, bevor die Diagnose femoroazetabuläres Impingement (FAI) gestellt wird. Diese Diagnose führt dann zur Empfehlung einer operativen Therapie.

Inzwischen haben sich fünf Operationsverfahren etabliert:

- die Hüftgelenkarthroskopie,
- der „Mini-open“-Zugang,
- die Umstellungsosteotomie,
- die chirurgische Hüftluxation und
- die aufwendige azetabuläre Beckenosteotomie.

Sofern nicht bei fortgeschrittenem Alter mit nachgewiesener Koxarthrose ein Hüftgelenkersatz als beste Therapieoption erscheint, sind die operativen Möglichkeiten allesamt mit teilweise gravierenden Nachteilen behaftet. Es besteht ein hohes Risiko der Schmerzpersistenz.

Gerade in Anbetracht der nicht unerheblichen Konsequenzen, die der Diagnose femoroazetabuläres Impingements (FAI) folgen könnten, sollten alle alternativen Ursachen der Beschwerdesymptomatik gesucht und therapeutisch angegangen werden. Osteopathischerseits werden zunächst Diagnosen ausgeschlossen, denen klar organische bzw. strukturelle Störungen zugrunde liegen wie beispielsweise Morbus Bastrup, Osteoporose, Erkrankungen des Urogenitaltraktes, Sigmadivertikulose/-itis, Herpes zoster (Gürtelrose), traumatische oder pathologische

Frakturen, Knochenmetastasen oder entzündliche Prozesse.

Sollten die Schmerzen von neurologischen Ausfällen begleitet sein, besteht dringend Handlungsbedarf.

Osteopathisch zu behandeln sind hingegen funktionelle Störungen; hier wären z. B. zu nennen:

- ISG-Blockade,
- Beckendysfunktion,
- Reizung des Lig. iliolumbale,
- Sakroiliitis,
- myofasziale Dysfunktion (M. iliopsoas),
- weiche Leiste/Sportlerleiste,
- Adduktorenzerrung,
- Piriformissyndrom,
- Bursitis trochanterica,



Abb. 4: Beckenübersicht Cam-Impingement beidseitig; Mann, Mitte 50

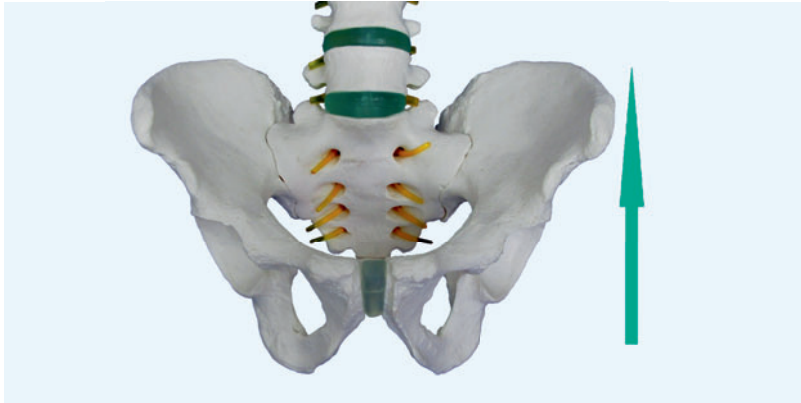


Abb. 5: Upslip der Beckenschaufel

- Sakro-/Kokzygodynie,
- Bandscheibenvorfall,
- Spondylolisthesis,
- Spinalkanalstenose oder
- Facettengelenksyndrom.

zenden Beckenschmerzes. Er basiert lediglich auf den positiven Erfahrungen mit der Anwendung dieser Techniken ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit.

Osteopathische Behandlungsmöglichkeiten

Der hier vorgestellte *Behandlungsalgorithmus in sieben Schritten* der Dysfunktion des Beckenrings und benachbarter Regionen ist nur ein Beispiel für ein mögliches osteopathisches Vorgehen zur Linderung oder Beseitigung des eingangs beschriebenen, tiefsit-



Abb. 6: Untersuchung im Liegen; beide Daumen befinden sich auf gleicher Höhe

Beseitigung des Upslip der Beckenschaufel(n)

Beim Beckenschmerz lässt sich nahezu immer ein Iliumhochstand diagnostizieren. In der Praxis hat sich ein sehr einfaches und zeitschonendes Verfahren bewährt, um einen Upslip zu diagnostizieren (Abb. 5). Dazu wird die Beinlänge im Liegen (die beiden Daumen des Therapeuten befinden sich auf der gleichen Höhe knapp oberhalb der



Abb. 7: Untersuchung jetzt im Sitzen; beide Daumen sind leicht versetzt zueinander

Knöchelregion, Abb. 6) mit der in sitzender Position verglichen (die Daumen stehen nun leicht versetzt zueinander, Abb. 7).

Diese Pathologie wird manualtherapeutisch mittels sogenanntem Panthersprung (ruckartiger Zug am Bein bei gleichzeitig nach kranial gerichtetem Impuls gegen das Kreuzbein, Abb. 8) korrigiert. Sollte dieses Manöver nicht möglich sein (z. B. im Falle einer Knie- oder Hüftgelenkprothese), lassen sich Kreuzbein und Darmbeinschaufel auch direkt gegeneinander per Impuls verschieben (Abb. 9). Die ausführliche Beschreibung dieser Manöver wurde bereits 2017 im Rahmen der Therapie des vorderen Knieschmerzes in dieser Zeitschrift beschrieben [2].

Korrektur einer Sakrumtorsion mithilfe der Muskulergietechnik (MET)

Hier wird die am häufigsten auftretende Fehlstellung des Kreuzbeins behandelt. Die Lagerung erfolgt wie in Abb. 10: Die Patientin liegt auf der linken Seite, ihr rechter Arm hängt vorn herunter, der linke Arm ruht hinter dem Körper auf der Liege. Die angewinkelten Knie der Patientin ruhen auf den Kniegelenken des Therapeuten, während ihre Füße locker in seiner Hand liegen. Nach einer kurzen Vorbereitung, bei der die rechte Schulter der Patientin gegen die Hand des Therapeuten aufwärts gedrückt und 15 Sekunden gehalten werden muss, werden ihre Füße bis zur ersten Barriere abgesenkt. Nun wird sie gebeten, ihre Füße „himmelwärts“ gegen den Widerstand seiner Hände zu pressen. Nach 15 Sekunden darf die Patientin die Spannung lösen. Nach kurzer Erholungsphase werden ihre Füße in Richtung Boden abgesenkt, die nächste Barriere gesucht und das Manöver wiederholt. 3–4 × reichen aus, um das Kreuzbein spannungsfrei zu stellen.



Abb. 8: Panthersprung zur Korrektur des Upslip der Beckenschaufel



Abb. 9: Crista iliaca und Sakrum werden mit einander entgegengerichtetem Impuls manipuliert



Abb. 10: Sakrumtorsion mit MET „Left on left“-Behandlung

Lösung des Knochenstrains der Spina iliaca anterior superior (SIAS), Spinae iliacae posteriores superiores (SIPS) und des Pecten ossis pubis beidseitig

Eine bereits länger bestehende Beckendysfunktion geht oft einher mit einer erhöhten Spannung in der Spina iliaca anterior superior (SIAS). Zur Minderung dieses Knochenstrains wird die SIAS im Pinzettengriff beider Daumen und Zeigefinger gefasst (Abb. 11). Man folgt über ein Local Listening der Gewebe-/Knochenspannung kräftig in die Tiefe der Beckenschaufel bis ins „Ease“. Dieses Manöver sollte im Rahmen einer einmaligen, gleitenden Bewegung und möglichst rasch (2–4 Sekunden Dauer) erfolgen, da sie vom Patienten als recht unangenehm bis schmerzhaft empfunden wird. Gleiches Vorgehen am Schambein (Pecten ossis pubis, Abb. 12) beidseitig sowie an den Spinae iliaca posterior superior (SIPS).

Minderung des erhöhten Tonus des Lig. iliolumbale mit Muskelenergietechnik

Lässt man die Patientin zur Kontrolle auf- und abgehen und klagt sie dabei noch über Beschwerden oberhalb des

dorsalen Iliosakralgelenks (hier in der Abb. 13 rechts), ist das häufig auf einen erhöhten Tonus der Bandverbindung zwischen den Querfortsätzen der 4. und 5. Lendenwirbelkörper und dem Os ilium zurückzuführen. Diese Beschwerden lassen sich dankbar mit der Muskelenergietechnik (MET) nach Mitchell mindern.

Abb. 13 demonstriert den Behandlungsaufbau. Die am Rand der Liege aufrecht sitzende Patientin legt ihren linken Unterarm in den Schoß und hält mit der rechten Hand ihre linke Schulter. Der seitlich links von ihr sitzende oder knieende Therapeut umgreift ihre rechte Schulter von vorn, während die Finger seiner rechten Hand auf dem schmerzhaften unteren Rückenbereich ruhen. Nun wird die Patientin passiv in einer Vorwärtsbeugung (A), Seitwärtsneigung (B) und leichten Rotation (C) bis an die Barriere (der Therapeut erfährt eine Tonuserhöhung unter seinen Fingern der rechten Hand) geführt. Sodann wird sie gebeten, so zu tun, als ob sie sich kerzengerade aufrichten wolle, wobei sie vom Therapeuten aber in dieser Stellung fixierend gehalten wird; dabei drückt die Schulter der Patientin gegen die Schulter des Therapeuten. Diese Spannung muss ca. 15 Sekunden gehalten werden, bevor sie gelöst werden darf. Nach einer kurzen Erholungsphase werden A, B und C bis zur nächsten Barriere wiederholt. Nach 3–4 Manövern richtet der Therapeut die Patientin passiv wieder auf.

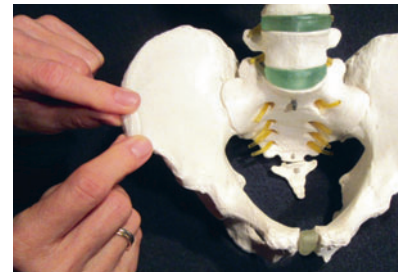


Abb. 11: Pinzettengriff zur Therapie des Knochenstrains der SIAS

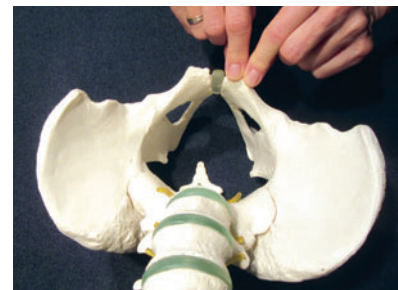


Abb. 12: Pinzettengriff zur Therapie des Knochenstrains im Schambeinast



Abb. 13: Muskelenergietechnik (MET) bei erhöhtem Tonus des Lig. iliolumbale



Abb. 14: Counterstrain beim Piriformissyndrom

Im anschließenden Probegehen empfinden die Patient*innen meistens eine deutliche Erleichterung, häufig sogar eine Beschwerdefreiheit.

Therapie des Piriformissyndroms mit Counterstrain

Hinter einem tief in der Gesäßmuskulatur liegenden, ins Bein ausstrahlenden, dumpfen Schmerz verbirgt sich

häufig ein Piriformissyndrom. Der erhöhter Tonus dieses Muskels drückt gegen den in unmittelbarer Nachbarschaft liegenden Ischiasnerv. Diese Beschwerden imitieren aufgrund der anatomisch räumlichen Nähe eine Hüftpathologie. Die schmerzhafte Palpation des M. piriformis in Bauchlage bringt Klarheit.

Therapeutisch hat sich das Counterstrain-Verfahren nach Jones bewährt. Die Patientin liegt auf dem Bauch. Der Monitorfinger des Therapeuten erfühlt



Abb. 15: Counterstrain zur Therapie einer Bursitis trochanterica

den Tenderpoint über dem M. piriformis und definiert ihn auf der üblichen Schmerzskala als maximal, sprich 10. Wie in Abb. 14 demonstriert, wird das seitlich der Liege herunterhängende Bein der betroffenen Seite so gebeugt und innenrotiert, bis sich schließlich der Tenderpoint auf der Schmerzskala der 0 nähert, mindestens aber deutlich unter 3 liegt. Nach 90 Sekunden, in denen sich der M. piriformis in völlig entspannter Lage befindet, führt der Therapeut mit seiner freien Hand das Bein passiv und behutsam auf die Liege zurück. In der anschließenden Kontrolle wird der eingangs schmerzhafte Punkt über dem M. piriformis auch weiterhin deutlich unter 3 bleiben.

Myofascial Release/modifizierte Becker-Technik zur Beseitigung der Leistenbeschwerden

Auch Schmerzen in der Leistenregion sind oftmals schwierig von Hüftgelenkbeschwerden abzugrenzen, wenn kein eindeutiger Leistenbruch vorliegt. Weiße Leiste, Sportlerleiste, Adduktorenzerrung werden u. a. in diesem Zusammenhang häufig diagnostiziert.

Osteopathisch empfiehlt sich zunächst eine schichtweise Detonisierung der Gewebestrukturen: Subkutanfascie, Fascia abdominis superficialis, M. obliquus externus und internus abdominis, M. transversus abdominis und der Fascia transversalis. Erst nach Beseitigung dieser „verfälschenden“ Spannungsfelder zieht die verbliebene Gewebespannung die verbliebene Spannungsfelder in das Zentrum der Dysfunktion, den Anulus inguinalis profundus und die benachbarten Regionen (z. B. Lacuna vasorum, M. iliopsoas, Lig. interfoveolare). Ganz erstaunlich entfalten die jetzt freigelegten Faszien(ver)spannungen in der Tiefe eine Kraft, die sowohl dem Therapeuten als auch dem Patienten einiges abverlangen.

Der Finger des Therapeuten wird auf der Suche nach dem Still-Punkt, dem Point of Balanced Tension (PBT), von der Gewebespannung kräftig hin- und her-

geschoben, manchmal sogar so gedreht, dass sich der Therapeut schließlich auf der anderen Seite der Liege wiederfindet, ehe die „Erlösung“, der PBT, eintritt und den Patienten von der zum Teil sehr schmerzhaften Behandlung befreit. Mit dem Erreichen des Still-Punktes lässt die Gewebespannung, lassen damit die Schmerzen deutlich nach, ohne dass der Finger des Therapeuten den Druck vom Gewebe genommen hat. Für Therapeut wie Patient eine sehr eindrucksvolle und positive Erfahrung.

Vor dieser oftmals schmerzhaften osteopathischen Technik sollte der Patient vorbereitet, gewarnt werden. Es könne sehr unangenehm werden; er habe aber jederzeit die Möglichkeit, den Behandlungsablauf sofort zu unterbrechen, indem er „stopp“ sagt. Aber aufgrund der langen Leidensgeschichte tolerieren die Patienten diese sehr effektive Behandlung – bis auf wenige Ausnahmen.

Die Schmerzlinderung, bzw. -freiheit nach dieser osteopathischen Intervention rehabilitiert den Therapeuten.

Therapie einer sog. Bursitis trochanterica

Hüftgelenkbeschwerden können ihre Ursache auch in der Region des großen Rollhügels haben. Dem schmerzhaften Trochanter major wird dann in Erman-

gelung erfolgreicher Therapieverfahren häufig ein entzündeter Schleimbeutel unterstellt.

In der Osteopathie haben sich zwei Vorgehensweisen bewährt:

Counterstrain

Nach der Identifikation des Tenderpoints auf der Dorsalseite des Trochanter major (auf der Schmerzskala wird er mit einer 10 definiert) wird das betroffene Bein im Hüftgelenk überstreckt, das Knie rechtwinklig gebeugt und innenrotiert (s. Abb. 15). Nach der groben Einstellung erfolgt die Feineinstellung, um die Schmerzen unter dem Monitorfinger auf nahezu 0 zu reduzieren. Gelingt das nicht, kann manchmal die gegenteilige Außenrotation zum gewünschten Erfolg führen. Nach 90 Sekunden Haltens in dieser unbequemen, aber hoffentlich schmerzfreien Haltung wird das Bein langsam wieder zurückgeführt. Restbeschwerden können in einer Wiederholung dieses Manövers gelöscht werden.

Becker-Technik

Alternativ kann über das Local Listening auf der Rückseite des großen Rollhügels ein Knochenstrain als Ursache der Beschwerden identifiziert werden. Hier empfiehlt sich ein ähnliches Vorgehen, wie es bereits oben beschrieben wurde.

Fazit

Die hier vorgestellten osteopathischen Verfahren zur Behandlung der tiefsit-

zenden, einer Pathologie des Hüftgelenkes oder der Leiste zugeschriebenen Beckenschmerzen mögen nur als Vorschläge gesehen werden. Die Erfahrung des Autors hat aber gezeigt, dass dieser *osteopathische Behandlungsalgorithmus in sieben Schritten* häufig zu einer deutlichen Minderung der Beschwerden und zu einer Verbesserung des Gangbildes führen kann. Ferner taugt dieses osteopathische Vorgehen zur Differenzierung zwischen einer strukturellen oder funktionellen Genese. Eine erfolgreiche osteopathische Behandlung wird eher einer organischen Ursache der Schmerzen widersprechen, sodass von einer operativen Intervention am Hüftgelenk oder der Leiste vorerst Abstand genommen werden kann.

Einen Versuch ist es allemal wert.

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Hartwig Liedtke
Hochstadtstraße 15
50674 Köln
dr.liedtke@koeln.de
www.osteopathie.koeln

Literatur

- [1] Gatzka, C. Das femoroacetabuläre Impingement (FAI) als relevante Differentialdiagnose zur Leistenhernie. *Passion Chirurgie* 2020; 10 (09/III): 9–14
- [2] Liedtke, H. Vorderer Knieschmerz und Beckendysfunktion. *Ost Med* 2017; 4: 25–28