Manuelle Medizin 2019 · 57:111–115
<https://doi.org/10.1007/s00337-019-0511-0>
 Online publiziert: 1. April 2019
 © Der/die Autor(en) 2019

Titus Schultz
 Allmannsweiler, Deutschland

Die manuelle Behandlung des Iliosakralgelenks nach Operation an Lendenwirbelsäule und Hüftgelenk

Fragestellung

Bei ca. 50 % der Patienten, die sich nach Implantation einer Hüfttotalendoprothese (HTEP) oder nach Operation der Lendenwirbelsäule (LWS) einer Rehabilitation unterziehen, besteht eine Beschwerdekongstellat

- schmerzhafter Gangstörung,
- Leistschmerzen nach HTEP-Implantation,
- sensiblen Pseudo-L5/S1-Syndrom,
- Bewegungseinschränkung des betroffenen Hüftgelenks,
- Hilfebedarf beim Strümpfeanziehen sowie
- Schwierigkeiten beim Treppensteigen (alternierend nicht möglich).

Bei der manuellen Untersuchung findet sich nahezu regelmäßig eine Dysfunktion des Iliosakralgelenks (ISG). Diese kann mit geeigneter Technik beseitigt werden, was zu sofortiger Besserung führt.

Eine geeignete manualmedizinische Untersuchung findet i. d. R. nicht statt. Ebenso wird keine ISG-Funktionsstörung festgestellt, was auf folgende Umstände zurückzuführen ist:

1. Das ISG wird gar nicht untersucht.
2. Die Untersuchungstechnik für das ISG ist nicht bekannt.
3. Der Patient hat keine ISG-Dysfunktion (ca. 50 % der Patienten).

Neurologische oder bildgebende Untersuchungen zeigen keine pathologischen Befunde.

Es wird eher ein Psychologe als ein Osteopath bzw. Manualmediziner zu Rate

gezogen, weil eine gerade erfolgte Operation an Hüfte und LWS immer noch als Kontraindikation für jegliche manuelle Behandlung gesehen wird.

- In Kauf genommen werden dafür
- eine unnötig lange Beschwerdepersistenz,
- ein verzögerter Rehabilitationsfortschritt,
- ein unnötig langer Hilfebedarf und
- ein unnötig langer Analgetikabedarf.

Methodik

Die altbewährten Techniken, die überwiegend manipulativ (mit Impuls) ausgerichtet sind und/oder rotatorische Komponenten enthalten, sollen hier nicht angewandt werden. Dies liegt darin begründet, dass bei Techniken in Seitenlage und deutlicher Adduktion ein Risiko der Luxation, Materiallockerung oder -dislokation bzw. Fraktur durch beträchtliche

Krafteinleitung im Impuls sowie Scherkräfte am Oberschenkel nicht von der Hand zu weisen ist.

So wird bei der verbreiteten Technik „Panthersprung“ (Abb. 1) eine ruckartige Traktion am gestreckten Bein in Bauchlage des Patienten vorgenommen, indem dessen distaler Unterschenkel zwischen den Oberschenkeln des Therapeuten unter Gegenhalten am Sakrum eingeklemmt wird, wobei der Therapeut durch Strecken seiner Beine einen Impuls in Längsrichtung ausübt.

Diese Technik [1] weist jedoch gravierende Nachteile auf:

- Die Impulsstärke ist nicht genau dosierbar.
- Es besteht eine starke Zugbelastung für Knie und Hüfte.
- Sie ist bei einliegenden Endoprothesen obsolet (Lockerungs- bzw. Frakturgefahr).
- Die Impulsrichtung ist nicht optimal.

Abb. 1 „Panthersprung“, eine Manipulationstechnik am Iliosakralgelenk

Abb. 2 ▲ Räumliche Ausrichtung der Iliosakralgelenke im Körper. ISG Iliosakralgelenk

Abb. 3 ▲ Vorlaufphänomen links (hier betroffene Seite). Finger-Boden-Abstand merken

Abb. 4 ◀ a Spine-Test links positiv (hier betroffene Seite). b Spine-Test rechts negativ (hier nichtbetroffene Seite)

Als Alternative kommen Techniken infrage, die ohne die genannten risikobehafteten Vorgehensweisen auskommen. Eine Mobilisation – also ohne Impuls – mit minimalen Bewegungsausschlägen, ggf. mit Vorbereitung durch Counterstrain-Anwendung [2, 3], führt zur sicheren Deblockierung des ISG. Diese nimmt der Patient als Schmerzreduktion und verbesserte Beweglichkeit und der Untersucher als Normalisierung der klinischen Funktionstests (Vorlauftest, Spine-Test, Finger-Boden-Abstand) wahr.

Die Deblockierung des ISG kann in jeder Phase der Behandlung eintreten, auch spontan schon im Ansatz einer passiven Bewegung. Oft ist das Eintreten der De-

blockierung gar nicht zu bemerken. Auch ein Knackgeräusch tritt nur selten auf.

Die Bewertung der klinischen Untersuchung und die manuelle Behandlung basieren auf der räumlichen Anordnung der Iliosakralgelenke im Körper (Abb. 2; [4]), d. h. die Ausrichtung kraniokaudal bedeutet nach kaudal konvergierend, die Ausrichtung ventrodorsal nach dorsal konvergierend.

Eine Minimalbewegung der Gelenkpartner gelingt am ehesten in der Ebene der Gelenkflächen:

- Längstraktion in Bauchlage mit leichter Adduktionsrichtung der Hüfte

- Gegenrotation durch Dorsalextension der Hüfte mit leichter Adduktion
- Dorsale „Aufklappung“ durch Innenrotation der Hüfte in Bauchlage

Zur Entspannung der Glutealmuskulatur mit der Counterstrain-Technik erfolgt in Bauchlage die Positionierung für die kraniale Hälfte des ISG in Hüftadduktion und Innenrotation, für die kaudale ISG-Hälfte in Hüftabduktion und Außenrotation.

Abb. 5 ▲ In Rückenlage geschützte Adduktion und Innenrotation zur dorsalen und kaudalen „Aufklappung“ des Iliosakralgelenks

Abb. 6 ▲ In Bauchlage bei fixiertem Sakrum wiederholte Abduktion und Adduktion bis zur Entspannung der Glutealmuskulatur (vertrauensbildende Maßnahme)

Abb. 7 ◀ Dorsalisierung der Spina iliaca anterior superior bei fixiertem Sakrum

Manuelle Diagnostik

Liegt eine Dysfunktion des ISG vor, ergeben die durchgeführten Funktionstests folgende Befunde:

- Das Vorlaufphänomen auf der betroffenen Seite ist positiv (▣ Abb. 3).
- Der Spine-Test (bei erlaubter Vollbelastung) ist auf der betroffenen Seite positiv, auf der Gegenseite negativ (▣ Abb. 4).

Als sekundäres Kriterium ist der Finger-Boden-Abstand zu registrieren, da er nach erfolgter ISG-Deblockierung i. d. R. deutlich geringer ist.

Therapie

Sämtliche durchgeführten passiven Bewegungen erfolgen im schmerzfreien Bereich. Bei der diskreten Adduktion wird (bei implantierter HTEP) manuell die Stabilität des Hüftgelenks – zum Ausschluss einer Tendenz zur Trennung der Gelenkpartner, die jedoch nur selten vorliegt – getestet und bei der Durchführung weiterhin schützend palpiert (▣ Abb. 5).

Zusätzlich wird eine potenzielle Luxationsgefahr bei Adduktion im Hüftgelenk durch die gleichzeitige Innenrotation neutralisiert, die eine tiefe Einstellung des Hüftkopfs in die Pfanne bewirkt.

Analog wird der potenziell luxationsfördernde Effekt der Außenrotation bei der Counterstrain-Technik durch Abduktion im Hüftgelenk neutralisiert.

Auf eine therapeutische Nutzung des Patrick-Zeichens bzw. Viererzeichens [5] wird verzichtet, da die erforderliche Hüftbeweglichkeit (das betroffene Bein in Außenrotation so positioniert, dass bei gekreuzten Unterschenkeln die Beine eine „4“ bilden) ohnehin meist nicht vorliegt.

Behandlung in Rückenlage

Zunächst erfolgt die Behandlung in Rückenlage:

- Feststellung der Hüftbeweglichkeit beidseits. Insbesondere wird mithilfe des Thomas-Handgriffs [6] ein mögliches Streckdefizit festgestellt, das in Bauchlage eine Unterfütterung des Beckens durch eine Halbrolle nötig macht, da sonst eine entspannte Lagerung nicht möglich ist.
- Orientierende neurologische Untersuchung (Sensibilität, Patellarsehnen- und Achillessehnenreflex, Lasègue-Zeichen)
- Geschützte passive Adduktion mit Innenrotation in Flexion (▣ Abb. 5)
- Gegebenenfalls Dorsalisierung der Beckenkämme wechselseitig oder gleichzeitig durch lokalen Druck

Behandlung in Bauchlage

Die Behandlung wird in Bauchlage fortgesetzt, die der Patient selbstständig ein-

Abb. 8 ◀ Orientierende Erfolgskontrolle. Aktive Dorsalextension **a** der nichtbetroffenen Seite, **b** der betroffenen Seite

Abb. 9 ▲ Abschlussuntersuchung. **a** Spine-Test auf der betroffenen Seite normalisiert. **b** Vorlauftest seitengleich, deutlich verminderter Finger-Boden-Abstand

nehmen soll, evtl. durch Aufstehen und erneutes Hinlegen in Bauchlage. Bei Vorliegen eines Hüftstreckdefizits ohne Erreichen der Nullstellung ist die Unterfütterung des Beckens mit einer Halbrolle erforderlich.

Die Behandlung verläuft folgendermaßen:

- Horizontales wiederholtes passives Bewegen der Beine bei fixiertem Sakrum in Abduktion und leichter Adduktion der Hüften (▣ Abb. 6), jeweils Aufnehmen des Beins von der Unterlage am distalen Oberschenkel bis zur Entspannung der Glutealmuskulatur (vertrauensbildende Maßnahme)
- Dorsalextension der Hüften neutral und mit leichter Adduktion in gleicher Handhaltung bei fixiertem Sakrum
- Dorsalisierung der Spina iliaca anterior superior bei fixiertem Sakrum (Nutation; ▣ Abb. 7; [7])
- Beidseits Ventralisation des Sakrums am kaudalen ISG-Anteil (Gegennutation; [7])

- Eventuell leichte passive Traktion der Hüften in Streckstellung bei gleicher Handhaltung
- Orientierende Erfolgskontrolle: aktive Dorsalextension zunächst der nichtbetroffenen Seite als Referenzwert (▣ Abb. 8a), dann der betroffenen Seite (▣ Abb. 8b): Bei seitengleichen Ausschlägen Überprüfung im Stand, sonst Wiederholung der Behandlung in Bauchlage

Abschlussuntersuchung

Die Abschlussuntersuchung zeigte im vorliegenden Fall folgende Ergebnisse:

- Spine-Test auf der betroffenen Seite normalisiert (▣ Abb. 9a)
- Vorlauftest seitengleich, deutlich verminderter Finger-Boden-Abstand (▣ Abb. 9b)

Prognose

Eine in der beschriebenen Technik beseitigte ISG-Dysfunktion kann nach einigen Tagen wieder auftreten, da die zuvor praktizierte Fehlbewegung beim Gehen

auch ohne Fortbestehen des Auslösers weiter erfolgt. Dies wird zugunsten einer schonenden Behandlung bewusst in Kauf genommen. Eine nochmalige gleichartige Behandlung wird i. d. R. einen dauerhaften Erfolg bringen.

Fazit

Auch Patienten nach HTEP-Implantation oder LWS-Operation mit der eingangs angegebenen Beschwerdekongstellatation sind einer geeigneten manuellen Behandlung zugänglich.

Ein Verzicht darauf aufgrund überholter Vorstellungen über manuelle Behandlung oder aus den anderen genannten Gründen wirkt sich nur zum Nachteil des Patienten aus und reduziert den erreichbaren Rehabilitationserfolg.

Eine unspektakuläre, vom erfahrenen Manualtherapeuten einfach durchzuführende manuelle Behandlung kann durchaus

- eine schmerzhaft Gangstörung beseitigen,
- Leistschmerzen nach HTEP-Implantation kurieren,
- ein sensibles Pseudo-L5/S1-Syndrom entfernen,
- eine Bewegungseinschränkung des betroffenen Hüftgelenks mindern,
- Hilfebedarf beim Strümpfeanziehen überflüssig machen und
- Schwierigkeiten beim Treppensteigen minimieren.

Korrespondenzadresse

Dr. Titus Schultz
Kirchplatz 1, 77963 Allmannsweiler,
Deutschland
dr.schultz_orthopaedie@web.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Schultz gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die abgebildete Patientin hat ihr Einverständnis zur Verwendung der Bilder gegeben.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. Bischoff HP (1988) Chirodiagnostische und chirotherapeutische Technik. perimed, Erlangen, S 76
2. Greenman PE (1998) Lehrbuch der osteopathischen Medizin. Haug, Heidelberg, S 127
3. Meert GF (2003) Das Becken aus osteopathischer Sicht. Urban & Fischer, München, Jena, S 319
4. Waldeyer A (1974) Anatomie des Menschen, erster Teil, 10. Aufl. de Gruyter, Berlin, New York, S 246
5. Krämer K-L, Stock M, Winter M (1992) Klinikleitfaden Orthopädie. Jungjohann, Neckarsulm, Stuttgart, S 540
6. Debrunner HU (1987) Orthopädisches Diagnostikum, 5. Aufl. Thieme, Stuttgart, New York, S 128
7. Frisch H (2001) Programmierte Untersuchung des Bewegungsapparates, 8. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 167

Aktuelle Buchempfehlungen aus dem Springer-Verlag

GOÄ 2019 Kommentar, IGeL-Abrechnung Gebührenordnung für Ärzte

Hermanns, Peter M. (Hrsg.)

79,99 Euro, 2019 SPRINGER

13., vollst. üb. u. akt. Auflage

Seitenzahl XXII, 892, ISBN 978-3-662-58210-7

- Aktuelle Änderungen als pdf auf www.springermedizin.de/HermannsGOÄ
- Kommentar für Praxis und Klinik
- Mit Auslegungshinweisen der BÄK, IGeL-Hinweisen und Abrechnungsbeispielen
- Amtliche Gebührenordnung - Ausschlüsse - Analoge Bewertungen - Abrechnungstipps
- Mit aktuellen Gerichtsurteilen

UV-GOÄ 2019 Kommentar

Mit den neuen Preisen vom 1.10.2018

Hermanns, Peter M., Schwartz, Enrico (Hrsg.)

69,99 Euro, 2019 SPRINGER

18., vollst. üb. u. akt. Auflage

Seitenzahl XXIII, 743, ISBN 978-3-662-58268-8

- Änderungen zum Vertrag Ärzte/UV-Träger ab 1.1.2019 als pdf auf www.springermedizin.de/HermannsUV-GOÄ
- Zuständigkeit der UV-Träger auf einen Blick
- Alle praxisrelevanten Kommentierungen, inklusive aktuelle Gerichtsurteile
- Mit Abrechnung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- Korrekt, verlässlich, vollständig

EBM 2019 Kommentar

Mit Punktabgaben, Eurobeträgen, Ausschlüssen, GOÄ Hinweisen

Hermanns, Peter M. (Hrsg.)

79,99 Euro, 2019 SPRINGER

9., vollst. üb. u. akt. Aufl.

Seitenzahl XXI, 903, ISBN 978-3-662-58270-1

- Aktuelle Änderungen als pdf auf www.springermedizin.de/HermannsEBM
- Vollständige Leistungslegenden mit Bewertungen
- Ausschlüsse
- Wer darf was wann im EBM abrechnen
- Praktische Abrechnungstipps und -beispiele mit Auslegungshinweisen, Beschlüssen, Richtlinien, Texten, u.a. von KBV und regionalen KVen, G-BA, Sozialgesetzbuch (SGB)