

DAS HÜFTGELENK IM MYOFASZIALEN UND VISZERALEN KONTEXT

Neueste Erkenntnisse aus der osteopathischen Praxis





Das Hüftgelenk ist ein wichtiger Teil der funktionellen Kette, die beschwerdefreies Gehen und Bewegen ermöglicht. Da es im Kontext mit diversen myofaszialen und viszerale Strukturen steht, ist bei Beschwerden eine genaue Differenzierung erforderlich. Oft schildern die Patienten schon während der Anamnese eine Melange aus bewegungsabhängigen oder lagerungsbedingten Schmerzen, die sie im Hüftgelenk verorten, sowie Schmerzen in der Leistengegend und Gesäßmuskulatur.

Orthopädische Diagnostik sowie Therapie

Schmerzen im Hüftgelenk sind leider extrem verbreitet. Die klassische orthopädische bildgebende Diagnostik liefert erste Befunde. Initial wird mit Schmerzmitteln und Injektionen behandelt. Wird eine intensive Coxarthrose (Grad 3-4) mit röntgenologisch sichtbar aufgehobenem Gelenkspalt, deformiertem Hüftkopf, massiven Osteophyten sowie deutlicher Sklerose festgestellt, kann dies eine Indikation für eine Hüftoperation sein (oft mit Gelenkersatz in Form von Teil- oder Totalendoprothesen). Hier besteht aber Einigkeit darüber, dass nicht das Röntgenbild, sondern Beschwerden und Funktion darüber entscheiden, ob eine OP sinnvoll ist. Die Kommunikation zwischen Patient und Therapeut ist fundamental.

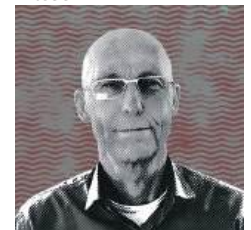
Osteopathische Sicht auf das Hüftgelenk

Unsere ganzheitliche osteopathische Herangehensweise kann ein wertvoller Bestandteil bei der Behandlung von Patienten mit Hüftgelenksschmerzen sein – selbst dann, wenn bereits eine „Hüftarthrose“ besteht. Denn nicht nur die Arthrose selbst kann die vorhandenen Schmerzen verursachen – oft haben weitere funktionelle oder myofasziale Einschränkungen einen sehr großen Anteil daran.

Betrachtung des Hüftgelenks im faszialen Kontext

Dysfunktionen der größeren Gelenke sind oft kein rein muskuläres oder rein strukturelles Problem. Zwar ist die Behandlung von etwa Dysfunktionen des ISG und der LWS oder Th12 wichtig, aber es ist das Bindegewebe (Faszien, Sehnen, Bänder), das im Wortsinn Gelenkkapsel, Wirbelsäule, funktionelle Muskelketten und innere Organe miteinander verbindet. Faszien enthalten darüber hinaus bedeutsame Durchtrittsstellen für periphere Nerven und Gefäße. Die Osteopathie stellt in diesem Sinne die Brücke her. Daher können fasziale osteopathische Techniken eine konventionelle orthopädische Behandlung ergänzen und so einen wichtigen Beitrag leisten, um Patienten, die Probleme mit ihrem Hüftgelenk haben, zu helfen.

Autor



Eberhard Schulz
Heilpraktiker, Osteopath
und FDM-Practitioner mit
Schwerpunkten Osteopathie,
Faszientherapie und manuelle
Schmerztherapie, Praxis in
Düsseldorf
info@nhp-schulz.de

Betrachten wir jetzt, welche Funktionsketten für die Pathologie des Hüftgelenks aus osteopathischer Sicht Bedeutung haben:

Psoas-Arkade/Gewölbe (Ligamentum arcuatum mediale)

Die Hüftbeuger-Faszie (M. iliopsoas) geht nach kranial in das Lig. longitudinale anterius über, ist über dieses Band direkt mit den lateralen Bandscheiben (Th12 bis zu LWK5) verbunden und reicht nach kaudal bis zu der Hüftgelenkskapsel. Nach unten verlängert sie sich in die F. lata in den vorderen Oberschenkel hinein.

Im thorakolumbalen Übergang (TLÜ und Th12) treffen sich die Zugkräfte von Zwerchfell (hier: Centrum tendineum diaphragmatis) und dem Hüftbeuger.

Die Faszie des M. iliopsoas bildet eine Kontinuität zur F. transversalis und den viszerale Faszien von Niere und Dickdarm. Das Hüftgelenk ist in diese Faszi Ketten integriert.

Funktion und Pathologie

Erhöhte Spannung, u. a. aufgrund chronischer Fehlhaltung, kann Kompressionen im Hüftgelenk verursachen und an viszerosomatischen Dysfunktionen von Nieren und Dickdarm beteiligt sein. Lumbalgie, Leistenmerz sowie Beckenfehlhaltung (sog. Beinlängendifferenz)

können Folgen sein. Th12-Dysfunktionen sollten ggf. auch mit parietalen osteopathischen Techniken behandelt werden.

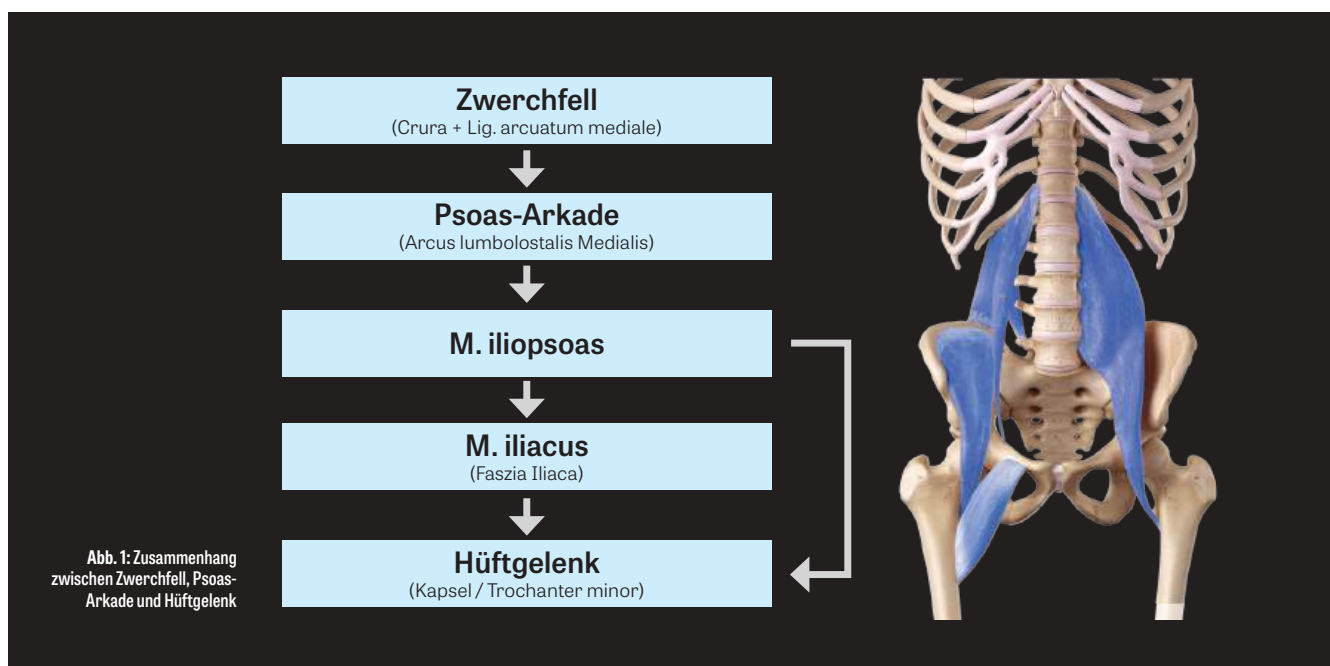
Zwerchfell

Unser Zwerchfell (Diaphragma) ist nicht nur ein Atemmuskel, sondern ein fasziales Spannungszentrum, gelegen zwischen Thorax, Abdomen und Becken.

Funktion und Pathologie

„Zwerchfellrestriktionen“ durch chronischen Stress, langjährige Flachatmung, Blockaden der BWS oder viszerale Dysfunktionen (Leber, Magen, Dickdarm) können sich auf das Hüftgelenk auswirken. Die Spannung in der Zwerchfellfaszie kann sich über die Psoas-Arkade fortsetzen und resultierend mit Beckenkippen sowie Hüftgelenkskompression einhergehen. Klinische Folgen könnten Leisten Schmerzen, Hüftbeugeeinschränkung, LWS-Hyperlordose und Beckenschiefstand sein.

Umgekehrt können sich auch eine Coxarthrose, ein Hüftimpingement sowie eine erhöhte Kapselspannung negativ auf unser Zwerchfell auswirken. Dies kann verminderte Atemtiefe, schnelle Ermüdung, erhöhte sympathische Aktivität und sekundäre thorakale Dysfunktionen mit sich bringen und dem Patienten das Leben schwer machen.





Das Bindegewebe stellt die Verbindungen her. Deshalb heißt es auch so.

Eberhard Schulz



Druck- und Flüssigkeitsdynamik

Unser Diaphragma reguliert den intraabdominalen Druck sowie den venösen und lymphatischen Rückfluss. Jede Hüftgelenksbewegung unterstützt die Beckenpumpe und alle Zirkulationen im kleinen Becken. Wenn diese Druckverhältnisse im Gleichgewicht sind, wird das Hüftgelenk mit Nährstoffen versorgt, die Bandscheiben werden entlastet und das Becken stabilisiert. Leider bewirken Fehlhaltungen und Bewegungsmangel (zu viel Sitzen oder Liegen) oft das Gegenteil.

Zwischenfazit: Die Hüfte geht nur so frei, wie das Zwerchfell atmet. Störungen an einer Stelle können sich auf das restliche Körpersystem auswirken (**Abb. 1**).

Nieren

Die Niere ist eingebettet in die F. renalis. Diese ist mit der Crura des Diaphragmas verbunden und hat Anknüpfungen zur F. endoabdominalis, zur F. iliaca und zur F. pelvis. Diese wiederum stehen im Kontakt mit dem Acetabulum und der Hüftgelenkskapsel. Physiologisch bewegen sich unsere Nieren bei der Ein- und Ausatmung synchron mit dem Diaphragma über den M. psoas auf und ab. Viszerosomatisch gesehen können sich Nierenerkrankungen auch auf das Hüftgelenk auswirken.

Funktion und Pathologie

Einschränkungen der Nierenmobilität durch „Verklebung“ mit der Psoas-Faszie nach Nierenentzündungen und postoperative Adhäsionen können tiefe Leistenschmerzen bei Hüftstreckung, Schmerzen beim Aufstehen aus dem Sitzen sowie ein starres „Blockadegefühl“ im Hüftgelenk verursachen.

Dickdarm

Colon ascendens und descendens sind sekundär retroperitoneal fixiert. Der Dickdarm hat eine enge Beziehung zur F. iliaca, zum M. psoas major und zum M. iliacus, weswegen eine mechanisch-dynamische Kopplung zwischen Colon und Hüftgelenk entsteht.

Funktion und Pathologie

Jahrelange Verstopfung kann bei Frauen aufgrund einer Dilatierung des Dickdarms eine Minderdurchblutung ihres Hüftkopfes bewirken und somit eine Hüftarthrose begünstigen.

Sind Colon ascendens / Caecum betroffen, induziert dies in vielen Fällen rechtsseitige Hüftschmerzen sowie eine intensive Psoas-Iliacus-Spannung auf ebendieser Seite.

In Beziehung mit Colon descendens / Sigma werden oft linksseitige Hüftschmerzen, auch

Tipp

Myofasziale Dehnung und Faszientraining können helfen, Spannungen im Gewebe zu reduzieren. Eine gute Rumpfkontrolle unterstützt die Lastübertragung auf die Hüfte.



Abb. 2: Detonisierung der Faszie oberhalb des Foramen obturatorium



Abb. 3: Behandlung des Zwerchfells – nach Hautgewinn unter den Rippenbögen in Expiration nach kranial dehnen

schichte. Unfälle, Operationen, auch viszerale Pathologien oder Beschwerden werden abgefragt. Knie- und Sprunggelenke (hier finden sich fast immer Dysfunktionen) und die Wirbelsäule werden stets mit einbezogen, ebenso bisherige Befunde bildgebender Diagnostik (MRT, CT, Röntgen). Dann folgen die funktionellen und myofasziale Tests.

Flexion und Extension: Der Patient liegt mit Rückenlage – das Bein wird gebeugt (Flexion) oder gestreckt (Extension). Normwerte: FLEX 120-130°, EXT 10-15°. Ein positiver Test gibt Hinweise auf aktuelle Entzündungen und myofasziale Einschränkungen.

Endo- und Exorotation: Hüfte wird bei 90° Beugung nach innen sowie außen rotiert, um die Rotationsfähigkeit zu testen. Normwerte: ENDO 30-40°, EXO 40-60°. Einschränkungen oder Schmerzen können auf ein femoroacetabuläres Impingement, Labrumläsionen oder myofasziale Einschränkungen hinweisen.

Abduktion sowie Adduktion (Schnelltest): Test der Adduktion in Rückenlage des Patienten mit 90° flektiertem Kniegelenk. Schmerzen in Adduktion bedeuten entweder Coxarthrose oder – viel häufiger – eine Continuum Distorsion (CD) der Sehnenansätze am Ramus pubis des M. quadriceps und/oder der Adduktoren. Diese sollte unbedingt behandelt werden (mehr dazu folgt).

Cave: Keine Adduktion des Hüftgelenks nach Hüft-Operationen mit TEP-Einsatz.

Osteopathische Therapie

Alle hier gezeigten Techniken sind Beispiele für eine mögliche Behandlung. Welche Methodik zum Einsatz kommt, entscheidet sich nach vorheriger, fundierter Beurteilung der individuellen Situation des Patienten.

Foramen obturatorium

Nur eine Arterie, die sich um den Oberschenkelhals verwebt, versorgt den Humeruskopf: die A. circumflexa femoris. Durch die Durchtrittsöffnung oberhalb der Membrana obturatoria kommt die A. obturatoria hindurch, die im Wesentlichen von der A. profunda femoris gespeist wird und damit zur Sicherung des regionalen Blutflusses beiträgt.

SIG-Dysfunktionen induziert; typisch bei Reizdarm, Divertikulose oder allgemeiner Bewegungseinschränkung, v.a. in Extension, zyklus- sowie verdauungsabhängige Hüftschmerzen, diffuse oder stressbedingte Schmerzen rund um Leiste und Hüfte

Zwischenfazit: Eine freie Hüfte braucht einen mobilen Dickdarm.

Manuelle Funktionstests für das Hüftgelenk

Eine ausführliche Anamnese eröffnet Hinweise auf lokale Schmerzen sowie deren Vorge-

Literatur

Corts M, Ter Harmsel I: **Sportosteopathie – Myofasziale Ketten bei Überlastungssyndromen.** Haug Verlag, 2013

Schwind P: **Praxishandbuch Faszienbehandlung – Muskelfaszien, Membranen, Organhüllen.** Urban & Fischer Verlag / Elsevier GmbH, 2018

Um diese Versorgungswege für das Hüftgelenk freizuhalten, wird die Faszie über dem Foramen obturatorium entspannt (**Abb. 2**). Dazu liegt der Patient in Seitlage, die Kniegelenke in 90° Flexion. Der Behandler übt mit den gestreckten Fingern seiner Hand dicht unterhalb des Tuber ischiadicum nach kranial und medial Druck auf das Foramen obturatorium aus. Die behandelnde Hand wird mit der anderen Hand unterstützt.

Wichtig: Der Patient muss im Vorfeld darüber aufgeklärt werden, dass hier im Intimbereich gearbeitet wird.

Zwerchfell

Der Patient liegt in Rückenlage, die Beine sind aufgestellt. Der Behandler steht seitlich und legt seine Hände flach auf die untersten Rippen, die Daumen ruhen unterhalb der Rippenbögen. Dann gleitet man mit beiden Daumen nach dorsal/kranial unter jene Rippenbögen und übt nach kranial etwas Druck aus (**Abb. 3**). Dabei sollte vorher oberflächliche Hautspannung beim Rippenbogen vermieden werden, indem man die oberen Hautschichten durchlässt („Hautgewinn“). Während unser Patient vertieft ein- und ausatmet, wird der Druck der Daumen des Behandlers nach kranial während der Ausatmung erhöht, und bei der Einatmung wird die erreichte Position gehalten. Dies wird mehrmals wiederholt.

Behandlung der Niere nach Barral

Der Patient befindet sich in Rückenlage, seine Beine sind angewinkelt. Der Behandler steht am kontralateralen Kopfende. Kontakt auf der Bauchwand in Höhe der Ileozökalklappe. Unter vorsichtigem Verdrängen der Dünndarmschlingen gleitet die Hand des Therapeuten am medialen Rand des Colon ascendens nach kranial. Etwa auf Höhe des Bauchnabels ist die Niere als glatte, solide, seifenartige Masse zu ertasten (**Abb. 4**). Während der Ausatmung wird die Niere nach kranial/medial mobilisiert. Die neu erreichte Position wird während der Einatmung gehalten. Das Vorgehen wird einige Male wiederholt und stärkt die Nierenfunktion ganzheitlich.

Cave: Nicht anwenden bei akuter Nierenentzündung, nach Nieren-OP, Tumorerkrankung oder Aortenaneurysma.



Abb. 4: Behandlung der Nieren nach Barral



Abb. 5: (a) Schematische Darstellung der Gesäßregion mit 3 HTP; (b) Die als Verhärtung tastbare Gewebeprotusion wird mit hohem Druck in die Tiefe reponiert, bis sie komplett aufgelöst ist

Akutbehandlung Hüfte

Unsere Faszien bilden ein „dreidimensionales Netz“, das die Körperspannung misst und reguliert. Sie enthalten Muskelzellen (Myofibroblasten), Sensoren sowie Schmerzrezeptoren und sollten immer in die Behandlung einbezogen werden. Hier kommen v. a. Anwendungen nach dem Faszienstörungsmodell nach Typaldos zum Einsatz.

Die großen Gelenke können gut mit myofaszialen Techniken behandelt werden. Nachfolgend einige Beispiele für häufig vorkommende Läsionen um das Hüftgelenk:



Abb. 6: Continuum Distorsion – der Übergang der verhärteten Muskelsehne wird in Richtung Knochen mit viel Druck ganz aufgelöst

Hernierter Triggerpunkt (HTP)

Eine Protrusion und Einklemmung von Gewebe aus einer tieferen Gewebeschicht aufgrund einer darüberliegenden Faszien-schicht kann starke lokale Schmerzen und ebenso pseudoradikuläre Schmerzen verursachen. Hier wird mit hohem Druck zurück in die Tiefe reponiert (**Abb. 5**), um jene Gleitfähigkeit der Gewebeschichten wiederherzustellen.

Continuum Distorsion

Eine „Continuum Distorsion“ (CD) ist eine Störung in der Übergangszone zwischen Faszie und Knochen infolge einer Fehlhaltung oder eines Traumas. Diese ist als punktförmige Verhärtung deutlich zu palpieren und kann mit starkem Druck in Richtung Knochen ganz und nachhaltig aufgelöst werden (**Abb. 6**). Es sollte dabei so lange Druck ausgeübt werden, bis der Patient keinen Schmerz mehr spürt.

CDs finden wir an allen proximalen Ansätzen des M. quadriceps, der Adduktoren (am Ramus pubis), an der Crista iliaca und am distalen M. trochanter major.

Cave: Eine Kompression der A. femoralis und des benachbarten N. femoralis ist zu vermeiden (vor der Behandlung immer den Puls der A. femoralis tasten).

Psychosomatischer Blick

Das Zwerchfell ist eine zentrale Stress-Schnittstelle, das Hüftgelenk ein Anpassungs- und Bewegungszentrum. Aus osteopathischer Sicht kann sich chronisch gewordener Stress nicht nur in einer verspannten Nackenmuskulatur äußern, sondern auch z. B. durch eine verspannte Hüftbeuger-Faszie mit klaren Einschränkungen der Hüftbeweglichkeit. Die Muskelzellen in den Faszien (Myofibroblasten) reagieren nachweislich mit Hypertonus auf die Ausschüttung von Stresshormonen.

Fazit

Unsere Osteopathie macht eine ganzheitliche Behandlung des Hüftgelenks möglich. Faszientechniken nach dem Faziendistorsionsmodell können schnelle Fortschritte bringen bei der Behandlung der großen Gelenke und stellen eine wertvolle Ergänzung der klassischen osteopathischen Therapie dar. ◇

Glossar

Pseudoradikulärer Schmerz: Ausstrahlende Schmerzen ins Bein durch Kompression peripherer Nerven, die nicht durch die Nervenwurzel der LWS (Radix), sondern z. B. durch HTPs im Gesäß oder paravertebral lumbal ausgelöst werden

Myofibroblasten: Zwischenform zwischen Bindegewebszelle (Fibroblast) und glatter Muskelzelle, mit der Fähigkeit zu unwillkürlichen Kontraktionen und Verzerrungen, die über längere Zeit gehalten werden können

Faziendistorsionsmodell (FDM): Diagnose- und Behandlungskonzept nach Stephen Typaldos; basierend auf den Symptomen, die der Patient bei der Testung zeigt, werden verschiedene Faziendistorsionen, die jeweils charakteristische Schmerzen und Bewegungseinschränkungen hervorrufen, direkt lokal behandelt