

Jean-Pierre Barral  
Alain Croibier

# Traumatologie in der Osteopathie

Ätiologie, Diagnose und Therapie

Deutsche Übersetzung: Gudrun Meddeb

2. Auflage



## **Zuschriften, Verbesserungsvorschläge und Kritik**

Verlag Systemische Medizin AG  
Müllerstraße 7 – 93444 Bad Kötzing  
info@verlag-systemische-medizin.de

## **Titel der Originalausgabe**

„Approche ostéopathique du traumatisme“ 1997, Actes praphiques, Saint-Étienne

## **Wichtiger Hinweis für den Leser**

Durch Forschung und klinische Erfahrungen unterliegen die Erkenntnisse in Medizin und Naturwissenschaften einem beständigen Wandel. Die Autoren haben sorgfältig geprüft, dass die in diesem Werk getroffenen therapielevanten Aussagen und Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Hierdurch wird der Leser dieses Werkes jedoch nicht von der Verpflichtung entbunden, ggf. auch anhand anderer Werke zu diesem Thema zu prüfen, ob die dort getroffenen Aussagen und Angaben von denen in diesem Werk abweichen. Der Leser trifft seine Therapieentscheidung in eigener Verantwortung. Ggf. erwähnte Produktnamen sind geschützte Marken oder eingetragene Markenzeichen der jeweiligen Eigentümer, Unternehmen oder Organisationen, auch wenn sie im Einzelnen nicht ausdrücklich als solche gekennzeichnet wurden.

## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten

2. Auflage 2013

© der deutschen Ausgabe: Verlag Systemische Medizin AG, Bad Kötzing und München

© der englischen Ausgabe „Trauma - An Osteopathic Approach“ 1998, Eastland Press, Seattle, USA

Das Werk ist, einschließlich aller seiner Teile, urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz gesetzten Grenzen ist ohne ausdrückliche und schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in digitalen On- und Offlinemedien bzw. -systemen.

Lektorat und Projektmanagement: Lisa Lorz, Bayreuth; Theresa Stichlmair, Bad Kötzing

Redaktion: Theresa Hager, Bad Kötzing

Illustrationen: Jacques Roth und Alain Croibier

Satz und Herstellung: SZ Publishing Support, München

Druck und Bindung: Strauss GmbH, Mörlenbach

Gestaltungskonzept und Umschlag: Mogwitz Rusitschka Schwarz, München Leipzig

ISBN 978-3-86401-030-9

Aktuelle Informationen finden Sie im Internet unter [www.verlag-systemische-medizin.de](http://www.verlag-systemische-medizin.de)

---

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	VII
<b>Kapitel 1</b>   Der mechanische Ansatz	1
<b>Kapitel 2</b>   Der funktionell-anatomische Ansatz	41
<b>Kapitel 3</b>   Der tissuläre Ansatz	87
<b>Kapitel 4</b>   Klinische Symptome	123
<b>Kapitel 5</b>   Diagnose	167
<b>Kapitel 6</b>   Behandlung	257
<b>Anhang</b>	301



**Abb. 5.35** Ischiofemoraler Test

### 5.3.13 Diagnose von traumatischen Beckenrestriktionen

#### Tests für die Basis des Sakrums

##### Knie-Hebe-Test

Der Patient stützt sich an einer Wand oder einem Sessel ab, wobei er die Arme ausstreckt und in einen 90°-Winkel zum Thorax bringt. Er hebt das gebeugte Knie mehrmals bis zu 90°-Hüftflexion an. Während dieser Bewegung legen Sie Ihre Daumen auf die Spina iliaca posterior superior, dann auf die Basis des Sakrums und schließlich unter die infero-lateralen Sakrumwinkel (► Abb. 5.36).

Das Ilium posteriorisiert sich auf der Seite des gebeugten Knies, dadurch neigt sich das Sakrum auf der Seite des Standbeins nach lateral. Man vergleicht die Mobilität eines gesunden Menschen mit der Mobilität eines Patienten mit einer Becken-

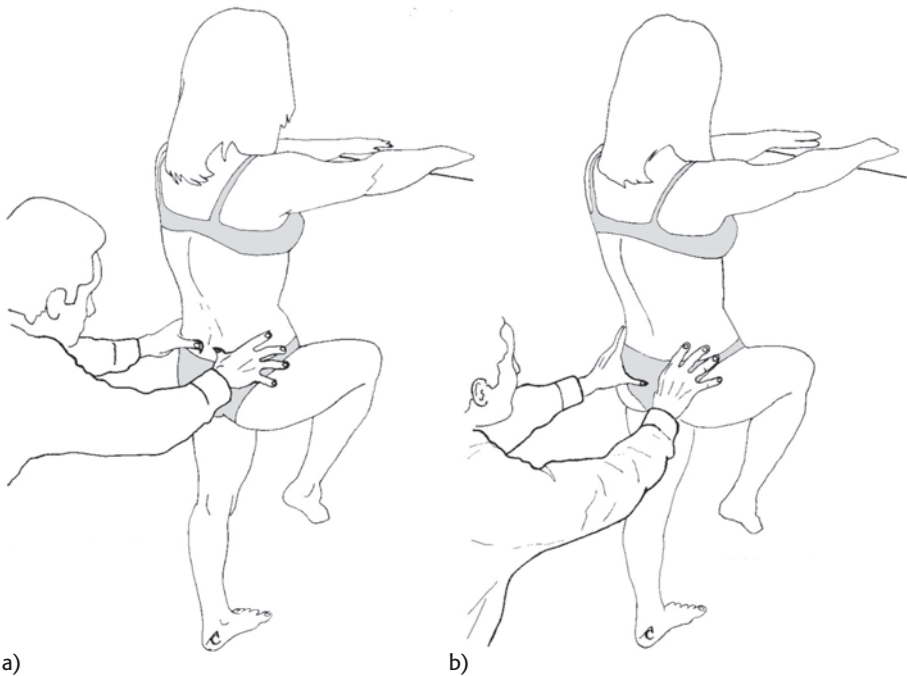
restriktion. Mit etwas Übung sind diese Restriktionen leichter zu erkennen.

##### Sakrum-Kompression in Bauchlage

Dieser Test wurde bereits in unserem Buch über die urogenitalen Manipulationen (Barral 1993) besprochen. Mithilfe dieses Tests kann die Rolle der Ligg. uterosacralia und der Ansätze des Uterus bei sakroiliakalen Restriktionen beurteilt werden.

Der Patient liegt auf dem Bauch. Legen Sie Ihre Hände auf die posteriore Seite des Sakrums und drücken Sie es zwischen den beiden Iliä nach anterior, Richtung Symphyse (► Abb. 5.37).

Beobachten Sie bei diesem Test die Qualität der Kompressions- und der Dekompressionsbewegung, wenn das Sakrum in seine Ausgangsstellung zurückkehrt. Bei gesunden Patienten sind sowohl Kompression als auch Dekompression leichte, einfache Bewegungen. Bei post-traumatischen



**Abb. 5.36** Knie-Hebe-Test: a) Daumen auf der Basis des Sakrums, b) Daumen unter den Sakrumwinkel

Beckenrestriktionen ist die Kompression v.a. auf der Seite des betroffenen Iliosakralgelenks oft schwierig oder unmöglich. Ist die Dekompression v.a. auf einer Seite langsam und ruckartige, handelt es sich meist um eine Restriktion oder einen Riss an einem Lig. uterosacrale.

### Sakrum-Dekompression in Rückenlage

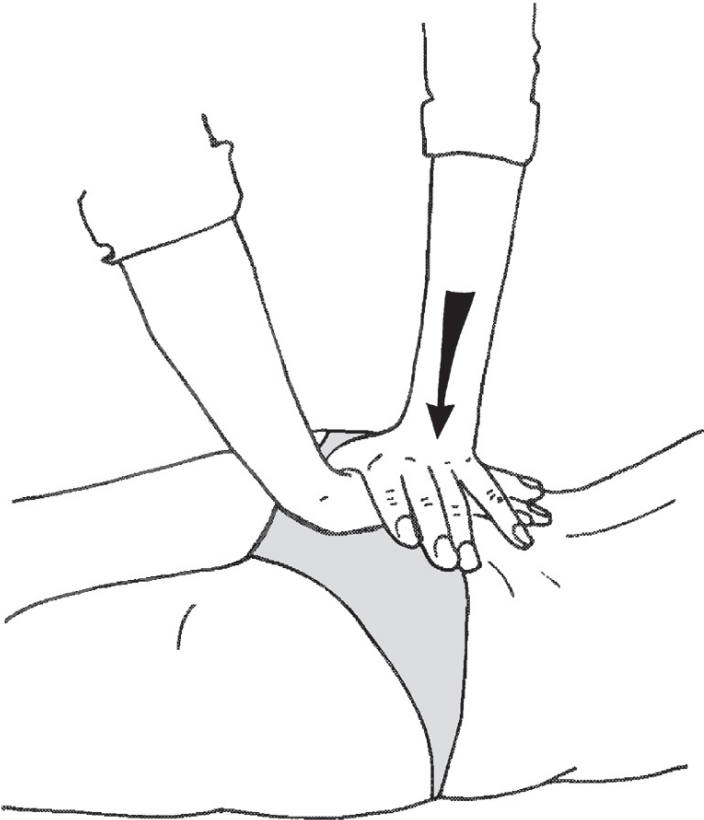
Mithilfe dieses Tests können Restriktionen des Iliosakralgelenks und bis zu einem gewissen Grad auch Läsionen des Lumbosakralgelenks und des Sakrokokzygealgelenks getestet werden. Er konzentriert sich primär auf die Ebene des Gelenks und nicht auf die Gewebe.

Der Patient liegt auf dem Rücken. Stellen Sie sich rechts neben den Patienten und legen Sie Ihre rechte Hand unter das Sakrum, Ihre Finger sind nach kranial gerichtet. Le-

gen Sie Ihren linken Unterarm über die rechte Spina iliaca anterior superior und Ihre Fingerspitzen über die linke Spina iliaca anterior superior (► Abb. 5.38).

Verstärken Sie den Kontakt am Sakrum und versuchen Sie, es nach ventral zu heben, so als wollten Sie es zwischen den beiden Iliä gerade richten. Gleichzeitig versuchen Sie, den Abstand zwischen den beiden Spinae zu vergrößern, indem Sie beide Spinae nach lateral drücken. Diese Bewegung ermöglicht eine Extension der kräftigen posterioren sakroiliakalen Ligamentstrukturen (► Abb. 5.39).

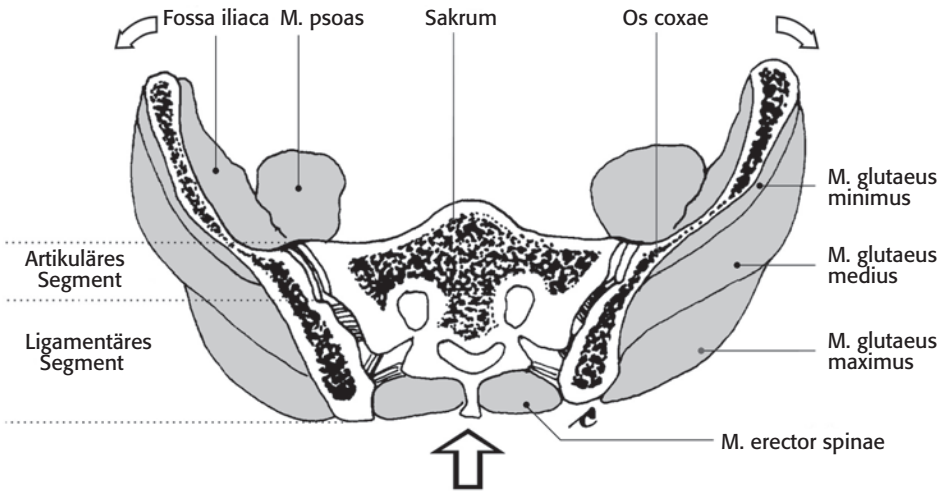
Mit diesem Test wird die Elastizität der Gewebe überprüft. Liegt keine Restriktion vor, lässt sich das Sakrum leicht anheben. Man spürt eine glatte fließende Bewegung. Ist die Hebebewegung schwierig oder unregelmäßig, liegen Sakrumrestriktionen vor.



**Abb. 5.37** Sakrum-Kompression in Bauchlage



**Abb. 5.38** Sakrum-Dekompression in Rückenlage



**Abb. 5.39** Sakrum-Dekompression: horizontaler Schnitt mit Sicht auf die beiden Abschnitte der Articulatio sacroiliacale

### Interpretation

Bei einer sakroiliakalen Restriktion steht das Ilium nur auf der freien Seite tiefer, das Sakrum scheint zur eingeschränkten Seite rotiert zu sein. Mit etwas Übung kann man mithilfe dieses Tests Restriktionen zwischen L5 und S1 erkennen. Tatsächlich versinkt nur die freie, nicht blockierte Seite des Sakrum zwischen den Darmbeinschaukeln, und das Sakrum scheint eine Rotation zur blockierten Seite zu machen. Nachdem man das Sakrum angehoben hat, kann man den Test dadurch verfeinern, dass man kleine Rotations- und Seitneigebewegungen am Sakrum ausführt.

### Sakrum-Tests

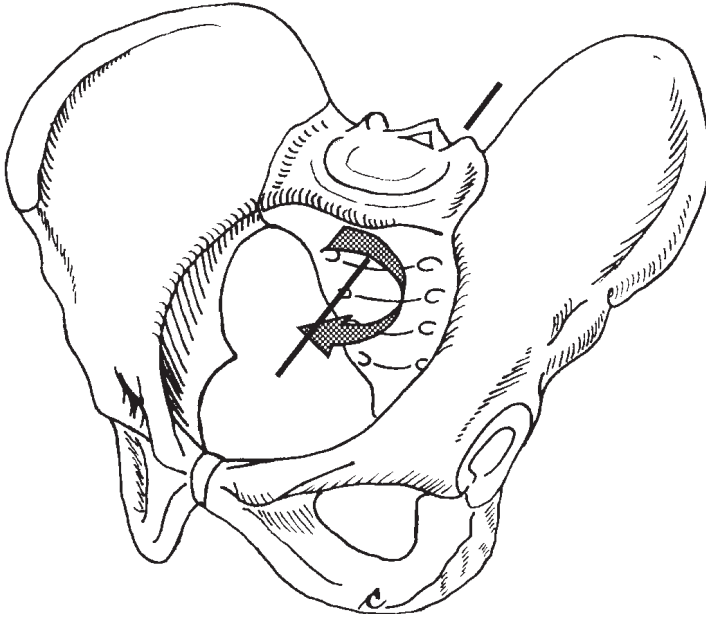
Die Bewegungsphysiologie im Iliosakralgelenk wurde von unserem Kollegen Fred L. Mitchell, Jr. (1979) genau dokumentiert. Das Konzept der anterior/posterioren Torsion und der sakralen Flexion bzw. Extension bildet Teil der osteopathischen Praxis.

Schwieriger ist es, eine spezielle post-traumatische Läsion des Iliosakralgelenks zu definieren. Traumata folgen keinen speziellen Gesetzen und wirken sich daher auf völlig unvorhersehbare Weise auf die Gelenke aus. Dennoch können die Restriktionen in zwei Hauptgruppen eingeteilt werden:

- Post-traumatische Sakrumrestriktionen in Seitneigung (► Abb. 5.40); die Differenzialdiagnose erfolgt über die superiore Bewegung des Iliums.
- Post-traumatische Sakrumrestriktionen in Rotation (► Abb. 5.41); die Differenzialdiagnose erfolgt über die anteriore Bewegung des Iliums.

Diese Restriktionen scheinen in der normalen Physiologie unmöglich. Dennoch kommt es nach einem Trauma häufig zu Sakrumläsionen dieser Art.

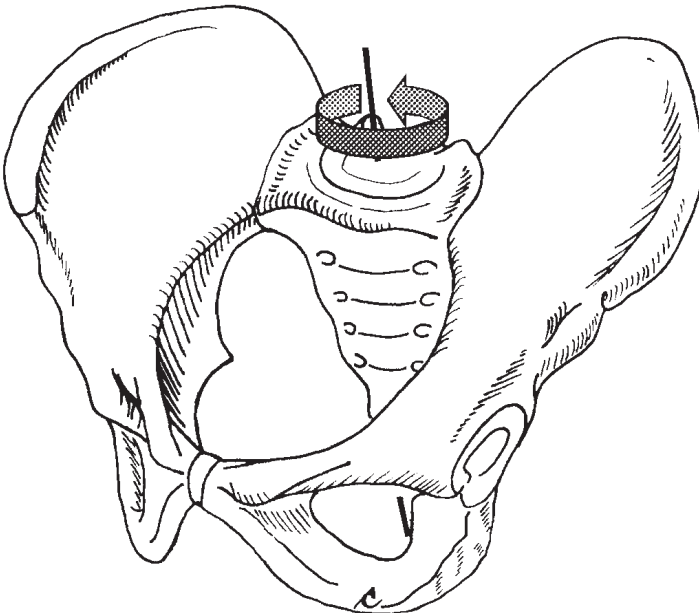
Bei unseren Nachforschungen fanden wir einen von Strachan im Jahr 1939 ver-



**Abb. 5.40** Post-traumatische Restriktion des Sakrums in Seitneigung

fassten Artikel, in dem er die Mobilität des Sakrums auf der Grundlage dieser Parameter – Rotation und Seitneigung – beschreibt. Dieser Artikel unterstützt nicht

nur unsere Theorie, sondern zeigt auch, dass andere Autoren bereits vor Mitchell (1954) das Konzept der iliosakralen Mobilität verstanden.



**Abb. 5.41** Post-traumatische Restriktion des Sakrums in Rotation



Post-traumatische Sakrumrestriktionen können durch die Kompression des Sakrums und den Knie-Hebe-Test wie folgt diagnostiziert werden:

### Post-traumatische Restriktionen in Seitneigung

- Dekompressionstest des Sakrums in Bauchlage: Bei der Kompression wird das Sakrum zwischen die Iliä gedrückt. Am Ende der Kompression spürt man zwischen den beiden Iliä auf der eingeschränkten Seite einen leichten Widerstand.
- Dekompressionstest des Sakrums in Rückenlage: das Sakrum lässt sich auf der eingeschränkten Seite weniger gut dekomprimieren und scheint zu dieser Seite gedreht zu sein.
- Knie-Hebe-Test (im Stehen) mit den Daumen unter den infero-lateralen Sakrumwinkeln: normale Seitneigung des Sakrums auf der Seite des Standbeins. Ist die Seitneigung nicht vorhanden, liegt eine post-traumatische Sakrumrestriktion mit Seitneigung auf der Seite des angehobenen Beins vor.

### Post-traumatische Restriktion in Rotation

- Kompressionstest des Sakrums in Rückenlage: Das Sakrum widersetzt sich von Anfang an der Kompression auf der eingeschränkten Seite, während die Kompression auf der anderen Seite möglich ist.
- Dekompressionstest des Sakrums in Rückenlage: Das Sakrum macht auf der eingeschränkten Seite keine Dekompression, es scheint in ipsilateraler Rotation fixiert zu sein.

- Knie-Hebe-Test (im Stehen) mit den Daumen auf der Basis des Sakrums medial der Spina iliaca posterior superior: Das Sakrum vollführt eine normale Rotation auf die Seite des Standbeins. Ist diese Rotation nicht vorhanden, liegt eine post-traumatische Sakrumrestriktion in Rotation auf der Seite des angehobenen Beins vor.

Diese beiden Läsionsparameter treten häufig gemeinsam auf, wobei eine Komponente dominiert. Meist ist die Seite des fixierten Iliosakralgelenks auch die Seite, auf der der infero-laterale Sakrumwinkel kaudal steht oder die Seite, auf der die Basis des Sakrums posterior steht.

### Untersuchung des Os coxae

Betrachtet man die post-traumatischen Restriktionen des Beckens von der Seite des Iliosakralgelenks aus, stimmen sie sehr wohl mit dem konventionellen osteopathischen Konzept (Mitchell 1979) überein. Wir finden häufig Restriktionen, bei denen das Ilium nach oben „gerutscht“ oder nach posterior oder (weniger häufig) anterior rotiert ist. Im letztgenannten Fall handelt es sich um eine post-traumatische Restriktion und nicht um eine Adaptation an eine Beinlängendifferenz, die ebenfalls zu einer Anteriorisierung des Iliums führen kann. Bei der Adaptation (die manchmal auch als Restriktion ersten Grades bezeichnet wird) ist noch eine kleine Beweglichkeit vorhanden. Bei post-traumatischen Restriktionen (Läsionen zweiten Grades) ist die Mobilität nicht mehr vorhanden.

### Untersuchung des Steißbeins

Diese Untersuchung sollte niemals auf planlose oder improvisierte Weise durchgeführt werden. Ist das Coccyx durch Spannungen auf der myofaszialen Ebene in seiner Beweglichkeit eingeschränkt, können externe Techniken effizient eingesetzt werden. Bei post-traumatischen Restriktionen bringen nur interne Techniken den gewünschten Erfolg.

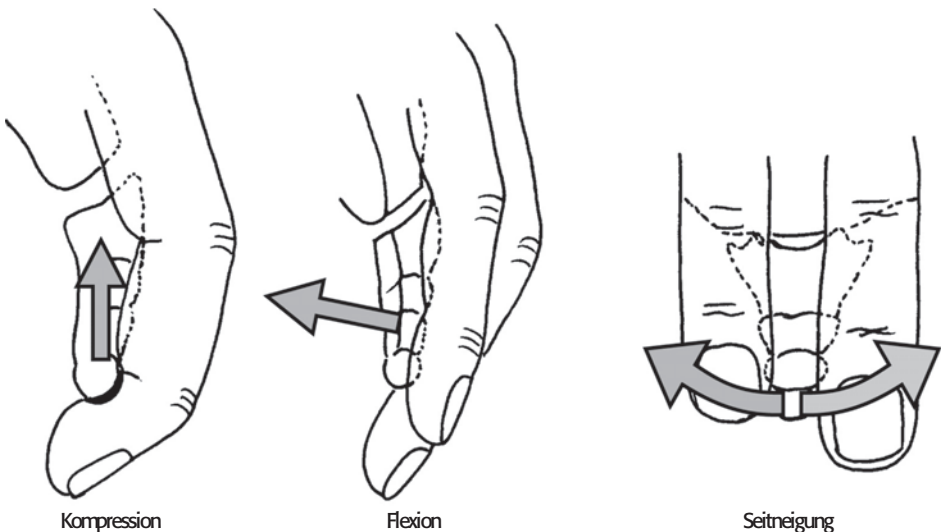
Wichtig ist zunächst festzustellen, ob das Coccyx intern (rektal) behandelt werden muss. Diese Frage wird v.a. von Anfängern häufig gestellt. Wir verwenden den Mobilitätstest im Sitzen, um die axiale Kompression, die sakrokokzygeale Flexion und die Seitneigung zu testen (► Abb. 5.42). Anhand dieses Tests kann die entsprechende Entscheidung getroffen werden.

Wir empfehlen Studenten, eine Checkliste für die unterschiedlichen Symptome zu verwenden, die bei diesem Test auftreten können (► Kasten).

### Checkliste für die Untersuchung des Steißbeins

- Empfindlich oder schmerzhaft bei axialer Kompression?
- Empfindlich oder schmerzhaft bei sakrokokzygealer Flexion?
- Eingeschränkte sakrokokzygeale Flexion?
- Empfindliche oder schmerzhafte rechte sakrokokzygeale Seitneigung?
- Eingeschränkte rechte sakrokokzygeale Seitneigung?
- Empfindliche oder schmerzhafte linke sakrokokzygeale Seitneigung?
- Eingeschränkte linke sakrokokzygeale Seitneigung?

Sind fünf oder mehr dieser Punkte positiv, ist eine interne Manipulation zu empfehlen. Sind drei oder weniger Punkte positiv, handelt es sich normalerweise um die Kompensation einer entfernten mechanischen Störung (myofasziale, viszerale oder Dura-mater-Spannung).



**Abb. 5.42** Tests für die Mobilität des Os coccygis  
Jean-Pierre Barral, Alain Croibier - Traumatologie in der Osteopathie