

HIPPOKRATES

*Wissenschaftliche Medizin und praktische Heilkunde
im Fortschritt der Zeit*

34. Jahrgang 1963  Heft 14, Seite 571–573

Hippokrates-Verlag GmbH., Stuttgart

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdruckes,
der photomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten.

Sonderdruck

Lumbalgien bei latenten Reizzuständen im Hüftgelenk

Über die Problematik von Gelenkbehandlungen

Von H. SCHMAUSER

Lumbalgien sind wie bekannt hinsichtlich ihrer Genese vieldeutig. Sie sind nachhaltig nur durch gezielte Behandlung zu beeinflussen.

Die Suche nach dem Erkrankungsort kann u. U. recht schwierig werden, wenn dieser nicht mit dem Ort der Schmerzempfindung zusammenfällt und sonst sehr symptomarm bleibt.

Daß z. B. Arthrosen des Hüftgelenks lange Zeit als einziges Symptom Lumbalgien und Ischialgien verursachen können, dürfte hinreichend bekannt sein. Die Diagnose solcher Zustände, wenn man darum weiß, ist nicht schwierig.

In der Regel übersehen werden dagegen latente Reizzustände im Hüftgelenk, die bei praktisch voll erhaltener Beweglichkeit allenfalls nur in den Bewegungsendstellungen leichte Lokalsymptome, ebenso einen Palpationsschmerz über der Gelenkkapsel ventral und im Trochanter-major-Gebiet erkennen lassen. Der Röntgenbefund pflegt völlig unauffällig zu sein. Das einzig ausgeprägte Symptom, das die Patienten zum Arzt führt, ist der Schmerz im Lumbosakralgebiet.

Im Nachfolgenden werden drei charakteristische Krankheitsabläufe geschildert:

1. Sch., W., 52 Jahre, Geschäftsmann. *Anamnese:* Vor 16 Jahren erstmals Schmerzen im Lumbosakralraum, jedoch anders als jetzt.

Nach TE freies Intervall von 2–3 Jahren. Bei Rezidiv Behandlung mit Kirschen durch Spezialklinik, seither 12 Jahre ohne Beschwerden. Jetzt seit 4½ Monaten infolge Erkältung auf Geschäftsreise über Nacht heftige Lumbalgie zeitweise ins linke Bein ausstrahlend. Wurde vom Hausarzt zu einem manuell arbeitenden Kollegen überwiesen. Röntgen-Untersuchung der Lumbosakralregion, Behandlung mit Spritzen, manuelle Behandlung. Ohne Erfolg. Weiterüberweisung zu einem spezialisierten klinischen Chirurgen: manuell-medikamentöse Behandlung, Massagen. Ohne Erfolg. In Behandlung eines klinischen Orthopäden, Butazolidin, Novokain, UW-Massagen, Niederfrequenzbehandlung. Ohne Erfolg. Schließlich Röntgentiefenserie auf die Lumbalregion, ebenfalls ohne Erfolg.

Befund: Hüftgelenke anscheinend unauffällig. Aber bei Bewegungsendstellung und Palpation der Kapsel von vorn wie des Trochanter-major-Gebiets wird eine Lokalsymptomatik gegenüber der Gegenseite deutlich. Beweglichkeit der Lumbosakralregion eingeschränkt, geringer Palpationsschmerz auf der linken Seite.

BSR 1/3. Rö. LWS: Hochgradige Verschmälerung des Zwischenwirbels L5/S1 mit degenerativen Veränderungen im ganzen Bewegungssegment, wie Sklerosierung der Abschlußplatten, der kleinen Wirbelgelenke,

Band- und Faserringverkalkung. Linksrotation von L5 mit Dorsalverschiebung gegen Basisfläche des Kreuzbeins. Kyphosierung der LWS besonders im oberen Anteil, unten Streckung, Rechtskonvexe Skoliosierung. Hüftgelenke: Geringe Sklerosierung der Pfannendachregion beiderseits, Gelenkspalt vielleicht beginnend verschmälert. Befund beiderseits gleichmäßig, insgesamt nicht besonders auffällig.

Therapie: Intraartikuläre Injektionen von Steroidpräparaten, später zytoplasmatische Therapie mit Gelenkpräparaten¹, kombinierte physikalische Therapie mit Niederfrequenzgeräten, Wärmebehandlung und Massagen. Stufenweiser Abbau der Beschwerden.

Beurteilung: Es handelte sich um einen latenten Überlastungszustand am linken Hüftgelenk infolge veränderter Statik des LWS-Beckenring-Gebiets. Durch einen Infekt kam es zur Manifestierung eines Reizzustands. Der massive Rö-Befund im Lumbosakralgebiet mit Zerstörung der letzten Lumbalbandscheibe (und möglicherweise deren Prolaps nach vorn ins symptomarme Gewebe) erklärte wohl die anamnestischen Beschwerden vor 15 Jahren, konnte aber nicht allein zur Deutung des jetzigen Beschwerdebildes herangezogen werden. Die durchwegs ungezielte Behandlung war erfolglos.

2. Sch., H., 30 Jahre, Tänzerin. *Anamnese:* Vor zwei Jahren interkurrent Schmerzen in der rechten Lumbalregion. Kurze kombinierte manuell-physikalische Behandlung der hinteren Beckenring- und Lumbosakralregion, die zur Beschwerdefreiheit führte.

Vor vier Monaten beim Training mit Partner Distorsion der 12. Rippe links, des Rippen-Querfortsatzgelenks und Quadratus-lumborum-Ansatzes. Die disziplinierte Patientin will die Ballettpremiere nicht auslassen. Nach Steroid-Injektionen an die verletzten Gebiete gegen ärztliche Bedenken Premiere. Wie zu erwarten, rezidierte

¹ REVITORGAN-Präparate – Vitorgan GmbH Stuttgart.

rende Beschwerden. Zusätzlicher grippaler Infekt. Wird krankgeschrieben. 10 Tage darauf bei erneuter Beanspruchung quälende Lumbalgie, kann nicht sitzen, besonders schmerzhaft ist jede Beugung und Kyphosierung.

In Behandlung eines klinischen Unfall-Orthopäden. Diagnose: Lumbalgie. Spritzen, Massagen. Keine Besserung. Nach Übersiedlung in einen anderen Ort bei einer Nervenärztin: Spritzen, Massagen, Tabletten. Orthopäde: Massagen, Spritzen, Niederfrequenztherapie. Chiropraktor: manuelle Therapie. Alles ohne Ergebnis.

Befund: Hüftgelenke anscheinend unauffällig, bei genauerer Prüfung jedoch Palpationsschmerz über der Kapsel und im Trochanter-major-Gebiet links stärker als rechts. Keine Bewegungseinschränkung. Lumbosakrale Übergangsregion bei Palpation im linken Abschnitt schmerzhaft. Lasuège angedeutet.

BSR 4/9. Rö.: LWS und Beckenringgebiet unauffällig. Nebenbefund: beginnende kolbenartige Verbreiterung der Querfortsätze L5 bds.

Li. Hüftgelenk in zwei Ebenen: Angedeutete wellige Sklerosierung des Pfannendachabschnitts. Verkalkungsfigur am lateralen Rand (Os acetabuli). Gelenkspalt im oberen Abschnitt evtl. etwas deformiert. Insgesamt rö. kein besonders auffälliger Befund.

Therapie: Steroidpräparate in Kristallsuspension i.a., später zytoplasmatische Therapie¹. Gezielte physikalische Behandlung. Langsamer, stufenweiser Abbau der Beschwerden.

Beurteilung: Wieder treffen eine statische Überlastung und ein Infekt aufeinander, was zur Manifestierung eines Reizzustandes ausreicht. Am Rande sei vermerkt, daß bei Ballettänzern Sehnen, Gelenkkapseln und Bänder sich in einem Stadium chronischer latenter Überlastung durch dauernde unphysiologische Überdehnung befinden. Die ungezielte Behandlung war auch in diesem Fall erfolglos.

3. A., M., 53 Jahre, Wachmann. Alter Weichteildurchschuß in der rechten Beckenhälfte, alte gut ausgeheilte Fraktur des rechten horizontalen Schambeinastes mit

minimaler Verschiebung. Vorbehandelt vor einem Jahr wegen einer Lumbalgie. Damals nach intraartikulären Injektionen und manuell-physikalischer Behandlung der Kreuzdarmbeingelenke Beschwerdefreiheit.

Im Anschluß an eine Grippe im Frühjahr erneute Lumbalgie. Behandlung der dorsalen Beckenringregion diesmal ohne Erfolg. Bei genauer Prüfung Beweglichkeit des rechten Hüftgelenks in den Endstellungen schmerzhaft, vielleicht auch schon beginnend bewegungseingeschränkt. BSR 3/6.

Gezielte Behandlung am rechten Hüftgelenk, wie oben angegeben, führt zum Erfolg.

Beurteilung: Wieder Zusammentreffen von statischen Störungsmomenten und Infekt. Der Reizort wechselte gegenüber früherer Erkrankung vom Kreuzdarmbein zum Hüftgelenk.

Zusammenfassung und Diskussion: Es werden bei drei Patienten therapie-resistente Lumbalgien beschrieben, die durch einen latenten Reizzustand im Hüftgelenk unterhalten wurden. Nach Erkennung des Zustands und gezielter Behandlung gelang die Ausheilung.

Auf die diagnostischen Schwierigkeiten beim latenten Reizgelenk sei hingewiesen. Auch ein Röntgenbild ist zur Erkennung eines solchen Zustands in der Regel nicht geeignet.

Ein Zusammentreffen von besonderen statischen Belastungen und Infekten scheint das Angehen von Gelenk-Reizzuständen zu begünstigen. Durch die Ausbildung eines Kapselödems kommt es vermutlich über einen Dauerreiz der nervalen Kapsel-elemente („Tastelektroden“) zur Entgleisung des Regelkreises: Gelenk, funktionszugehörige Muskulatur, vegetative Versorgung mit Muskelspasmus, Durchblutungs- und Ernährungsstörungen. Die sich dadurch entwickelnden Tendopathien dürften hauptsächlich das Wesen der beschriebenen lumbalen Schmerzen erklären. Beteiligte Muskulatur: Die

Gluteus-Gruppe, besonders gluteus maximus (Ursprung und Ansätze: Darmbeinschaukel hinten, facies dorsalis ossis sacri, lig. sacro-tuberales, tuberositas glutea, tractus iliotibialis fasciae latae). Mm. piriformi (facies pelvina ossis sacri-trochanter major), iliopsoas und seine partiellen Antagonisten M. longissimus und M. iliocostalis (facies dorsalis ossis sacri, labium externum cristae ilicae). Diskutabel ist außerdem ein Irritationsschmerz der kleinen Wirbelgelenke des lumbosakralen Übergangs durch Änderung der Beckenstatik (vermehrte Lordosierung).

Der Zustand des Reizgelenks ist reversibel. Kommt es nicht zur Abheilung, dürfte hierin eine der wesentlichen Entstehungsursachen der Arthrose zu erblicken sein, die wir als Bild der chronischen Entgleisung eines solchen vorbeschriebenen Regelkreises auffassen. Mit dieser Zuordnung erschließen sich eine Reihe sehr wirksamer Behandlungsmethoden.

Zur Behandlung aufgetretener degenerativer Schäden an Gelenken bevorzugen wir nach Bekämpfung des Reizzustandes die reparative zytoplasmatische Therapie¹.

Die manuelle Gelenkbehandlung, die beim akuten bzw. chronischen Kapselödem sicher nicht angebracht ist, findet an Extremitäten- wie an kleinen Wirbelgelenken nach Abheilung mit Verklebungen und Beweglichkeitseinschränkung jetzt eine wirksame und dankbare Indikation. Die Behandlung wird so je nach Zustand der Erkrankung bei ein und demselben Gelenk mit verschiedenen Methoden eingreifen müssen, um optimale Erfolge zur erzielen.

DK 617.559 – 009.76 : 616.728.2

*Anschrift: Dr. med. H. Schmauser,
Facharzt für innere Krankheiten,
68 Mannheim, Mozartstraße 20*