

Schmerzen im Leistenbereich: Klinischer Denkprozess und Differenzierung von Dysfunktionen der Gelenke

Douleurs dans la région inguinale: raisonnement clinique et différenciation des dysfonctions articulaires

DENIS MAILLARD

Der Autor schildert sein klinisches Vorgehen zur Differenzierung von Schmerzen im Leistenbereich. Er stützt sich dabei auf verschiedene etablierte therapeutische Konzepte.¹

L'auteur décrit son raisonnement clinique pour différencier les douleurs dans la région inguinale. Il s'appuie sur plusieurs concepts thérapeutiques établis.¹

Bei mechanischen Dysfunktionen von Gelenken, Muskeln/ Sehnen oder neuromeningealen Strukturen handelt es sich um gesunde Gewebe, die eine eingeschränkte Beweglichkeit aufweisen. Ich würde es eine funktionelle Pathologie (*Abbildung 1*) in dem Sinne nennen, als dass ihr Funktionieren auf Gewebeebene gestört ist. Diese Störung ist reversibel, da das an sich gesunde Gewebe die Funktion wieder ausführt, wenn die Beweglichkeit wiederhergestellt ist. Mechanische Dysfunktionen sind nicht mit Untersuchungen nachweisbar, die zur Diagnose organischer Schädigungen konzipiert sind, wo die pathologische Barriere überschritten ist. Solche Gewebe zeigen strukturelle Veränderungen, die teilweise reversibel sind, liegen jedoch Vernarbungen vor, werden sie irreversibel.

Les dysfonctions mécaniques articulaires, musculo-tendineuses ou neuroméningées concernent des tissus sains qui présentent une restriction de mobilité que j'appellerai pa-

¹ Raisonnement clinique ainsi que des moyens d'évaluation et de traitement issus de divers concepts: ostéopathie, Sohler, Société suisse de thérapie manuelle, chaînes musculaires selon Busquet, Maitland ainsi que tests et mobilisations neurodynamiques.

Paralleles Auftreten von Dysfunktionen und organischen Schädigungen

Wenn Dysfunktion und organische Schädigungen parallel auftreten, so sollte für die Therapie der Anteil der Dysfunktion und derjenige der organischen Schädigung unterschieden werden. Eine gut behandelte Dysfunktion verbessert sich schneller und benötigt weniger Therapieeinheiten als die Be-

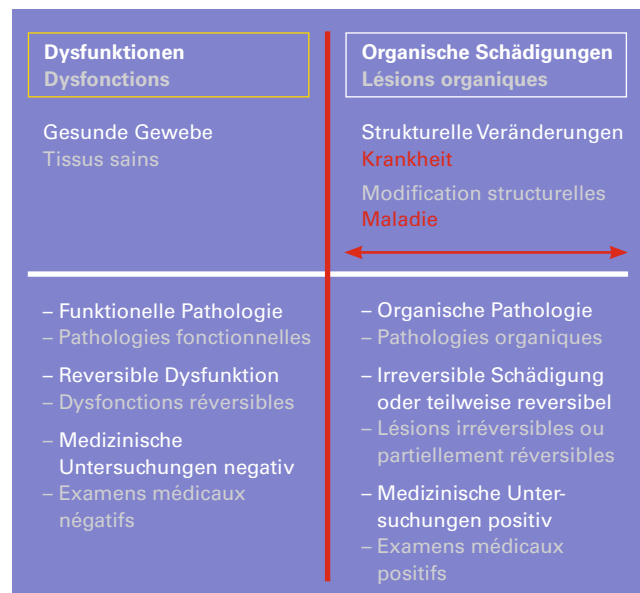


Abbildung 1: Dysfunktionen im Vergleich zu organischen Schädigungen. |
Illustration 1: Comparaison entre dysfonctions et lésions organiques.

¹ Clinical Reasoning sowie Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus den Konzepten der Osteopathie, Sohler, Schweizer Gesellschaft für manuelle Therapie, Muskelketten nach Busquet, Maitland wie auch neurodynamische Tests und Mobilisation.

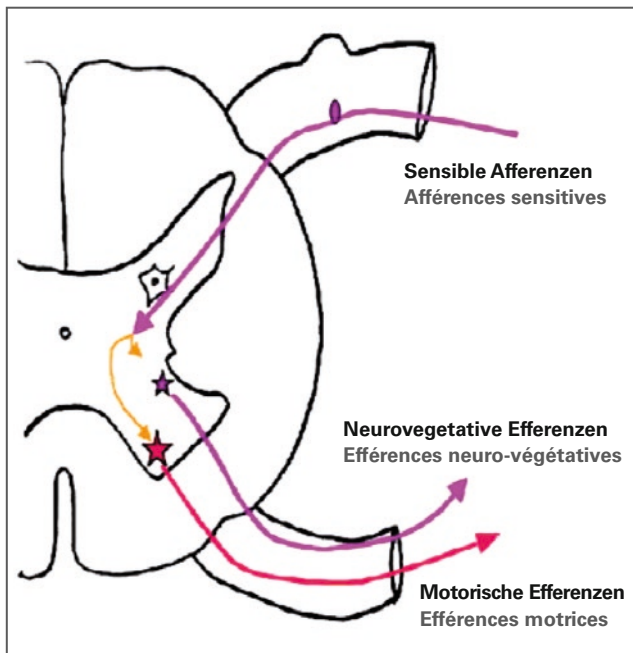


Abbildung 2: Afferente und efferente Nervenbahnen. | Illustration 2: Afférences et efférences.

handlung einer organischen Schädigung. In der ambulanten Praxis sind Dysfunktionen sehr häufig. Liegen gleichzeitig auch organische Schädigungen vor, so verstärken die mechanischen Dysfunktionen häufig die Schmerzen, da sie zusätzlich mit reflektorischen Muskelspannungen und trophischen Störungen neurovegetativen Ursprungs einhergehen (Abbildung 2). Deshalb hat die Behandlung der Dysfunktion Vorrang. Sie ermöglicht es, das Gleichgewicht wiederherzustellen, das vor dem Auftreten oder der Verschlimmerung der Schmerzen bestand.

Mechanische Dysfunktionen

Mechanische Dysfunktionen betreffen Gelenke, Muskeln/Sehnen und neuromeningeale Strukturen. Sie können einzeln oder in Kombination auftreten. Dieser Artikel befasst sich nicht mit viszeralen und kreislaufbedingten mechanischen Dysfunktionen, diese werden dem osteopathischen Vorgehen zugeordnet.

Dysfunktionen der Gelenke

Die Gelenkdysfunktionen im Leistenbereich betreffen das Hüftgelenk, die Iliosakralgelenke und die Gelenke des lumborakalen Übergangs. Sie sind von organischen Schädigungen zu unterscheiden, wie der Arthrose des Hüftgelenks oder der Lendenwirbel, Schädigung des Labrums der Gelenkpfanne, des Kapselbandapparats des Hüftgelenks oder Diskopathien der Lendenwirbelsäule (Abbildung 3).

Gelenkprobleme Problématiques articulaires	
Dysfunktionen Dysfonctions	Organische Schädigungen Lésions organiques
<ul style="list-style-type: none"> - Dysfunktion Hüftgelenk - Dysfonction coxo-fémorale - Dysfunktion Iliosakralgelenk - Dysfonction de l'iliaque - Dysfunktion TH12-L1 - Dysfonction D12-L1 	<ul style="list-style-type: none"> - Arthrose - Arthrose articulaire - Bandverletzung - Lésions ligamentaire - Verletzung des Labrums - Lésions du labrum - Lumbale Diskopathie - Discopathie lombaire - Weiteres - Autres

Abbildung 3: Gelenkprobleme. | Illustration 3: Problématiques articulaires.

thologie funktionelle (illustration 1) dans le sens où le fonctionnement tissulaire est perturbé. Elles sont réversibles car il s'agit de tissus sains qui fonctionnent à nouveau dès que la mobilité est restaurée. Elles ne sont pas décelables par les examens conçus pour détecter des lésions organiques qui, elles, ont franchi la barrière pathologique: les tissus présentent des modifications structurales, partiellement réversibles mais parfois irréversibles selon les différents processus de cicatrisation.

Association de dysfonctions et de lésions organiques

Face à une association de dysfonctions et de lésions organiques, il convient de distinguer la part de l'une et de l'autre dans la détermination des choix thérapeutiques. Une dysfonction bien traitée évolue plus vite et nécessite moins de séances que le traitement d'une lésion organique. En pratique ambulatoire, les dysfonctions sont très fréquentes. Même associées à des lésions organiques, elles aggravent souvent les douleurs en leur ajoutant des tensions musculaires réflexes et des perturbations trophiques d'origine neurovégétative (illustration 2). C'est pourquoi je privilégie le traitement des dysfonctions. Cela permet au patient de retrouver la situation d'équilibre qu'il avait avant l'apparition ou l'aggravation des douleurs.

Dysfunktionen mechanische

Les dysfonctions mécaniques concernent des structures articulaires, musculo-tendineuses et neuro méningées. Elles peuvent être isolées ou combinées. Cet article n'aborde pas

Muskel-Sehnen-Probleme Problématiques musculo-tendineuses	
Dysfunktionen Dysfonctions	Strukturelle Veränderungen Modifications structurelles
<ul style="list-style-type: none"> - Reflektorische muskuläre Hypertonie (kontraktilen Gewebe) - Hypertonie musculaire réflexe (tissu contractile) 	<ul style="list-style-type: none"> - Muskuläre Verkürzung (nicht-kontraktilen Gewebe) - Hypoextensibilität musculaire (tissu non-contractile) - Atrophie - Amyotrophie - Tendinopathie - Tendinopathie - Muskelriss - Déchirure musculaire - Sehnenruptur - Rupture tendineuse - Verkalkungen - Calcifications - Weiteres - Autres

Abbildung 4: Muskel-Sehnen-Problematiken. | Illustration 4: Problématiques musculo-tendineuses.

Muskel-Sehnen-Dysfunktionen

Muskel-Sehnen-Dysfunktionen sind Muskelverspannungen des Iliopsoas (Hypertonie des kontraktilen Gewebes). Hier ist zwischen organischen Schädigungen wie muskulärer Verkürzung (Retraktion des nicht kontraktilen Gewebes), Atrophie, Tendinopathie, Sehnenzerrungen oder -rissen und Verkalkungen zu unterscheiden (Abbildung 4).

Neuromeningeale Dysfunktionen

Neuromeningeale Dysfunktionen sind Mobilitätseinschränkungen des N. femoralis, nachgewiesen durch neurodynamische Tests. Hier ist zu unterscheiden von organischen Läsionen des Nerven, die charakterisiert sind durch neurologische Störungen, sensitiv, motorisch oder mit pathologischer Reflexantwort (Abbildung 5). Diese werden durch neurologische Tests nachgewiesen.

Ein Patient mit Schmerzen in der Leistengegend – klinischer Denkprozess

Das folgende Beispiel berücksichtigt die Verbindung mit multistrukturellen Dysfunktionen: Ein Patient hat neu aufgetretene Schmerzen im Leistenbereich, die bei längerem Gehen, beim Treppensteigen und bei endgradiger Hüftbeugung auf das proximale Drittel der Vorderseite des Oberschenkels ausstrahlen.

Ein neurodynamischer Test zeigt eine Mobilitätseinschränkung des N. femoralis. Die Palpation des Leistenbereichs und

Neuromeningeale Probleme Problématiques neuroméningées	
Dysfunktionen Dysfonctions	Organische Schädigungen Lésions organiques
<ul style="list-style-type: none"> - Eingeschränkte Beweglichkeit des Nervensystems - Restriction de mobilité du système nerveux - Schmerzsymptome - Douleurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Strukturelle Veränderungen - Modifications structurelles - Neurologische Störungen (Sensibilität, Motorik, Reflexe) - Troubles neurologiques (sensitifs, réflexes ou moteurs)

Abbildung 5: Neuromeningeale Probleme. | Illustration 5: Problématiques neuroméningées.

des dysfunktionen mechanischen viszerale und zirkulatorische, die Teil des klinischen osteopathischen Denkprozesses sind.

Dysfunktionen artikuläre

Die artikulären Dysfunktionen der Inguinalregion betreffen die Hüftgelenke, die Kreuz-/Hüftgelenke und die Kreuz-/Lendenwirbelsäule. Man unterscheidet zwischen organischen Läsionen wie der Arthrose des Hüftgelenks oder der Kreuz-/Lendenwirbelsäule, den Läsionen des Labrum acetabulare, den Läsionen der Kapsel-Ligamenten des Hüftgelenks oder den Bandscheibenlumbopathien (Illustration 3).

Dysfunktionen musculo-tendineuses

Die musculo-tendinösen Dysfunktionen sind Muskelverspannungen des Iliopsoas (Hypertonie des kontraktilen Gewebes). Man unterscheidet zwischen organischen Läsionen wie der Hypoextensibilität des Muskels (Retraktion des nicht kontraktilen Gewebes), der Amyotrophie, der Tendinopathie, den Muskelrissen oder den Sehnenrupturen und den Verkalkungen (Illustration 4).

Dysfunktionen neuroméningées

Die neuromeningealen Dysfunktionen sind Mobilitätseinschränkungen des N. femoralis, nachgewiesen durch neurodynamische Tests. Man unterscheidet zwischen organischen Läsionen des Nerven, die durch neurologische Störungen, sensitiv, motorisch oder mit pathologischer Reflexantwort charakterisiert sind, und den neuromeningealen Dysfunktionen, die durch neurodynamische Tests nachgewiesen werden.

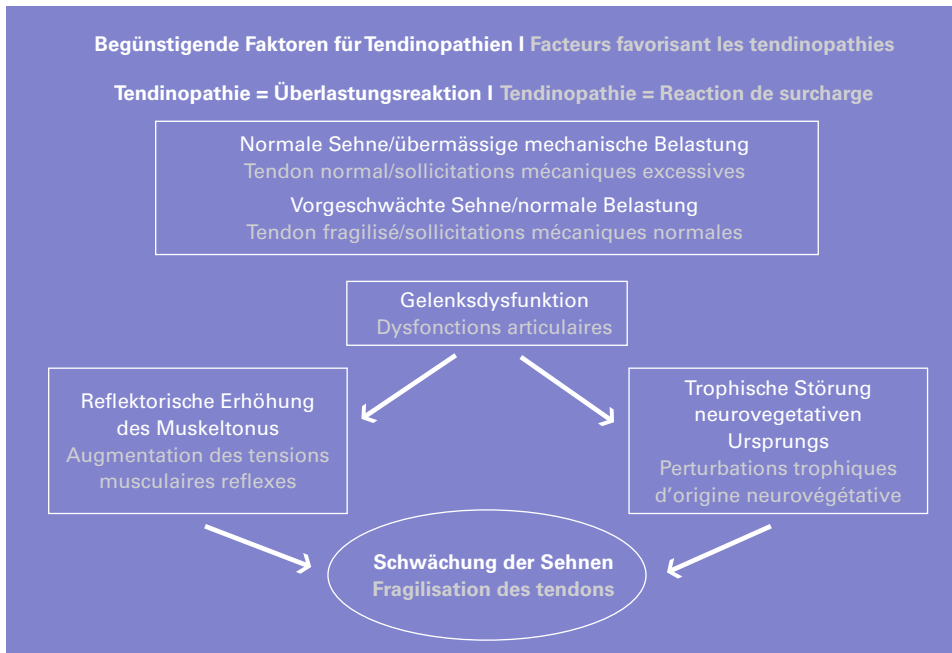


Abbildung 6: Begünstigende Faktoren für Tendinopathien. | Illustration 6: Facteurs favorisant les tendinopathies.

der Fossa Iliaca weist auf eine Hypertonie des M. iliopsoas hin. Ich wende eine neuromuskuläre Technik an, um die Spannung zu lockern, dann wiederhole ich den neurodynamischen Test des N. femoralis, der nun negativ ausfällt. Dies bestätigt, dass die erhöhte Spannung des Iliopsoas eine Rolle bei der Mobilitätseinschränkung des Nerven spielte, beengt zwischen den iliakischen und den Psoas-Anteilen des Muskels. Diese erhöhte Spannung an sich kann einen Teil der Symptome erklären.

Ich suche nach einer lokalen oder entfernten Dysfunktion der Gelenke, welche die reflektorisch erhöhte Spannung des Iliopsoas-Muskels erklären könnte (Abbildung 2). Ich prüfe das Hüftgelenk, das Anzeichen von Dysfunktionen aufweist. Die Behandlung besteht in der Zentrierung des Gelenks, der Prüfung der unmittelbaren Auswirkungen auf die reflektorischen Muskelspannungen und der Bewertung der Behandlungseffekte in den darauffolgenden 48 Stunden, um die neurovegetativen Regulierungen auf die Trophik des lokalen Gewebes und den mikrozirkulatorischen Aspekt einer Gewebsentzündung wirken zu lassen.

Ich suche weitere Gelenkdysfunktionen, lokal oder auch entfernt, welche Muskel-Sehnen-Dysfunktionen auslösen oder aufrechterhalten können. Diese können in Form von erhöhter Spannung oder Tendinopathien auftreten, infolge einer übermäßigen reflektorischen Muskelspannung und einer trophischen Störung in Verbindung mit der neurovegetativen Reflexschleife (Abbildung 6). Diese motorischen und neurovegetativen Reflexschleifen werden durch sensitive Afferenzen aus der Gelenkdysfunktion aufrechterhalten (Abbildung 2). Erhöhte Spannungen sind häufig durch die

Raisonnement clinique

L'exemple suivant tient compte de l'association de dysfonctions multistructurelles. Un patient présente des douleurs récentes dans la région inguinale qui irradient sur le tiers proximal de la face antérieure de la cuisse lorsqu'il marche de façon prolongée, lorsqu'il monte les escaliers et en fin de flexion de la hanche. Un test neurodynamique montre une restriction de la mobilité du nerf fémoral. La palpation de la région inguinale et de la fosse iliaque révèle une hypertonie du muscle iliopsoas. Je réalise une technique neuromusculaire pour relâcher la contracture puis répète le test neurodynamique du nerf fémoral qui devient négatif. Cela confirme que la contracture de l'ilio-psoas a joué un rôle dans la restriction de la mobilité du nerf, gêné lors du passage entre les parties iliaque et psoas du muscle. Cette contracture peut expliquer à elle seule une partie des symptômes. Je recherche une dysfonction articulaire, locale ou à distance, qui expliquerait la présence d'une contracture réflexe du muscle ilio-psoas (illustration 2). Je teste l'articulation coxo-fémorale qui révèle des signes de dysfonctions. La suite du traitement consiste à effectuer des recentrages articulaires de l'articulation, à vérifier les modifications immédiates sur les tensions musculaires réflexes et à évaluer les effets du traitement dans les 48 heures qui suivent pour laisser les régulations neurovégétatives produire leur effet sur la trophicité tissulaire locale ainsi que l'aspect microcirculatoire d'une inflammation tissulaire.

Je recherche des dysfonctions articulaires, locales ou à distance, susceptibles de générer ou d'entretenir des dysfonctions musculo-tendineuses, sous forme de contractures

Kompression einer benachbarten Nervenstruktur direkt oder indirekt für einen Teil der Schmerzen verantwortlich.

Dysfunktionen des Hüftgelenks

Dysfunktionen des Hüftgelenks sind durch Schmerzen oder Einschränkungen im Leistenbereich bei Hüftbeugung, bei langem Gehen oder beim Treppensteigen gekennzeichnet. Die Lokalisierung des Schmerzes und sein Verhalten erlaubt uns die Hypothese einer Dysfunktion des Hüftgelenks; die spezifischen Beweglichkeitstests nach Sohier belegen die Gelenkdysfunktion. Bei der passiven Mobilisation des Hüftgelenks ergibt sich eine anormale «motorische Barriere», das heisst eine Muskelantwort, ausgelöst durch die aufgrund der Dysfunktion gestörten Informationen aus dem Gelenk. Zur Untersuchung der Dysfunktion des Hüftgelenks wird die passive Beweglichkeit der Gelenke auf beiden Seiten verglichen (*Abbildung 7*). Das Gelenk mit Dysfunktion zeigt eine anormale reflektorische Muskelreaktion, die sich durch einen früheren Widerstand, eine Abweichung von der Bewegungsbahn, eine Einschränkung oder Schmerzen im Leistenbereich und ein eingeschränktes Bewegungsausmass äussert. Der Femurkopf kann eine interne oder externe, vordere oder anteversierte Dezentrierung aufweisen.

Die Rezentrierung des Gelenks in den verschiedenen Richtungen führt zu einer sofortigen Veränderung der reflektorischen Muskelreaktionen während der Kontrolltests. Diese Verbesserung bestätigt das Bestehen einer Dysfunktion. Eine weitere Verbesserung wird in den 48 Stunden nach der Behandlung erwartet, aufgrund der neurovegetativ beeinflussten Gewebstrophik.

Dysfunktionen der Iliosakralgelenke

Die Gelenkdysfunktionen der Iliosakralgelenke sind gekennzeichnet durch einen Schmerz im Bereich des Iliosakralgelenks, der aufgrund des hypertonen M. piriformis in die Gesässbacke ausstrahlen kann. Wenn dieser Hypertonus des Piriformis den Ischiasnerv komprimiert, kann der Schmerz in Form einer Ischialgie in die untere Extremität ausstrahlen. Diese Dysfunktion kann sich auch durch Leistenschmerzen mit einer eventuellen Verspannung des Iliopsoas manifestieren, manchmal mit einer Schambeinreizung, die durch eine verschobene Symphyse begünstigt wird. Diese Symptome treten bei Belastung des Gelenks auf, beim Aufstehen vom Sitzen, zu Beginn beim Gehen, bei langem Gehen, vor allem aber beim Treppensteigen oder bei Anstiegen. Wenn die Symptome insbesondere im Leistenbereich liegen, kann die Dysfunktion der Iliosakralgelenke mit einer Dysfunktion des Hüftgelenks verwechselt werden. Die klinische Unterscheidung zwischen den beiden Dysfunktionen basiert auf mehreren Kriterien:



Abbildung 7: Passiver Beweglichkeitstest der Hüfte. | Illustration 7: Test de la mobilité passive de l'articulation coxo-fémorale.

musculaires ou de tendinopathies résultant de l'excès de tension musculaire réflexe et de la perturbation trophique en lien avec la boucle réflexe neurovégétative (*illustration 6*). Ces boucles réflexes, motrices et neurovégétatives, sont entretenues par des afférences sensibles d'origine articulaire qui sont perturbées par une dysfonction (*illustration 2*). Les contractures musculaires sont souvent responsables d'une partie des douleurs, directement ou indirectement, par compression d'une structure nerveuse passant à proximité.

Dysfonctions coxo-fémorales

Les dysfonctions articulaires coxo-fémorales se caractérisent par une douleur ou une gêne dans la région inguinale lors de la flexion de la hanche, à la marche prolongée et à la montée des escaliers. La localisation de la douleur et son comportement permettent d'émettre l'hypothèse d'une dysfonction coxo-fémorale; les tests de mobilité spécifiques selon Sohier objectivent le dysfonctionnement articulaire. La mobilisation passive de la coxo-fémorale met en évidence une «barrière motrice» anormale, c'est-à-dire une réponse musculaire modifiée par les informations articulaires perturbées par la dysfonction. La recherche d'une dysfonction coxo-fémorale se fait en comparant la mobilité passive des articulations de chaque côté (*illustration 7*). L'articulation en dysfonction présente une réponse musculaire réflexe anormale qui se traduit par une résistance plus précoce, une déviation de la trajectoire du mouvement, une gêne ou une douleur dans la région inguinale et une restriction d'amplitude. La tête fémorale peut présenter un décentrage interne ou externe, antérieur ou en antéversion.

Les manœuvres de recentrage articulaire dans les différentes directions amènent une modification immédiate des réponses musculaires réflexes lors des tests de contrôle.



Abbildung 8: Flexionstest im Stand. | Illustration 8: Test de flexion debout.

- Ein negativer Test der passiven Beweglichkeit des Hüftgelenks, besonders der Abwesenheit eines auffälligen Leistenschmerzes
- Ein Wirbelsäulen-Flexionstest im Stehen (Vorlaufstest), bei dem die Spina iliaca superior-posterior auf der dysfunktionalen Seite mitläuft (Abbildung 8)
- Ein palpatorischer Test der Beckenschaufel zeigt eine Asymmetrie in Ante-/Retroversion der betroffenen Seite. Der Test wird in Rücken- und Bauchlage durchgeführt; es wird die Position der Spina iliaca anterior-superior respektive posterior-superior zur Lage der beiden Kämme (cristae) verglichen (Abbildung 9), oder die Symphyse und die medialen Malleolen in Rückenlage
- Bei der Palpation findet man Irritationszonen, welche den typischen trophischen Veränderungen bei Dysfunktion des Iliosakralgelenks entsprechen.

Diese Tests sind nicht abschliessend, aber ausreichend, um eine Dysfunktion des Iliosakralgelenks zu bestätigen und eine Korrektur zum Beispiel durch Muskeltechniken zu erlauben. Der Flexionstest der Wirbelsäule im Stehen wird also negativ; eine sofortige partielle Verbesserung der schmerzhaften Bewegungen wird erwartet und eine weitere Verbesserung in den 48 Stunden nach der Behandlung. Dies bestätigt in dieser Symptomatik der schmerzhaften Leiste die Hypothese der Dysfunktion des Iliosakralgelenks.

TH12-L1-Dysfunktionen

Man sucht eine Gelenkdysfunktion des thorakolumbalen Übergangs im Fall von negativen Tests der Hüft- und Ilio-

L'amélioration confirme la présence d'une dysfonction articulaire. L'amélioration doit se poursuivre dans les 48 heures après le traitement en ce qui concerne la trophicité tissulaire d'origine neurovégétative.

Dysfonctions de l'iliaque

Les dysfonctions articulaires de l'iliaque se caractérisent par une douleur dans la région de l'articulation sacro-iliaque qui peut irradier dans la fesse en raison d'une contracture du muscle pyramidal qui y est fréquemment associée. Si cette contracture comprime le nerf sciatique, l'irradiation douloureuse peut se prolonger dans le membre inférieur sous forme d'une sciatalgie. Cette dysfonction peut aussi se manifester par une douleur dans la région inguinale incluant une éventuelle contracture du muscle ilio-psoas, parfois des pubalgies, favorisées par un décalage de la symphyse pubienne. Ces symptômes apparaissent lors de la mise en charge de l'articulation, au relevé de la position assise, à la mise en route de la marche et à la marche prolongée, en particulier à la montée de pentes ou d'escaliers. Si les symptômes sont surtout localisés dans la région inguinale, la dysfonction iliaque peut être confondue avec une dysfonction coxo-fémorale. La différenciation clinique entre les deux dysfonctions repose sur plusieurs critères:

- Des tests négatifs de mobilité passive de la coxo-fémorale, notamment l'absence de gêne inguinale significative;
- Un test de flexion du rachis en position debout qui montre une ascension de l'épine iliaque postéro-supérieure du côté de l'iliaque en dysfonction (illustration 8);
- Un test palpatoire de positionnement des iliaques qui montre des signes d'asymétrie en rotation antérieure ou postérieure de l'iliaque du côté symptomatique. Il s'effectue en décubitus ventral et dorsal et permet de comparer la position des épines iliaques postéro-supérieures ou antéro-supérieures par rapport au plan des crêtes iliaques (illustration 9), ou celle de la symphyse pubienne et des malléoles médiales en décubitus dorsal;
- La recherche palpatoire de zones d'irritation caractéristiques qui correspondent à des modifications trophiques des tissus.

Ces tests ne sont pas exhaustifs, mais suffisants pour confirmer une dysfonction de l'iliaque et permettre sa correction par des techniques myotensives par exemple. Le test de flexion du rachis debout devient alors négatif; on attend une amélioration partielle immédiate des mouvements douloureux et une progression de cette amélioration dans les 48 heures qui suivent le traitement. Cela confirme l'hypothèse de la dysfonction de l'iliaque dans cette symptomatologie inguinale douloureuse.



Abbildung 9: Palpation der Lage der Cristae iliacae. | Illustration 9: Test de positionnement sacro-iliaque.

sakralgelenke oder bei einer unbefriedigenden Entwicklung nach der Korrektur der vorangehenden Dysfunktionen.

Die TH12-L1-Gelenkdysfunktionen können sich lokal im unteren Lendenbereich oder im Leistenbereich manifestieren. Sie sind von anderen evozierten Dysfunktionen zu unterscheiden.

Man lässt den Patienten eine Extension der Wirbelsäule, eine Lateralflexion links und rechts, eine Lateralflexion kombiniert mit einer Extension (diagonal) und eine Flexion ausführen. Die lumbalen und thorakolumbalen Dysfunktionen zeigen sich in einer Beweglichkeitseinschränkung, einem Unbehagen oder einem Schmerz vor allem in Extension, der homolateralen Lateralflexion und/oder der homolateralen Lateralflexion/Extension an. Meiner Erfahrung nach manifestieren sich Gelenkdysfunktionen der Wirbelsäule mehr in der Konvergenz als in der Divergenz der Gelenkflächen.

Eine Palpation in Bauchlage bestätigt und präzisiert die Lokalisierung der lumbalen und thorakolumbalen Dysfunktionen. In der Palpation sucht man nach Veränderungen des Gewebes und der Beweglichkeit der Wirbelgelenke, im Vergleich zur Gegenseite und des Segments unter- und oberhalb. Man analysiert die Lage des Gelenks, die Gewebedichte und die Beweglichkeit. Eine Dysfunktion ist durch die Empfindung gekennzeichnet, dass ein Gelenk mehr posterior liegt, das Gewebe dichter und in Rotation weniger beweglich ist.

Die Korrektur der Dysfunktion durch «*lumbar roll*» oder divergentes Gleiten nach Sohier verändert den palpatorischen Test und den Beweglichkeitstest im Stand positiv, was sich am Ende der Therapieeinheit zeigt.

Dysfonctions D12-L1

On recherche une dysfonction articulaire de la charnière dorso-lombaire en cas de tests négatifs des articulations coxo-fémorales et ilio-sacrées ou lors d'une évolution insatisfaisante après la correction des dysfonctions précédentes.

Les dysfonctions articulaires D12-L1 peuvent se manifester localement, dans la région lombaire basse ou dans la région inguinale. Il faut les distinguer des autres dysfonctions évoquées plus haut.

On demande au patient d'effectuer une extension du rachis, une inclinaison latérale droite et gauche, une inclinaison latérale associée avec une extension en diagonale et une flexion. Les dysfonctions articulaires lombaires et dorso-lombaires prennent la forme d'une restriction de la mobilité et d'une gêne ou d'une douleur principalement en extension, en inclinaison homolatérale et/ou en inclinaison-extension homolatérale. J'ai pu vérifier que les dysfonctions articulaires du rachis se manifestent plus en convergence qu'en divergence des surfaces articulaires.

Une palpation en regard des articulaires postérieures en décubitus ventral confirme et précise la localisation des dysfonctions lombaires et dorso-lombaires. La palpation recherche des modifications tissulaires et de mobilité en comparant les articulaires postérieures à gauche et à droite d'un même niveau et d'un niveau par rapport à un autre. Elle repose sur l'analyse du positionnement, de la densité tissulaire et de la mobilité. Une dysfonction se caractérise par la sensation d'une articulaire plus postérieure, plus dense et moins mobile en rotation.

La correction de la dysfonction en *lumbar roll* ou en glissement en divergence selon Sohier modifie positivement le test palpatoire et le test de mobilité angulaire debout qui s'améliore partiellement en fin de séance.

Conclusion: Si je mets surtout l'accent sur la recherche de dysfonctions articulaires, j'inclus toujours les dysfonctions musculotendineuses et neurodynamiques dans mon raisonnement clinique. J'y applique des tests et des traitements appropriés en fonction des besoins.

L'anamnèse, la localisation et l'évolution des douleurs sont des éléments fondamentaux pour comprendre le problème du patient, émettre des hypothèses concernant la présence de dysfonctions et de lésions organiques comme pour déterminer les choix de tests cliniques les plus appropriés. ■

Fazit: Auch wenn ich den Schwerpunkt insbesondere auf Gelenkdysfunktionen lege, so schliesse ich immer Dysfunktionen der Muskeln und Sehnen sowie neurodynamische Dysfunktionen in den klinischen Denkprozess mit ein. Je nach Bedarf setze ich die entsprechenden Tests und Behandlungen ein. Die Anamnese, die Lokalisierung und die Entwicklung der Schmerzen sind fundamentale Elemente, um das Problem des Patienten zu verstehen, Hypothesen zu möglichen Dysfunktionen und organischen Läsionen aufzustellen sowie die geeignetsten Tests auszuwählen. |



Denis Maillard, Physiotherapeut und Osteopath, Lehrbeauftragter im Zweig Physiotherapie an der HESAV, Lausanne. www.denismaillard.ch

Denis Maillard, physiothérapeute et ostéopathe, chargé de cours au sein de la filière de physiothérapie à l'HESAV à Lausanne. www.denismaillard.ch

Anzeige/Announce:

Galileo® Vibrationsplatte

- Seit 17 Jahren erfolgreich auf dem Markt.
- Mit mehr als 100 rezensierten Studien umfassend dokumentiertes System.
- 10 Jahre Ersatzteilgarantie.
- Neue Geräteserie für alle Anwendungsbereiche.
- Patentierte Technologie made in Germany.



Kurse:

12. Nov. 2016
in Zürich

Remeda GmbH
Brahmsstrasse 18
8003 Zürich
Tel. 044 491 30 27
info@remeda.ch
www.galileo-schweiz.ch

Master of Science in Osteopathie* und Diplom in Osteopathie



an Europas führender Akademie für Osteopathie



* In Zusammenarbeit mit der fhg – fhg
Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol

The International Academy of Osteopathy (IAO)

Postfach 662314, 81220 München | Tel. +49 221 130 86 28 | info@osteopathie.eu | www.osteopathie.eu