

# Viszerale Osteopathie bei Rückenschmerzen

Wenn der Darm ins Kreuz fährt ■ Bei Rückenschmerzen lohnt ein Blick auf den Bauch

Matthias Löber

Eva Sommer (Name geändert), eine 29-jährige Hausfrau, hat seit rund einem Jahr Schmerzen im unteren rechten Rumpfquadranten. An einen konkreten Auslöser kann sie sich nicht erinnern. Die Symptome treten vor allem in endgradiger Extensionsposition der LWS auf, zum Beispiel bei Überkopparbeiten. Außerdem hat sie einen bewegungsunabhängigen, brennenden Schmerz auf der rechten Oberschenkelaußenseite, der meist in Ruhe auftritt und häufig auch, wenn sie längere Zeit gegangen ist.

In einer erweiterten, komplementären Anamnese erwähnt Frau Sommer, dass sie seit rund 5 Jahren mit Stuhlnunregelmäßigkeiten (Wechsel zwischen Obstipation und Durchfällen) und einem schmerzhaften Blähgefühl im Bauch zu kämpfen hat. Sie berichtet zudem von ziehenden Schmerzen im rechten Unterbauch. Ärztlich diagnostiziert wurde ein Reizdarm. Etwa drei- bis viermal pro Jahr bekommt sie eine Blasenentzündung, die oft mit einem Antibiotikum therapiert werden muss. Weiterhin leidet sie unter einer Neurodermitis.

## Große Belastung des Dickdarms

Bereits in der Anamnese gibt es Hinweise darauf, dass der Darm von Frau Sommer sehr belastet sein könnte, denn sie hat ein schmerzhaftes Blähgefühl und Stuhlnunregelmäßigkeiten. Zudem nimmt sie wegen ihrer rezidivierenden Blasenentzündungen mehrmals im Jahr ein Antibiotikum ein. Viele Antibiotika können auf Dauer die mikrobiologische Darmflora erheblich beeinträchtigen. Das Problem: Der Darm ist das größte Abwehrorgan gegen pathogene Mikroorganismen und toxische Stoffe. Eine hohe Konzentration von lymphatischen Zellen, Lymphfollikeln und der Darmflora sind vor allem im letzten Teil des Dünndarms (Ileum) und im ersten Teil des Dickdarms (Zäkum) angesiedelt. Somit reagieren diese

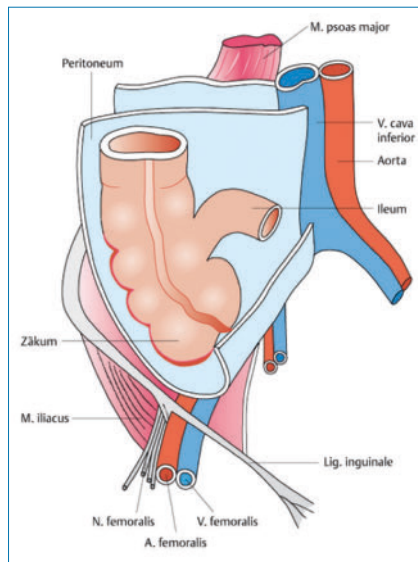


Abb. 1 Kurze Distanz: Der M. iliopsoas kann durch seine Nähe zu verschiedenen viszerale Strukturen wie dem Dickdarm und den Nieren reflektorisch seine Spannung erhöhen, falls in diesen Organen Störungen vorliegen. © H. Hübner

Anteile auf Antibiotika besonders empfindlich. Aus komplementärmedizinischer Sicht gibt es außerdem Hinweise, dass eine Darmfunktionsstörung auch zu einer Neurodermitis beitragen kann.

Der letzte Teil des Dünndarms (Ileum) und der erste Teil des Dickdarms (Zäkum) reagieren auf Antibiotika besonders empfindlich.

Bei der körperlichen Untersuchung zeigt Frau Sommer im Stand eine Hyperlordose in der LWS. Eine passive endgradige Extension löst ihre typischen Schmerzen aus, ebenso wie die Kombination aus Rotation und Lateralflexion nach rechts. Die segmentale Untersuchung der LWS und des thorakolumbalen Übergangs zeigt eine Hypermobilität im Segment L 4–L 5 bei einer rechtsseitigen Hypomobilität in den Segmenten Th 10–L 2. Bei der Palpation findet der Therapeut dort

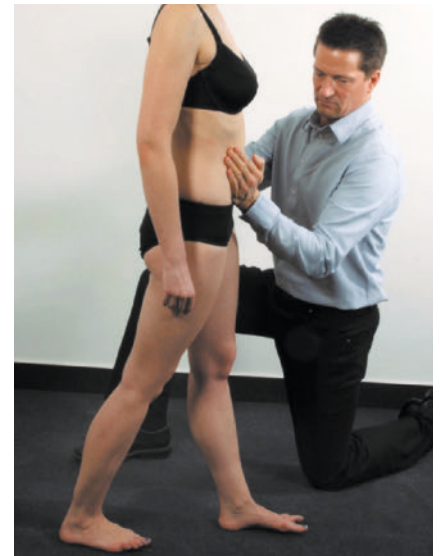


Abb. 2 Bereichslokalisierung im Stand. © M. Löber

einen Hypertonus des M. erector spinae sowie einen erhöhten Haut- und Bindegewebstonus. Beim Muskellängentest ist der rechte M. iliopsoas im Vergleich mit der linken Seite hypertonus und deutlich verkürzt (Abb. 1). Als Nächstes führt der Therapeut eine Bereichslokalisierung in der symptomprovozierenden Position im Stand durch (Abb. 2).

Er stellt fest, dass Frau Sommers Schmerzen in LWS-Extension geringer werden, wenn er den Darm anhebt. In der symptomprovozierenden Position (Schrittstellung mit LWS-Extension) bewegt der Therapeut das gesamte Viszeralpaket zunächst unspezifisch in verschiedene Richtungen oder hebt es an. Der Test kann auch spezifisch für einzelne Darmbereiche ausgeführt werden, zum Beispiel für die Zäkumregion in der rechten Fossa iliaca. Verändert sich die Sym-

## Zusammenfassung

Bei Rückenschmerzen lohnt es sich, auch mal einen Blick auf den Bauchraum zu werfen. Denn dort liegt möglicherweise der Grund für das Problem. Eva Sommer zum Beispiel scheint ihre Beschwerden aufgrund einer Darmproblematik zu haben. Wer denkt, das sei weit hergeholt, irrt sich: Die Zusammenhänge und die Therapie sind handfest. Eine Praxisanleitung.

ptomatik während des Tests, spricht das dafür, dass das viszerale System (bzw. der Darm) an den Beschwerden beteiligt sein könnte. Die symptomverändernde Region kann der Therapeut anschließend durch spezifischere Organobilisationstests weiter untersuchen.

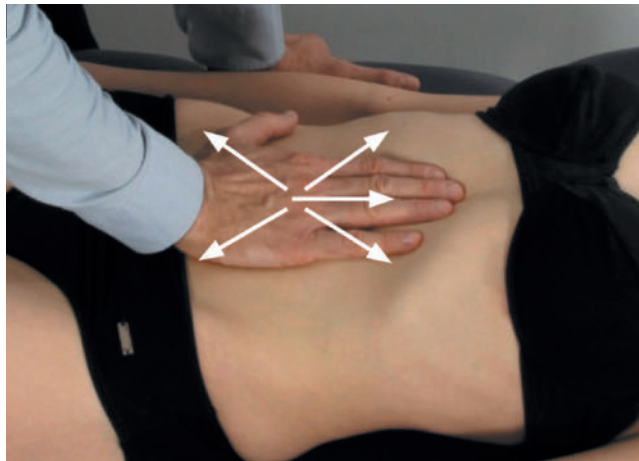
## Erhöhte Spannung in der rechten Fossa iliaca

Aufgrund der Vorgeschichte und der Befunde an der Wirbelsäule sowie der Bereichslokalisierung kommt das Viszeralssystem und speziell der Darm als möglicher Symptomauslöser bzw. als beitragender Faktor für Frau Sommers Beschwerden in Betracht. Als Nächstes untersucht der Therapeut die Dickdarmregion spezifischer und hat dabei vor allem dessen ersten Teil, also das Zäkum, im Blick.

## Zäkum

Aufgrund von viszerosomatischen Fehlafferenzen aus dem Zäkum können neuroreflektorisch auf der rechten Seite des thorakolumbalen Übergangs (in dem sich unter anderem das sympathische vegetative Ursprungsgebiet des Darms befindet) segmentale Störungen entstehen, die sich beispielsweise in segmentalen Hypomobilitäten äußern können. Die tieferliegenden Lumbalsegmente müssen in diesem Fall die geringe Beweglichkeit im thorakolumbalen Übergang kompensieren und werden dadurch überlastet. Die Folge kann eine segmentale Hypermobilität der unteren LWS sein.

Das Bauchfell (Peritoneum) im mittleren und unteren Abdomen wird von lumbalen Spinalnerven innerviert. Hat der Teil des Peritoneums, der das Zäkum umhüllt, aufgrund einer Darmstörung eine erhöhte Spannung, kann dies zu ausstrahlenden Schmerzen in die Lumbalregion führen. Im



**Abb. 3** Ecoute-Test zur Bereichslokalisierung. Der Therapeut registriert mit seiner Hand Spannungsunterschiede am Bauch: Oberflächliche Faszien reagieren auf Dysfunktionen in tieferen Schichten mit einem veränderten Gewebezug und ziehen die Hand in Richtung dieser Störung. © M. Löber



**Abb. 4** Untersuchung des Zäkums. Posteriore und laterale Befestigung: Die Fingerspitzen beider Hände liegen zwischen der Außenseite des Zäkums und der Crista iliaca und bewegen das Zäkum in Richtung Bauchnabel. So untersucht der Therapeut das Zäkum und dessen peritoneale Umhüllung in der Fossa iliaca. Zur Behandlung mobilisiert er das Gewebe weich und intermittierend an der Gewebewiderstandsgrenze. Die Behandlung darf unangenehm, aber nicht schmerzhaft sein. © M. Löber

speziellen Fall des Zäkums, dessen peritoneale Umhüllung zum Teil über einen Ramus des N. cutaneus femoralis lateralis (einem peripheren Nerv aus dem Plexus lumbalis) innerviert wird, kann es zu Schmerzausstrahlungen in die Oberschenkelregion kommen.

Eine Dysfunktion des M. transversus abdominis wird oft mit lumbalen Rückenbeschwerden und segmentalen Hypermobilitäten in Verbindung gebracht. Die motorische Innervation des M. transversus abdominis erfolgt aus den Segmenten Th 7–Th 12 – ebenso wie die sympathische vegetative Versorgung vieler Organe aus der Bauch- und Beckenregion. Aus diesem Grund könnten auch viszerale Afferenzen aus funktionsgestörten und/oder erkrankten Organen zu einer Inhibition des M. transversus abdominis führen, und zwar über den viszerosomatischen Reflexbogen.

Der M. transversus abdominis hat anatomisch über die Fascia thoracolumbalis eine

Verbindung zum dorsalen Peritoneum und damit auch zum Zäkum. Dysfunktionen des Zäkums könnten auch auf diesem Weg zu einer Hemmung des M. transversus abdominis führen und damit die muskuläre Stabilität der lumbalen Segmente beeinträchtigen.

Um das betroffene Gebiet einzugrenzen, nutzt der Therapeut zunächst einen Ecoute-Test (**Abb. 3**) und dann lokale Tensionstests in Rückenlage. Dabei gibt er kleine Druckimpulse in das Abdomen, um Spannungsunterschiede der verschiedenen Darmbereiche zu bewerten. Er bemerkt einen erhöhten Widerstand in der rechten Fossa iliaca, also im Bereich des Zäkums. Dieser Bereich ist bei direkter Palpation druckschmerzhaft. Bei der Beweglichkeitsprüfung des Zäkums fällt dem Therapeuten auf, dass dessen Mobilität nach medial (**Abb. 4**) und kranial (**Abb. 5**) eingeschränkt ist. Die Mobilisation nach medial löst Frau Sommers Rückenschmerzen aus.



**Abb. 5** Untersuchung des Zäkums. Inferiore Befestigung: Der Therapeut bewegt den kaudalen Teil des Zäkums nach kranial. Bei Frauen liegt es etwas tiefer als bei Männern und hat eine ligamentär-fasziale Verbindung zur rechten Ovarregion. Bei Störungen kann es zu Symptomen in der rechten Unterleibsregion führen. © M. Löber



**Abb. 6** Mobilisation des Zäkums – Steigerung. Eine Hand fixiert das Zäkum, die andere hält das linke Bein in maximaler Hüftgelenkflexion. Während der Mobilisation bleibt das rechte Bein in Hüftgelenkextension, oder der Patient bewegt es während der Mobilisation dorthin. Ziel ist, das Zäkum gegenüber dem M. iliopsoas bzw. gegenüber Nervenästen aus dem Plexus lumbalis zu mobilisieren. © M. Löber

### Warum die Organspannung zuerst steigt und dann nachlässt

Die viszerale Osteopathie geht davon aus, dass ein Organ bei einer Störung seine Spannung (Tension) verändert. Zunächst erhöht sie sich (Hypertension). Die Aktivität des Organs steigert sich, um regulativ auf die zugrundeliegenden Ursachen einzuwirken. Hohlgane wie beispielsweise der Darm reagieren in dieser ersten, auch als Exzitationsstadium bezeichneten Phase mit einer hypermotorischen und hypersekretorischen Aktivität. Dies kann, wie bei Eva Sommer, zu einer veränderten Peristaltik mit Durchfällen oder zu einer spastischen Obstipation führen.

Ist die Störung des Organs so massiv, dass sie der Körper nicht mehr selbst regulieren kann, oder hält der Zustand über einen bestimmten Zeitraum an, erschöpfen sich die Regulativsysteme, und das Organ verringert seine Spannung (Hypotension). Es kommt zu einer Dekompensation und damit zu einem Funktionsverlust. Diese auch als Lähmungs- oder Paralysestadium bezeichnete Phase macht sich beispielsweise durch einen hypomotorischen und hyposekretorischen Zustand der Hohlgane bemerkbar. Im Darm kommt es zu einer Inhaltsvermehrung und Stase. Ursache beziehungsweise Folge davon ist eine schlaffe Erweiterung des Darms und die Verringerung der Peristaltik. Die Folgen können Gärungs- und Fäulnisprozesse sein, die zu lokalen Entzündungen in der Darm-

schleimhaut führen. Im schlechtesten Fall verändert ein Organ im Paralysestadium seine räumliche Position im Körper und sinkt ab (Ptose). Der Bewegungsapparat reagiert auf diese veränderten viszerale Spannungszustände oft in Form von Haltungsanpassungen (z.B. Hyperlordose). Diese Fehlhaltungen können auf Dauer zu Überlastungen von verschiedenen Strukturen des Bewegungsapparates führen.

Während das Exzitationsstadium (Hypertension) und das paralytische Stadium (Hypotension) reversible Zustände sind, gibt es ein irreversibles Atrophiestadium, das sich, je nach Intensität und Einwirkungs-dauer, an das Paralysestadium anschließt. Hier findet man eine Atonie des betroffenen Organs, eine Verminderung der Gewebesubstanz und unter Umständen sogar eine Organschrumpfung.

### Das Zäkum mobilisieren

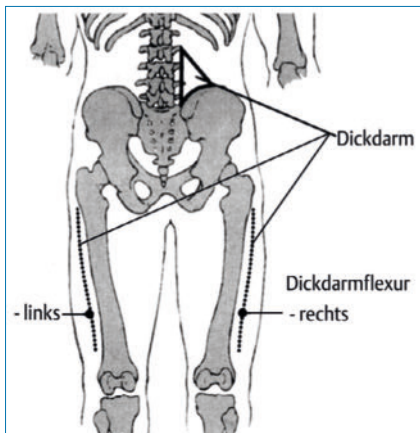
Um den Verdacht einer Zäkumproblematik zu bestätigen, beginnt der Therapeut zur Probebehandlung mit dessen Mobilisation nach medial und kranial (Kasten „Mobilisation des Zäkums“). Im anschließenden Restest ist bei Frau Sommer die Druckdolenz in der rechten Fossa iliaca geringer, die Mobilität der Segmente im thorakolumbalen Übergang verbessert und die Extension der LWS weniger schmerzhaft. Diese Ergebnisse bekräftigen die Hypothese, dass die Dysfunktion des Zäkums die neuroreflektori-

schen Veränderungen im thorakolumbalen Übergang verursachen könnte. Die Muskel-länge des M. iliopsoas hat sich im Vergleich zum ersten Test jedoch nicht verändert. Zur Behandlungsprogression mobilisiert der Therapeut daher das Zäkum gegenüber dem M. iliopsoas. Dazu bringt er den Iliopsoas in eine Dehnposition (Abb. 6).

### Wirkmechanismus

Da das Peritoneum eine bindegewebige Struktur ist, lässt es sich, ähnlich wie die Strukturen des Bewegungsapparates, mit manuellen Techniken gut beeinflussen. Die Mobilisationen wirken zum einen reflektorisches, zum anderen lassen sich strukturellbindegewebige Adhäsionen damit behandeln.

Von außen direkt auf den Darm ausgeübte, mechanische Reize können sich außerdem auf dessen enterisches Nervensystem (ENS) auswirken. Das ENS ist ein autonomer Teil des Nervensystems und reguliert unter anderem die Peristaltik, die lokale Durchblutung und die Drüsenfunktionen des Darms. Zu ihm gehören der Plexus myentericus (Auerbach-Plexus), der in der glatten Muskulatur des Darmrohres lokalisiert ist, sowie der Plexus submucosus (Meissner-Plexus), der sich zwischen der Muskulatur und der Mucosa befindet. Manuelle Techniken können über eine Stimulation des ENS die Peristaltik und die Zirkulation im Darm verbessern.



**Abb. 7** Chapman-Punkte: Die für den Dickdarm relevanten Chapman-Punkte liegen rechts an der LWS (Dreieck) und im Verlauf des Tractus iliobtibialis (Dermatom L 2/L 3). Durch sanfte, „schmelzende“ Friktionen der Punkte von 20 Sekunden bis mehreren Minuten Dauer kann man den Darm reflektorisch beeinflussen. © Weber KG, Wiese M, Bayerlein R. Neurolymphatische Reflextherapie nach Chapman und Goodheart. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2018

**Durchführung und Dauer der Technik**

Die Griffe entsprechen denen der Untersuchung. Man führt sie so lange durch, bis die Spannung bzw. die Symptome nachlassen. In der Regel dauert das wenige Minuten.

**Indikationen**

Das Zäkum sollten Therapeuten bei LWS-, ISG- und Hüftbeschwerden in ihre Untersuchung einbeziehen. Zu den Indikationen gehören außerdem alle chronischen funktionellen Darmerkrankungen, z.B. das Reizdarmsyndrom und Beschwerden durch Adhäsionen und Narben nach Entfernung des Wurmfortsatzes (Postappendektomie-syndrom).

**Kontraindikationen**

Nicht indiziert ist die Technik bei allen gravierenden Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa, Verdacht auf eine Appendizitis

(Fieber, starke Bauchschmerzen, akutes Abdomen) sowie bei sämtlichen Darmbeschwerden, die vorher nicht medizinisch abgeklärt wurden.

In den weiteren Sitzungen nutzt der Therapeut bei Eva Sommer zusätzlich neuroreflektorische Interventionen im vegetativen Ursprungsgebiet des Zäkums. Der Grund: So wie sich durch viserosomatische Reflexbögen Störungen von inneren Organen in den somatischen Geweben manifestieren können (beispielsweise als Störungen des M. transversus abdominis), können Therapeuten über den somatoviszeralen Reflex einen Effekt auf die inneren Organe erzielen. Eine Senkung der sympathischen Hyperaktivität kann der Therapeut erreichen, indem er möglichst viele dickmyelinisierte Gewebafasern (A-Beta-Nervenfasern) in Haut, Unterhaut, Bindegewebe, Muskulatur und Gelenken in den jeweiligen vegetativen Arealen durch verschiedene Stimuli reizt (Tab. 1).

Geeignete Maßnahmen im Falle von Frau Sommer sind:

- Behandlung von Bindegewebszonen (v.a. der Dickdarmzone)
- Stimulation der Chapman-Reflexpunkte am Tractus iliobtibialis und in der rechten unteren LWS (Abb. 7)
- Techniken an den Rippen- und Wirbelsäulengelenken die betroffenen Segmente der unteren BWS und des thorakolumbalen Übergangs in Form von Oszillationen, Mobilisationen und Manipulationen. Außerdem Automobilisationen dieser Bereiche
- Thermo-, hydro- und elektrotherapeutische Verfahren im Abschnitt Th 10–L 2 (z.B. Heiße Rolle, Wärmepack, sympathikusdämpfende diadynamische Stromformen, Interferenz und TENS im 100-Hz-Bereich)

Liegt die primäre Ursache für Frau Sommers Beschwerden im Darm, löst eine manuelle Behandlung die Probleme nur partiell. Ergänzend empfiehlt ihr der Therapeut daher, einen Komplementärmediziner aufzusuchen. Durch spezifische Untersuchungen, zum Beispiel eine mikrobiologische Stuhl-analyse, kann dieser die Zusammensetzung der Darmflora sowie mögliche Entzündungsprozesse innerhalb der Darmschleimhaut beurteilen und eine adäquate Therapie einleiten, zum Beispiel eine Darmsanierung oder eine Darmkur nach F. X. Mayr. ■

**Interessenkonflikt:** Der Autor erklärt, dass keine wirtschaftlichen oder persönlichen Verbindungen bestehen.

**Online zu finden unter**  
<http://dx.doi.org/10.1055/a-0671-8429>

© physiopraxis 2010; 8 (11/12): 42–46



**Matthias Löber**  
 Praxis für Physiotherapie und Osteopathie  
 Westerwaldstr. 11  
 35745 Herborn  
 Loeber.matt@gmx.de

Matthias Löber ist Physiotherapeut (OMT). Er hat eine eigene Praxis und ist Fachlehrer für Manuelle Therapie, unter anderem bei der IAOMT (Internationale Akademie für Osteopathische und Manuelle Therapie) und der AIM (Arbeitsgemeinschaft Interdisziplinäre Medizin).

**Innervationen aus BWS und oberer LWS**

Muskeln/Organe	Segment
M. transversus abdominis	Th 7–Th 12
Intestinum (Dünndarm)	Th 9–Th 10
Harnblase	Th 11–L 2
Uterus	Th 12–L 1
Ovarien	Th 10–Th 11
Dickdarm	Th 9–L 1

Tab. 1