

Erkennung und Behandlung des lateralen Oberschenkelsyndroms oder Tractus-ilio-tibio-fibularis-Syndroms

Autor(en): **Romer, U.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): - **(1981)**

Heft 5

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930461>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Erkennung und Behandlung des lateralen Oberschenkelsyndroms oder Tractus-ilio-tibio-fibularis- Syndroms

U. ROMER

Orthop. Abteilung Kantonsspital Frauenfeld (Leitung: Dr. U. Romer)

Einleitung

Die moderne Rheumatologie zeichnet sich durch grössere Genauigkeit aus; was früher als allgemeine Schmerzensation aufgefasst wurde, kann heute meist genau differenziert und daher gezielt therapeutisch angegangen werden. So ist es möglich, die im Hüftbereich auftretenden Schmerzen zu lokalisieren. Bei vielen Hüftaffektionen beginnt der Schmerz in den *lateralen* Weichteilen und findet sich oft über Jahre an gleicher Stelle. Er verhält sich bezüglich Anamnese, klinischem Befund und therapeutischem Ansprechen fast durchwegs gleich und kann einheitlich als laterales Oberschenkelsyndrom (lat. OSS) zusammengefasst werden.

Befund

a) klinisch

Bei hüftmechanisch abnormen Verhältnissen, also besonders bei einer zu steilen Schenkelhalsstellung (coxa valga) (Abb. 1a)

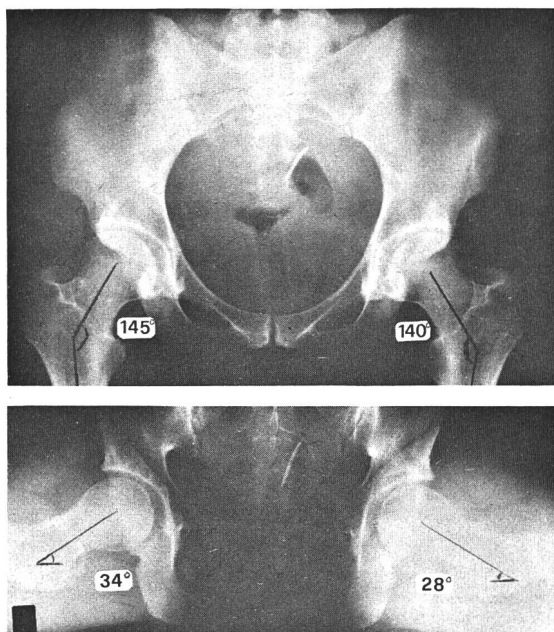


Abb. 1a und b. Pat. D.A., 1948, Serviertocher, langjährige Schmerzen im Bereiche der Fascia lata bds. Röntgenologisch *deutliche Hüftdysplasie*: 1. Pfannendysplasie (Hüftkopfüberdachung deutlich vermindert, die Pfannenecke findet sich am Ende der Verdichtungszone, Durch den hinteren Pfannenrand wird eine bessere Überdachung vorgetäuscht), 2. Coxa valga: Schenkelhalschaftswinkel rechts 145°, links 140° (Normwinkel 125°), 3. Coxa antetorta: Antetorsionswinkel rechts 34°, links 28° (Normwinkel 15°).

oder einer zu starken Antetorsion des Schenkelhalses (coxa antetorta) (Abb. 1b) kommt es zu einer Verspannung der Hüftweichteile. Diese äussert sich

1. im *Anfangsstadium* in einem unbestimmten «rheumatischen» Schmerz, der vom Patienten mit der Hand über dem Trochanter-major-Gebiet angegeben und vom Untersucher als Druckempfindlichkeit oder Schmerzhaftigkeit über dem Glutaeus medius und der benachbarten Fascia lata angegeben wird. Eventuell bestehen nur intermittierende Schmerzen.

2. in einem *Mittelstadium* verstärkt sich der Schmerz und dehnt sich bei der Palpation auf den Tensor fasciae latae, den Glutaeus maximus und die gesamte Fascia lata bis zum Knie aus. Hier besteht meist ein *permanenter* Schmerz mit nächtlichem Aufwachen.

3. *Akutes Stadium*. Die Schmerzen können sich im weiteren Verlauf oder als akute Exazerbation z.B. nach sportlicher Beanspruchung verstärken und sich besonders über dem Tractus ilio-tibio-fibularis finden (Tractus ilio-tibio-fibularis-Syndrom) (Abb. 2), wobei der Tractus bis zum Malleolus externus hochgradig spontan und druckschmerzhaft ist.

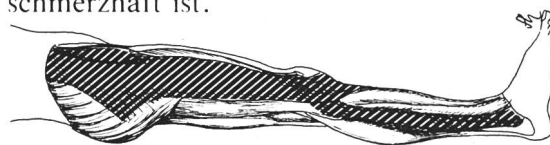


Abb. 2: Ausdehnung des Tractus ilio-tibio-fibularis mit Aufteilung an das Tuberculum Gerdy und bis zum Malleolus externus hin. Im schraffierten Gebiet findet sich bei über der Hälfte der Patienten eine Hypästhesie oder eventuell Hyperästhesie.

4. *Chronisches Stadium*. Der Schmerz greift im Verlauf einer Coxarthroseentwicklung auch auf die Adduktorengruppe und später als Schmerz *im* Hüftgelenk (Arthrose und Synovitis) auf die Leistenengegend über.

Untersuchungstechnik

Der Patient liegt auf dem Rücken auf dem Untersuchungstisch. (Nach vorausgegangen-

ner Prüfung der Beweglichkeit der WS im Stehen, der Neurologie und Beweglichkeit der Gelenke der unteren Extremitäten werden die Hüftweichteile geprüft.) In allen drei ersten obgenannten Stadien ist die Leistengegend und bei maximaler Abspreizung der Hüftgelenke die Adduktorengruppe frei. Die lateralen Weichteile werden am besten bei leichter Hüftbeugung, Adduktion und Innenrotation untersucht, wobei der Untersucher auf dem Untersuchungstisch «zu Füßen» des Patienten sitzt und bei der rechtsseitigen Hüfte mit der rechten untersuchenden Hand das Knie nach medial und in Innenrotation drückt, mit der linken Hand den Befund erhebt (siehe Abb. 3).

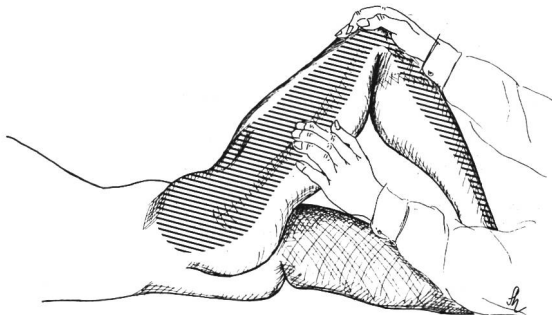


Abb. 3: Untersuchung des Patienten. Die Palpation wird fortgesetzt über dem Traktus bis zum Knie und am Unterschenkel über dem fibularen Teil des Traktus, wobei bei stärkstem ausgebildetem Syndrom in dieser Stellung durch Druck oberhalb des Knöchels Schmerz in der Trochantergegend ausgelöst werden kann.

ad. 1 Hier wird — wie oben beschrieben — der Schmerz nur eng lokalisiert proximal des Trochanter major angegeben, wobei dieser auch einer Bursitis trochanterica entsprechen kann. Der Glutaeus medius weist eine strangige Verhärtung und die Fascia lata darüber eine Verspannung auf.

ad. 2 Eventuell sind auch die vorderen Partien des Glutaeus maximus verhärtet und die gesamte Fascia lata ist verspannt.

ad. 3 Über den genannten Substraten ist insbesondere der Tractus spontan- und druckschmerzhaft bis zum Malleolus externus (Tractus-ilio-tibio-fibularis-Syndrom). Es kann in der beschriebenen Untersuchungsstellung, in der die lateralen Weichteile am meisten angespannt werden (Lit.18) beim Druck oberhalb des Malleolus externus ein Schmerz in der Hüftgegend ausgelöst werden (siehe Abb. 3). In diesem akuten Stadium gibt der Patient oft eine *Sensibilitätsstörung* über der Beinaussenseite an, die als Brennen und Stechen oder als Ameisenlaufen empfunden wird und im ersten Fall als Hyperästhesie, im zweiten Fall als Hypästhesie gefunden wird; wobei der Patient bei Unkenntnis des Krankheitsbildes Gefahr läuft, als Simulant zu gelten, da die

Gefühlsstörung keinen Dermatomgrenzen entspricht sondern am ehesten dem Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus femoris lateralis, allerdings dann auch über der Unterschenkel-Aussenseite besteht.

Diagnostisch kommt eine *sichere subfasciale* (mit der Nadel spürt man das Durchtreten durch die Fascie) Infiltration mit einem 0,5% kurz wirkenden Lokalanästhetikum in Frage, von dem meist 40 cc vom punctum maximum über dem Trochanter major raufenförmig nach proximal und distal gespritzt werden; (siehe Abb. 4) am besten in Seitenlagerung des Patienten. Sofort nach Beendigung der Infiltration steht der Patient vorsichtig auf, auch im akuten Stadium tritt bei reiner subfascialer Technik eine unmittelbare Schmerzfreiheit auf, die nach der Kürze der Zeit nicht als Allgemeinwirkung aufgefasst werden kann. Der Patient, welcher vielleicht schmerzgeplagt nächtelang nicht mehr geschlafen hatte, sieht den Untersucher ganz ungläubig an und nimmt im Gehen alle möglichen Prüfstellungen des Beines ein, da er nicht an die Schmerzbefreiung glauben will. Man kann ihm aber mit Bestimmtheit voraussagen, dass die Schmerzen nach ca. 2 Stunden unverändert zurückkehren werden. Dies ist der eigentliche diagnostische Infiltrationstest, der dem Patienten die Indikation zur Operation geben kann. Interessant mag auch sein, dass die Sensibilitätsstörung — eine Hypo- oder Hyperästhesie unter der Wirkung des Anästhetikums wegfallen.

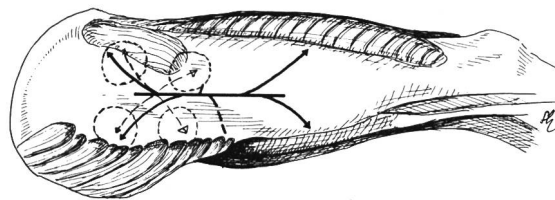


Abb. 4: Schema Anästhesie und Operation. In schematisch eingezeichneter Richtung (punktirierte Pfeile) erfolgt vor Stellen der Operationsindikation eine subfasciale Infiltration mit je ca. 4 mal 10 ccm Xylocain 0,5% mit einer mindestens 15 cm langen Kanüle. Dadurch verschwinden bei richtiger Diagnose die Schmerzen innerhalb ca. fünf Minuten, und zwar auch die Schmerzen am Unterschenkel.

Schema Operation. In gleicher Weise werden auch die Einkerbungen der Fascia lata ausgeführt. Nach dann erfolgreicher Austastung der ganzen Fascia lata wird diese zum Abschluss der Operation locker adaptiert und vernäht. Bei solcher Technik treten Faszielücken auf, die sich in der Abheilung durch Bindegewebe auffüllen.

Anamnese

Der Schmerz wird als unbestimmter *Knieschmerz* schon im frühen Kindesalter angegeben; später im Adoleszentenalter oder bei jugendlichen Erwachsenen nach sportlicher Betätigung, bei graziilen hochgeschossenen Jungen oder bei muskulösen

mittelgrossen Mädchen mit «prall gefüllter» Oberschenkelfascie. Der erste Schmerz fällt nicht selten das erste Mal in der Nacht auf, beim Liegen auf der krankhaften Seite, wobei erstaunlicherweise die schmerzhafte Beugestellung eingenommen wird. Später auch tags im Sitzen, oft nach langer Autofahrt oder beim Stehen in unveränderter Stellung.

b) Pathologie

Die Auspräparation an der Leiche (Lit. 18) und Bezeichnung mit bestimmten Messmarken hat eine vermehrte Überdehnung des Tractus in Innenrotation des Beines ergeben, welche Stellung beim Kind mit vermehrter Antetorsion im sogenannten Kneeing-in eingenommen wird; der Erwachsene geht oft nur im Ermüdungszustand einwärts. Die Bedeutung des Tractus in der Hüftmechanik wird in der Arbeit von Pauwels (Lit. 11) und neuestens in den Untersuchungen von Jacob (Lit. 3) bestätigt. Hardmeier konnte im mikroskopischen Bild ohne Kenntnis des klinischen Befundes zwischen pathologisch verändertem Tractus und solchem ohne Veränderungen bei Kontrollbiopsien unterscheiden. Bei krankhaftem Tractus fand er eine Vermehrung der an Mucopolysacchariden reichen Grundsubstanz des Bindegewebes (Lit. 17) und eine Verwerfung der Bindegewebsfasern, die er als Folge der unphysiologischen Zugbeanspruchung deutet.

c) Röntgenologische Veränderungen

Wie oben erwähnt liegt in den ersten Jahren der lateralen Hüftschmerzen keine Arthrose der Hüftgelenke vor; die Hüftgelenke werden besonders in der ap-Aufnahme von wenig Geübten oft als normal beurteilt. Dass die Trias Hüftdysplasie — Pfannendysplasie, Coxa valga et antetorta (siehe Abb. 1a und b), zur vermehrten Spannung der pelvitrochanteren Muskulatur führt, zeigt sich an den periostalen Veränderungen, die manchmal vor arthrotischen Zeichen auftreten.

Die schnappende oder schnellende Hüfte hat die gleichen pathologischen Grundlagen wie das laterale Oberschenkel-Syndrom und kann therapeutisch gleich angegangen werden.

Differentialdiagnose

- Die *Periarthrosis coxae* ist im Rahmen des lateralen Oberschenkelsyndroms zu deuten (Lit. 2).
- Daneben ist die *meralgia paraesthetica nocturna* zu erwähnen, die eine Symptomatik im Gebiet des nervus cutaneus fe-

moris lateralis macht mit Druckdolenz besonders am Austrittspunkt des nervus am Beckenkamm. Der Nerv kann auch durch die Einwärtsdrehung der Oberschenkel, d.h. durch vermehrte Spannung gereizt sein.

- Bezüglich Häufigkeit des Auftretens müsste der *Diskushernien*schmerz an 1. Stelle genannt werden, der vom Patienten entsprechend der Dermatombegrenzung dorso-lateral am Trochanter major und lateral-ventral im Kniebereich und Unterschenkel bis zum Fuss hin angegeben wird. Vorherrschend sind jedoch der Hustenschmerz und der *radikuläre* Befund. Der Patient würde auf die diagnostische Infiltration nicht ansprechen. Im Falle einer akuten Diskushernie kann ein bisher blandes laterales Oberschenkelsyndrom eine *Doppel-Symptomatik* verursachen.
- Bei einer *Coxitis* wird besonders der Rotationsschmerz nie fehlen.
- Der Schmerz einer *Spondylolisthesis* ist vielfach doppelseitig und dehnt sich kaum auf die Lateralseite der Hüftgelenke aus.
- Bei der *Neuropathie der nervi clunium* kann auch ein lateraler Schmerz vorliegen, der Haupt-Spontan- und Druckschmerz findet sich jedoch über den gereizten nervi clunium selber. (Lit. 14)
- Beim *ilio-tibial-band-friction-Syndrom* (Lit. 12) wird der Schmerz nach proximal die Oberschenkelmitte nicht überschreiten, es sei denn, dass die vermehrte Druck- und Bursabildung am Fibulaköpfchen durch eine hüftbedingte erhöhte Tractusspannung zustandekommt.

Behandlung

a) Konservativ

Prinzipiell geht es darum, die Spannung der Fascia lata und der pelvitrochanteren Muskulatur zu vermindern. Dies kann im akuten Zustand durch die entlastende Schonstellung in Hüftabduktion und Aussenrotation erfolgen, welche aber erstaunlicherweise nur selten eingenommen wird. Der *circulus vitiosus*: der Spannung und Schmerzen kann zusätzlich zum Lokalanästhetikum mit einem Cortison-Präparat unterbrochen werden. Natürlich wird ein Antirheumatikum, eventuell intramuskulär verabreicht, Kältepackungen; Übergang zu lauwarmen Wickeln im subakuten Stadium rasche Besserung bringen. Im letzten Stadium geht die *physikalisch-therapeutische Kunst* dahin, die Muskulatur

in der entlastenden Aussenrotationsstellung zu lockern. Eventuell kann gekonnte Bindegewebsmassage erfolgen, oder Unterwassermassage oder Lockerung der Fascie mit dem Ultraschallkopf.

Eine Entspannung der Weichteile ist durch Abmagerung bei Übergewichtigkeit und dadurch Verminderung des Volumensinhaltes der Oberschenkel-Fascie möglich. Eine Entspannung im subakuten Stadium wird durch Wärme in jeder Form eintreten. So sind die Schmerzen im Sommer und in südlichen Gegenden besser. Günstig wirkt sich eine mindestens jährliche Badekur auf den Zustand der Muskulatur aus.

b) Operativ

Gelegentlich finden sich bei ausgeprägter Coxarthrose rein laterale und nur wenig akzentuierte Hüftschmerzen. Als effektive, anhaltende, arthroseverhindernde Operation kommt beim Patienten bis zum Pubertätsalter und anhaltenden stärkeren Schmerzen eine varisierende, derotierende intertrochantere Osteotomie (Lit. 10) in Frage, ebenfalls beim vielleicht 40–50-Jährigen und beginnender Arthrose eine intertrochantere Osteotomie; aber die Korrektur-Operation hat beim Laien eine schlechte Presse.

Als kleinerer Eingriff nach der Pubertät bis zur begonnenen Coxarthrose kommt die Operation im Bereiche der Weichteile in Frage, über die an anderer Stelle ausführlich (Lit. 17) berichtet wurde: Nach Nichtansprechen auf die konservativen Möglichkeiten führt ca. ein Drittel der Fälle zur Operation, die darin besteht, durch Einkerbungen der Fascia lata in Längs- und Schrägrichtung diese in der Längs- und Querrichtung zu erweitern und zu entspannen. Die Einkerbungslücken werden durch Bindegewebe ausgefüllt. In der Nachbehandlung geht es darum, Verklebungen zu verhindern und die operativ abgelöste verspannte Muskulatur — meist vorderer Anteil des Glutaeus medius und Teile des am Femur inserierenden Glutaeus maximus (erweiterte Fasciotomie) — zu kräftigen.

Bis zu diesem Datum wurden bei uns 118 Fasciotomien durchgeführt. Über Langzeitergebnisse — Durchschnitt über 3 ½ Jahre — wurde früher berichtet (Lit. 18). Bei richtiger Indikationsstellung ergeben sich folgende Resultate:

eine jahrelange Schmerzfreiheit in	50%
eine deutliche Schmerzbesserung in	25%
nur ungenügende Besserung in	25%

Zusammenfassung

Im subakuten Stadium können die *lateralen* Hüftschmerzen im Bereiche der Fascia lata, des Glutaeus medius, eventuell des Glutaeus maximus, im akuten Stadium zusätzlich im Bereiche des tractus ilio-tibio-fibularis für manchmal viele Jahre konstante Schmerzen vor einer Hüftarthrose bilden. Sie grenzen sich klar ab gegenüber dem am Oberschenkel mehr dorsal betonten Diskushernien-schmerz. Ebenso folgen sie therapeutisch bestimmten Regeln der konservativen Entspannung oder operativ: sei es, dass die Weichteile z.B. durch eine varisierende Osteotomie oder durch eine (erweiterte) Fasciotomie in normale Spannung gebracht werden. Das Beschwerdebild wird in Abgrenzung anderer Schmerzsyndrome unter dem Begriff des lateralen Oberschenkelsyndroms zusammengefasst.

Literaturverzeichnis

1. Dahmen G.: Tendopathien und Osteonekrosen im Beckenbereich. Orthop. Praxis, Heft 9/VIII. 1972
2. Françon F.: Coxarthrose. Rheumatologica; Documenta Geigy 1956
3. Jacob, H.A.C.: Die Kraftübertragung zwischen intramedullär einzementierten Femurendoprothesen und dem umliegenden Knochen. Ergebnisse praxisbezogener Grundlagenforschung 2. Münchner Symposium für experim. Orthop. 15./1 Thieme Verlag Stuttgart, New York 80
4. Janzen R.: Schmerzanalyse. Stuttgart: Thieme 1968
5. Kaufmann L.: Zur Aetiologie der Koxarthrose. Dissertation, Zürich 1968
6. Lange M.: Orthop. chirurg. Operationslehre, Ergänzung.-Bd., S. 153/154. München: Bergmann 1968
7. Lange M.: Die Muskelhärten. München. Lehmann 1931
8. Mehta M.H.: Bilateral congenital contracture of the ilio-tibial tract. J. Bone Jt Surg. 54-B 532-534 (1972)
9. Müller M.E.: Funktionelle Hüftdiagnostik beim Kind. Separatdruck Fi. Hommel AG, 2. Buch «Funktionsprüfungen» 1971
10. Müller M.E.: Die hüftnahen Femurosteotomien. Stuttgart: Thieme 71
11. Pauwels F.: Gesammelte Abhandlungen zur funktionellen Anatomie des Bewegungsapparates. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 65
12. Renne J.W.: The Iliotibial Band Friction Syndrome. The Journal of Bone and Joint Surgery: Vol. 57-A, No. 8, December 75
13. Rettig H.: Hüftfibel. Stuttgart: Thieme 1970
14. Richter H.: Mechanische Neuritis der Rami dorsales und Fettgewebehernien als Ursache von akuten und chronischen Rückenschmerzen. Schweiz. Rundschau für Medizin PRAXIS. Hallwag AG, Bern: Nr. 25, 910-914 (1970)
15. Romer U.: Koxarthrose, Behandlungsmöglichkeiten. Praxis 59, Nr. 46, S. 1613-1617. Bern: Hallwag 1970

16. Romer U.: Physiotherapeutische Probleme beim Koxarthrose-Patienten. Physiotherapeut, S. 227. Zürich: Plüss-Druck AG 69
17. Romer U.: Laterales Oberschenkelsyndrom oder Tracuts-ilio-tibio-fibularis-Syndrom. Orthop. Praxis, Heft 9/80, 16. Jahrg. S. 813-819
18. Romer U.: Das laterale Oberschenkelsyndrom, die Fasciotomie und Tractotomie. Arch. orthop. Unfall-Chir. 77, 17-30 (1973) by J.F. Bergmann München
19. Rössler H.: Klinik und Therapie degenerativer Sehnenerkrankungen. Verh. dtsh. orthop. Ges. 94, 53 (1961)
20. Rütt A.: Hackenbroch M.: Beiträge zur Arthrosis deformans, s. 87 Stuttgart: Enke 1957
21. Sanz M.: Contractura del cuadriceps. Abstracta, Part II, S. 671 SICOT 1972
22. Steindler A.: Orthopaedic operations, S. 367. Springfield (III.): Thomas 1947
23. Stelzner A.: Der Knieschmerz als Symptom bei Hüfterkrankungen. Z. ärztl. Fortbild. 62, 532-534.

Anschrift des Verfassers:

Dr. U. ROMER,
Leitender Arzt der Orthopädischen Abteilung
der Physikalischen- und Ergotherapie
Kantonsspital
8500 Frauenfeld