

# Grundlagen von Akupunktur und verwandten Verfahren

## Akupunktur und Musculus iliopsoas – Die graue Eminenz der Lenden-Becken-Hüftregion

Reinald Poetzschner

Ein Patient klagt über paralumbale Schmerzen mit seitlicher Ausstrahlung zur Hüfte und Leiste (Abb. 2), beim Aufrichten aus dem Sitzen, beim Überstrecken des Rumpfes oder des Hüftgelenkes sowie beim Liegen in Rückenlage wird es schlechter, bei Entlastung und Beugung des Hüftgelenkes besser. In der Untersuchung finden sich wiederkehrend Funktionsstörungen der Iliosakralgelenke und eine muskuläre Spannungsasymmetrie der Rumpfmuskulatur. Dahinter kann sich ein einzelner Muskel verbergen – der Musculus iliopsoas!

Er scheut die Öffentlichkeit. Er liegt in der Tiefe des Bauches und wird deshalb zu wenig in der Diagnostik und Therapie von Schmerzen der Lenden-Becken-Hüft-Region beachtet. Travell und Simons<sup>20</sup> nennen ihn den *versteckten Schelm*. Dabei ist gerade der Musculus iliopsoas einer der kräftigsten Muskeln des ganzen Körpers. Möchte man ihn sich vorstellen, denke man an eine ganze Schweinelende vom Metzger. Als einer der wichtigsten vielgelenkigen Muskeln ist er der stärkste Beuger des Spielbeines und beim Gehen, Laufen und Springen der am meisten beanspruchte Muskel, welcher die Schrittlänge bestimmt.<sup>19</sup>

Der Musculus iliopsoas ist der einzige Hüftmuskel, dessen Ursprung nicht am Beckenring, sondern am Achsenskelett (Psoas-Anteil) liegt.<sup>14</sup> Er ist Teil der Beugeschlinge des Hüftgelenkes und zugleich Teil der Streckschlinge des Achsenskelettes.<sup>19</sup> Im Stand bewirkt der M. psoas eine ventrale Beckenkipfung, verstärkt die Lendenlordose und komprimiert damit die lumbalen Bandscheiben und Facettengelenke.<sup>16</sup>

Als tonischer Haltemuskel mit überwiegend langsam zuckenden roten Muskelfasern (Typ-1-Fasern) neigt der Muskel zur Verkürzung (etwa infolge überwiegend sitzender Tätigkeit). Während eine einseitige Verkürzung zur Beckenverwringung mit möglicher Störung der Funktion der Iliosakralgelenke führen kann, bewirkt ein reflektorisch ausgelöster einseitiger Hypertonus des M. psoas eine Rumpfvorbeuge und Seitneige, wie wir sie bei akuter Lumbago beobachten. Auch wird die Beteiligung eines reflektorisch dauerhaft einseitig verspannten M. iliopsoas an der Genese der Skoliose diskutiert.<sup>7</sup>

Bei Schwäche oder Lähmung des Muskels ist keine Aufrichtung des Rumpfes aus der Rückenlage ohne Armhilfe möglich. Treppensteigen gelingt dann nur mit Gehstützen.<sup>16</sup>

Der Musculus iliopsoas neigt als sich verkürzender Muskel zur Ausbildung von Triggerpunkten, deren typische Schmerzfelder ihn verraten können (vgl. Abb. 2).<sup>20,6</sup> Zudem generiert er sehr häufig den Begleitschmerz bei Koxarthrose, wie er ebenso die typische

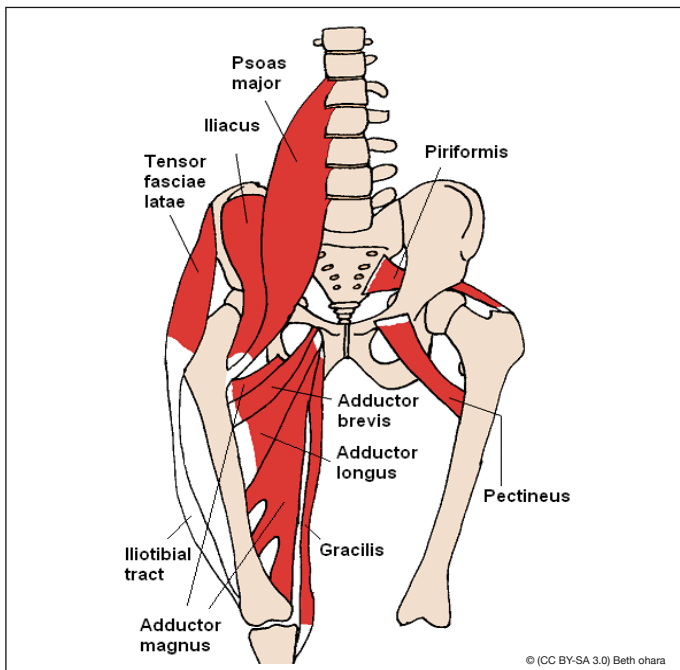


Abb. 1: Musculus iliopsoas und umgebende Muskeln

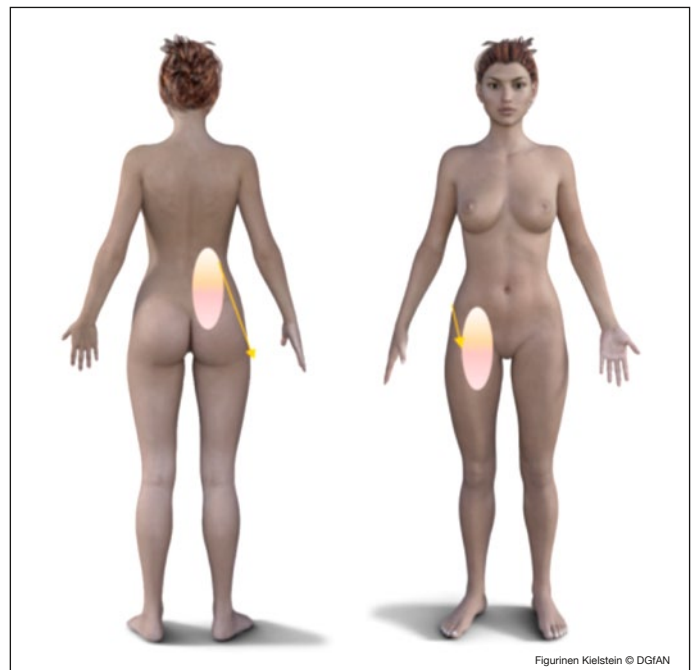


Abb. 2: Typische mit dem Musculus iliopsoas assoziierte Schmerzfelder

Außenrotations-Beugefehlstellung im fortgeschrittenen Stadium dieser Erkrankung bewirkt.<sup>6</sup> Damit wird der Muskel sehr häufig zum wichtigen schmerzauslösenden und unterhaltenden Faktor bei chronischen lumbosakralen Rückenschmerzen.<sup>6</sup>

Darüber hinaus kann sich der Musculus iliopsoas bei seinem Durchtritt durch die Lacuna musculorum unterhalb des Leistenbandes am „Adduktorenproblem“ des Fußballers und an Kompressionssyndromen des N. cutaneus femoris lateralis. fem. (Meralgia paraesthetica), des N. femoralis, des N. genitofemoralis, des N. iliioinguinalis und des N. iliohypogastricus beteiligen. Seinerseits kann er durch entzündliche viszerale Prozesse oder durch Druck bei Aortenaneurysmen irritiert werden.<sup>6</sup>

### Musculus iliopsoas: Der versteckte Schelm

Die aufgezeigte physiologische und pathophysiologische Relevanz steht in einem merkwürdigen Widerspruch zur geringen Präsenz dieses Muskels im Bewusstsein der Behandler, insbesondere der universitären Medizin. Während in der Physiotherapie und Manualmedizin diagnostische und therapeutische Techniken für den M. iliopsoas gelehrt werden, reflektiert die Akupunktur den Muskel m.E. nicht angemessen. Wohl auch deshalb, weil er „unterirdisch verlaufend“ sich der Phänomenologie der Leitbahnsystematik entzieht.

#### Bemerkungen zur Anatomie

Der Musculus psoas hat seinen Ursprung an den Seitenflächen des 12. Brust- und des 1. bis 4. Lendenwirbelkörpers sowie deren Bandscheiben, den Processi costarii des 1. bis 5. Lendenwirbelkörpers, und überlappt sich in Höhe des 12. Brustwirbelkörpers mit Fasern der Pars lumbalis des Diaphragma. In Höhe des Leistenbandes verbindet sich der M. psoas mit dem aus der Fossa iliaca kommenden M. iliacus zum M. iliopsoas, um mit gemeinsamer Sehne am Trochanter minor des Femur anzusetzen. Im Hüftgelenk bewirkt er so eine Flexion und beteiligt sich an der Außenrotation und Adduktion, um bei punctum fixum am Femur den Rumpf aus der Rückenlage aufzurichten. Die Innervation erfolgt durch den Nervus femoralis und Plexus lumbalis aus den Segmenten Th 12 bis L 4.<sup>14,16,22,23</sup>

#### Anamnese und Untersuchung

Anamnestisch werden oft vorangegangene ruckartige und kräftige Beugungen im Hüftgelenk beim Sport angegeben. Häufig wird auch im Rahmen einer bestehenden Koxarthrose bzw. nach Hüft-Operationen eine eigenständige typische Symptomatik des Muskels beobachtet.<sup>6</sup> Inspektorisch fällt auf, dass im Stehen im Seitenvergleich das Bein der betroffenen Seite nicht voll belastet und im Liegen leicht außenrotiert gehalten wird.

Zur Untersuchung liegt der Patient in Rückenlage, der Untersucher palpiert über die Bauchwand weich in Nabelhöhe am Rectusrand zunächst nach dorsal, dann leicht nach medial schiebend den Muskel. Bei aktiver Beugung des gleichseitigen im Knie gestreckten Beines wird die Spannung des M. psoas merkbar. Der M. iliacus wird über dem Leistenband in Richtung der Innenseite der Beckenschaukel getastet.<sup>15,6</sup> Zum Nachweis einer Verkürzung des M. iliopsoas werden in der Literatur verschiedene Untersuchungstechniken angegeben.<sup>5-7,15,20</sup>

Wird der M. iliopsoas als Störenfried identifiziert, muss eine orientierende und segmentale manualmedizinische Diagnostik der Schlüsselregionen der Wirbelsäule seiner Einbindung in Muskelketten und deren neuro-muskulär-segmentale Steuerung Rechnung tragen. Der M. iliopsoas reagiert empfindlich auf eine Tonusasymmetrie, die etwa durch eine Funktionsstörung der Wirbelgelenke des zervikokranialen oder thorakolumbalen Übergangs ausgelöst werden kann.

#### Differentialdiagnostik

Es müssen differentialdiagnostisch viscerale Erkrankungen des Bauches und der Beckenorgane ausgeschlossen werden, welche ihrerseits ähnliche Schmerzen auslösen können bzw. den Muskel direkt entzündlich oder reflektorisch über ihre Verschaltung in den Rückenmarkssegmenten Th 12 bis L 4 irritieren.<sup>22,23</sup>

#### Anwendung der Akupunktur

Die Therapie sollte in einem Stufenplan erfolgen. Nach Aufklärung über die muskuläre Natur der Symptomatik werden zunächst sämtliche festgestellte Wirbelgelenks- und Wirbel-Rippengelenksstörungen einschließlich der ISG mobilisiert. Danach werden vorhandene Triggerpunkte im M. psoas und M. iliacus durch manuelle Triggerpunkt-Therapie und die oft bestehende Muskelverkürzung behandelt. In der Literatur<sup>4-7,12,15,17,18,20</sup> werden dazu zahlreiche Techniken angegeben, wie auch im Internet (etwa bei YouTube) anschauliche Tutorials veröffentlicht sind. Dabei wird deutlich, dass die direkte Palpation, wie auch deh nende Techniken, den Patienten belasten, wenn sie nicht gar durch Leibesfülle sehr erschwert sind.

Insbesondere am Beispiel des M. iliopsoas lässt sich nun zeigen, dass ein direkt nur schwierig zu erreichender Muskel über indirekte, d.h. über die Reizung gut erreichbarer, mit ihm über das Segment per Dermatome, Myotome, Sklerotome und Neurotome verbundener Gewebe beeinflusst werden kann. Dieser Weg der Einflussnahme ist die Domäne der Manuellen Medizin, der Neuraltherapie und der Akupunktur. Die Darstellung der spezifischen Techniken der Manuellen Medizin und der Neuraltherapie werden an anderer Stelle ausführlich dargestellt<sup>6,7,12,15,20,24,25</sup> und auch in entsprechenden Kursen praktisch vermittelt.

Die folgenden Ausführungen widmen sich der Akupunktur. Die bei Akupunktur durch den Nadelstich induzierten Wirkungen sind mittlerweile gut untersucht.<sup>2,3</sup> Neben der Endorphinfreisetzung und der Aktivierung der absteigenden Schmerzhemmung zählt die Beeinflussung des autonomen Nervensystems mit Aktivierung des Parasympathikus zu den unspezifischen, d.h. eher von der Intensität der Nadelsetzung als vom besonderen Punktareal abhängigen Effekten. Der verspannte M. iliopsoas profitiert von einer reduzierten Aktivität des Sympathikus.<sup>13</sup> Ein erhöhter Tonus wird in Stresssituationen beobachtet, die den Körper in erhöhte Laufbereitschaft versetzen. Er wird deshalb auch oft in der Psychosomatik als *Fight and Flight Muscle* bezeichnet. Nach Eder und Tilscher wirkt die vegetative Reizbeantwortung als Katalysator im Syndromaufbau.<sup>5</sup>

Die spezifischen Effekte der Akupunktur hängen stark vom Ort des Nadelstiches ab, weil er den Zugang zu den segmental organisierten Steuerungsmechanismen der Zielstruktur darstellt. Wie bereits beschrieben wird der M. iliopsoas durch den Nervus femoralis und den Plexus lumbalis aus den Segmenten Th 12 bis L 4 innerviert.<sup>14,16,22,23</sup>

Die folgende Übersicht zeigt die empfohlenen und kommentierten Akupunkturpunkte und deren anatomisch-segmentalen Bezüge:

- **Periost der Dorne Th 12 bis LWK 4** als Sklerotom der Segmente Th 12 bis L 4; zuverlässiger in der Wirkung und leichter zu stechen als die alternativ nutzbaren Punkte Ex-R 2 Hua Tuo Jia Ji in Höhe Th 12 bis L4
- **Blase 22 San Jiao Shu** (Shu-Punkt des unteren 3-Erwärmer) 1,5 Cun vom Unterrand des 1. Lendenwirbeldornes in den M. quadratus lumborum; bds. stechen; Myotom der Spinalnerven Th 12 bis L3<sup>22,23</sup>
- **Ren 3 (KG 3) Zhong Ji** (Shu-Punkt der Blase), auf der ventralen Medianlinie, 1 Cun oberhalb der Symphyse bzw. 4 Cun unterhalb des Nabels in den M. rectus abdominis, Myotom Th12<sup>22,23</sup>
- **Ex-BB 1 Zi Gong**, in Höhe von Ren 3 (KG 3) in Verlängerung des lateralen Randes des M. rectus abdominis auf dem lateralen oberen Schambeinast; nutzbar bei Druckdolenz des M. iliacus an der Innenwand der Fossa iliaca (Triggerpunkt 2 des M. iliopsoas nach Travell und Simons)<sup>20,6</sup>
- **Blase 62 Shen Mai**, (Mo-Punkt der Blase) 5 fen unterhalb des distalen Fibularandes auf Periost stechen; Sklerotom S1, wie auch der Ansatz des M. iliopsoas, der Trochanter minor, Sklerotom S1 ist<sup>22,23,12</sup>
- **Dickdarm 4 He Gu**, im M. adductor pollicis/Mm. interossei; Dermatome C5/6, Myotom C 8; die sich mit den Ursprüngen des M. psoas in Th 12 bis LWK 2 überlappende Pars lumbalis des Zwerchfells wird aus C 5 innerviert (Wancura-Kampik)<sup>22,23</sup>
- **Ohrpunkt 40 „Lendenwirbelsäule“**, nach meiner Erfahrung bei Störungen des M. iliopsoas häufiger empfindlich als Ohrpunkt 50 (Hüftgelenk)

Die Auswahl der Punkte erfolgt damit nach anatomisch-physiologischen Kriterien der Segment-Anatomie, wie sie von Ingrid Wancura-Kampik ausführlich dargestellt wurde<sup>22,23</sup>, und nicht nach traditionell chinesischen Gesichtspunkten. Die Möglichkeit, die Punktauswahl teilweise der Tai-Yang-Achse zuzuordnen, zeigt jedoch, dass die traditionelle Denkweise letztlich auch anatomisch begründbar ist.

Erfahrungsabhängig und situativ gibt es darüber hinaus noch viele andere Varianten. Für eine erfolgreiche Behandlung der Störungen des M. iliopsoas ist eine Kombination der Akupunktur mit Manueller Medizin und Neuraltherapie erforderlich, wie sie z.B. die *Deutsche Gesellschaft für Akupunktur und Neuraltherapie* (DGfAN) in ihren Kursen vermittelt.

Autor:  
Dipl.-Med. Reinald Poetzschner, Facharzt für Orthopädie  
Akupunktur, Chirotherapie, Naturheilverfahren  
Private Arztpraxis für Orthopädie  
Herderstraße 50  
07545 Gera  
Tel.: 0365 227 880 46

Literatur

- 1 Bachmann J: Akupunktur am Bewegungssystem. 1. Auflage, Enke im Thieme Verlag, Stuttgart-New York 2000
- 2 Bäcker M, Hammes M: Akupunktur in der Schmerztherapie. Urban & Fischer Verlag, München 2005
- 3 Bäumler PI, Irnich D: Physiologische Mechanismen der analgetischen Akupunkturwirkung – Ein Update im klinischen Kontext. Dt. Ztschr. f. Akupunktur 2017 (60): 9-15
- 4 Dejung B et al.: Triggerpunkt-Therapie. 1. Auflage. Verlag Hans Huber, Bern 2003
- 5 Eder M, Tilscher H: Chirotherapie. 2. Auflage. Hippokrates Verlag, Stuttgart 1990
- 6 Irnich D (Hrsg.): Leitfaden Triggerpunkte. 1. Aufl. Urban & Fischer Verlag, München 2009
- 7 Lewit K: Manuelle Medizin im Rahmen der medizinischen Rehabilitation. 4. Auflage. J. A. Barth, Leipzig 1983
- 8 Lederman E: Die Praxis der manuellen Therapie. 1. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München 2008
- 9 Ma YT et al.: Schmerzbehandlung mit biomedizinischer Akupunktur. 1. Aufl. Urban & Fischer Verlag, München 2006
- 10 Myers TW: Anatomy Trains. 1. Aufl. Urban & Fischer Verlag, München 2004
- 11 Müller-Wohlfahrt HW: Muskelverletzungen im Sport. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2010
- 12 Perschke O: Akupunktur und Manuelle Medizin in Praxis und Theorie. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien, München, Berlin 1996
- 13 Poetzschner R: Typen der sympathischen Antwort auf Nadelreize. Kongressband Deutscher Akupunkturkongress 2007. 1. Auflage, Verlag Urban und Fischer, München 2007; S. 71-72
- 14 Rauber, Kopsch: Anatomie des Menschen. Band 1: Bewegungsapparat. 2. Auflage. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart 1998
- 15 Schildt-Rudloff K, Sachse J.: Wirbelsäule. 5. Auflage. Urban & Fischer Verlag, München 2008
- 16 Schünke M et al.: Prometheus. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem. 1. Auflage. Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart 2005
- 17 Starrett K: Sitzen ist das neue Rauchen. 1. Auflage. riva Verlag. München 2016
- 18 Tilscher H, Eder M: Klinik der Wirbelsäule. Hippokrates Verlag, Stuttgart 1993
- 19 Tittel K: Beschreibende und funktionelle Anatomie des Menschen. 12. Auflage. Gustav Fischer Verlag, Jena 1994
- 20 Travell JG: Handbuch der Muskel-Triggerpunkte. Untere Extremität. 1. Aufl. Urban & Simons DG Fischer Verlag, München, Jena 2000
- 21 Valerius KP et al.: Das Muskelbuch. Hippokrates Verlag. Stuttgart 2002
- 22 Wancura-Kampik I: Segment-Anatomie. 1. Auflage. Urban & Fischer Verlag, München 2009
- 23 Wancura-Kampik I: Segment-Akupunktur. 1. Auflage. Kiener Verlag, München 2017
- 24 Weinschenk S: Handbuch der Neuraltherapie. Urban & Fischer Verlag, München 2010
- 25 Winkel D: Nichtoperative Orthopädie und Manualthherapie, Teil 3/2. Gustav Fischer Verlag, 2. Auflage. Stuttgart 1993



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Der nächste Kurs zur Einführung in die Segment-Akupunktur findet statt auf dem **37. Kongress der DGfAN. Wer heilt hat Recht**, 12.04–15.04 2018. Die Plätze sind begrenzt, Anmeldungen ab sofort möglich.

**Tagesseminar:** Segment-Akupunktur des Bewegungsapparats

**Seminarleiterin:** Dr. Ingrid Wancura-Kampik

**Zeit und Ort:** 12. April 2018, Erfurt

**Anmeldung:** DGfAN-Geschäftsstelle  
Mühlgasse 18 b, 07356 Bad Lobenstein  
Tel.: 036651-550-75, Fax: 036651-550-74  
E-Mail: DGfAN@t-online.de