



# Zusatztechnik aus dem viszeral-pelvikalen Bereich:

## Kombinierter Myofascial Release der Fascia iliopectinea

### Einfache Technik in Form einer Kombinierten MFR-Technik (CMFR) für Schmerz in lateraler Leiste und ISG

Die Fascia iliopectinea ist eine Spezialisierung der Fascia iliaca und der Fascia psoas. Sie dient als **Septum**, also zur Separierung der lateralen Muskelloge unter dem Leistenband (lacuna muscularis/parietal) von der medialen Gefäßloge (viszeral).

#### Anatomischer Verlauf:

Die Fascia iliopectinea spannt von der Eminentia iliopectinea oberhalb des Acetabulums der Hüfte nach ventral lateral zur Spina iliaca anterior superior. Sie verbindet somit Ilium und Os pubis mit dem Ligamentum inguinale (Leistenband) und trägt zur freien Passage des venösen Blutes (Vena femoralis), des arteriellen Blutes (A. femoralis), des N.femoralis und N.cutaneus femoris lateralis bei während gleichzeitig kraftvolle Bewegungen und Anspannung des M. iliopsoas gewährleistet wird.

Tastest Du hier bei einer ISG-Dysfunktion und gleichzeitigem Schmerz in der seitlichen Leiste eine verhärtete und druckschmerzhafte Zone, so gibt es eine sehr einfache Technik, um hier Deinem Patienten weiterzuhelfen. Denn genau hier kann es zu Problemen, Schmerzen bzw. Dysfunktionen kommen, die sich dann auch in einer Distorsion des ISG manifestieren, die dann durch eine hypertone Fascia iliopectinea mit aufrecht erhalten werden. Meist wird außerdem die Passage des N. femoralis oder die des N. cutaneus femoris komprimiert, wodurch es zu einer peripheren Nervenläsion bzw. einem schmerzhaften Impingement kommen kann.

#### Anmerkungen zur Funktionellen Anatomie:

Iliopsoas und Femoralisnerv ziehen caudal des Leistenbandes auch noch mit großem Reibungsdruck über die Hüfte hinweg, sodass dieser Bereich zusätzlich über eine Bursa (Bursa iliopsoas) geschützt werden muss. Außerdem wird die Faszie manchmal ungünstig gespannt sein, wenn es in der Vorgeschichte einen Sturz auf das Sitzbein gab (Os ischiadicum der Darmbeinschaukel) und somit ist das Ligamentum inguinale und die Fascia iliopectinea in hoher Vorspannung ist - z.B. durch ein posteriorisiertes Ilium. Denn sie verbindet ja das Os pubis mit dem Beckenkamm und wird in Mitleidenschaft gezogen, wenn das ISG der verletzten Seite überbelastet wird. In der Folge hält sie dann häufig die ISG-Dysfunktion durch ihre unphysiologische Spannung aufrecht.

So kann es zu **Impingements** kommen, die sich primär auf der peripheren Nervenbahn auswirken, wie einem peripheren Nervenschmerz des lateralen Oberschenkels (M.vastus lateralis) verbunden mit Beckenschmerzen beim Anwinkeln der Hüfte oder dem Rücken, die eine radikuläre Thematik vortäuschen, deren Schmerz jedoch über die Leiste behandelt werden kann.

Eine andere Indikation für die unten gezeigten Techniken ist die **Meralgia paraesthetica** - dem Impingement des N.cutaneus femoris lateralis - die ebenfalls ihren Ursprungsort unter dem lateralen Leistenband und der F. iliopectinea hat. Hier zeigt sich der Schmerz noch weiter lateral im Oberschenkel vor allem bei Patienten aus stehenden Berufen mit häufig gutem Muskelstatus. Der Nerv ist mechanisch sehr belastet, da er beim Verlassen des Beckens aus der Leiste zum Bein hinunter einen 80°-Knick durchlaufen muss.

#### Zielstruktur:

Fascia iliopectinea und Bandapparat der Hüfte (Lig.pubofemorale), N. femoralis in der Leistenpassage sowie N. cutaneus femoris

#### Zielfunktion:

Mechanische Entlastung der lateralen Leisten-Passagezone

#### Gewählte Technik:

Kombinierter Myofascial Release der Fascia iliopectinea und Positional Release für die Hüftkapsel

#### Durchführung der Technik:

Du stehst auf Höhe des Beckens auf der zu behandelnden Seite Deiner PatientIn.

Lokalisierst du zunächst die Fascia iliopectinea über die Hilfsstruktur der **Arteria femoralis**. **Lateral Ihres Pochens verläuft der N.femoralis und somit auch über ihn hinweg die Fascia iliopectinea.**

**Du stellst nun zusätzlich mit Deiner Fußhand das angewinkelte Bein (und damit die Hüfte) indirekt entlang des Eases ein.** Meist verläuft dies in die Innenrotation der Hüfte.

Nun **bringe den Daumen oder drei Finger Deiner Kopfhand auf das Leistenband direkt medial der SIAS und bringe einen flachen Druck über den M.Iliopsoas und den N.femoralis hinweg nach dorso-medio-caudal und entlang des Leistenbands. Dort wird es Auffälligkeiten in der Textur geben. Aber betone im weiteren einen Druck in die Tiefe über den Muskel hinweg, also in Verlaufsrichtung der Fascia iliopectinea zum Os pubis hin. Dies dient als Annäherung der kurzen Faszie gegen das Pubis. Unterstützt wird dieser einfache Zugang über das Einstellen des betroffenen Beins in den Ease. Die Technik wird somit kombiniert: indirekt für M.Iliopsoas und direkt für die Fascia iliopectinea.** Wie gesagt: extrem einfach und in kleinster Weise belastend für die PatientIn.

- Halten
- die PatientIn atmen lassen
- weiter halten und
- auf den Release warten:

Die Fascia iliopectinea wird im Release „weich“, die Passage des N. femoralis und des N.cutaneus femoris wird entlastet. **Bleibe am Punkt der balancierten Spannung und warte auch hier auf den Release.**

Gib den lädierten Nerven Zeit zur **Regenerierung**. Die Behandlung kann eine Woche später wiederholt werden und sollte frühzeitig gute Resultate zeigen, die sich z.T. auch schon unmittelbar einstellen, wenn der Schmerz im Bein primär von der faszialen Spannung auf das ISG aufrechterhalten wurde. Hier können sich Resultate schon am nächsten Tag zeigen.

#### Die viszeral geprägte Variante der Technik

ist besonders geeignet für die Zone oberhalb der Crista iliaca (cranial der SIAS) wo häufig Spannungszüge auf der rechten Seite z.B. durch **Adhäsionen des Caecums (Blinddarm) und auf der linken Seite vom Sigmoid** mitgeprägt werden und somit eine **viszero-somatische Dysfunktion am ISG** aufrechterhalten. Hier ist die Lösung der Fascia iliaca im Verbindungsbereich zur Fascia Iliopectinea von Bedeutung.

Hierfür empfiehlt sich eine minimale Anpassung der Technik: **stelle einfach den Fuß der Behandlungsseite lateral des Knies des anderen Beins flach auf die Behandlungsbank und wiederhole die Technik mit dieser neuen Lokalisation und mit leicht veränderten Spannungsvektoren angepasst an das Spannungsmuster der PatientIn. Betone nun aber direkt auch die festen Zonen in der abdominalen regio inguinale.**

Führe mit Deiner Fußhand das auftauchende Mikrobewegungen in das subtile Unwinden der Hüfte.