

<b>Zeitschrift:</b>	Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
<b>Band:</b>	29 (1993)
<b>Heft:</b>	8
<b>Artikel:</b>	Das Piriformis-Syndrom
<b>Autor:</b>	Goussard, J.C.
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-930350">https://doi.org/10.5169/seals-930350</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 11.02.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

tion et la rotation interne de hanche jusqu'à perception d'une nouvelle tension. Ceci répété cinq fois.

**Les massages et étirements transversaux manuels du pyramidal** ont été décrits. Leurs exécutions restent délicates à faire et les résultats sont inconstants en raison de la situation profonde du muscle. Seules les manœuvres portant sur sa portion externe et son tendon terminal sont réalisables et efficaces. Nous décrirons cette technique de foulage contre la face postérieure du col fémoral.

Le patient est en décubitus ventral, genou fléchi à 90°, pied engagé sous l'aisselle du praticien qui est debout du côté à traiter. Ceci permet d'imprimer des

mouvements de rotation passive de la cuisse et de modifier ainsi la tension du muscle pyramidal. Les étirements manuels transversaux peuvent être associés à des mises en tension passive ou des contractions isométriques qui vont redonner au patient un sens kinesthésique au niveau de cette région. L'intensité et la durée des manœuvres doivent être adaptées aux réactions du patient et aux résultats obtenus.

#### Les infiltrations

Pour cette même raison de profondeur au sein de la masse fessière, l'infiltration du corps musculaire est parfois difficile à réaliser. Les infiltrations du tendon terminal sont plus aisées à

réaliser, en dedans du grand trochanter.

#### L'électrothérapie

Et en particulier les ondes magnétiques pulsées ou les ultra-sons donnent souvent de bons résultats sur les contractures musculaires persistantes. De cinq à dix séances sont généralement nécessaires. Les douleurs fessières sont souvent trompeuses et les rattacher à une cause musculaire locale au niveau du pyramidal est parfois difficile et source d'erreurs.

Un examen précis et méthodique est fondamental. Nous proposons des tests spécifiques et reproductibles qui, dans notre expérience, permettent de mieux cerner le problème et de mettre

#### PRAXIS

en évidence l'atteinte musculaire locale.

La cause est le plus souvent la présence de cordons myalgiques au sein du corps musculaire en rapport avec des lombalgies chroniques ou aiguës ou des antécédents de sciatique S1. Des facteurs positionnels et des dispositions anatomiques particulières ont été décrits.

Le traitement manuel adapté, les infiltrations locales ou la physiothérapie constituent notre arsenal thérapeutique.

J.C. Goussard, Paris

#### PRAXIS

# Das Piriformis-Syndrom

**G**ewisse Gesäßschmerzen oder Schmerzen, die ihren Ursprung am Gesäß haben und in die unteren Glieder ausstrahlen, können auf das Piriformis-Syndrom des Beckens zurückgeführt werden. Diese Schmerzen sind die Folge einer Irritation des Muskels selber, oder sie können auf eine ständige oder intermittierende Kompression des Nervus ischiadicus zurückgeführt werden.

Die Anzeichen sind nicht immer eindeutig. Daher ist es schwierig, die Schmerzen einer muskulären Ursache zuzuordnen. Die genaue und systematische Untersuchung des Patienten erweist sich als besonders wertvoll. Einfache und spezifische

Tests erlauben eine Diagnose. Diese Tests werden in der Folge erläutert.

Das Piriformis-Syndrom des Beckens ist ein langer, flacher und dreieckiger Muskel, der von der vorderen Fläche des Sakrums zum oberen Rand des Trochanter

major zieht. Er liegt teilweise im Becken und teilweise in der Gesäßregion, genau unterhalb des kleinen Glutäalmuskels und in der gleichen Ebene wie dieser.

Von seinem Ansatz am Sakrum verläuft er nach unten vorne aussen, passiert das Foramen ischiadicum majus und teilt diese Öffnung in zwei Teile: Über dem Piriformis-Syndrom verläuft der obere Nerven- und Gefässstrang, der in das Gesäß zieht; unter dem Piriformis-Syndrom verläuft der untere Nerven- und Gefässstrang, der in das Gesäß einzieht. Dieser Nerven- und Gefässstrang ist

nach unten von der Spina ischiadica und dem Ligamentum sacrospinale begrenzt.

Der Musculus piriformis steht in enger Verbindung zu gewissen Nervensträngen. So wird der Plexus sacralis in der Muskelloge des Piriformis-Syndroms gegen die Beckenhinterwand und den dahinter liegenden Muskel gedrückt. Der Nerv des Musculus piriformis ist von der Rückseite durch die Wurzeln S1 und S2 abgesetzt und liegt auf der Vorderseite des Muskels.

Der untere Nerven-Gefäss-Strang, der insbesondere aus dem Hauptstamm des Nervus

## PRAXIS

ischiatricus besteht, zieht direkt am unteren Rand des Musculus piriformis ins Gesäß. Dabei liegt er eng an der Spina ischiadica und am Ligamentum sacrospinale.

Der Musculus piriformis ist einer von sechs externen Rotatorenmuskeln im Bereich des Oberschenkels (Musculus piriformis, Musculi gemelli inferior et superior, Musculi obturatorii externus et internus, Musculus quadratus femoris). Er ist sowohl an der Abduktion wie auch an der Extension des Oberschenkels beteiligt. Wie die anderen pelvotrochantären Muskeln kommt auch ihm eine bedeutende Rolle zu bei der antero-posterioren Haltung des Beckens.

Bei der Überprüfung seiner Funktionen als Außenrotator und als Hüftgelenksabduktor muss sich der Patient auf eine Tischkante setzen und dabei die Beine hängen lassen. Dann wird gleichzeitig auf die Aussenseite des Unterschenkels und auf die Innenseite des Fußgelenks unterhalb des Knöchels gedrückt. Da die pelvotrochantären Muskeln nicht einzeln bewegt werden können, handelt es sich bei dieser Untersuchung mehr um einen funktionellen als um einen qualitativen Test.

### Ätiologie von Schmerzen des Musculus piriformis

Mehrere Mechanismen können daran beteiligt sein:

- Akute oder chronische Affektionen des Lumbosakralge lenkes führen immer zu schmerhaften Muskelsträn-

gen in der Gesäßmuskulatur. Im Falle des Musculus piriformis treten sie als Schmerzen des Segmentes S1 auf. Sie äußern sich als radikuläre Schmerzen auf Höhe S1 und bei Lumbalgien des lumbosakralen Übergangs. Das hartnäckige Fortbestehen dieser schmerhaften Muskelstränge kann für ständige Schmerzen verantwortlich sein, unabhängig davon, ob sie uni- oder bilateral auftreten oder im Gesäß oder lumbosakralen Übergang lokalisiert sind und – pseudoradikalär – ins Bein ausstrahlen. In diesem Fall wird die Untersuchung der lumbalen Lendenwirbel normal ausfallen. Dabei können die Beschwerden keinen typischen radikulären (persistierenden oder rezidivierenden) Schmerzen zugeordnet werden. Die Untersuchung der Beine kann als Hinweis auf eine ältere Affektion weitere schmerhafte Muskelstränge des Segmentes S1 (unterer Abschnitt des Musculus biceps cruris, Musculus gemellus externus) ergeben.

- Die Möglichkeit einer Kompression oder einer Irritation des Hauptstamms des Nervus ischiadicus wurde in Betracht gezogen.

Unter dem Musculus piriformis liegt der Nerv eng an der Kante der Spina ischiadica an. Der Druck auf den Nerv wird durch die Überaktivität der externen Rotatorenmuskeln (insbesondere durch den Musculus piriformis) und durch die Innenrotation des Oberschenkels verstärkt. Das Subpiriformis-Syndrom beruht auf der Fortleitung einer Ischiadikusreizung am Beckenausgang. Es tritt hauptsächlich bei Patienten ohne vorangegangene Lumboischialgien auf. Der klinische Untersuchung durch Perkussion des Gesäßes auf Höhe der Austrittsstelle des Nervs

(Tinel-Syndrom) deckt die Schmerzen und ihre möglichen Ausstrahlungen auf. Die Schmerzen werden bei Innenrotation des Oberschenkels verstärkt. Gelmers spricht bei den Jockeys im Rahmen einer kombinierten Bewegung mit Hüftgelenksbeugung und Lordose der Lendenwirbel (Reiterhaltung) von einer Spannung des Nervs gegen die Spina ischiadica und von einer Kompression des Nervs zwischen dem Sattel und dem unteren fibromuskulären Teil des Kanals, der unter dem Musculus piriformis verläuft.

dann Außenrotation der Beine). Wenn der Schmerz mit einer Affektion des Musculus piriformis zusammenhängt, tritt er früher auf, wenn die Beine innenrotiert und die Fußspitzen nach innen gedreht sind (durch vorgängige Muskelanspannung). Der Schmerz tritt später auf, wenn die Beine aussenrotiert sind (Muskelentspannung). Dieser Test wird zusätzlich durch die Messung des Finger-Fußboden-Abstandes beim Auftritt der Schmerzen objektiviert.

### Beim auf dem Rücken liegenden Patienten

Führen wir folgende Untersuchungen durch:

- Der Patient liegt mit ausgestreckten Beinen da. Die Untersuchungsperson hält den Patienten an den Fußknöcheln und führt eine passive Innenrotation der Beine durch. An der betroffenen Seite ist das Ausmass dieser Bewegung beschränkt, und es treten manchmal Schmerzen auf. Diese Bewegungseinschränkung ist auf schmerzhafte Muskelstränge im Bereich des Musculus piriformis zurückzuführen.

- Das Anheben des ausgestreckten Beines wird ebenfalls in drei verschiedenen Rotationspositionen des Beines durchgeführt. Der Schmerz tritt früher auf, wenn das Bein innenrotiert wird. Beachten Sie, bei welchem Winkel der Schmerz vor und nach der Behandlung auftritt!

- Rechtwinklig gebeugter Oberschenkel. Aus dieser Position führt eine passive Adduktion des Oberschenkels zum Auftreten von Schmerzen, und die Bewegung auf der betroffenen Seite ist eingeschränkt. Es ist möglich, diese Untersuchungsmethode zu verfeinern, indem der Oberschen-

### Tests zur Untersuchung

Damit die klinische Untersuchung genauer ausfällt und damit die muskuläre Ursache der Schmerzen nachgewiesen werden kann, möchten wir hier einige entsprechende Untersuchungsmethoden vorstellen. Diese werden einander gegenübergestellt.

### Beim aufrechten Patienten

verwenden wir Beugungstests des Rumpfes nach vorne in drei Stellungen: Füße gerade, parallel zur antro-posterioren Achse, dann Fußspitzen nach aussen und nach innen (Innenrotation,

kel aussenrotiert wird, was eine erhöhte Spannung des Musculus piriformis bewirkt.

### Patient in Bauchlage

- Die passive Innenrotation des Oberschenkels bei 90° führt zu Gesäßschmerzen und zu einer Bewegungseinschränkung im Vergleich mit der Gegenseite. Man kann die Spannung des Muskels erhöhen, indem der Oberschenkel vorgängig adduziert wird. Die Kontraktion des Musculus piriformis unter Widerstand kann ebenfalls einen Schmerz hervorrufen, der vom Patienten spontan empfunden wird. Der Oberschenkel wird passiv innenrotiert, und an der Unterschenkelinnenseite unterhalb des Malleolus wird ein Widerstand ausgeübt.

Während dieser zwei letzten Untersuchungen ist es ziemlich einfach, entweder den Muskel selber oder seinen äusseren Teil zu palpieren. Daraus ergibt sich ein zusätzlicher Hinweis auf den Ursprung der Schmerzen, da diese Methode die üblichen Schmerzen auslöst.

### Diskussion

Es gibt andere lokale Affektionen, die nicht verkannt werden dürfen:

- Eine Koxopathie (insbesondere Arthrose) kann leicht durch die Befragung, den klinischen Untersuch und ergänzende Tests ausgeschlossen werden.
- Tatsächliche radikuläre Schmerzen auf Höhe S1 können bei einer aufmerksamen Untersuchung der Lendenwirbel und der Beine festgestellt werden. Beim Anheben des ausgestreckten Beines kön-

nen im Falle einer Retraktion der ischiokruralen Muskeln auf der Rückseite des Schenkels Schmerzen auftreten (von Interesse bei vergleichender Untersuchung und bei Bestimmung des Winkels der Ober- und Unterschenkelachse). Dieser Schmerz kann muskulären Ursprungs sein und mit der Anspannung dieser Muskeln zusammenhängen oder auf die Ausstrahlung bei Belastung des Iliosakralge lenkes zurückgeführt werden. Er ist unabhängig von der Rotation des Beines.

- Es kann sich auch um eine Tendinitis der ischiokruralen Muskeln handeln. Dabei wird der Schmerz durch die Spannung der Muskeln, die Kontraktion gegen Widerstand und die Palpation im Bereich der Sehne verursacht.

Im Falle eines wirklichen anatomischen Tunnelsyndroms (oder einer besonderen anatomischen Prädisposition) können zwei Faktoren bei der Schmerzentstehung eine Rolle spielen:

- Schmerzhafte Muskelstränge auf Höhe des Musculus piriformis oder eine bestehende zu grosse Spannung können die Schmerzen auslösen. Diese treten in Positionen auf, in denen der Muskel ange spannt ist (zum Beispiel Nach-vorne-Beugen mit gestreckten Beinen).
- Die Verbindung einer lumbalen Lordose mit einer Beugung – Adduktion – Innenrotation des Oberschenkels (Jockeyhaltung) kann diese Prädisposition zum Vorschein bringen, unabhängig davon, ob diese mit schmerhaften Muskelsträngen assoziiert ist oder nicht.

Bei der Haltung (Änderung der Position, Anpassung des Mate-

rials) und bei der Muskulatur (Manualtherapien, Physiotherapien oder Medikamente) kann wirksam interveniert werden.

### PRAXIS

### Behandlungen

#### Die Manualtherapien

Wenn immer möglich, sind primär Manualtherapien anzuwenden. Ihre grosse Wirksamkeit muss nicht mehr unter Beweis gestellt werden. In der Folge beschreiben wir die Übungen, die wir regelmässig verwenden.

#### Erste Übung

Der Patient liegt auf dem Bauch. Der zu behandelnde Oberschenkel ist adduziert, das Bein 90° gebeugt. Der Therapeut steht auf der Gegenseite. Mit einer Hand bewirkt er eine leichte Innenrotation des Oberschenkels bis zur Anspannung des Muskels. Anschliessend fordert der Therapeut den Patienten auf, gegen Widerstand die umgekehrte Bewegung auszuführen. Die Muskel anspannung wird während zehn Sekunden beibehalten. Nach vollständiger Lockerung zieht der Therapeut den Muskel erneut während der gleichen Zeitspanne an. Diese Übung wird vier- bis sechsmal wiederholt.

#### Zweite Übung

Der Patient liegt auf dem Rücken, der Oberschenkel ist rechtwinklig 90° gebeugt. Der Therapeut steht auf der Gegenseite. Er blockiert das Knie in seiner Achselhöhle. Mit einer Hand adduziert er langsam das Bein, bis er eine Anspannung des Muskels verspürt. Mit der anderen Hand dreht er den Fuss nach aussen, ebenfalls solange, bis er eine neue Muskelanspannung verspürt. Der Musculus piriformis

mis ist so unter relativ maximaler Spannung. Ausgehend von dieser Stellung, fordert der Therapeut den Patienten auf, den Oberschenkel während zehn Sekunden zu adduzieren. Daraus resultiert eine isometrische Kontraktion gegen den Widerstand des Therapeuten. Nach Entspannung des Muskels erhöht der Therapeut passiv die Adduktion und die Innenrotation der Hüfte, bis eine neue Muskelspannung wahrgenommen wird. Dieser Vorgang wird fünfmal wiederholt.

Die Massagen und die manuellen Längsdehnungen des Musculus piriformis wurden beschrieben. Die Anwendung dieser Übungen ist heikel, und die Ergebnisse sind aufgrund der tiefen Lage des Muskels nicht einheitlich. Nur die Übungen, die sich auf seinen äusseren Teil und auf seine Sehne konzentrieren, sind durchführbar und wirksam. Wir beschreiben diese Technik, die darin besteht, den Muskel gegen die Rückseite des Schenkelhalses zu walken.

Der Patient liegt auf dem Bauch, das Knie ist rechtwinklig gebeugt. Der Therapeut, der auf der zu behandelnden Seite steht, hält den Fuss in seiner Achselhöhle. So kann er den Schenkel passiv rotieren und dadurch die Anspannung des Musculus piriformis variieren. Die manuellen Längsdehnungen können mit einer passiven Anspannung oder mit isometrischen Kontraktionen verknüpft werden, die dem Patienten ein Bewegungsgefühl in dieser Region verleihen. Die Intensität und die Dauer der Übungen müssen den Reaktionen und den erzielten Ergebnissen angepasst sein.

# Neue Hilfen, neue Wege, neue Perspektiven. REHA 93.

Für behinderte Menschen und deren Angehörige, für Fachbesucher und Betreuer, für chronisch Kranke und alte Menschen – kurz für alle, die sich über die neuesten Hilfen informieren wollen, ist die REHA der Treffpunkt Nummer 1 weltweit: Vom 6. bis 10.10.93 präsentieren in Düsseldorf über 500 Aussteller neue Hilfsmittel, die den Alltag behinderter Menschen leichter machen.

Auf einem Messegelände, das

**Die Nr. 1  
Weltweit**

**REHA93**  
Düsseldorf



**6.-10.10.93**

Öffnungszeiten: täglich 10-18 Uhr

behindertengerecht konzipiert ist. „Europa 93“ die berufliche Integration und die häusliche Pflege stehen in diesem Jahr im Brennpunkt des Interesses. Informieren Sie sich auf dem Forum und dem Kongreß. Lassen Sie sich beraten von Verbänden und Organisationen. Freuen Sie sich auf das Sportcenter, das Europäische Kulturfestival EUCREA und den Designwettbewerb. Kommen Sie zur REHA '93. Herzlich willkommen.

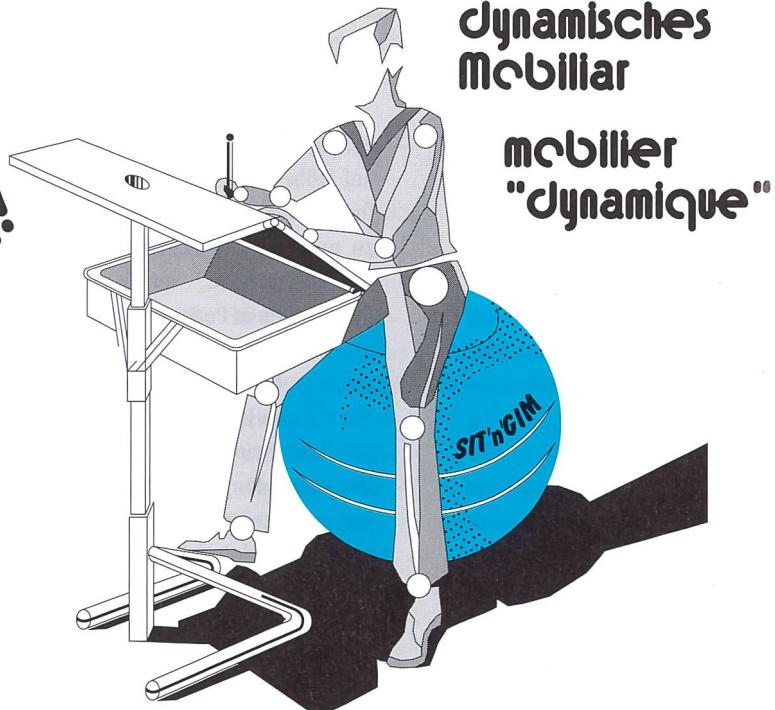
Messe Düsseldorf



Bitte senden Sie mir Ihre Unterlagen  
s.v.p. envoyez-moi votre documentation

Name/nom:

Adresse:

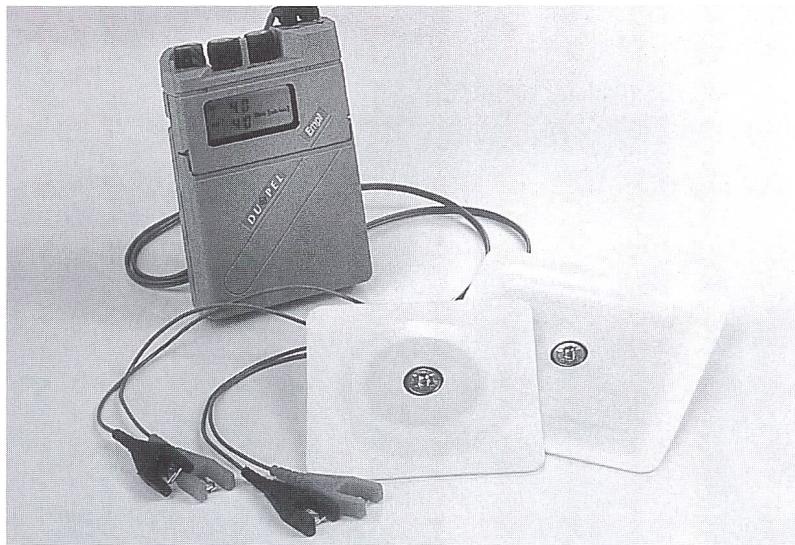


**VISTA** WELLNESS

4513 Langendorf/SO 065 38 29 14  
2014 Bôle/NE 038 41 42 52

# IONTOPHORESE hat einen neuen Namen

DUPTEL® 2-Kanal-Iontophorese-Gerät im Taschenformat



beide Kanäle **getrennt**  
einstellbar, LCD-Anzeige für  
das mA-Minuten-Produkt,  
mA und Behandlungszeit.

**Einmal-Iontophorese-**  
**Elektroden mit**  
**chemischem Puffer®**  
für mehr Sicherheit und  
Effizienz bei der  
Behandlung.

GENERALVERTRETUNG FÜR DIE SCHWEIZ



FRITAC MEDIZINTECHNIK AG  
8031 Zürich  
Hardturmstrasse 76  
Telefon 01-271 86 12  
Telefax 01-271 78 35

**BON**

Bitte aus-  
schneiden  
und ein-  
senden an  
**FRITAC AG**  
Postfach  
8031 Zürich

Bitte senden Sie mir/ uns Unterlagen über

Iontophorese

GESAMTDOKUMENTATION  
Physiotherapie-Einrichtung

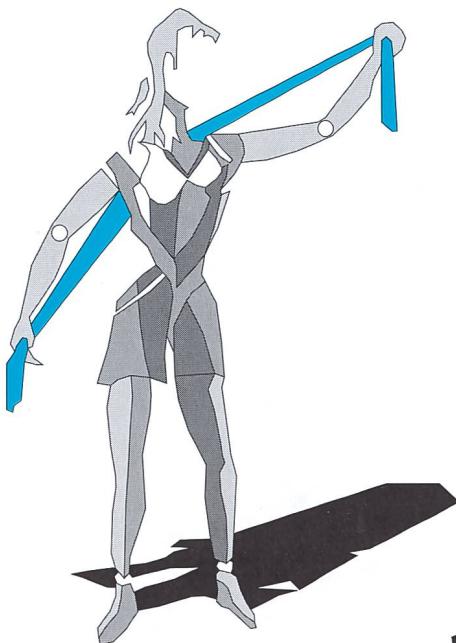
Name \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Plz/Ort \_\_\_\_\_

PH-8/93

**Thera-Band®**

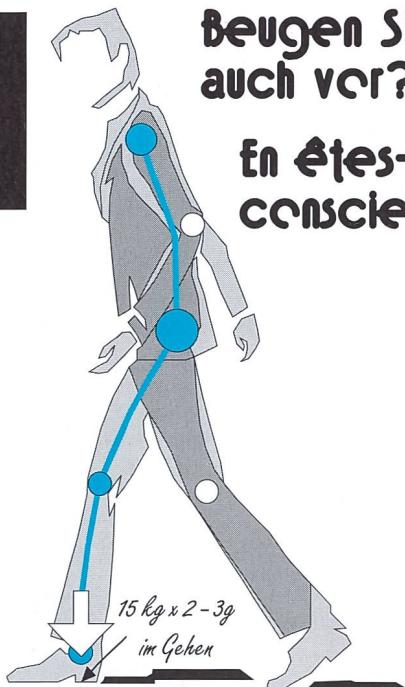


$$80 \text{ kg} = 800 \text{ Newton}$$
$$80 \text{ kg} \times 10 \text{ m/sec}^2$$

$\overbrace{\hspace{10em}}$  mg

**Beugen Sie  
auch vor?**

**en étes-vous  
conscient?**



**VISTA**  
WELLNESS

4513 Langendorf/SO 065 38 29 14  
2014 Bôle/NE 038 41 42 52

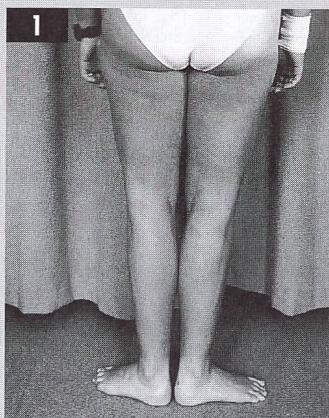
**Viscolas™**

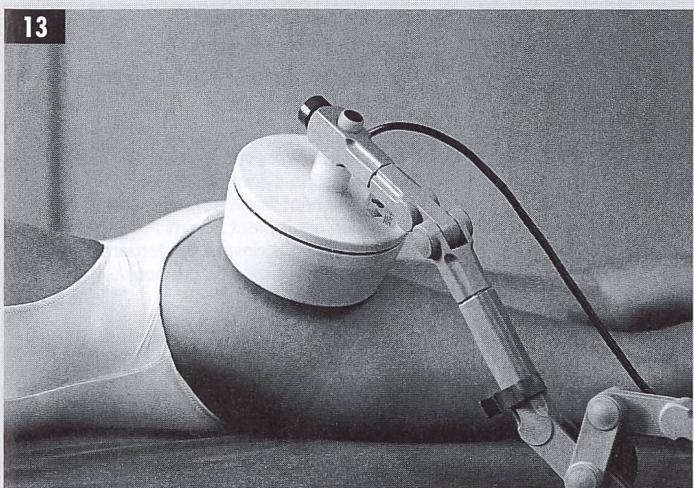
Schockdämpfende Einlagen  
matériaux anti-chocs

## LE SYNDROME DU PYRAMIDAL

## DAS PIRIFORMIS-SYNDROM

## LA SINDROME PIRAMIDALE





- Fig. 1: Malade debout, membres inférieurs en rotation externe.  
 Fig. 2: Rotation interne des membres inférieurs.  
 Fig. 3: Elévation jambe tendue, ici le membre inférieur est en rotation interne.  
 Fig. 4/5: Mise en adduction de la cuisse.  
 Fig. 6: Adduction et rotation externe de la cuisse mettant en tension maximale le muscle pyramidal.  
 Fig. 7: Rotation interne passive de cuisse.  
 Fig. 8: Rotation interne passive de la cuisse préalablement placée en adduction.  
 Fig. 9: Rotation externe de cuisse contre résistance.  
 Fig. 10/11: Manœuvre de contrax – relax du pyramidal.  
 Fig. 12: Massage transverse du pyramidal.  
 Fig. 13: Ondes courtes localisées sur le muscle pyramidal.

- Abb. 1: Patient aufrecht, Beine aussenrotiert.  
 Abb. 2: Innenrotation der Unterschenkel.  
 Abb. 3: Anheben des ausgestreckten Beines. Hier befindet sich das Bein in Innenrotation.  
 Abb. 4/5: Adduktion des Oberschenkels.  
 Abb. 6: Adduktion und Aussenrotation des Schenkels unter maximaler Spannung des Musculus piriformis.  
 Abb. 7: Passive Innenrotation des Schenkels.  
 Abb. 8: Passive Innenrotation des Schenkels bei vorgängiger Adduktion.  
 Abb. 9: Aussenrotation des Schenkels gegen Widerstand.  
 Abb. 10/11: Übung mit Muskelanspannung und -lockern des Musculus piriformis.  
 Abb. 12: Längenmassage des Musculus piriformis.  
 Abb. 13: Kurzwellentherapie des Musculus piriformis.

- Fig. 1: Il malato sta in piedi, gli arti inferiori sono in rotazione esterna.  
 Fig. 2: Rotazione interna degli arti inferiori.  
 Fig. 3: Sollevamento della gamba tesa, qui l'arto inferiore è in rotazione interna.  
 Fig. 4/5: Messa in adduzione della coscia.  
 Fig. 6: Adduzione e rotazione esterna della coscia mettendo in tensione massima il muscolo piramidale.  
 Fig. 7: Rotazione interna passiva dell'anca.  
 Fig. 8: Rotazione interna passiva della coscia precedentemente messa in adduzione.  
 Fig. 9: Rotazione esterna della coscia contro resistenza.  
 Fig. 10/11: Manovra di contrazione–rilassamento del piramidale.  
 Fig. 12: Massaggio traverso del piramide.  
 Fig. 13: Onde corte localizzate sul muscolo piramidale.



## Die Infiltrationen

Die Infiltration des Muskels ist manchmal schwierig durchzuführen, da sich – wie erwähnt – der Muskel tief im Gesäß befindet. Die Infiltrationen der Sehne sind einfacher und erfolgen im Gebiet des Trochanter major.

## Die Elektrotherapie

Vor allem die magnetischen Stoßwellen oder die Ultraschallwellen führen bei persistierenden Muskelkontrakturen oft zu guten Ergebnissen. Fünf bis zehn Sitzungen sind in der Regel notwendig.

Gesäßschmerzen sind oft irreführend. Es ist schwierig, sie einer muskulären Ursache auf Höhe des Musculus piriformis zuzuordnen. Oft entstehen dabei Irrtümer.

Eine genaue und systematische Untersuchung ist von grundlegender Bedeutung. Wir stellen spezifische und nachvollziehbare

## PRAXIS

Untersuchungsmethoden vor, die unserer Erfahrung nach dazu beitragen, das Problem besser zu erkennen, und erlauben, Affektionen des Muskels und des Nervs zu unterscheiden.

Die häufigste Ursache sind schmerzhafte Muskelstränge im Musculus piriformis. Sie stehen häufig in Beziehung mit chronischen oder akuten Lumbalgien oder radikulären Schmerzen auf Höhe S1. Wir haben Haltungsfaktoren und besondere anatomische Voraussetzungen beschrieben.

Die angepasste Manualtherapie, die lokalen Infiltrationen oder die Physiotherapie stellen unsere therapeutischen Möglichkeiten dar.

## Literatur

Auge, R.: *Le massage. Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Kinésithérapie* 26100 A 10, 4, 11.04., 4p.

Boubee, M.: *Bilans musculaires. Encycl. Med. Chir. Paris, Kinésithérapie* 26010 A 10, et E 10, 4.6.07.

Claustre, J.: *Les syndromes canalaires du nerf sciatique. In: La sciatique et le nerf sciatique. Edition Masson, 1981, 270-278.*

Duchenne de Boulogne G. B.: *Physiologie des mouvements. Annales de Médecine Physique*, 1967, 341 - 346.

Gelmers, H. J.: *Entrapment of the sciatic nerve. Actaneurochirurgica* 1976, 33, 103-106.

Goussard J. C.: *Les thérapeutiques manuelles dans les lombalgies. In: Lombalgie et médecine de rééducation. Edition MASSON, 1983, 213-217.*

Goussard J. C.: *Un préalable à la rééducation lombaire: libération de la hanche. Revue de Médecine Orthopédique. No. 11, avril 1988, 29-32.*

Goussard J. C.: *Les de certaines techniques sédatives manuelles dans les lombalgie aiguës. Revue de Médecine Orthopédique. No 17, sept. 1989, 21-26.*

Grégoire, R.; Oberlin S. *Précis d'anatomie. 8 édition, J. B. Baillière et Fils, 136.*

Heuleu, J. N.; Auge, R.: *La masso-kinésithérapie dans les lombalgies et*

*lombo-sciatiques. Encycl. Med. Chir. Paris, Kinésithérapie 4.3.05, Fasc. 26294 A 10 et A 20*

Kapandji, I. A.: *Physiologie articulaire. Tome 2, membre inférieur, 5 édition, Maloine.*

Kendall, H. O.; Kendall, F. P.; G. E. Wadsworth. *Les muscles, Bilan et étude fonctionnelle. Maloine.*

Lazorthes, G.: *Le système nerveux périphérique. 2 édition, Masson, 1971.*

Maigne, R.: *Diagnostic et traitement des douleurs d'origine rachidienne. Une nouvelle approche. Exp. Sc. Fr. 1 vol. 1989.*

Rouviere, H.: *Anatomie humaine, 12 édition, Masson.*

J.C. Goussard, Parigi

## PRASSI

# La sindrome piramidale

Taluni dolori ai glutei o che partono dai glutei e si propagano nell'arto inferiore possono essere originati dal muscolo piramidale del bacino. Sono la conseguenza di una lesione del muscolo stesso o di una compressione – permanente o intermittente – a livello del tronco del nervo sciatico. A volte i sintomi ingannano o sono poco evocatori, ed è spesso difficile collegare i dolori a una causa muscolare. E' quindi di grande importanza esaminare il paziente in modo preciso e metodico. Test semplici e specifici permettono di arrivare alla diagnosi. Spiegheremo questi test più avanti.

Il piramidale del bacino, un muscolo allungato, piatto e triangolare, si stende dalla faccia anteriore del sacro al bordo superiore del grande trocantere. Esso è situato in parte nel bacino

e in parte nella regione glutea, proprio sotto al piccolo muscolo gluteo e sul suo stesso piano.

Prendendo origine dal sacro, esso si stende verso il basso sul davanti e verso l'esterno. Attra-

versa la grande insenatura sciatica e limita tale orifizio in due parti: il canale sovrapiramidale, tramite il quale il peduncolo vascolo-nervoso superiore penetra nella natica e il canale infrapira-

midale, limitato in basso dalla spina ischiatica e dal piccolo ligamento sacro spinoso, nel quale si immette il peduncolo vascolo-nervoso inferiore della regione glutea.

Questo muscolo presenta una stretta relazione con alcune formazioni nervose. Infatti il plesso sacrale è addossato alla parete posteriore del bacino, nella loggia del piramidale e applicato sul muscolo situato sul retro. Il nervo del piramidale è staccato dalla