

OSTEOPATHISCHE BEHANDLUNG EINER REZIDIVIERENDEN LAHMHEIT DER
VORDERHAND UND VON UNRITTIGKEIT BEIM ISLANDPFERD



med. vet. Ludivine Blatter, praktische Tierärztin, diplomiert in TCVM (Qi Academy, Gangelt)
eigene mobile Praxis für Osteopathie und Akupunktur für Pferde und Kleintiere, Euskirchen
und Umgebung
angestellt bei der Tierarztpraxis für Kleintiere Ferdinand Nießen, Düsseldorf

Mühlenstr. 5-7
53879 Euskirchen
Deutschland
Tel.: +49 157 35720665
E-Mail: info@alterna-vet.de

1. ZUSAMMENFASSUNG UND KEY WORDS:

Dieser Fallbericht beschreibt die osteopathische Behandlung eines 12-jährigen Isländer-Wallachs mit rezidivierender Lahmheit der rechten Vorderhand sowie Verhaltensstörungen beim Reiten. Das Pferd wurde tierärztlich untersucht, ohne Befund. Er wurde auch mehrmals von einer Tierheilpraktikerin osteopathisch behandelt, leider ohne Besserung des Gangbildes oder des Verhaltens. Die Röntgenbilder der Ankaufsuntersuchung im Januar 2021 waren unauffällig, im Blutbild war auch nichts zu bemängeln. Nach der ersten Sitzung war eine erhebliche Verbesserung der Symptomatik zu bemerken, nach drei Sitzungen lief das Pferd locker und konnte wieder ohne Probleme geritten werden. Dieser Bericht zeigt, dass die Behebung von orthopädischen Problemen beim Pferd ohne Einsatz von Schmerzmitteln und Entzündungshemmer möglich ist und auch erfolgreich sein kann.

Key words: Lahmheit, Verhaltensstörungen, Unrittigkeit, Pferd, Isländer, Osteopathie

2. PATIENTENDATEN:

Der beschriebene Patient ist ein 12-jähriger in Deutschland geborener Isländer-Wallach, der sich seit Ende Januar 2021 im Besitz der aktuellen Halterin befindet. Das Pferd stand bei meiner Erstbehandlung seit 14 Tagen in einem neuen Stall (Offenstallhaltung mit täglichem Weidegang) und wurde noch nicht in die Herde integriert, weil die Besitzerin sicher gehen wollte, dass am Bewegungsapparat nichts dagegensprechen würde. Der Wallach ist vom Typ her sehr sensibel, eher schüchtern fremden Menschen gegenüber, wird aber selbstbewusster und frech, sobald er die Person kennt.

Das Pferd ist an allen vier Hufen beschlagen und der Hufschmied kommt regelmäßig (ungefähr alle sechs Wochen). Die Zähne sind regelmäßig kontrolliert und korrigiert worden (letzter Zahnarztbesuch Ende 2021). Das Pferd zeigt keine Auffälligkeiten beim Fressen und hat eine normale Verdauung. Der Sattel wird vom Sattler regelmäßig kontrolliert.

3. ANAMNESE:

Laut der Besitzerin ist das Pferd schon beim Probereiten und beim Putzen fremden Menschen gegenüber sehr skeptisch gewesen. Im Februar 2021 ist die neue Besitzerin beim Reiten runtergefallen, weil das Pferd plötzlich losgeschossen ist, als sich eine zweite Person von seiner rechten Seite angenähert hat. Danach war das Pferd sehr aufgeregt und ist immer wieder losgaloppiert. Infolgedessen wollte die Besitzerin einen Horsemanship-Trainer dazu holen, um wieder Vertrauen aufzubauen; leider hat dies die Lage verschlimmert und der Wallach ließ sich danach kein Halfter mehr anziehen. Die Besitzerin hat folglich allein/ohne Trainer gearbeitet und das Pferd wurde vorsichtshalber vom Tierarzt untersucht (ohne Befund) und einmal von einer Tierphysiotherapeutin (Ausbildungen: DIPO, Welter-Böller) osteopathisch behandelt. Im

September 2021 kam das Pferd in Beritt und mehrere osteopathische Behandlungen durch die gleiche Therapeutin folgten, bis die Rückenmuskulatur wieder besser aufgebaut war. Im April 2022 sollte er zurück zur Besitzerin, wurde aber von einem anderen Pferd getreten (unter anderem an der rechten Schulter) und musste drei Wochen stehen. Im Anschluss wurde er erneut von der gleichen Therapeutin osteopathisch behandelt und durfte wieder geritten werden; die Besitzerin hat ihn dann wieder abgeholt. Zu Hause wurde er erneut von der Tierphysiotherapeutin zweimal osteopathisch behandelt, weil er vorne rechts immer wieder geringgradig gelahmt hat; die intermittierende Lahmheit wurde aber durch die Behandlungen nicht besser. Das Pferd blieb auch empfindlich auf der rechten Körperhälfte (vor allem im Bereich vom Hüfthöcker) und sehr kopfscheu. Zudem gab er das rechte Hinterbein schlechter hoch als die anderen Beine.

Die Besitzerin wünschte sich eine weitere Abklärung sowie einen neuen Therapieansatz, um dem Pferd zu helfen und rief mich deshalb dazu.

4. STATUS PRÄSENS UND FALLAUFNAHME:

Das Pferd wurde zum Zeitpunkt meiner ersten Untersuchung und Behandlung am 8. August 2022 mehrere Tage geschont und schon seit einer längeren Zeit nicht mehr geritten. Die bisherige Tierphysiotherapeutin und Osteopathin hat ihn mehrmals behandelt (letzte Sitzung eine Woche vor meiner Ankunft): danach waren die Symptome ein paar Tage besser, aber die Lahmheit beziehungsweise Taktunreinheit vorne rechts kam immer wieder zum Vorschein. Die Trainerin hat sich den Wallach drei Tage vor meiner Untersuchung angeschaut und eine Außenrotation vom rechten Hinterbein festgestellt. Diese wurde durch Dehnung der Gliedmaße besser und das Gangbild war ein paar Tage lang entspannter.

5. ADSKPEKTION UND PALPATION SOWIE DETAILLIERTE ERHEBUNG DER OSTEOPATHISCHEN BEFUNDE:

Das Pferd ist bei der ersten Kontaktaufnahme eher zurückhaltend, aber neugierig. Er befindet sich in einem normalen Ernährungszustand (eher schlank, Body Condition Score 5/9) und das Fell ist glänzend. Bis auf den Bereich der Sattellage, wo die Muskulatur schlechter ausgebildet ist, ist das Pferd homogen bemuskelt. Beim sanften globalen Anfassen vom ganzen Körper zeigt er generell einen sehr hohen Muskeltonus und geht schnell in Abwehr, sobald ihm eine Bewegung zu grob ist oder eine empfindliche Stelle angefasst wird – zum Beispiel, wenn man in die Nähe vom Kopf kommt. In Ruheposition belastet er alle vier Gliedmaßen gleichmäßig, steht aber im Brustbereich sehr eng, sodass die Vordergliedmaßen relativ nah aneinander stehen. Die rechte Körperseite fühlt sich insgesamt dichter an, vor allem im hinteren Rückenbereich.

Das Pferd wird zunächst in Bewegung angeschaut, um auszuschließen, dass eine deutliche Lahmheit vorhanden ist; sollte dies der Fall sein, wäre es ratsam, vor der osteopathischen

Behandlung eine klassisch medizinische Abklärung (Beugeproben, bei Bedarf bildgegebene Diagnostik) durchzuführen.

Auf der geraden Bahn (auf Beton-Boden) läuft das Pferd nicht lahm aber relativ klamm. Im Schritt fußt er nah der Mittellinie sowohl mit beiden Hinterfüßen als auch vorne beidseits. Im Trab läuft er mit der Hinterhand breitbeinig und etwas steif.

Auf der Volte (auf Sandboden) ist weder im Schritt noch im Trab eine Lahmheit sichtbar. Im Schritt läuft das Pferd locker, mit physiologischer Pendelbewegung des Kopfes. Mit dem rechten Hinterbein fußt er nicht in die Spur vom Vorderhuf; auf der linken Hand fußt er medial/unter dem Bauch, auf der rechten Hand lateral/außerhalb der Spur, was für ein Sidebending rechts in der Lendenwirbelsäule spricht. Im Trab wird diese Gangstörung verstärkt. Der Hals ist nicht mehr locker und die Nickbewegung des Kopfes nicht sichtbar. Das Gangbild wirkt generell gespannt und kurztrittig.

Die Gleitpalpation sowie die tiefere gewebliche Palpation von cranial nach caudal haben folgende Beobachtungen ergeben:

Im Kopfbereich ist der Patient besonders empfindlich und zeigt deutliche Abwehrreaktionen (Kopf hochreißen, mit dem Kopf schlagen, rückwärtsgehen). Die linke Schädelhälfte fühlt sich im Bereich vom Os temporale dicht an. Die Amplitude des CRI (Cranial Rhythmic Impulse) ist generalisiert deutlich reduziert. Der Abstand zwischen beiden Mandibulae und den Atlasflügeln ist klein und die Weichteile dazwischen fühlen sich verhärtet an. Die Triggerpunkte auf dem Atlasflügel sind beidseits positiv. Die gesamte Halsmuskulatur ist verspannt, vor allem in der Halsbasis bis zur Schulter, und der cerviko-thorakale Übergang (CTÜ) ist myofaszial verdichtet. Beim Versuch, den Hals zu manipulieren beziehungsweise in Rotation/in Sidebending zu gehen, reagiert das Pferd explosiv mit Rückwärtsgang, Hochreißen des Kopfes oder sich im Kreis drehen. Auf der rechten Seite des Widerrists oberhalb der Spina scapulae ist der Wallach druckempfindlich. Die Rückenmuskulatur ist im Bereich der Lendenwirbelsäule härter und gefüllter als der Rest des Rückens, insbesondere auf der rechten Seite. Das Tuber sacrale vom Os ilium auf der linken Seite steht dorsaler als der rechte und fühlt sich mindermobil an. Der gesamte Beckengürtel ist unharmonisch und in seiner Beweglichkeit eingeschränkt.

Die faszialen Listening (Spannungsdiagnosen, sowohl global als auch regional) sowie die spezifische osteopathische Untersuchung hat eine noch genauere Lokalisation der osteopathischen Läsionen ermöglicht. Ein Listening ist ein diagnostisches Verfahren, was vom französischen Osteopathen J. P. Barral etabliert wurde. Durch die manuelle Kontaktaufnahme mit der Faszie wird ein informativer Reiz gegeben, auf den die Faszie antwortet und ihr Spannungsmuster zeigt. Dieses Spannungsmuster wird in Form von faszialen Zügen wahrgenommen: dieser Zug weist in Richtung Dysfunktion. Es dient lediglich der Lokalisation des Problems, gibt aber keine Information bezüglich der Art der Störung (3).

Bei dem General Listening am Schweif (auf der Fascia superficialis, global) sind sowohl ein langer Zug nach rechts cranial (obere Vordergliedmaße/Halsbasis) sowie ein kurzer Zug Richtung linke Beckenhälfte (Iliosakralgelenk) aufgefallen. Bei dem atlanto-okzipitalen Listening (regional) ziehen sowohl ein Vektor nach ventro-rostral Richtung SSB wie ein zweiter Vektor nach ventral Richtung Atlanto-okzipitalgelenk (C0-C1) selbst. Bei dem atlanto-axialen Listening (regional, C2 Listening) auf der Dura mater ist ein Vektor Richtung cranial zu fühlen, was den Befund des OA-Listening bestätigt.

Der Kopf und die Halswirbelsäule werden bei diesem Patienten am Ende der Sitzung genauer getestet und behandelt, da diese Bereiche dem Pferd am unangenehmsten sind. Die hinteren

osteopathischen Läsionen sind für den Patienten ebenfalls wichtig zu beheben, weshalb sie in dieser Behandlung zuerst behandelt wurden. Für diesen Bericht werden die Befunde aber aus Übersichtlichkeitsgründen von vorne nach hinten beschrieben.

Das Os temporale ist links verdichtet und das Ear pull erlaubt, eine verminderte Mobilität nach lateral (in die Verlängerung des äußeren Gehörganges) zu bestätigen. Die SSB befindet sich in Kompression (deshalb der Zug im C2-Listening nach ventro-rostral). Das Atlantookzipitalgelenk (C0-C1) befindet sich in Sidebending links, Rotation rechts. Der Ansatz vom Ligamentum nuchae dorsal am Okziput sowie die meisten Weichteilstrukturen im Spalt zwischen Atlas und Mandibulae sind verhärtet und dolent.

Die Sidebending sowie die Rotation nach rechts in der Halsbasis (ab C4) sind stark beeinträchtigt und die Hals- und Nackenmuskulatur (M. brachiocephalicus, M. longus colli, M. sternocephalicus, M. omotransversarius, M. splenius, M. trapezius pars cervicalis, M. serratus ventralis cervicis) beidseitig verspannt.

Der CTÜ (cerviko-thorakaler Übergang) als diaphragmale Pufferzone weist einen Zug nach rechts auf. Der Rock Test vom Thorax zeigt, dass das Pferd sein Gewicht ungerne auf die rechte Seite verlagert.

Das Achsellisting (regional) weist links einen Zug Richtung Herz und rechts einen Zug Richtung Schultergelenk auf.

Das rechte Schultergelenk zeigt eine reduzierte Beweglichkeit in der Extension, in der Adduktion und in der Aussenrotation. Beide Schulterblätter gleiten nicht schön am Thorax entlang und lassen sich nach cranial und dorsal nicht verschieben. Die Muskulatur um die Scapulae herum (Mm. infra- und supraspinatus, M. subscapularis, M. rhomboideus pars cervicalis und pars thoracis, M. deltoideus, M. triceps brachii, M. trapezius pars cervicalis und pars thoracis, M. serratus ventralis, M. latissimus dorsi) ist auf beiden Seiten verspannt. Im Widerristbereich ist Th6 in FRS rechts blockiert und die Muskulatur rechts von diesem Wirbel ebenso verspannt. Im Thoraxbereich ist das Herz in seiner Beweglichkeit (Mobilität und Motilität) durch eine Verspannung des Ligamentums sternopericardiacum beeinträchtigt.

Die Dichte der Zwerchfellpfeiler ist auf beiden Seiten (vor allem rechts) erhöht.

Ein regionales Listening vom Beckenboden aus hat erlaubt, einen Zug Richtung linkes ISG festzustellen. Das Tuber sacrale des Iliums steht links dorsomedial und lässt sich nicht nach ventral verschieben. Das Sakrum selbst befindet sich in einer (wahrscheinlich kompensatorischen) Torsionsstellung nach rechts auf der linken Schrägachse (L/R).

Bei der Manipulation der Hintergliedmaßen wird festgestellt, dass das Pferd beide Hinterbeine schlecht hoch gibt und vor allem hinten links schnell zurückziehen möchte. Am linken Knie wird eine caudale Fixation vom medialen Meniskus festgestellt.

6. SCHULMEDIZINISCHE DIAGNOSE ANHAND DER BEFUNDE:

- Reduzierte Beweglichkeit im Kopf-, Hals-, Widerrist- und Lendenbereich mit erhöhter Muskelsensibilität
 - Mittelgradige Cephalgie, Zervikalgie und Lumbalgie sowie geringgradige craniale Dorsalgie

7. ZUSAMMENSTELLUNG DER OSTEOPATHISCHEN LÄSIONEN:

- **Cranio-sakrale Befunde:**
 - Kompression der SSB (Symphysis speno-basilaris)
 - Verdichtung vom Os temporale auf der linken Seite
 - Generalisiert schwacher CRI
- **Strukturelle Befunde:**
 - C1: FRreSli
 - C4, C6: ERS rechts
 - Th6: FRS rechts
 - L6: ERS rechts
 - Rechtes Schultergelenk in Flexion, Abduktion und Innenrotation fixiert
 - Beide Scapulae mindermobil entlang der Thoraxwand (nach ventral, caudal und in Adduktion fixiert)
 - Linkes ISG (Iliosakral-Gelenk): dorsal (in flare, Nutation)
 - Sakrum in Torsion (L/R)
 - Medialer Meniskus vom linken Knie caudal fixiert
- **(Myo)fasziale Befunde:**
 - General Listening (am Schweif): langer Zug Richtung vorne rechts (Halsbasis/Schulter) und kurzer Zug Richtung linke Beckenhälfte
 - Zerviko-okzipitaler Übergang (OAA) -> erhöhter Tonus von M. rectus capitis dorsalis ventralis und lateralis, M. obliquus capitis cranialis und caudalis sowie M. longus capitis
 - Halsbereich: verspannte Muskulatur um die fixierten Halswirbel (M. brachiocephalicus, M. longus colli, M. sternocephalicus, M. omotransversarius, M. splenius, M. trapezius pars cervicalis, M. serratus ventralis pars cervicis)
 - Schultergürtel (CTÜ) -> erhöhter Tonus von M. brachiocephalicus beidseitig, rechtsrum Zug Richtung Schulter auf der Fascia scapularis; Achsellistening: links Zug Richtung Herz, rechts Zug Richtung Schulter
 - Scapulae: erhöhte Dichte der Mm. infra- und supraspinatus, M. subscapularis, M. rhomboideus pars cervicalis und pars thoracis, M. deltoideus, M. triceps brachii, M. trapezius pars cervicalis und pars thoracis, M. serratus ventralis, M. latissimus dorsi
 - Erhöhte Dichte von den Zwerchfellpfeilern beidseits aber vor allem auf der rechten Seite
 - Lendenwirbelsäule: Zug Richtung LSÜ (lumbo-sakraler Übergang) auf der Fascia thoracolumbalis (vom Sakrum getestet)
 - Beckenbodenlistening: Zug Richtung linkes ISG
- **Viszerale Befunde:**
 - Zwerchfell -> s. (myo)fasziale Befunde
 - Herz: Ligamentum sternopericardiacum verspannt, dadurch verminderte Mobilität und Motilität vom Herz und vom Perikard
 - Linke Niere: verminderte Mobilität und Motilität

8. THERAPIEKONZEPT/BESCHREIBUNG DER ANGEWANDTEN TECHNIKEN:

- **Cranio-sakrale Techniken:**

Die cranio-sakrale Osteopathie befasst sich mit der Beweglichkeit der einzelnen Schädelknochen, der verschiedenen Membranen des Gehirns selbst sowie des Liquor cerebrospinalis und deren Verbindung mit dem Rest des Körpers (1). Durch die Insertion von Muskeln, von Ligamenten sowie von myofaszialen kinetischen Linien (superficial dorsal line, lateral line, superficial ventral line, spiral line, deep ventral line (22)) an den Schädelknochen, die Kontinuität der Meningen zwischen Gehirn und Rückenmark (bis zum Os sacrum), die longitudinale Zirkulation des Liquor cerebrospinalis vom Ventrikelsystem und Arachnoidalraum Richtung Sakrum sowie die durch die Hypophyse produzierten Botenstoffe, hat das cranio-sakrale System Auswirkungen auf den ganzen Körper. Deshalb spielen osteopathische Läsionen in diesem Bereich eine große Rolle. Bei diesem Fall wurden mehrere Techniken angewendet:

- Ear pull/Unwinding zur Behandlung vom Os temporale/Tentorium cerebelli:
Durch das Ear pull wird das Os temporale untersucht und gleichzeitig behandelt. Die Ohren werden sanft umfasst und es wird ein gleichmäßiger, sanfter Zug ausgeübt. Dieser Zug wird in verschiedene Richtungen gerichtet und dabei werden verschiedene Strukturen getestet: nach lateral für das Tentorium cerebelli (in die Verlängerung des äußeren Gehörgangs), nach caudal für die Hypophyse und nach rostral für den Sinus rectus. Beim Testen wird bei diesem Patienten auf der linken Seite in die Richtung vom Tentorium cerebelli eine erhöhte Dichte/ein Widerstand gespürt; ohne die Handanlage zu wechseln wird eine aktivierende Kraft („activating force“) in das Gewebe eingegeben. Dann werden alle Bewegungen, die das Gewebe anbietet, beobachtet und begleitet (Unwinding), bis das Os temporale und der Schädel weicher werden. Durch diese Technik werden verschiedene Suturen sowie die Verbindung zwischen der Pars petrosa vom Os temporale und dem Bereich der SSB mitgelöst (1).
- Kompression/Dekompression zur Behandlung der SSB:
Die Kompression der SSB ist eine primär traumatische pathologische Stellung und muss deshalb behandelt werden. Bei dem beschriebenen Fall war das Os temporale mitbeteiligt und wurde deshalb als Erstes behandelt, damit mehr Raum geschaffen wird und die SSB etwas weicher wird. Zur eigentlichen Behandlung der SSB wird eine indirekte Technik benutzt: die Kompression wird zunächst auf der a/p-Achse ganz sanft verstärkt (1). Es entsteht relativ schnell ein Unwinding, was begleitet wird, bis sich die Strukturen frei und entspannt anfühlen (Release). Als Re-Test wird ein Listening vom Okziput aus ausgeübt: der Zug ist verschwunden und somit die Behandlung erfolgreich gewesen.
- Induktion vom PAM (indirekte Technik):
Nach der Behandlung des Os temporale und der SSB wird der PAM (Primärer Atemmechanismus, Synonym: CRI, Cranialer Rhythmischer Impuls) erneut aufgenommen und hinsichtlich Frequenz, Amplitude, Rhythmus und Symmetrie (SARS) bewertet. Die Flexionsphase ist noch etwas schwächer als die Extensionsphase. Bei

dieser indirekten Technik wird freie Richtung (in diesem Fall die Extensionsphase) bis zum Maximum der Bewegungsamplitude gefolgt und bevor die Gegenbewegung (Flexion) wieder einsetzt wird sie so sanft motiviert, sich zu verlängern. Dieser Vorgang wird zwei bis dreimal wiederholt, bis sich beide Phasen ausgeglichen haben (1).

➤ Atlas-Release:

Diese Technik hat zum Ziel, den funktionell wichtigen Atlas (C1) sowie die umliegende muskulofasziale atlantookzipitale Verbindung zu entspannen. In diesem Fall wird das Release erst nach der strukturellen Technik von C1 angewandt, da das Pferd es davor nicht zugelassen hat. Dafür wird das Okziput mit beiden Händen umfasst und OAA in Extension eingestellt. Die Handbasis liegt auf den Atlasflügeln und die Finger auf der Nackenmuskulatur und dem Okziput. Der Pferdekopf wird auf die Schulter des Therapeuten gelegt und die Extension wird sanft und vorsichtig verstärkt, indem der eigene Körper langsam nach hinten „fällt“. Sobald ein ausreichender muskulärer Release erfolgt, kann der Pferdekopf langsam losgelassen werden (1, 7).

• **Strukturelle Techniken:**

Die strukturellen Blockaden können mehrere Ursachen haben beziehungsweise es können mehrere Strukturen betroffen sein: die Problematik kann an der paravertebralen Muskulatur (inklusive Nerven und Gefäße), den Bändern oder der Gelenkfläche selbst liegen (8). Zum Lösen dieser Fixation muss die Technik dementsprechend ausgewählt werden.

Für die Halswirbelsäule wird in diesem Fall indirekt gearbeitet, da das Pferd nicht sehr kooperativ in dem Bereich ist und sich bei einem zu hohen Zwang explosiv wehren könnte. Um die Läsion von C1 (FRreSli) zu beseitigen wird zunächst auf die Weichteile gearbeitet (genaue Erklärung im Absatz „(myo)fasziale Techniken“). Danach wird das Gelenk indirekt manipuliert: eine Hand hält den Atlasflügel, eine Hand hält den Kopf (sanft am oberen Nasenrücken); das Gelenk wird in Flexion und Sidebending links eingestellt (die Rotationsebene folgt von selbst); die Spannung wird aufgebaut und sobald die Bewegungsgrenze erreicht ist, wird ein Pseudothrust (schnelle indirekte Mikrobewegung in die freie Richtung) ausgeübt (2).

Für die Läsionen bei C4 und C6 (ERS rechts) wird ein Counterstrain (2, 3) eingesetzt, um die Muskulatur schonend zu entspannen. Die betroffenen Gelenke werden in die freiere Bewegungsrichtung in die für den Wallach angenehmste Position eingestellt (SR rechts, Extension ist physiologischerweise vorhanden): eine Hand wird am Nasenrücken aufgesetzt, die andere Hand auf das betroffene Wirbelsegment (n und n + 1) (Monitorhand). Durch diese Dehnung wird die Impulsfrequenz der Ia-Fasern sowie die Alpha-Stimulation verringert. Über die Gamma-Motoneurone sinkt die Vorspannung der verspannten Muskulatur um die Läsion sowie des antagonistischen Muskels. Die Position wird circa dreißig Sekunden gehalten und mit einem Pseudothrust beendet (2). Für den Widerrist (Th6 mit FRS rechts) wird ebenso indirekt gearbeitet, wobei "n" in direkter Position gehalten wird: der Behandler stellt sich links vom Pferd und hält den betroffenen Wirbel mit seinem Vorderarm in Sidebending links („break the line“, „n“ wird dadurch fixiert); mit seinem zweiten Arm werden eine Flexion sowie ein Sidebending nach rechts von der Kruppe aus ausgelöst (mit einem Stäbchen links auf

der Kruppe auf den Gluteus-Muskel vom Tuber coxae bis zum Tuber ischiadicum gleiten) (8). Dadurch wird die Läsion verstärkt und reflektorisch korrigiert.

Die Schulterblätter sollten entlang vom Thorax gleiten; aufgrund muskulärer Verspannungen (Hals- und Rückenmuskulatur) sowie eine Blockade der Gelenkfacette vom Schultergelenk rechts ist diese Bewegung beeinträchtigt. Zuerst wird das Gelenk behandelt: dafür wird die Vordergliedmaße in Extension gesetzt (Bein nach vorne gestreckt), mit dem Huf nah vom Boden und ohne Druck; wenn alle Gelenke in Extension sind und das Schultergelenk nach ventral kommt, wird das Schulterblatt hierdurch in Abduktion fixiert; wenn die Position sicher steht, wird ein Thrust in Abduktion gesetzt; dadurch dekoaptieren die Gelenkflächen vom Schultergelenk (5). Die restliche Spannung im Schultergürtel (Scapulae) wird myotensiv (Stretching, passive Mobilisierung der Muskulatur) sowie neurovaskulär (Arbeit auf das Ganglion cervicale caudale) (10) gelöst.

Der blockierte L6 (ERS rechts) wird wie folgt behandelt: zuerst werden das Sidebending und die Rotation rechts behandelt. Es wird mit dem Bein als Hebel gearbeitet, auf indirekte Weise. Der Therapeut steht rechts vom Pferd, schaut nach caudal und hebt die rechte Hintergliedmaße mit der linken Hand hoch. Die Gliedmaße wird in Abduktion gebracht und das Pferd leicht nach links geschoben (dass es sich selbst hält). Mit der rechten Hand wird ein deutlicher Reiz mit dem Holzstäbchen über dem LSÜ produziert, was die Läsion (ERS rechts) verstärkt und wiederum reflektorisch löst (1, 9). Da die Extensionskomponente nach der Manipulation noch nicht ganz weg war, wird diese nochmal einzeln behandelt: dafür wird die Lendenwirbelsäule mit einer Hand in Extension gehalten; danach wird eine Flexion der Kruppe eingeleitet – dafür kann man entweder mit einem Holzstäbchen am Sakrum entlang gleiten oder eine Vier-Hand-Technik benutzen (Besitzer um Hilfe bitten) und die Holzstäbchen entlang der Glutealmuskulatur von dorso-cranial nach ventro-caudal gleiten lassen (9).

Für das linke ISG wird eine Technik von Dr. Dominique Giniaux angewendet: das linke Hinterbein wird mit der rechten Hand am Röhrbein gefasst und mit der rechten Hand am Fesselkopf. Der Behandler steht leicht schräg (45 Grad) neben dem Pferd, hält das Bein tief, macht zuerst eine Bewegung nach cranial, bringt dann das Bein in leichter Abduktion („Komma“-Bewegung) und wartet, dass das Pferd zurückzieht. Die Gelenkflächen zwischen das Ilium und das Sakrum dekoaptieren und die Beweglichkeit ist wieder gegeben (9). Auch die (kompensatorische) Torsion vom Sakrum konnte auf dieser Weise gelöst werden.

Der mediale Meniskus vom linken Knie bleibt auf dem Tibia-Plateau fest, wenn das Kniegelenk in Flexion gebracht wird. Um ihn zu behandeln, steht der Therapeut mit dem Gesicht Richtung Hüfthöcker. Die craniale Hand hält den Fesselkopf und die caudale Hand den Calcaneus. Der Calcaneus ist der Fixpunkt – die Bewegung kommt vom Fesselkopf. Um den Meniskus wieder nach cranial zu bringen, wird eine internal Rotation von der Tibia produziert (durch eine Adduktion vom Metatarsus mit der Hand auf dem Fesselkopf) (6).

- **(Myo)fasziale Techniken:**

Sie wurden zum Teil schon bei den strukturellen Techniken erwähnt.

Am Genick wurden die positiven Signalpunkte im Spalt zwischen Okziput und Atlas (SP2 und SP3) (3) mit Resilienz behandelt: dabei werden die Finger sanft auf die Punkte

gelegt und das Gewebe wird durchdrungen, durchgeschmolzen, bis es sich weich anfühlt. SP4 (der das Äquivalent vom Akupunkturpunkt Blase 10 ist) wird beidseitig im Uhrzeigersinn (beruhigende, sedierende Wirkung) akupressiert (19), was die lokale Muskulatur zusätzlich entspannt.

Am Hals wurde ein Counterstrain angewendet (Erklärung s. Absatz über die strukturellen Techniken).

Der CTÜ (Cerviko-Thorakaler Übergang) als Diaphragma/Pufferzone wird erneut untersucht, nachdem die umliegenden Strukturen (HWS, Schultergelenk, Schulterblätter) behandelt worden sind. Er fühlt sich deutlich entspannter an. Da die Region aber sehr verspannt war, wird eine „abschließende“ indirekte harmonisierende myofasziale Technik (MFR, Myofaszialer Release) benutzt. Dafür werden beide Hände vor dem cranialen Scapularand gesetzt, mit Fingerspitzen Richtung Sternum-Spitze und Daumen Richtung C7. Die Spannung wird getestet und die maximale Entspannungsposition (indirekt, in jeder Richtung) eingestellt; es wird dann einen „Twist“ ins Gewebe eingegeben und dem Unwinding (den dem Bindegewebe innewohnenden Kräften) wird gefolgt, bis ein Release stattfindet (7).

Das Zwerchfell wird in der Osteopathie als zentraler Baustein betrachtet: ist es in Dysfunktion, können die Organe sowie alle endokrinen Drüsen des Körpers schlechter arbeiten und der venöse (V. cava caudalis, V. azygos, V. hemiazygos) und lymphatische Abfluss (Cisterna chyli) wird beeinträchtigt (4). Es ist also unabdingbar, dass es mitbehandelt wird. Die Behandlung beruht auf das Lösen der Blockaden der mit dem Zwerchfell verknüpften Strukturen (HWS: C5-C7 durch den Ursprung des Nervus phrenicus, welcher das Zwerchfell zu 20% efferent innerviert und zu 80% als Afferenz dient und dabei sensorische Informationen aus dem Thorax (Pleura) und auf dem oberen Abdomen (Peritoneum) sammelt; CTÜ; TLÜ; Herz und Niere; Muskulatur und Faszien) sowie des Zwerchfells selbst. Dafür wird eine MFR-Technik (myofasiales Release) verwendet. Diese Methode wird sowohl rechts als links angewendet: eine Hand liegt auf dem Sternum, die andere auf dem rechten beziehungsweise auf dem linken Zwerchfellpfeiler. Die Faszien werden in deren Mobilität getestet und in die Richtung des geringsten Widerstandes in allen drei Bewegungsebenen eingestellt, bis der „Point of Balance“ erreicht ist. Danach wird ein „Twist“ (kleiner aktivierender Impuls) reingesetzt und dem Unwinding gefolgt, bis der Release stattfindet (8).

Der LSÜ wird begleitend zur Nierenbehandlung und zur strukturellen Manipulation vom ISG mit Hilfe einer Sandwich-Technik behandelt: eine Hand wird dorsal an dem lumbosakralen Übergang, die andere Hand ventral auf die gleiche Höhe gesetzt. Zwischen beiden Händen wird das Gewebe in maximaler Entspannungsposition eingestellt und gehalten, bis ein Release erfolgt und die Strukturen sich weich anfühlen.

Abschließend wird nach den strukturellen und viszerale Techniken das Becken myofaszial nachgetestet und die letzten Verspannungen durch ein globales Unwinding gelöst.

- **Viszerale Techniken:**

Viszerale Manipulationen haben einen Einfluss auf das autonome Nervensystem. Durch die Wechselwirkungen zwischen dem Parietalen, dem Vegetativen sowie dem Immunsystem bleibt die Wirkung nicht lokal, sondern breitet sich im ganzen Körper aus. Die Beseitigung von viszerale Läsionen löst mehrere positiven Effekte aus: das Strömen

der Körperflüssigkeiten (Blut und Lymphe), die Nervenfunktion, der Hormonhaushalt, die Verdauung und die Immunabwehr werden verbessert, der Stoffwechsel wird normalisiert und die Gleitschichten sowie die Muskelspasmen werden befreit (4). Rezidivierende Wirbelblockaden können unter anderen einen viszeralen Befund als Ursache haben.

Das Zwerchfell wurde schon im Absatz „(myo)fasziale Techniken“ angesprochen.

Das Ligamentum sternopericardiacum wird durch eine Induktionstechnik behandelt. Der Behandler nimmt durch eine Schichtpalpation sanft Kontakt mit der Struktur auf. Es wird dann ein eher gedachter Kraftaufwand in die freie Richtung ausgeübt, bis sich die normale FARS (Frequenz, Amplitude, Rhythmus und Symmetrie) der Motilität wieder herstellt (4) und damit auch die dortige Spannung beseitigt wird.

Die linke Niere ist in ihrer Bewegung eingeschränkt. Durch das Lösen der Zwerchfellpfeiler, des blockierten L6 und des Beckens ist die anatomische Umgebung der Niere wieder frei von osteopathischen Läsionen. Durch eine Écoute wird dann festgestellt, dass sich die Niere selbst in der Inspir nicht frei nach cranio-medial bewegen kann. Zur Behandlung wird die Motilität genutzt. Durch eine Schichtpalpation wird Kontakt mit der Niere aufgenommen: eine Hand folgt der asymmetrischen (pathologischen) Bewegung der linken Niere, die andere Hand liegt für den Vergleich auf der Projektionsfläche der rechten Niere. Die freie Richtung wird induziert und es wird auf einen Stillpunkt gewartet (der auch geschehen ist) (4). Die Pendelbewegung ist beim Re-Test wieder symmetrisch.

9. HEILUNGSVERLAUF UND BEURTEILUNG:

Nach der Behandlung wird das Pferd drei Tage im Schritt bewegt, danach drei Tage ohne Reiter und ohne Ausbinder longiert und/oder gymnastiziert. Erst dann darf es wieder geritten werden, bei der ersten Gelegenheit unter dem Sattel nur am langen Zügel und ohne viele Volten/Zirkel.

Zudem wird der Besitzerin empfohlen, Halsgymnastik zu üben (Lateroflexionsübungen mit einem Leckerli), den Rücken regelmäßig aufzuwölben (Stimulation am Sternum) und die Vordergliedmaßen zu dehnen (15).

Erste Nachkontrolle:

Die zweite Behandlung hat am 29.08.2022, also circa drei Wochen nach dem ersten Besuch stattgefunden.

Nachdem der Wallach in die Herde integriert wurde (leider mit Streiterei – mehr als ein paar oberflächigen Wunden an den Hintergliedmaßen wurden aber nicht festgestellt), ist er seit einer guten Woche wieder im Training. Er wurde am 26.08.2022 für das erste Mal seit Mai 2022 wieder geritten, lief sehr schön und hatte keine „Anfälle“ mehr, obwohl die Pause so lang war.

- Beobachtungen in Bewegung:

Das Pferd läuft generell lockerer, das Gangbild scheint elastischer, das Becken bewegt sich freier und die Hinterhand ist nicht mehr so steif. Auf der linken Hand läuft es in seinen Spuren, rechtsherum tendiert es aber noch, mit dem rechten Hinterbein medial der Spur aufzufußeln.

- Palpation:

Am Genick (Atlantookzipitalgelenk) ist das Pferd noch empfindlich und das Sidebending nach links ist weiterhin eingeschränkt. Eine Restspannung ist an der Halsbasis (insbesondere am M. brachiocephalicus beidseitig) zu spüren, und das linke ISG ist noch nicht frei beweglich. Die Muskulatur im Bereich der Lendenwirbelsäule ist auf der rechten Seite noch leicht verspannt.

Das Pferd gibt die Hinterbeine weiterhin nicht gerne hoch, wird aber langsam kooperativer.

- Osteopathische Nachbehandlung:

Die Blockade am Atlantookzipitalgelenk wird strukturell nachkorrigiert (indirekte Technik mit Pseudothrust). Der Hals (C4-C5) wird erneut durch Counterstrain behandelt. Am Becken/ISG wird eine BLT (Balanced Ligamentous Tension) Technik angewendet: dafür wird das Point of Balanced Tension am Becken (Gleichgewichtszustand) dynamisch gesucht und positioniert, damit die selbstkorrektiven Kräfte des Patienten die Strukturen in die richtige Position bewegen (12). Die gesamte Lendenwirbelsäule wird ebenso durch eine BLT-Technik balanciert.

Anschließend wird die gesamte Muskulatur mittels einem Vibropercussion-Physiotherapie-Gerät (G5-Equitec®) massiert.

Nach der Behandlung soll das Pferd wieder zwei Tage Schritt geführt werden, dann zwei Tage locker longiert/gymnastiziert werden. Zusätzlich zu den empfohlenen Übungen bei der letzten Sitzung werden Stangenarbeit und Seitengänge (Schulterherein, Travers, Traversale) empfohlen, um die seitliche Beweglichkeit der Vorderhand, des Rumpfes sowie des Beckens zu fördern. Dazu wird zur Mobilisation der Gelenke Schaukelübungen empfohlen (16).

Zweite Nachkontrolle:

Die zweite Nachbehandlung hat am 23.09.2022 stattgefunden, also gut vier Wochen später. Vorgeschichtlich bewegt sich das Pferd gut und hat sogar mit Gymnastiksprüngen angefangen. Die Dehnungsübungen funktionieren immer besser und es ist insgesamt gelassener.

- Beobachtungen in der Bewegung:

Das Gangbild hat sich noch ein Stück gebessert. Selbst auf der rechten Hand im Trab läuft der Wallach fast ganz in seinen Spuren.

- Palpation:

Das Pferd ist während der ganzen Behandlung sehr entspannt und die Halsmanipulation funktioniert dieses Mal einwandfrei. Die Hinterbeine zieht es deutlich weniger zurück, wobei es im Bereich der alten Schürfwunden noch empfindlich ist.

- Osteopathische Nachbehandlung:

Strukturelle Blockaden sind dieses Mal nicht mehr zu finden. Der Hals wird auf jeder Seite nochmal gedehnt (Counterstrain) und massiert (Tui Na Techniken, G5-Equitec®), da die Muskulatur an der Halsbasis noch minimal verspannt ist. Das Pferd wird durchgeschaukelt und der Beckenbereich wird durch eine Traktion am Schweif gelockert.

Der Besitzerin wird empfohlen, mit den Übungen weiterzumachen und das Pferd regelmäßig osteopathisch untersuchen zu lassen (generell zweimal im Jahr, für die erste Zeit sogar alle drei Monate oder natürlich sofort, wenn Bewegungseinschränkungen zu sehen sind).

10. DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN:

Dieser Fallbericht zeigt, dass eine allopathische Behandlung mit Schmerzmitteln und Entzündungshemmern bei einer Problematik des Bewegungsapparates beim Pferd nicht den einzigen Weg zur Behandlung darstellen. Durch eine genaue Palpation, eine umfassende Gangbildanalyse und eine detaillierte Anamneseerhebung, ist der/die tierärztliche Osteopath*in in der Lage zu differenzieren, ob der Patient von einer manualmedizinischen Behandlung profitieren kann, oder ob weitere Diagnostik im Sinne von einer kompletten Lahmheitsuntersuchung mit Beugeproben, Leitungsanästhesien und bildgegebener Diagnostik sinnvoller ist. In der Schweiz zum Beispiel wird bei orthopädischen Patienten (insbesondere bei Rückenproblematik) sehr oft Komplementärmedizin im Sinne von Osteopathie (als erste Wahl durch die Besitzer), Homöopathie, Akupunktur und anderen Alternativmethoden eingesetzt (26).

In unserem Fall sind unter anderem verschiedene Abschnitte der Wirbelsäule sowie das Iliosakralgelenk betroffen; da diese Regionen für herkömmliche veterinärmedizinische Methoden kaum zugänglich sind, stellt die Osteopathie eine beachtlich effektive Methode zur Diagnose und Behandlung von Bewegungseinschränkungen in diesem Bereich dar (23). Sie bietet eine detaillierte Beurteilung der Weichteile und der Knochen beziehungsweise Gelenke, die eine konventionelle Untersuchung nicht immer bereitstellen kann (25). Mit modernen Geräten und oft unter Klinikbedingungen kann zwar bei einem Großteil der Wirbelsäule bildgegebene Diagnostik erfolgreich eingesetzt werden, was aber nicht beweist, dass die Befunde der Untersuchung mit den klinischen Symptomen übereinstimmen. Es wurden zwar häufiger röntgenologische Befunde an den Dornfortsätzen und den Facettengelenken bei unrüttigen Pferden gefunden, jedoch korrelieren diese Befunde nicht immer mit einer Unrüttigkeit (24). Bei dem

Iliosakralgelenk hingegen korreliert die Klinik meistens mit morphologischen pathologischen Befunden: durch eine gewissenhafte klinische Untersuchung (Adspektion, Palpation, Provokationstests) kann eine ISG-Erkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit diagnostiziert werden, und diese kann dann durch bildgegebene Verfahren (transrektale Sonographie, Szintigraphie) bestätigt werden (28).

Zusammenfassend betrachtet die Osteopathie den Organismus als Ganzes und ermöglicht, Verbindungen zwischen orthopädischen und internistischen Fragestellungen zu verbinden und sinnvoll zu lösen. Es wurde inzwischen für das Pferd wissenschaftlich bewiesen, dass viele der Viszera mit den tiefen und oberflächigen kinetischen Linien in kontinuierlicher bindegewebiger Verbindung stehen. Dadurch stehen die myofaszialen und viszeralen Faszien, neben der neurologisch-reflektorischen Verkettung auch direkt miteinander in Verbindung (27).

Unter anderem diese erweiterten Kenntnisse ermöglichen, eine funktionelle Diagnose zu stellen und somit die Ursache der Beschwerden zu finden, was einer reinen Symptombehandlung zu bevorzugen ist.

Die Osteopathie ergänzt die klassische Veterinärmedizin. Sie stellt eine effektive und ganzheitliche integrative Ergänzung der Patientenbetreuung dar. Indem beide Ansätze parallel angewandt werden, können Therapieerfolge nachhaltiger werden.

11. LITERATURANGABE:

- (1) Heufelder-Traenckner, Dr. B., Scholz, Dr. S.: „Cranio-sakrale osteopathische Veterinärmedizin“, Teil 1 + 2, TAO Equilibre, 2017
- (2) Kassianoff, Dr. I.: „Biomechanische Osteopathie für Tierärzte“, Teil 1 (Wirbelsäule) + 2 (Becken), TAO Equilibre, 2017
- (3) Willebrand, I.: „Faszien: das Netzwerk des Körpers“, Teil 1 + 2, TAO Equilibre, 2017
- (4) Heufelder-Traenckner, Dr. B.: „Viszerale Osteopathie“, Teil 1 + 2, TAO Equilibre, 2017-2018
- (5) Pallandre, J.-P. : „Macrodynamic techniques: horse forelimb“, TAO Equilibre, 2018
- (6) Pallandre, J.-P. : „Macrodynamic techniques: horse hindelimb“, TAO Equilibre, 2018
- (7) Thelen, Dr. K., Scheller, Dr. C.: „Myofasziale Release Techniken beim Tier“, TAO Equilibre, 2018
- (8) Pallandre, J.-P.: "Vertiefende Wirbelsäuletechniken", TAO Equilibre, 2019
- (9) Struchen, Dr. C.: „Manuelle Therapie beim Pferd: Methode nach der osteopathischen Theorie des Dr. Dominique Giniaux“, STOA, 2018
- (10) Micciché Walzinger, Dr. S.: Viszerale Osteopathie 3“, STOA, 2020

- (11) Liot, J.-P. : „Neurovaskuläre Osteopathie“, TAO Equilibre, 2020
- (12) Liot, J.-P.: „Praktische Anwendung struktureller, faszialer und myotensiver Techniken bei Hund und Katze“, TAO Equilibre, 2021
- (13) Geilgens, Dr. A., Scholz, Dr. S.: "BLT = balanced ligamentous tension", DGOM/TAO Equilibre, 2022
- (14) Fosse, F., Gimenez, N.: „Traité pratique d’ostéopathie mécaniste chez le chien et le cheval, Tome 1 : Rachis et bassin“, Ed. Sully, 2008
- (15) Evrard, P.: "Strukturelle Osteopathie beim Pferd", 2. Auflage, Ed. Thieme, 2018
- (16) Ettl, R.: "Manuelle Pferdetherapie", 2. Auflage, Ed. Sonntag, 2017, S. 90-106
- (17) Vennes, S., Häusermann, F.: "Rehabilitation und spezifisches Training", STOA, 2018
- (18) Denoix, Pr. J.-M.: "Biomécanique et gymnastique du cheval", Ed. Vigot, 2014
- (19) Nießen, F., Bönner, S.: "Hybrid Basiskurs Veterinärakupunktur – Modul 2", Qi Academy, 2020
- (20) Vicart, Dr. L.: "Osteopathische Behandlung einer Gleichgewichtsstörung infolge Innenohrinfektion bei einem australischen Schäferhund", EVSO
- (21) Butzbach, Dr. L.: "Prise en charge d’une baisse de performance chez un cheval de sport en médecine manuelle vétérinaire ostéopathique", EVSO
- (22) Heufelder-Traenckner, Dr. B.: "Faszienanatomie", E-Learning, TAO Equilibre, 2022
- (23) Thoresen, A.: "Dysfunktionen von Iliosakral- und Hüftgelenk als Ursache für Rückenprobleme beim Pferd". Zeitschrift Für Ganzheitliche Tiermedizin, 23(04), 128–134, 2009
- (24) Kröger, L.: "Die Bedeutung von röntgenologischen, szintigraphischen und klinischen Befunden an der Brust- und Lendenwirbelsäule von Reitpferden mit und ohne Rittigkeitsproblemen", TiHo Hannover, 2020
- (25) Kevin K. Haussler, DVM, DC, PhD: Equine manual therapies in sport horse practice, Elsevier, 2018
- (26) Catharina D. Lange, Shannon Axiak Flammer, Vinzenz Gerber, Ditte Kindt, Christoph Koch: "Complementary and alternative medicine for the management of orthopaedic problems in Swiss Warmblood horses", Veterinary Medicine and Science - Volume 3, Pages 123-175, 2017

(27) Vibeke Sødring Elbrønd, Rikke M. Schultz: " Deep Myofascial Kinetic Lines in Horses, Comparative Dissection Studies Derived from Humans", Open Journal of Veterinary Medicine, 11, 14-40, 2021

(28) Kowalczyk, L.: ""Das Iliosakralgelenk des Pferdes: Morphologische und klinische Studie", Dissertation, Tierärztliche Fakultät LMU München, 2008