

SAMM 2009



Glückwunsch zur 50!

PD Dr. med. habil. J. Buchmann

FA f. Neurologie u. Psychiatrie

Ärztegesellschaft Manuelle Medizin / Berliner Akademie für Osteopathische Medizin

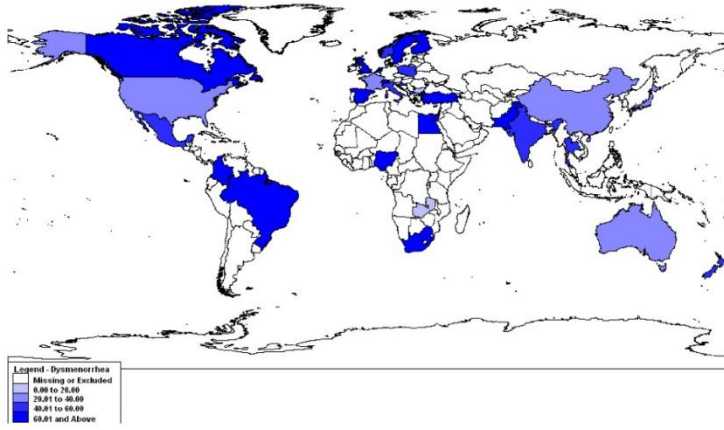
Universität Rostock, Germany

chronischer Beckenbodenschmerz chronic pelvic pain syndrome - CPPS

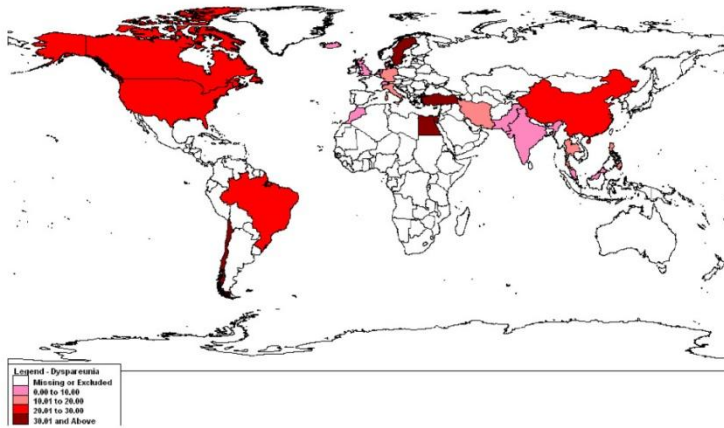
Inzidenzen zwischen 15 und 30% werden angegeben!



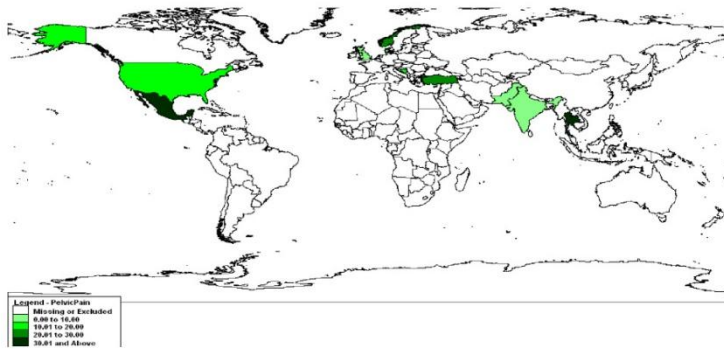
Dysmenorrhoea



Dyspareunia



Noncyclical pelvic pain



Epidemiologie

Epimaps of worldwide prevalence of chronic pelvic pain.
Latthe *et al.* *BMC Public Health* 2006 6:177

in der Literatur aufgeführte Auslöser bzw. Ursachen des CPPS

Entzündlich (urologisch- gynäkologisch)	chronische Prostatitis, pelvic inflammatory disease (PID), interstitielle Zystitis, sexual transmitted disease (STD) , Osteomyelitis, Autoimmunprostatitis, Appendizitis
raumfordernd	chronisch venöse Kongestion im kleinen Becken, Hernien, Harnröhrendivertikel, Bandscheibenvorfall , Beckenfraktur
psychiatrisch	somatoforme Störung, sexueller Mißbrauch einschl. Vergewaltigung in der Partnerbeziehung, Krebsangst (Phobie), Hypochondrie
neurogen	periphere Neuropathie, Pudendusneuralgie
gynäkologisch	Endometriose, Ovarialzysten, postoperativ belassene Ovarialreste, Endosalpingiose, Dysmenorrhoe, Multiparität, Varizen der Beckenvenen
muskuloskelettal	myofasiales Schmerzsyndrom, Triggerpunkte, Kokzygodynie
varia	Urethralesyndrom, Adhäsionen, Colon irritabile , radikale Prostatektomie, chronic fatigue syndrome, Vulvodynie, vegetative Dystonie des kleinen Beckens

Differenzialdiagnose des CPPS

Gynäkologie

- Endometriose
- Varizen der Beckenvenen
- Adnexitis

Proktologie

- Fissuren, Rhagaden, Ekzeme
- Hämorrhoiden
- Rektaler Prolaps

Urologie

- LUTS = lower urinary tract symptoms („Reizblase“)
- akute und chronische Entzündungen der Prostata
- sexuell übertragbare Erkrankungen (STD)
- rezidivierende Harnwegsinfekte

Neurologie

- Drucklähmungen
- Nervenentzündungen
- Nn. a.
- N. iliohypogastricus
- N. genitofemoralis
- Herpes zoster L1/L2
- BSV, inkomplette Kaudasyndrome
- Strahlenschäden
- tumoröse Infiltration
- Retroperitonealsyndrom (Antikoagulation!)
- Engpassyndrom des Alcock'schen Kanals (?)

- Trigonumzystitis
- Divertikel
- Tumore

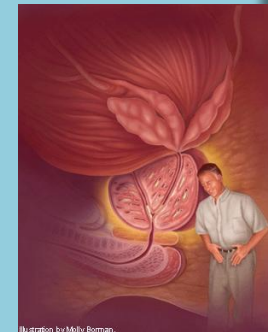


Illustration by Moby Eoman

- somatoforme Strg.
- Angststrg.
- physischer Mißbrauch
- sexueller Mißbrauch

Urologie: LUTS – „Reizblase“



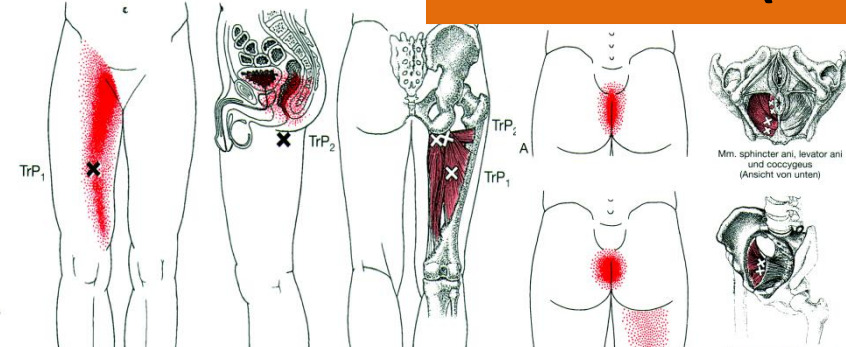
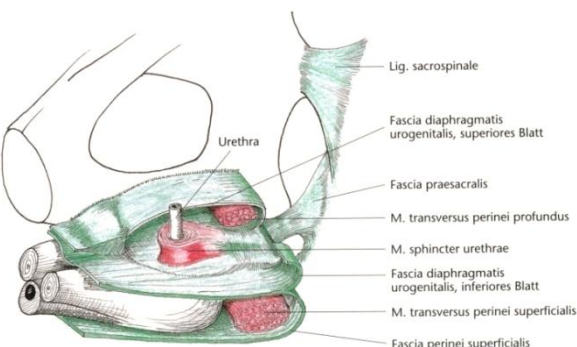
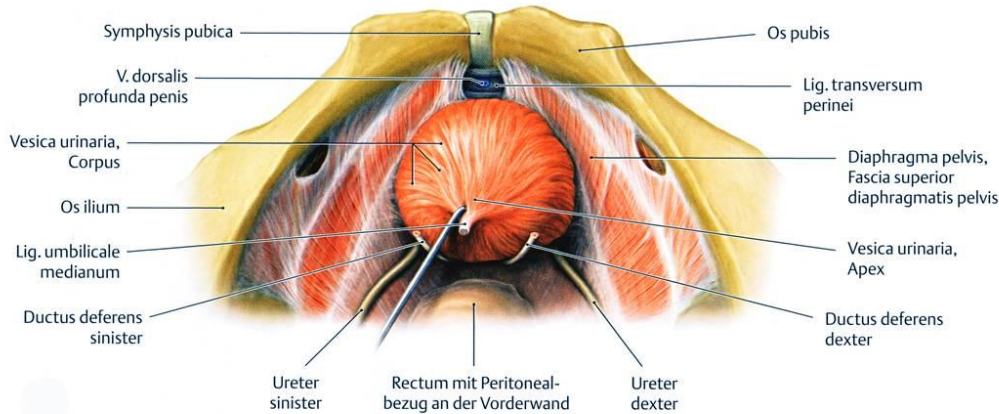
<p>Imperativer Harndrang</p>	<p>Dranginkontinenz</p>	<p>Pollakisurie</p>	<p>Nykturie</p>
------------------------------	-------------------------	---------------------	-----------------



→ Uroflow mit Restharnbeurteilung!

manualmedizinisch-osteopath.

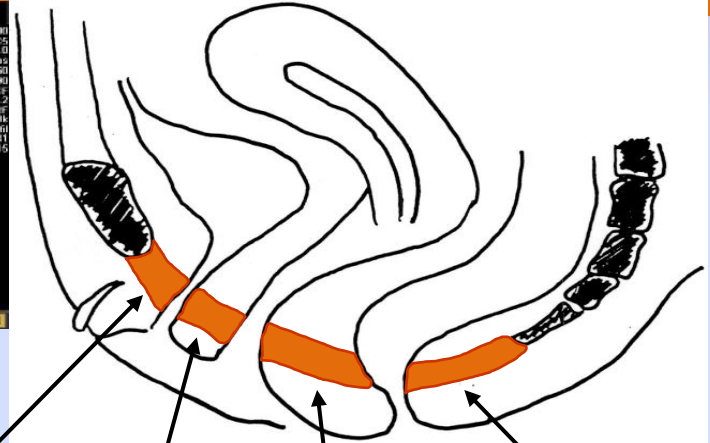
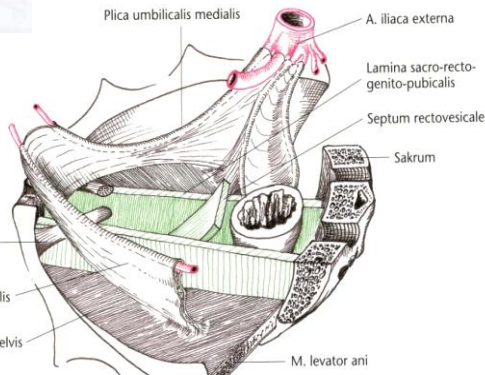
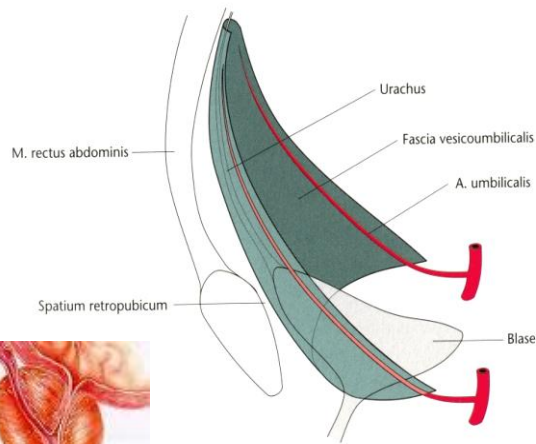
- Symphyse
- M. obturatorius int. mit TrP
- Hüftadduktoren mit TrP
- Ligg. pubovesicalia
- Ligg. umbilicalia
- Blase – (Uterus) – Rektum



Urologie: akute und chron. Prostatitis

manualmedizinisch – osteopathisch

- Symphyse
- Mm. perinei mit TrP
- Lamina pubo-vesico-genito-recto-sacrale
- Ligg. sacrospinalia et sacrotuberalia
- Blase
- Prostata

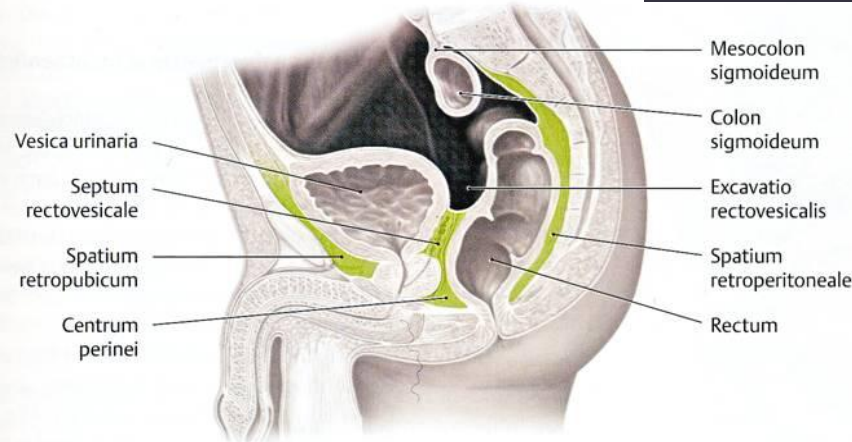


pubo-vesico

genito-recto

recto-sacrale

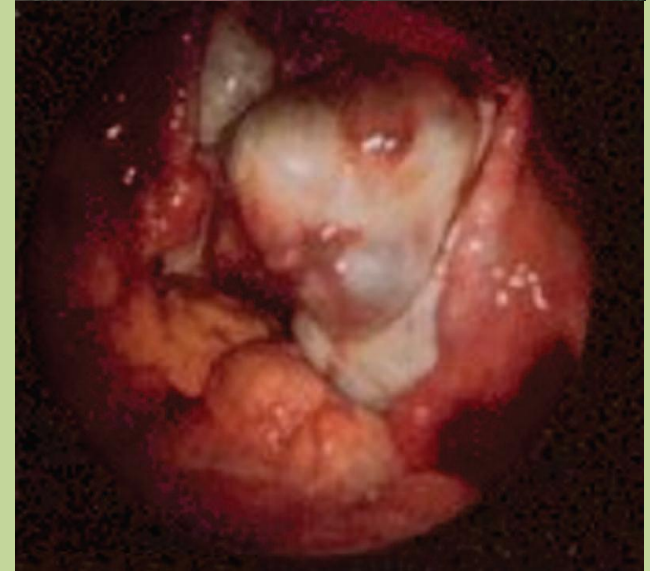
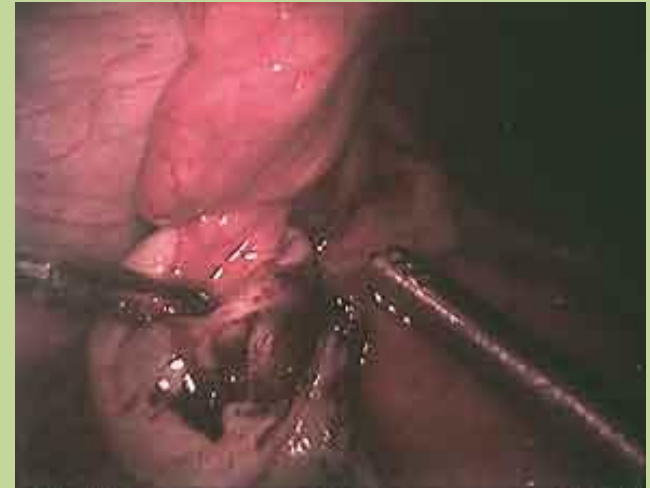
vesico-genito



Gynäkologie: Endometriose

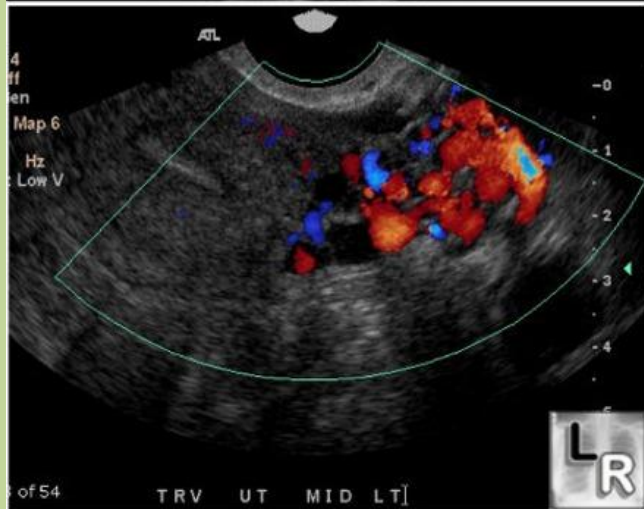


- 1) Normale Gebärmutter Schleimhaut
- 2) Endometriose im Bereich des Eierstockes
- 3) Endometriose im Bereich des Bauchfelles
- 4) Endometriose im Bereich des Darmes
- 5) Endometriose zwischen Darm und Scheide (Septum rectovaginale)
- 6) Endometriose im Bereich der Blasenwand
- 7) Endometriose im Bereich der Haut, meistens in einer alten Narbe, z.B. nach Kaiserschnitt, lokalisiert.

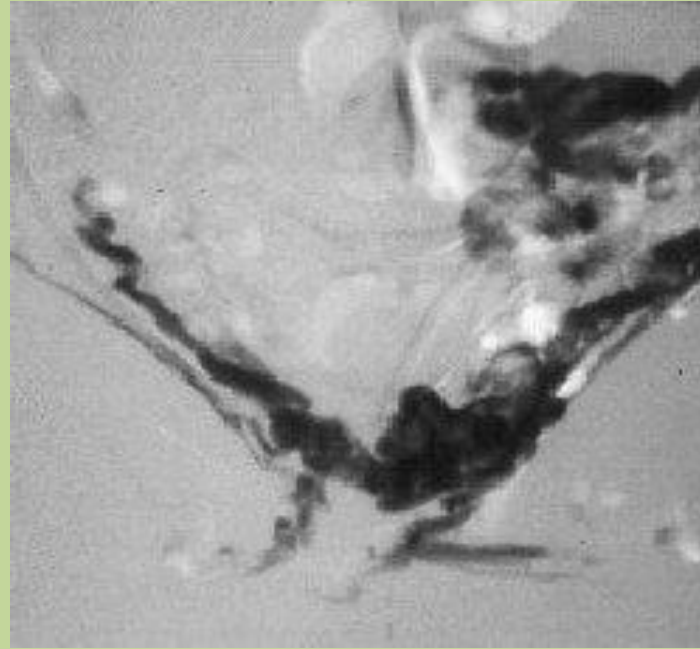


Laparoskopie – „Schokoladenzysten“

Gynäkologie: pelvine Varizen bzw. venöser Stau



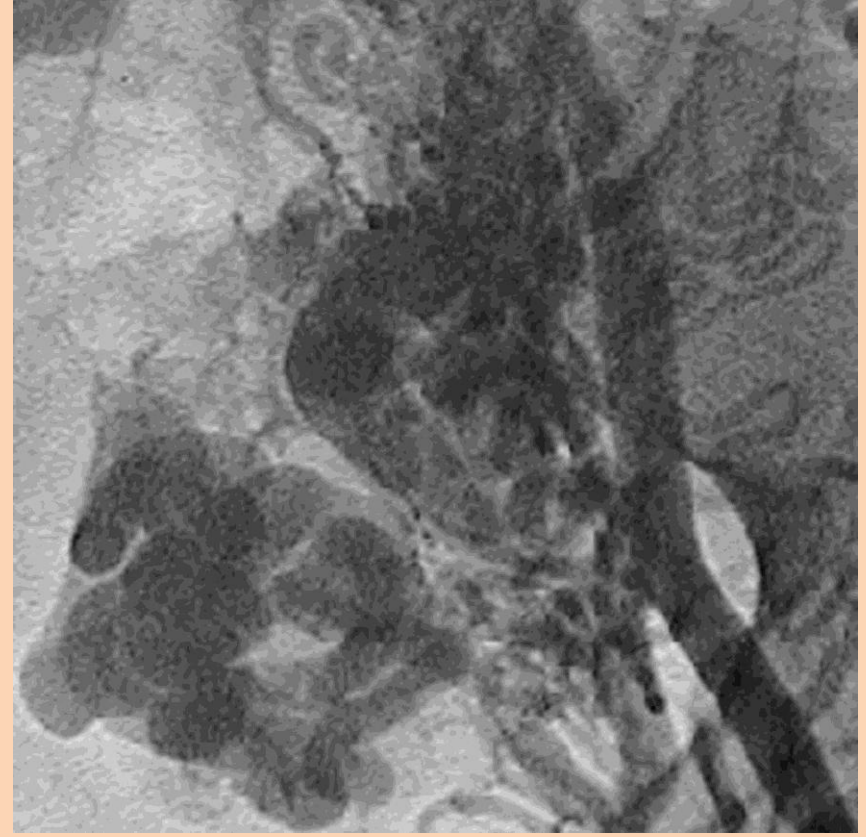
CT und Farbdoppler kleines Becken: multiple erweiterte und geschlängelte Venen neben Uterus



ovariale und uterine Varikosis

- manualmedizinisch – osteopathisch**
- Beckenverwringung = Ilium ant. + inflair – Ilium post. + outflair
 - lumbosakraler Übergang, Symphyse, SIG
 - Uterus mit Lig. latum u. Lig. cardinale
 - M. iliacus mit TrP
 - M. levator ani mit TrP

Interne: pelvic congestion syndrome



manualmedizinisch – osteopathisch

- unteres gekreuztes Syndrom nach Janda
- Beckenverwringung, lumbosakraler Übergang, SIG, Symphyse
- M. levator ani mit TrP
- M. iliopsoas, M. quadratus lumborum mit TrP
- Zäkum, Colon asc., Colon desc., Mesocolon sigmoideum

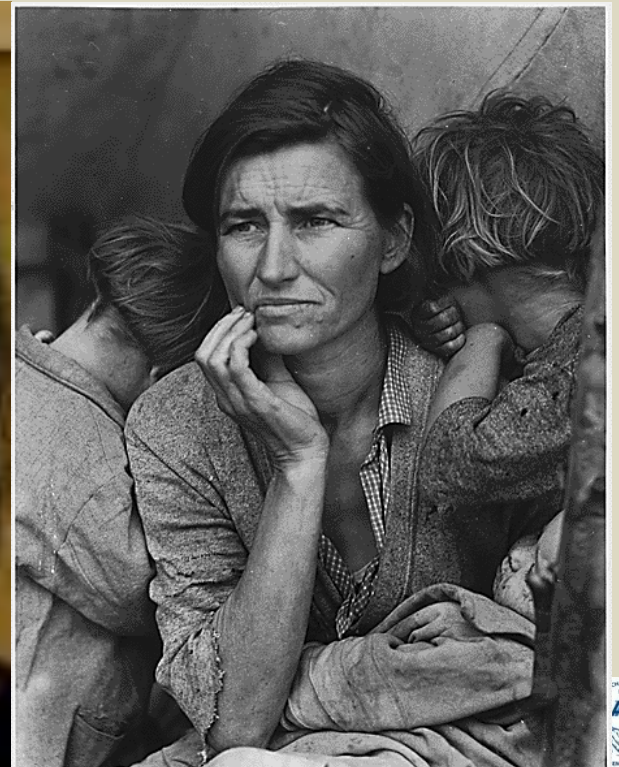
hohe Komorbidität mit

- Angststörungen
- somatoformen Störungen

Drechsel, U. and G. Plato, *Der chronische Beckenbodenschmerz aus der Sicht der Schmerztherapie*, in *Der chronische Beckenbodenschmerz*, W. Merkle, Editor. 2003, Steinkopff: Darmstadt. p. 28-56.

- depressiven Störungen

Reiter, RC, *Evidence-based management of chronic pelvic pain*. Clin Obstet Gynecol, 1998,41(2): p. 422-35



Psychiatrie und Psychosomatik

- Mißbrauch und muskuloskeletale Schmerzen
 - physisch: 5fach
 - sexuell: 4fach erhöhtes Risiko

Linton, S.J., *A population-based study of the relationship between sexual abuse and back pain: establishing a link.* Pain, 1997. 73(1): p. 47-53.



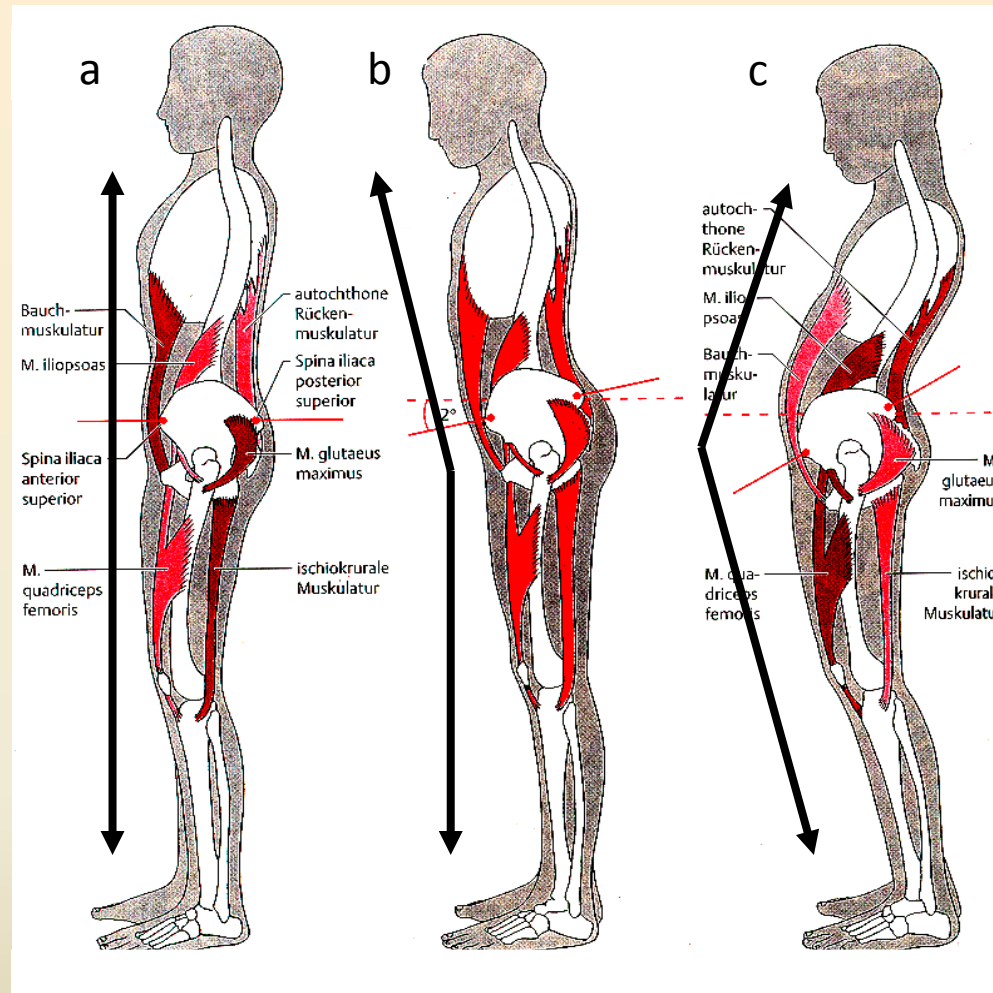
- kein spezifischer Zusammenhang mit Beckenbodenschmerzen

Savidge, CJ and P. Slade, *Psychological aspects of chronic pelvic pain.* J Psychosom Res, 1997. 42(5): 433-44

manualmedizinisch unter Einschluß osteopathischer Verfahren



Inspektion Bauchform, Beckenstellung und Beckenorgane



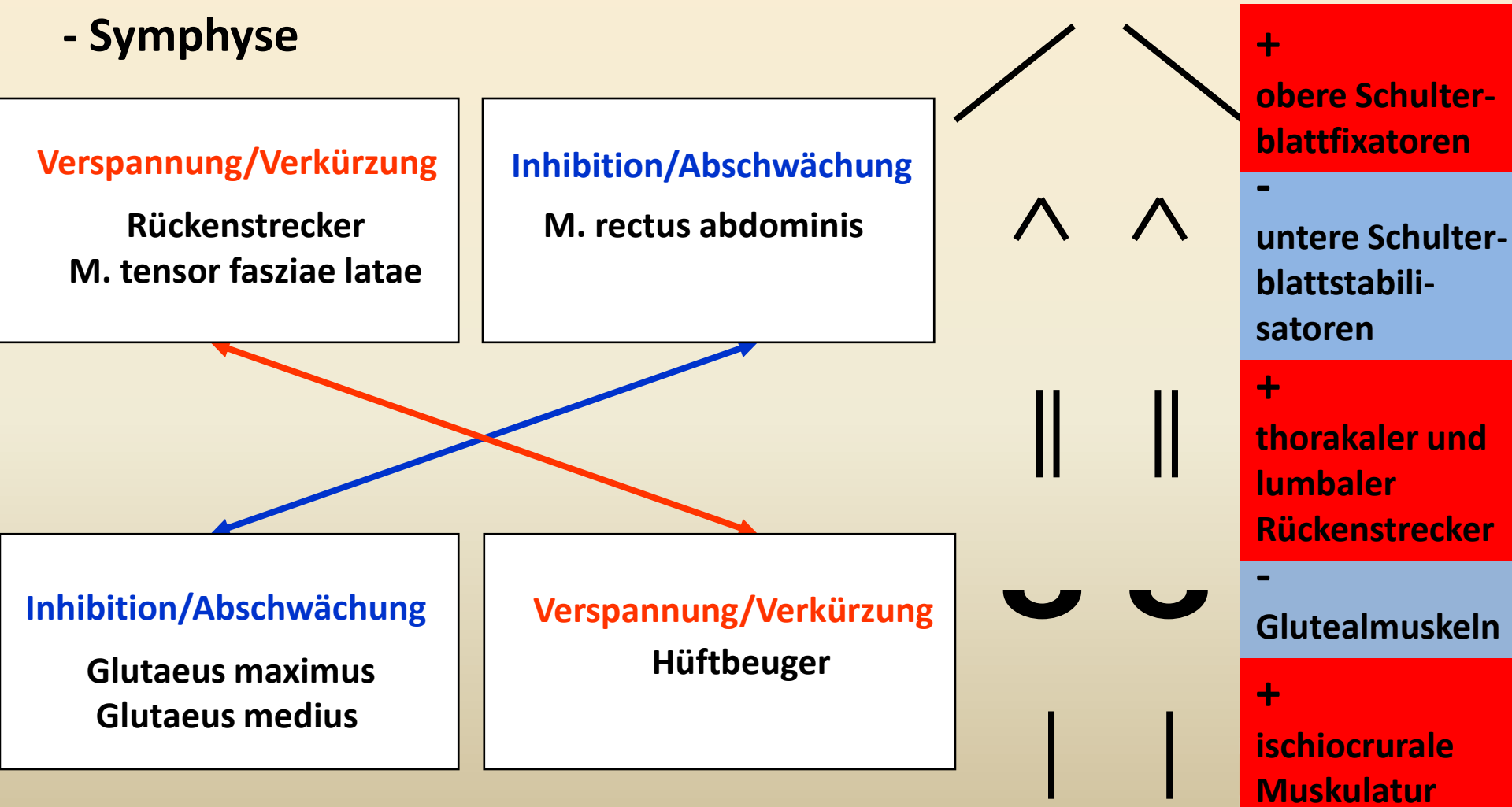
a - Becken aufgerichtet, Beckenorgane frei

b - Becken nach vorn gekippt, Beckenorgane vor verlagert

c - Becken weit vorn, Beckenorgane unter Spannung

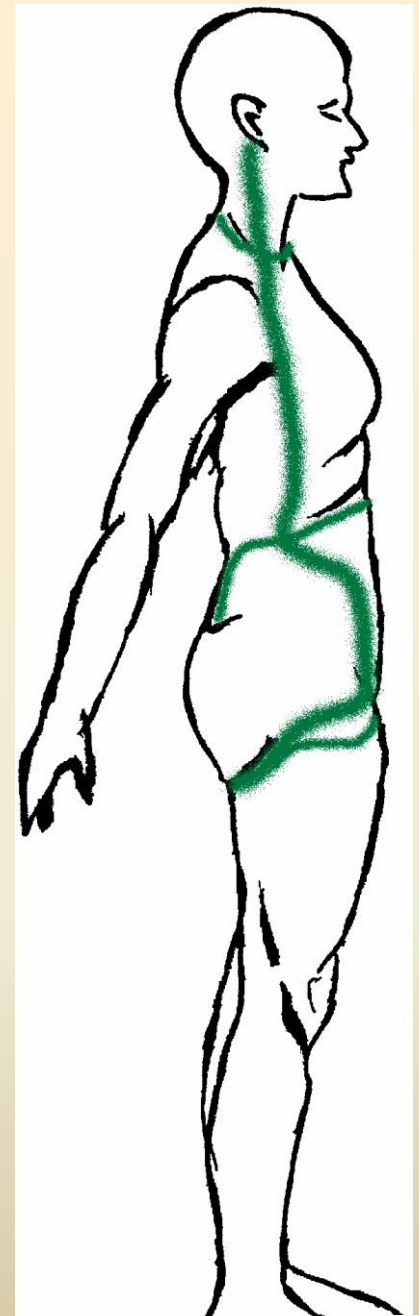
syndromale manualmedizinisch orientierende Untersuchung

- Inspektion auf unteres gekreuztes oder Etagensyndrom nach Janda
- Testung der Spannung des Beckenbodens
- Triggerpunkte der Mm. obturatorii, der Hüftadduktoren und der Anteile des M. levator ani (Übergang in die gezielte Untersuchung)
- Symphyse



Faszienketten z.B. periphere Kette nach PAOLETTI

Perineum (kann von Dammfaszien, inneren und / oder äusseren Beckenmuskeln oder äußerer Faszienkette beeinflusst sein) – Fascia transversalis/Peritoneum – hintere Bauchwand / Ligg. umbilicalia – Lig. teres hepatis / Lig. falciforme – Schaltstelle Zwerchfell – Pleura parietalis – Fascia endothoracica – Schultergürtel – über äußere Kette zur Schädelbasis

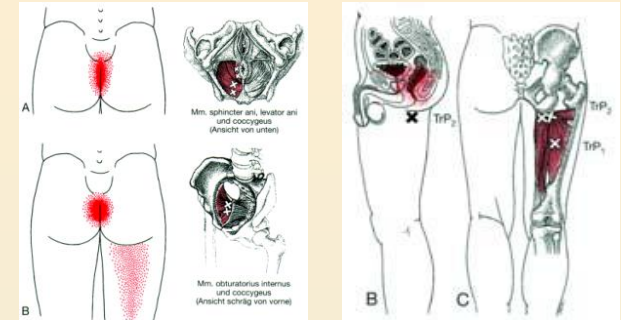


Leitsymptome CPPS	fakultative Symptome	manualmedizinische Befunde
<p>- Schmerz und Berührungsempfindlichkeit des Beckenbodens</p> <p>- Schmerzen in Stand und Sitz, bei Miktion und/oder Defäkation</p>	<p>- Dyspareunie</p> <p>- Schmerzen lumbosakral</p> <p>- Druckgefühl im Unterbauch</p>	<p><i>obligat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Symphysenstörung bei Beckenverwringung - TrP Mm. obturatorii, Levator ani, Hüftadduktoren - Restriktionen Ligg. sacrotuberalia und sacrospinalia - Restriktionen der Aufhängungen von Blase, Prostata, Uterus, Rektum <p><i>fakultativ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sakrum und SIG Funktionsstörungen - Iliumfunktionsstörungen, M. iliacus - kaudale TrP des M. rectus abdominis - neurofasziale Verschieblichkeitstörung der Äste des Plexus lumbosakralis, bes. N. inguinalis - Restriktionen der Ligg. umbilicalia - unteres gekreuztes Syndrom nach Janda - innere Ketten nach Paoletti (periphere und anteriore) - inkoordinierte Diaphragmen - Atemstereotypstörungen - TAS, LPS, DLS, Trochantererschmerz
		



empirisch begründete Reihenfolge der manualmedizinischen Behandlung unter Einschluß osteopathischer Verfahren

- 1. Triggerpunkte der Leitmuskeln**
- 2. Symphyse**
- 3. lumbosakraler Übergang**
- 4. Beckenring mit Sakrum**
- 5. Relaxation der mangelhaft verlängerungsfähigen Muskulatur (M. obt. int., Hüftadduktoren!) bzw. Fazilitation der abgeschwächten Muskulatur**
- 6. Beckenboden (M. levator ani + Mm. perinei) mit Ligg. sacrotuberalia et sacrospinalia**
- 7. Ligg. pubovesicalia und umbilicalia, Lig. latum**
- 8. Lamina pubo-vesico-genito-recto-sacrale**
- 9. neurofasziale Verschieblichkeit der Äste des Plexus lumbosakralis: N. inguinalis, Nn. clunei, N. obturatorius**
- 10. Beckenbodentraining**
- 11. Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage, z.B. SMF nach Janda**



Zusammenfassung CPPS

generell

- α -Blocker (akutes CPPS)
- Akkupunktur
- Beckenbodentraining
- Biofeedback
- Psychotherapie: verhaltenstherapeutisch oder psychodynamisch
- pharmakologisch: Antidepressiva, Anxiolytika, keine Opiate!
- ultima ratio: permanente sakrale Neurostimulation



manualmedizinisch

Leitsymptom: perinealer Schmerz

Leitgelenk: Symphyse

Leitmuskeln: Mm. obturatorii, Hüftadduktoren, M. levator ani

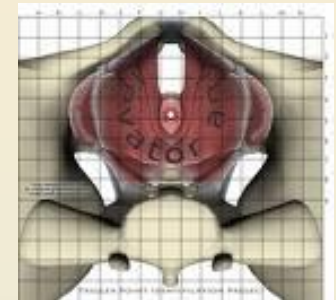
Leitfaszie: Lamina pubovesicogenitoretosacrale

viszerale Leitorgane: Rektum, Blase

neurofaszial: N. ilioinguinalis

Verkettungen: unteres gekreuztes Syndrom nach Janda, innere

Ketten nach Paoletti, TAS, LPS, Atemstereotypstörung



Zusammenfassung CPPS „psychosomatisch“

→ periphere nozizeptive Reize sowie zentrale kognitive und affektive Einflüsse bestimmen gleichermaßen das Schmerzerleben; Schmerzmaxima lassen sich lokalisieren

= funktionelles somatisches Syndrom

Barsky et al., Ann Intern Med. 130(1999)910-921

- Fibromyalgie
- Spannungskopfschmerz in der Neurologie
- Reizmagen- bzw. Reizdarmsyndrom in der Gastroenterologie
- chronischer Unterbauchschmerz in der Gynäkologie
- chronischer Beckenbodenschmerz (CPPS)

→ Chronifizierung = „zentrale Sensibilisierung“ = normale Reize werden als Schmerz wahrgenommen

= somatoforme Schmerzstörung



schön feiern!