

## Klinische Abgrenzung *pelvine* oder lumbale Ursache?

**Dr. Marcus R. Baumann, MD D.O.M.**

Physikalische Medizin & Rehabilitation FMH

Dozent für Manuelle Medizin SMM

Sportmedizin SGSM

Interventionelle Schmerztherapie SSIPM

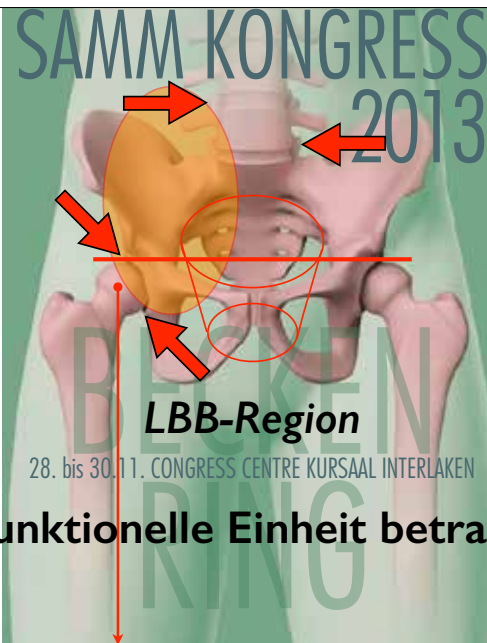
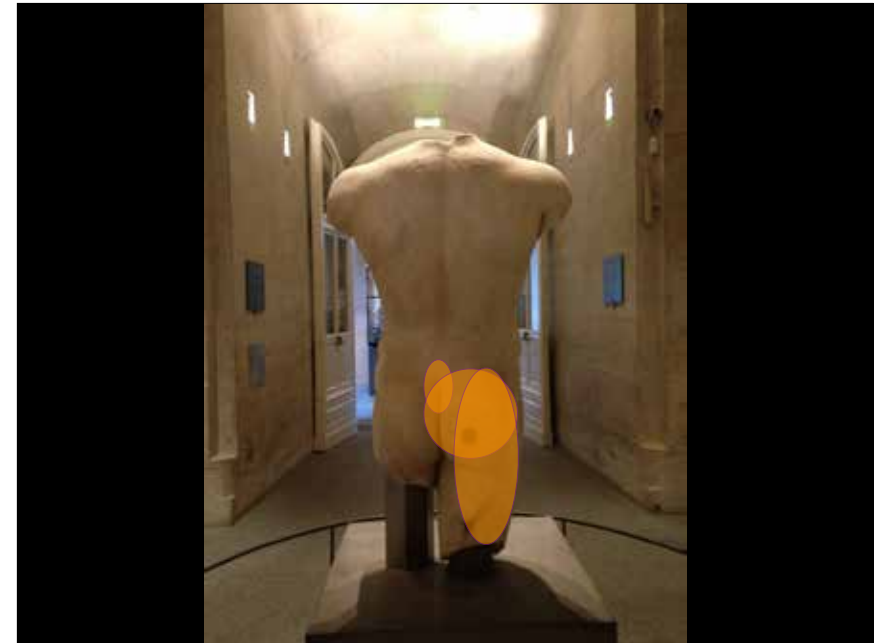
28. bis 30.11. CONGRESS CENTRE KURSAAL INTERLAKEN

**VITALISCENTER**

Praxis für Rehabilitation, Birsfelden

mb

MANUELLE MEDIZIN  
SMM



als funktionelle Einheit betrachtet

mb

MANUELLE MEDIZIN  
SMM

## Case #1 „the daily business“

- ♂ Jg 1981, Konsil Hausarzt
- Wiederholter lumbo-sakraler Schmerz *streng rechtsbetont* seit Jahren
- Strahlt manchmal seitlich aus, selten auch bis zum Aussenknöchel, ausschliesslich *rechts*
- Bewegung tut gut, kann alles machen aber am nächsten Tag „ist's die Hölle“
- Fühlt sich „blockiert“ im unteren Rücken
- „Ist das jetzt eine Diskushernie oder doch nur immer wieder das *rechte SIG?*“

mb

MANUELLE MEDIZIN  
SMM

## was bisher geschah...

- Massagen mit Nutzen, will aber nicht über Jahre hingehen (Abhängigkeit)
- Gängige Analgetika mit geringem Nutzen
- HA veranlasste ein MRI LWS vor Jahren, bland
- „Million Dollar Roll“ und „Kick-Start“ durch Kollegen in LSL, hilft manchmal

mb

## Befunde



- Vorlauf und Spine R+ L-
- Provokationsteste SIG (Irritationszonen) bds. negativ
- Tiefe paraspinale Palpation L5/S R+ L+++ 504
- Provokation Lig. iliolumbale R- L++ 546
- Positionsdiagnostik ERS L5 L, Sacrum R/L
- Hartspann *Mm. glutei* R++ L+, *Psoas* R+, *QL* R +, *Erector spinae* +, *Rotatores* L5/S R+ L+++ , *Mm. abdominales* +, *M. vastus lateralis* R+++
- SLR knapp 30° bds., aufdehnbar bis 60°, Hüften frei
- Radikuläre Provokationsteste lumbal negativ
- mangelhafte Stabilisierungsfähigkeit in sagittaler und frontaler Ebene ++

mb

## Arbeitshypothese

- Chronisch intermittierendes lumbo-sacrales Schmerzsyndrom rechts bei
- Dysfunktion L5 in Richtung Divergenz links
- Myofasiales Schmerzsyndrom gluteo-femoral rechts
- Bewegungskontrolldysfunktion

mb

## Behandlung

- MMI in RSL: L5 L (p.-a.) und SIG R (Ventralisation) 608 vs. 666
- Re-Test: lokale Irritation L5 L ↓ unmittelbar!
- NMI/MFR glutäal und femoral R
- Posturale Rehabilitation: adaptiert und progressiv

mb

## Selbstmanagement

- Stabilisationstraining wöchentlich
- Selbst-Massage mit Foam Roll  
M. vastus lateralis/Tractus iliotibialis
- Selbstdehnung ischio-crurale Muskelgruppe
- Allgemeine Rekonditionierung  
(Grundlagen Ausdauer)



## Verlauf

- Rasch schmerzfrei, sei nun parat
- Brauchte nie mehr Medikamente oder Massagen
- Genießt die Unabhängigkeit und ist sich der Selbstverantwortung nun bewusst

## Case #2 „the weekly business“

- ♀ Jg 1972, KV/Beraterin, ZW durch Osteopath
- Zunehmender tiefer *medianer sakraler Schmerz* seit Jahren, selten leicht ins Bein R ausstrahlend
- schlimmer mit/nach jeder Schwangerschaft (3)
- Wendemanöver nachts lässt Aufwachen
- Schmerzen beim Aufstehen morgens und Anlaufen
- Leichte Bewegung tut eher gut
- Gefühl entzwei zu Brechen, unberechenbar
- zunehmend inaktiv

## was bisher geschah...

- Seit Jahren Physiotherapie, ein Jahr Chiropraktik, 3x beim Osteopathen
- CT gesteuerte Wurzelinfiltration L5 R mit Steroid 05/12 lässt den Beinschmerz ganz verschwinden, absonsten nutzlos
- daraufhin INF BV Fazetten L4/5 und L5/S bds. mit Steroid, ebenfalls nutzlos
- NSAR unregelmässig (bei Bedarf)
- Novalgin und Zaldiar vom HA lindern

# Befunde Wirbelsäule

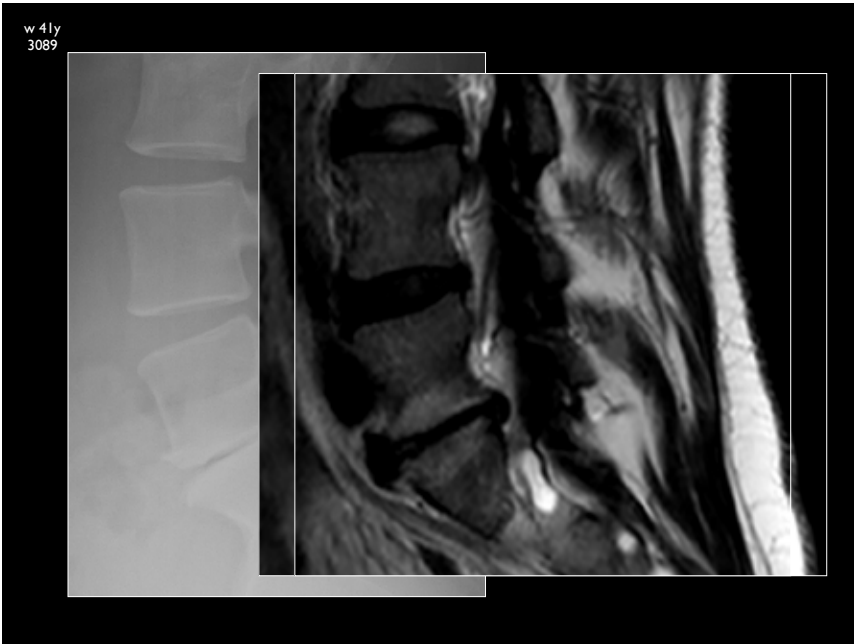
- WS im Lot, Becken-Schultergeradestand
- BWS Kyphose, Hypomobilität interscapulär indolent, Rotation ‡
- Schulterprotraktion bds., symmetrisch instabile scapuläre Stabilisierbarkeit
- Instabiler Einbein- und Vorfusstand bds. mit deutlichem Oberkörpershift in frontaler resp. sagittaler Ebene +++
- ganze LSÜ Region berührungsempfindlich und geschwollen
- *Passive Provokation p.-a. L5 Proc. spinosus* +++ 505
- Gleiches Manöver L4 und SI (fast) schmerzfrei
- Radikuläre Provokationsteste lumbal negativ

mb

MANUELLEMEDIZIN  
S.A.M.



mb



w 40y  
3040

Klinische Angaben:  
Tiefenbale persistierende Schmerzen, Diskopathie? Osteochondrose L5/S1?

**\***

L4/5  
Deutliche hypertrophe Spondylarthrose, trotzdem keine Spinalkanalengeung. Weitgehend normale ossäre Neuroforamina. Keine Hernie oder Protrusion.

L5/S1:  
Leichte bogige Protrusion, ich würde den Befund noch nicht als Hernie interpretieren. Die Zwischenwirbelscheibe ist verengt. Die kleinen Zwischenwirbelgelenke zeigen eine gewisse hypertrophe Spondylarthrose.

**Beurteilung:**  
Etwas Überlastungszeichen der kaudalen LWS Hälfte mit hypertropher Spondylarthrose zwischen L3 und S1. Keine Diskushernien. L5/S1 zeigt aber eine leichte bogige Protrusion.



## Arbeitshypothese

- Sakrales Schmerzsyndrom bei
  - Erosiver/aktivierter Osteochondrose L5/S
  - Lokale Hyperalgesie/periphere Sensibilisierung
  - Sekundäres (begleitendes) myofaszielles Schmerzsyndrom
- schwergradige Bewegungskontrollfunktion (Ressource)

mb

MANUELLE MEDIZIN  
DARM

## Behandlung

- Aufklärung und Coaching!
- Keine destabilisierende Mobilisation L5/S von niemandem! **HANDS OFF**
- Mobilisation BWS insb. TLÜ, Hüfte und „Aufrichtung“
- Belastungsreduktion, adaptiertes Verhalten
- Retardiertes NSAR konsequent für mind. 2w plus Reserveanalgetikum
- Posturale Rehabilitation, klar „unterschwellige“ Belastung
- Allenfalls Infiltration L5/S
- Lenden-Beckengurt bei starken Schmerzen oder hubreicher Arbeit



mb

MANUELLE MEDIZIN  
DARM

## Verlauf

- Ungestörte Nachtruhe nach 2 Wochen
- Über 3 Monate langsam aber stetig besser
- Ist zuversichtlich und beruhigt, dass etwas geht
- Braucht keine Medikamente mehr
- Ist fleissig am trainieren (Yoga/Pilates)
- Kann gut arbeiten

mb

MANUELLE MEDIZIN  
DARM

## Case #3 „the monthly business“

- ♀ Jg 1970, Selbstzuweisung via Ehemann
- Kommt zur „last-opinion“ vor geplanten Spondylodese L3-SI wegen...
- Lumbosacrale Schmerzen eher rechtsbetont
- Beginn vor 16 Jahren, seit der 1. SS
- Bewegungs- und belastungsabhängig, nun auch in Ruhe, Sitzen ist nicht toll und Laufen im Alltag wird auch zum Problem
- Vor 3 Jahren auch Beginn von Knieschmerzen R eher lateral
- Zunehmend inaktiv, „jetzt wird's unerträglich!“



## Sozialanamnese

- Glücklich verheiratet, aber...
- Hausfrau und Sekretärin, 100% AUF in 40% Pensum IV-Teilrente, Umschulung?
- Mutter von 2 aktiven gesunden Kindern in der Pubertät
- War aktiv in Aikido mehrmals/w, Stop wegen Schmerz, Tennis geht nicht mehr seit Jahren, Qi Gong ok
- Keine Noxen, lebt meist vegetarisch
- Ansonsten gesund



## was bisher geschah...

- Seit 16y immer wieder diverse PT, aktiv und passiv, auch Osteopathie
- Ganze Palette Analgetika, NSAR, Relaxanzien
- Rheumakonsilium an Zentrumsambulanz, entzündlich bland
- Komplette Bildgebung BWS, LWS, Sacrum, Rx Hüfte
- Interventionelle Schmerztherapie
- Diverse paramedizinische „ganzheitliche“ Therapien
- (Schmerz-)Psychologische Beratung
- Wirbelsäulenkonsilium schlägt als ultima ratio die Spondylodese L3-SI vor



## Befunde lumbosacral

- FBA 0cm, Schober 10/15, tiefe paraspinale Palpation mehrsegmental schmerzhaft bds. +
- IZ über SIG Fugen +
- Hartspann der pelvico-trochantären Mm. R++ L+, Irritabilität ++/+
- Hüften wurden noch nie untersucht ausser vorderer IMP Test dieser sei negativ

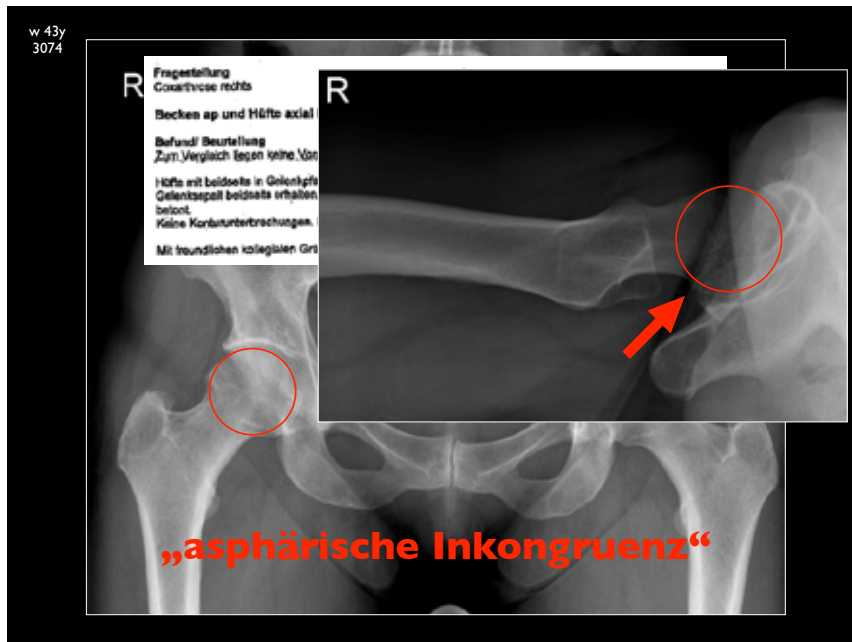
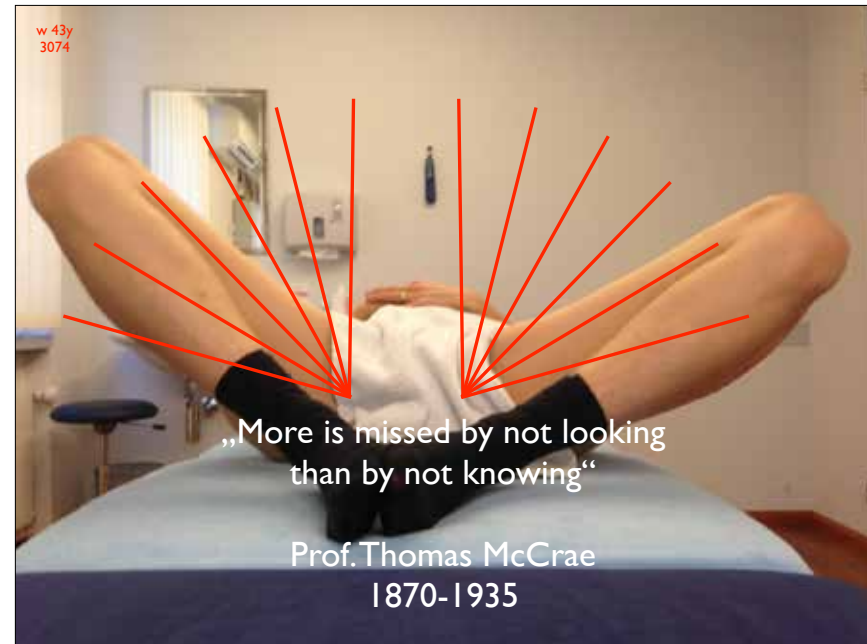


## Befunde Hüften

- F/E R 120-0-5 L 130-0-10
- IR/AR bei 90° Flex R 10-0-20° L 30-0-40°
- Abspreizbarkeit (4er Zeichen) R 3/5 L 4/5
- R endgradig *harter* Stop, Schmerz bei Weiterführung der Bewegung ABD/ARo lumbosacral ++ *memory pain*
- FAI Teste ventral und dorsal *aktuell* negativ bds.
- Drehmann Zeichen, kein Psoasschnappen
- Hatte noch nie Leistenschmerzen

mb

MANUELLE MEDIZIN



## Arbeitshypothese

- lumbosakales Schmerzsyndrom mit aktiviertem SIG rechtsbetont bei
- (asymptomatischer/subklinischer) Impingementkonfiguration der Hüfte R v.a. supero-posterior, verminderte Rotier-, Streck- und Abspreizbarkeit

## Verlauf

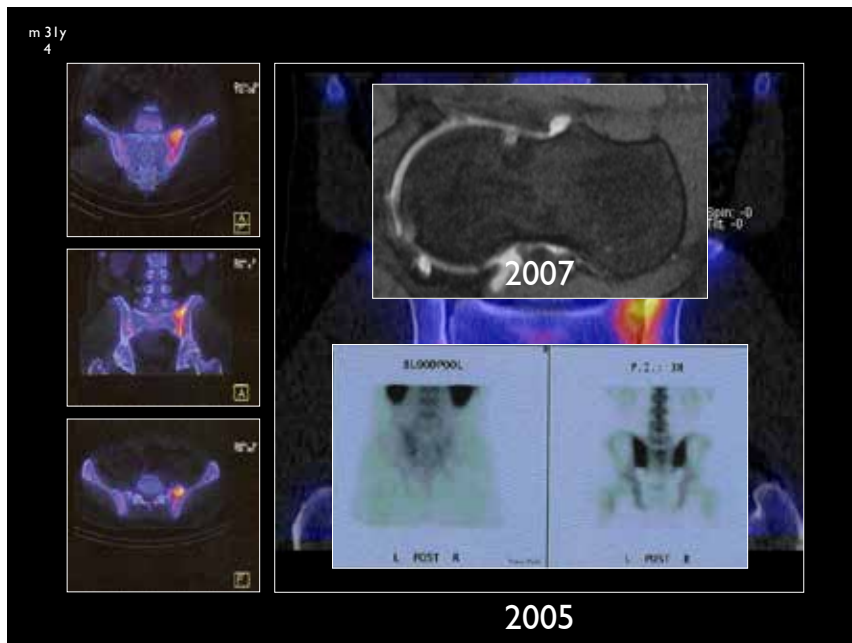
- Empfehlung zur chirurgischen Hüftluxation R mit circularer Offset-Korrektur und Reduktion Labrum/Pfannenrand statt Spondylodese L3-S1
- Problemlose OP 12/11 und postoperativer Verlauf in einer ambulanten Rehabilitation
- 2y follow-up: schmerzfrei, keine Therapien mehr seit über einem Jahr
- Sportfähig nach Lust und Laune, sehr dankbar und glücklich.

mb

MANUELLE MEDIZIN  
SAMM

mb

MANUELLE MEDIZIN  
SAMM





## Konklusion lumbal u/o pelvin

- Nicht alles, was über dem SIG weh tut ist eine primäre SIG Dysfunktion
- Stets (!) L5 beachten, auch contralateral
- M. gluteus medius (und Vastus lateralis!)
- Degenerative und konstitutionelle Aspekte
- Wie geht's der Hüfte?

mb

MANUELLE MEDIZIN  
SAMM

## Konklusion lumbal u/o pelvin

- Irgendwo wird's rotieren...
- Ohne Diagnose keine Therapie
- Behandle befundgerecht und spezifisch
- Was macht die Stabilisierungsfähigkeit?
- Kennen Sie ihren Radiologen?  
...und kennt er Sie?

mb

MANUELLE MEDIZIN  
SAMM

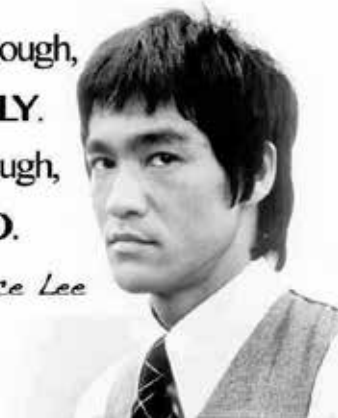
Knowing is not enough,

**We must APPLY.**

Willing is not enough,

**We must DO.**

- Bruce Lee



mac.ch@mac.com

mb