

Lumbosakraler – sakraler Schmerz

± *Beinausstrahlung* (→ Nummern Band 2) (aus Band 1 Manuelle Medizin II/2014)

Schmerzübertragung aus anderer Region:

- Dysfunktion oder Strukturpathologie Segmente Th12/L1/L2 inkl. hohe radikuläre Syndrome
(→ vgl. „Thorakolumbales Übergangssyndrom“)

Viszerale Schmerzübertragung (nur Auswahl):

- distales Kolon / retroperitoneale Pathologien
- Urogenitalorgane
- vaskuläre Ursache
(Dissektionen; Stenose A. iliaca interna → Gesäss-Claudicatio)

Myofasziale Schmerzen/Schmerzübertragung:

Bedenke: Bewegungskontroll-Dysfunktion als Ursache für myofasziale Schmerzquellen (Stabilisierung)

- M. quadratus lumborum → 802
- Medialer Trakt M. erector spinae → 803/804
- Lateraler Trakt M. erector spinae → 803/804
 - o M. iliocostalis lumborum
 - o M. longissimus thoracis
- M. iliopsoas → 801
- M. gluteus maximus (sakral – Gesäss) → 811
- Abdominalmuskulatur (Rectus abdominis!) → 800
- M. piriformis (Gesäss) → 812
- M. obturatorius internus / gemelli (sakral-Gesäss) → 812
- M. soleus (evtl. Schmerzübertragung sakral!) → 840
- M. quadratus femoris (Gesäss) → 812
- Beckenbodenmuskeln
- Fascia thoracolumbalis ↔ M. gluteus maximus → 811
(auch adhäsive Phänomene nach Wirbelsäulen-Operationen mit schmerzhafter Flexionseinschränkung)

„Artikuläre“ Dysfunktion/Struktur untere LWS ↔ SIG

- Dysfunktion L5/S und SIG gekoppelt (± strukturelle Pathologie)

→ **Differentialdiagnose Dysfunktion/Pathologie LWS oder SIG:**
(→ Rückseite !)

Strukturpathologie tief-somatisch (nur Auswahl !):

- untere lumbale Segmente: L5/S1-Dysfunktion funktionell/strukturell
- SIG-Dysfunktion: funktionell ↔ strukturell
- SIG-Schmerzen, schmerzhafte iliosakrale Ligamente inkl. Lig. iliolumbale (*sakrale Schmerzen*): → Kapitel 5.8.5 – 5.8.7.
- Zentrale Coxarthrose/Kopfnekrose (*Gesässschmerz*)
- Seroneg. Spondylarthropathie (*sakral = SIG; ev. lumbale Aktivität → Lumbalgie*), andere SIG-Pathologien.
- Rippenrand-Beckenkammschmerzen bei Hyperkyphose ev. mit Skoliose: Reiben bei vermindertem Rippen-Beckenkamm-Abstand
- Ossäre Pathologien LWS / Becken (*nur Auswahl !*):
 - o Tumormetastase, multiples Myelom
 - o (z.B. Stress-)Fraktur im Rahmen Osteoporose
 - o M. Paget Becken
 - o Osteoidosteom
- Mediane Diskushernie (*keine Ausstrahlung; können vor allem akut schmerzhaft sein; Extensions- Einschränkung*)
- Diskushernien mit radikulärem Reizsyndrom
(*je nach Niveau: lumbaler, lumbosakraler oder ev. Gesässschmerz z.B. bei L5 oder S1*)
- Lumbale Ursache (ungerichteter Bewegungsschmerz!): erosive Osteochondrose, lumbale Instabilität, aktivierte Fazettenarthrose / Synovialzyste, Spondylodiszitis und andere.
- **Häufig Tief-lumbosakraler Schmerz gemischter Ätiologie:**
lumbosakrale Überlastung bei Hyperlordose/nicht-optimale Rumpf/Beckenstabilisation (Fazette L5/S, Lig. iliolumbale, iliosakrale Ligg., Lig. sacrotuberale, SIG-Stress, myofasziale Befunde)

Neuromeningeale Ursachen:

- Spinalstenose mit nur lumbosakraler Claudicatio spinalis
- Radikulopathie L5 oder S1 mit sakralem Schmerz / Gesässschmerz
- Hohe Radikulopathien (Th12-L2)
- postoperative lumbale epidurale Narbenbildung

Lumbosakraler Schmerz: Differentialdiagnose Dysfunktion/Pathologie LWS oder SIG?

	LWS	SIG-Schmerz <i>(inkl. dorsale iliosakrale Lig.)</i>
Schmerzangabe: - lokal - Ausstrahlung	Lumbal bis lumbosakral/lumboglütäal: - lokal-diffus lumbal bis lumboglütäal; abhängig Segmenthöhe (L5/S lumbosakral) - Diffus Dermatom-überschreitend am Bein - Th12-L2 → Beckenbereich - Bei Wurzelschmerz: Dermatome-bezogen	Sakral bis glütäal - parasakral ipsilateral - mit Ausstrahlung Gesäss ipsilateral - evtl. posterolateraler Oberschenkel (nie ventrale und mediale Beinregion)
Flexionseinschränkung: - sitzend geprüft - stehend geprüft	Wenn Dysfunktion in Flexionsrichtung: - ja - ja	- nein (reduziert) - ja
Antalgische Haltung <i>(akute Schmerzen)</i>	- ja häufig	- nein
Hinken beim Gehen <i>(Standbeinphase)</i>	- selten (ausser bei radikulären motorischen Ausfällen z.B. Trendelenburg)	- häufig schmerzbedingt
Schmerzausstrahlung durch lumbale Bewegung zunehmend/abnehmend	- ja typisch v.a. bei Diskusproblemen und radikulärem Reizsyndrom	- nein
SIG-Ligament-Provokationsteste <i>(Patrick, dorsale Beckentorsion, Femurschub etc.)</i>	- negativ (Bei L5/S-Pathologie evtl. leicht schmerzhaft)	- positiv (sensitiv und spezifisch)
ASLR funktioneller Beckentest <i>(1 Bein)</i>	- negativ	- positiv (verstärkt bei ligamentären Problemen; DD Psoas myofaszial)
Aktives Anheben beider Beine	- schmerzhaft bei tief-lumbalen Schmerzursachen - verstärkt schmerzhaft bei abdominaler muskulärer Insuffizienz	- i.A. nicht schmerzhaft
Fersenfalltest im Einbeinstand	- selten schmerzhaft	- verstärkt schmerzhaft ipsilateral
Sakrum-Ventralisation <i>(p.a.- Provokation)</i>	- nicht schmerzhaft (Bei L5/S-Pathologie evtl. leicht schmerzhaft: Koppelung SIG mit L5/S1)	- schmerzhaft
p.a.-Provokation lumbale Segmente <i>(mit/ohne Rotationskomponenten)</i>	- positiv am Segment - p.a.-Provokation L5 spezifischer für die LWS im Vergleich zu pa-Provokation des Sakrum für das SIG	- evtl. positiv bei L5-Provokation (Koppelung SIG mit L5/S1; Lig. iliolumbale.)
Becken-Kompression/Distraktion	- negativ	- Strukturpathologie Becken-SIG