



# Fallvorstellung SAMM Kongress 2022

Simone Affolter, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,  
speziell Manuelle Medizin



# Inhaltsverzeichnis

Fall 1: gluteale Schmerzen und was daraus wurde

Fall 2: Trochanterschmerz, ist wirklich eine Bursitis trochanterica die Ursache?



# Fall 1

Frau S. B., Jhg. 1947

- Arterielle Hypertonie
- Rez. Divertikulitis-Schübe
- V. a. Hypermobilitätssyndrom
- Cervikothorakales Schmerzsyndrom
- Rez. lumbosacrale Schmerzen



## Anamnese / Verlauf

07/2017 (erste Konsultation in unserer Praxis):  
auch bei nur kleinster Belastung (Heben von leichten Gewichten) tritt der Gesässschmerz rechts mit Ausstrahlung zum Oberschenkel rechts lateral auf

- Verkürzte tiefe Gesässmuskulatur, keinerlei HD's
  - Behandlung der Muskulatur mittels DN und Triggerpunkttherapie sowie Dehnung



## Anamnese / Verlauf

08/2017:

Es sei besser gewesen, nun wieder laterale Oberschenkel Schmerzen

- HD L5/S1
- MMI

Danach lumbosacral besser, aber wieder tiefer Gesäss-Schmerz

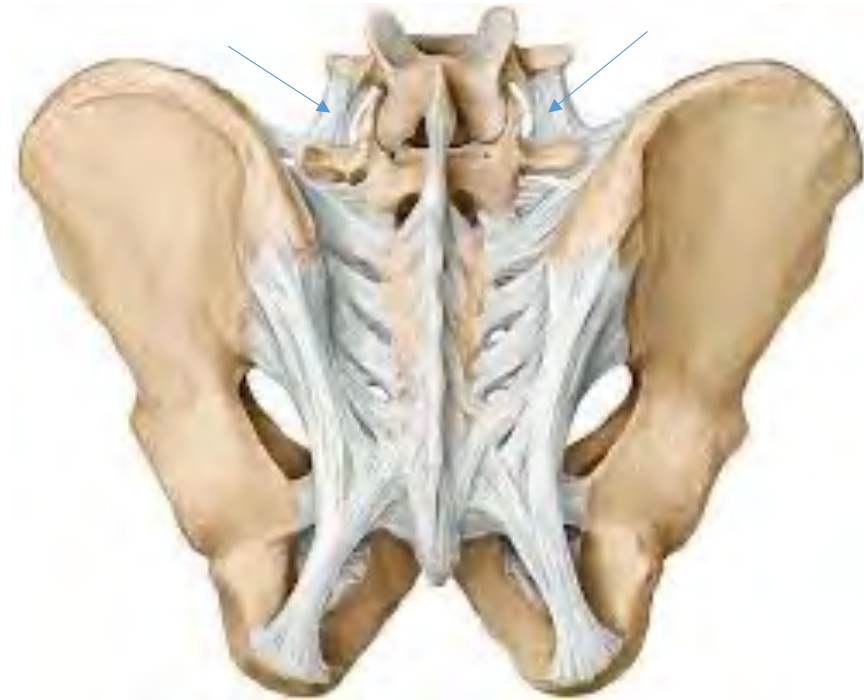
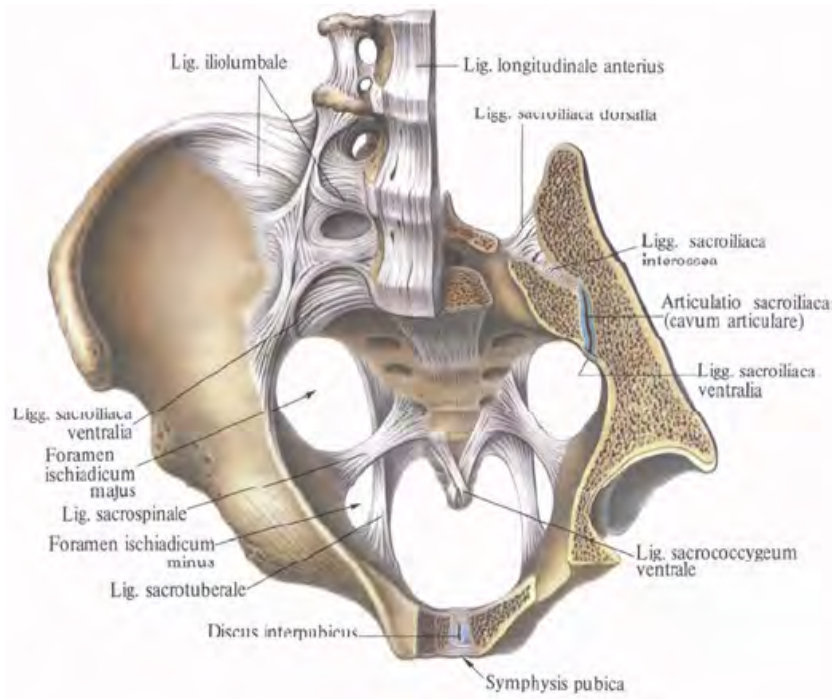


## Anamnese / Verlauf

- Druckdolenz am Tuber ischiadicum rechts
- Druckdolenz über dem Ligamentum iliolumbale rechts
- Rez. hypomobile Dysfunktionen des SIG und der kaudalen LWS, rechtsbetont

# Ligamentum iliolumbale

Band, das vom 4./5. Lendenwirbel zum Ileum zieht





# Ligamentum iliolumbale

- die oberen Anteile gehen in die Fascia thoracolumbalis über
- Verbindungen:
  - Musculus quadratus lumborum
  - Musculus iliopsoas
  - Musculus erector spinae
- Verlauf:
  - Vom 4./5. Lendenwirbel zieht es zum Darmbeinkamm (Crista iliaca) und zum Ligamentum sacroiliacum anterior

## Aufgaben

- Stabilisierung des Sakroiliakgelenks und der caudalen LWS





## Weiterer Verlauf

- Immer wieder myofasziale Befunde
  - M. quadratus lumborum
  - M. gluteus (hauptsächlich medius)
  - M. piriformis



# Bildgebungen





# Bildgebungen





## Anamnese / Verlauf

Bei nun chronischen Schmerzen kam es sicherlich zu einer sekundären Schmerzausweitung, was die Lokalisation des primären Schmerzortes erschwert...



## Weiterer Verlauf

MRI LWS / SIG 08/2018: linkskonvexe Torsionsskoliose und Hyperlordose mit zunehmender **Gefügelockerung** in den Segmenten L3/4 und L4/5 mit deg. **Pseudospondylolisthesen** und **hochgradigen Spinalkanalstenosen** in diesen Segmenten.

Zudem multifaktorielle **Neuroforaminalstenosen L3/4 und L4/5 rechts sowie L5/S1 links** mit Bedrängung/Kompression der entsprechenden Nervenwurzeln L3 und L4 rechts sowie L5 links intraforaminal.

rechtslateral **aktivierte Osteochondrose** mit Modic I Endplattenveränderungen im Segment L3/4 und in diesem Segment auch **bilateral aktivierte Spondylarthrosen**.



## Weiterer Verlauf

laterodorsale Aufrichtung und Stabilisierung L3-L5; 01/2019

04/2019: Sie könne besser und länger gehen, bis 20min. Noch Sensibilitätsstörung in der Leiste und ins Gesäss rechts und ab und zu Beinschmerzen rechts

07/2019: es gehe immer schlechter, sie müsse wieder Schmerzmittel nehmen, auch Irfen und neu Targin. Sie könne keine 10min. stehen, dann müsse sie wieder absitzen.

Nach der Behandlung 3 Tage besser, dann wieder Verschlechterung. Der genannte Punkt (Gesäss rechts) lasse sich verstärken durch Extension der WS, ziehe ins Gesäss und ins dorsale Bein rechts... Stetig Müdigkeit und dumpfer Schmerz im Kreuz.



## Weiterer Verlauf

Infiltration L5/S1 rechts (Fazetten) 08/2019

es habe nun etwas nachgelassen. Sie könne wieder stehen und auch ihren Spaziergang machen, das sei wundervoll. Aber Gesäss rechts unverändert.

Rhizotomie 10/2019

«Verödung» - sei eine Tortur gewesen! Nun habe sie sowohl rechts als auch links Sz., vor allem rechts, ins Bein ausstrahlend und ins Gesäss!



## Weiterer Verlauf

Infiltration SIG rechts, 02/2020

02/2020: VAS 8, sinkend auf 3

04/2020: es gehe ihr so gut, wie noch nie, Sie sei sehr froh. Wegen Coronavirus bleibe sie so oft wie möglich zu Hause, sie könne jedoch in den Garten oder die Straße auf und ab spazieren. Sie sei ein Glückspilz, dass sie nun aktuell kaum Schmerzen habe.





## Weiterer Verlauf

Rez. Infiltrationen durch die Wirbelsäulen Chirurgie (lumbosakral, diverse Lokalisationen) und des Lig. iliolumbale sowie Dry Needling der Muskulatur durch mich

es gehe bedeutend besser seit der Infiltration Lig. iliolumbale, sie sei zufrieden und komme mit 2 Dafalgan (1g) / 24h aus.

Bei längerem Gehen Sz Gesäss rechts, wie vorbestehend.



## Weiterer Verlauf

MR LWS 07/21: progrediente degenerative Veränderungen auf Höhe LWK 2/3, DD zunehmende Anschlussdegeneration, **progrediente Einengung der rechten L2-Wurzel foraminal** und **Tangierung der rechten L3-Wurzel rezessal**

Stationäre rechtsbetonte rezessale Enge auf Höhe LWK 4/5, stationäre Foramenstenosen auf Höhe LWK 5/SWK 1: hochgradig links und mässig rechts

**Progrediente Facettengelenksarthrose**, insbesondere auf Höhe LWK 5/SWK 1 rechts mit zunehmendem Facettengelenkserguss



## Weiterer Verlauf

Infiltration Facette LWK5/SWK1 re und SIG re 07/21 und 08/21

es sei schlimm gewesen und nur schlimmer geworden. Sie könne kaum länger sitzen, nur kurze Strecken gehen und ermüde sehr rasch im unteren Rücken. Störend sei vor allem auch der tiefe, brennende Schmerz im Gesäss und im lumbosakralen Übergang rechtsbetont mit nun aber zunehmend auch linksseitigen Beschwerden.

-> Zuweisung in die Schmerzsprechstunde



## Bericht Frau Dr. Kleeb, Schmerzsprechstunde vom 26.10.2021:

**Chronisch persistierende Schmerzen nach Stabilisierung der LWS bei symptomatischer Spinalkanalstenose L3/4 und L4/5 bei einer degenerativen Lumbal-Skoliose, v.a. untere Anschlussproblematik**

- selbstständige Schmerzedukation (verschiedene Literaturempfehlungen)
- Oxycodon/Naloxon auf 20mg 1-0-1 erhöhen für die nächsten 3-6 Monate
- SPECT-CT wurde angemeldet
- Flyer: Kurs für chronische Schmerzpatienten mitgegeben
- wenn notwendig stationärer Aufenthalt
- **Neurostimulation**



## Weiterer Verlauf

- Z. n. SCS-Vollimplantation vom 11.02.2022  
( =Neurostimulator)

es sei gut gegangen, aber nun Frust, die Elektroden seien verschoben! 2 Monate sei es gut gegangen, Schmerzmittel reduziert auf 20mg Oxycodon/Naloxon/d.

Diagnose: «Chronisch postoperativ persistierende Rückenschmerzen DD Failed back surgery»

- Neurostimulatorwechsel bei Verrutschen, 20.06.2022



## Blickwinkel öffnen

- Periphere Gelenke (Hüfte, ->Behandlungen der Muskeln (gluteal, M. tensor fasciae latae, M. piriformis, M iliopsoas) Knie, -> einmalig HD Fibulaköpfchen Fuss -> vor- (ver-)operierte Knick-Senk-Spreizfüsse bds.)
- Bildgebungen
- Physiotherapie -> fand intermittierend statt
- Medikamentenwechsel und -ausbau
- Antidepressive Therapie zur Schmerzdistanzierung



## Konklusion

- Chronische Schmerzpatientin
- Strukturelle Probleme, nicht manualmedizinisch anzugehen
- -> jedoch immer wieder Behandlung der umliegenden Gelenke, Ligamente, Muskeln etc...
- **→ führt (immer wieder) zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität**



## Fall 2

Frau T.A. Jhg. 1950

- Art. Hypertonie und tachykardes Vorhofflimmern
- Chron. Cerviko-thorako-costales Schmerzsyndrom
- Hypercholesterinämie
- Sigmadivertikulose
- Status nach Diskushernienoperation lumbal links vor Jahrzehnten





## Anamnese, Verlauf

- Seit einiger Zeit (12/2021) zunehmende Schmerzen in der Hüfte/Leiste rechts.
- Längeres Gehen und auch auf der rechten Seite schlafen sind nicht mehr möglich



## Anamnese, Verlauf

- Hypomobile Dysfunktion LWK 2/3 rechts, Triggerpunkte gluteal und im Musculus iliacus rechts. Tensor fasciae latae sowie M. Psoas frei.
- Im Seitenvergleich eingeschränkte Innenrotation in der Hüfte rechts mit Schmerzauslösung und «knöchernem Anprall»



## Anamnese, Verlauf

- MMI für die LWS, Triggerpunkt-Therapie. Analgesie nach Bedarf.
- Instruktion zur Dehnung gluteal
- Planung eines Hüft-Röntgens rechts bei fehlender Besserung (im Verlauf)

# Bildgebung





## Anamnese, Verlauf

- HD SIG li und TrP im M. iliopsoas li, HD LWK 3/4 links
- Nach 2-3 Monaten -> Zuweisung ad Orthopädie zur Beurteilung der Hüfte rechts



## Bericht Dr. Eijer (Hüftorthopäde):

Diagnose (wie zu erwarten): Bursitis trochanterica, Ansatzentzündung der Glutealmuskulatur

- allenfalls lumbale Aetiologie; Physio-Verordnung, bei fehlender Besserung im Verlauf **evt. lokale Infiltration evaluieren**



## Verlauf

Das Überlastungssyndrom / die fehlende Stabilisationsfähigkeit des Beckengürtels kann und wird auch weiter mittels Krafttraining verbessert



## Verlauf

- nach und nach Besserung des rechtsseitigen Hüftschmerzes nach mittlerweile 6 Physiotherapiesitzungen
- könne ca. 20. Min. auf der rechten Seite liegen, bevor sie sich drehen müsse, brauche auch keine Analgetika mehr





## Konklusion

- Schutz des Patienten vor unnötigen / gefährlichen Infiltrationen der Bursa
- Unbedingt Physiotherapie zum **Aufbau der Stabilisationsfähigkeit** des Beckengürtels und Erhalt der Muskulatur