

Beckenringbeschwerden: diagnostische und therapeutische Herausforderung im Alltag

Breite Differenzialdiagnose, komplizierte Biomechanik und anspruchsvolle Anatomie: Am Becken braucht es solides manualmedizinisches Wissen, ausgefeilte Untersuchungstechniken und viel Fingerspitzengefühl für die richtige Behandlung. Ein Bericht vom Jahreskongress der Schweizerischen Ärztesellschaft für Manuelle Medizin in Interlaken

KATHARINA GRIMM

Der Gesässschmerz ist ein wahres Eldorado für Fans der Differenzialdiagnostik. Jürg Bernhard, Leitender Arzt des Rehabilitationszentrums am Bürgerspital Solothurn, machte seinen Kollegen keine Illusionen: «Im Prinzip müssen Sie das ganze medizinische Ursachenspektrum durchgehen.» Jene, die es gerne einfacher haben, können es mit dem Mnemonik KANIMENITAVID versuchen (*Kasten*).

«Inwieweit Sie dieses Merkwort hilfreich finden, überlasse ich Ihnen.» In seiner Auswahl ging Jürg Bernhard vor allem auf internistische Erkrankungen ein, um diese gegenüber den am Kongress im Mittelpunkt stehenden muskulo-skeletalen Ursachen abzugrenzen. Entsprechend der durch KANIMENITAVID vorgegebenen Reihenfolge erwähnte er zunächst Tumore, wobei hier Metastasen von Primärtumoren anderer Lokalisation dominieren. «Es sind vor allem fünf Malignome, die in den Beckenbereich metastasieren: Lunge, Brust- und Schilddrüse, Prostata und Niere. Bei einem Verdacht empfiehlt sich die entsprechende

Primärtumorsuche und zur Darstellung im Beckenbereich das MRI.»

Zauberberg lässt grüssen

Bei den Infektionen muss man an folgende Keime denken: Staphylokokken, v.a. Staphylococcus aureus, Enterobakterien (E. coli, Salmonellen, Citrobacter, Proteus, Serratia usw.), Streptokokken Gruppe B, Mycobacterium tuberculosis und Bruzellen. Angesichts stetig wachsender Migrationsbewegungen muss man hier auch schon fast vergessene Erreger berücksichtigen. Bernhard stellte den Fall einer 38-jährigen Frau aus Sri Lanka vor, die seit vierzehn Monaten in der Schweiz lebte und unter Schwitzen, Fieber mit abendlichem Schüttelfrost und einem Gewichtsverlust von 4 kg litt. Bei positivem Mantoux-Test, erhöhter Senkung und Anämie zeigten sich im MRI mehrere Osteolysen in Os sacrum, Os ilium und rechts im Sitzbeinbereich. Biopsisch fanden sich hier käsige Nekrosen, in der Ziehl-Neelsen-Färbung fand sich kein Nachweis von Mikroorganismen. «Eine solche Manifestation im Becken ist eindrücklich, findet sich aller-

Differenzialdiagnose des Gesässschmerzes

- K**ongenital
- A**ktinisch
- N**eoplasien
(primäre Neoplasien von Knochen und Muskeln, häufige Metastasen)
- I**nfektionen
(Staphylokokken, Enterokokken, Streptokokken Gruppe B, Tbc, Bruzellen)
- M**etabolisch
(Osteoporose, Osteomalazie)
- E**ndokrin
(M. Cushing, Schilddrüsenfunktionsstörung, HPT)
- N**utritiv
- I**atrogen
- T**raumatisch
(Sakrum-, Darmbein-, Beckenringfrakturen)
- A**utoimmunerkrankungen
(Spondylitis ankylosans)
- V**askuläre Erkrankungen
(Stenose oder Verschluss der Arteria iliaca interna mit Klaudikatio)
- I**diopathisch
- D**egenerativ
(spinale Stenose, Fazettenüberlastung, Bandscheibenproblematik, Kokzygodynie)

dings höchstens bei 1,3 Prozent der Tuberkulosefälle», relativierte Jürg Bernhard. Unter dem Stichwort metabolische und endokrine Störungen sind vor allem Osteoporose, Osteomalazie, Hyperparathyreoidismus, Schilddrüsenfunktionsstörung und M. Cushing zu nennen. Auch hier konnte Bernhard den ungewöhnlichen Fall einer 24-jährigen Türkin

mit Beckenschmerzen und im Verlauf festgestellter schwangerschaftsassoziierter transients Osteoporose vorstellen: Es gibt also auch beim Gesässschmerz nichts, was es nicht gibt.

Das Häufige ist auch im Becken häufig

Glücklich deshalb, wer mit diesem Symptom bei einem jungen Mann konfrontiert wird – es geht nämlich auch weniger exotisch: Der tief sitzende entzündliche Rücken- und/oder Gesässschmerz ist klinisches Leitsymptom des M. Bechterew. «Die wichtigste Frage ist hier jene nach dem nachts oder in den frühen Morgenstunden auftretenden und sich durch Bewegung bessernden Schmerz! Hier ist das Ansprechen auf NSAR-Therapie diagnostisch.» Bildgebendes Verfahren der Wahl ist das MRI und nicht länger die Szintigrafie.

Akutes SIG-Syndrom – wirklich akutes SIG-Syndrom?

Auch wer sich auf die rein muskulo-skelettalen Aspekte des Beckenrings beschränkt, hat es nicht unbedingt einfach. «Im Beckenring können wir eigentlich kein Gelenk isoliert betrachten – mechanisch hängt alles eng zusammen», warnte Ulrich Böhni, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, Gemeinschaftspraxis ZeniT, Schaffhausen. «Das Sakroiliakalgelenk nimmt dennoch insofern eine Sonderstellung ein, als dass es womöglich das einzige Gelenk in unserem Körper ist, bei dem es tatsächlich zu einer rein artikulären Blockade kommen kann.»

Der Manualmediziner nannte in diesem Zusammenhang die so genannte hypomobile SIG-Dysfunktion. Dabei bleibt das Sakrum in einer beliebigen Phase der Bewegung «hängen», abhängig davon finden sich häufig einseitige lokale Schmerzen, die eventuell in das Gesäss, den dorsalen Oberschenkel, den Trochanter und seltener in die Leiste ausstrahlen und oft mit einer Dysfunktion der Gegenseite einhergehen. In der klinischen Untersuchung geht hier ohne manualmedizinische Untersuchungskennt-

Merkpunkte

- **Vor allem fünf Malignome metastasieren in den Beckenbereich: Lunge, Brust- und Schilddrüse, Prostata und Niere. Bei Verdacht empfiehlt sich zur Darstellung im Beckenbereich das MRI.**
- **Bei Verdacht auf M. Bechterew ist die wichtigste Frage jene nach dem nachts oder in den frühen Morgenstunden auftretenden und sich durch Bewegung bessernden Schmerz.**
- **Eine Seitwärtsabweichung (Lot neben der Rima ani) ist niemals allein durch eine SIG-Störung erklärbar. Hier muss der lumbosakrale Übergang beteiligt sein.**
- **Myofasziale Befunde im Gesäss- und Beckenbereich sind weit häufiger als man denkt. In der Regel handelt es sich dabei um einen übertragenen Schmerz.**
- **Das Piriformissyndrom hat drei Komponenten: myofasziale Triggerpunkte mit typischem fortgeleitetem Schmerz, regionale Irritation der nervalen Strukturen in Piriformisnähe sowie SIG-Dysfunktion.**

nisse wenig: Dann findet sich eine eingeschränkte SIG-Beweglichkeit, das so genannte Vorlaufphänomen, ein Verlust des Joint Play mit positivem Hebe- und ISG-cum-femore-Test. «Die Behandlung besteht hier aufgrund der häufigen kontralateralen Blockade in einer Manipulation beider SIG.»

Manchmal ist die Blockade allerdings mit einer Beckenverwringung kombiniert. Dabei handelt es sich um einen passiven Vorgang der Drehung und Verschiebung in den Beckengelenken aufgrund muskulärer Dysfunktionen, wie sie physiologischerweise bei jedem von uns beim Gehen am Beckenring vorkommen:

Durch Verkürzung oder Abschwächung einzelner am Becken ansetzenden Muskeln entstehen asymmetrische Stellungen der Beckenschaukeln (Ossa ilia). Ursächlich kann hier zum Beispiel eine Dysfunktion von T₁₂/L₁ mit Hypertonus des M. psoas oder eine muskuläre Dysbalance des Beckenrings mit suboptimaler Stabilisation vorliegen, meist als Folge einer Bandlaxität und/oder einer muskulären Haltungsinsuffizienz der Beckenregion. Erkennbar ist die Verwringung, abgesehen von manualmedizinischen Testbefunden, an unterschiedlich hoch stehenden Spinae iliacae posteriores und anteriores, schmerzhaften muskulären Befunden, einer variablen Beinlängendifferenz und oft einseitiger Aussenrotation des Beines. Therapeutisch muss hier das Muskelungleichgewicht beseitigt werden.

Red Flag für maskierte Diskushernie

Doch zurück zum Fallbeispiel eines scheinbar klassischen akuten SIG-Syndroms: Ein 32-Jähriger präsentiert sich mit dem Rezidiv eines akuten einseitigen Kreuz- und Gesässschmerzes nach mehrstündigem Sitzen, ohne Ausstrahlung ins Bein und mit vorübergehender Besserung nach dreimaliger Manipulation. Klinisch findet sich eine SIG-Hypomobilität links, ein Ventralisationsschmerz von L₅ und eine Dysfunktion auf Höhe L₅/S₁ in Richtung der Flexion und der Rechtsseitneigung mit ausgeprägtem «shift» (Lot von C₇ neben der Rima ani). «Dieser Befund sollte für Sie immer ein Alarmzeichen sein», mahnte Dr. Böhni. «Eine Seitwärtsabweichung ist niemals allein durch eine SIG-Störung erklärbar. Hier muss der lumbosakrale Übergang beteiligt sein. Akute Dysfunktionen mit schmerzhafter lumbaler Flexionseinschränkung sind verdächtig auf Diskushernie!» Tatsächlich lag bei dem jungen Mann eine Diskushernie L₅/S₁ vor, die im MRI verifiziert werden konnte. In diesem Fall ist eine manualmedizinische Behandlung kontraindiziert.

Um den Ablauf verstehen zu können, muss man sich die neuroreflektorischen Zusammenhänge vergegenwärtigen: Da

das SIG über L₅ bis S₂ innerviert wird, kommt es klinisch zum fortgeleiteten Schmerz oder zur radikulären Projektion. Die biomechanische Koppelung von L₅ und S₁ und dem SIG führt letztendlich dazu, dass die vermeintliche SIG-Dysfunktion in diesen Fällen nur Vorbote einer Diskushernie ist. Beides kann aber auch gleichzeitig vorliegen: «Wenn bei Ihrem Patienten ausserdem eine Hypermobilität vorliegt, kann die Diskushernie lumbosakral durch die ausgezeichnete Beweglichkeit der benachbarten Segmente maskiert werden, und der SIG-Befund steht ganz im Vordergrund!»

Kleiner Muskel – grosse Wirkung

Häufig wird ein Gesässschmerz von einem Piriformissyndrom verursacht. Der Schmerz im Glutäalbereich kann unspezifisch in den Sakral- oder Hüftgelenksbereich und ins Bein ausstrahlen. Dazu das Beispiel eines 35-Jährigen mit Gesässschmerzen und rezidivierender SIG-Dysfunktion seit zwei Jahren. Klinisch fand sich eine SIG-Hypomobilität, eine ausgeprägte Druckdolenz des M. piriformis, der Symphyse und der dorsalen Ligamente sowie auch rektal des M. piriformis sowie der sakrokokzygealen und sakrotuberalen Bänder.

«Das Piriformissyndrom hat grundsätzlich drei Komponenten: Erstens die myofaszialen Triggerpunkte mit typischem fortgeleiteten Schmerz, zweitens die regionale Irritation der nervalen Strukturen in Piriformisnähe (peroneale Fasern des N. ischiadicus und/oder N. gluteus superior) und drittens die SIG-Dysfunktion.» Der Piriformismuskel wirkt als Aussenrotator, bei 70 Grad Hüftflexion als reiner Abduktor. Auslösend für das Piriformissyndrom sind meist muskuläre Überlastungen im Rahmen massiver Haltungsinuffizienzen mit Hyperlordose der Lendenwirbelsäule. Dabei verkrampft sich der untrainierte Muskel, durch den Schmerz kommt es reflektorisch zu weiteren Verspannungen und in der Folge zu Blockierungen in den SIG-Gelenken und der Lendenwirbelsäule. Therapeutisch erfolgt eine

Deblockierung und Mobilisierung der betroffenen Segmente sowie eine Dehnung des M. piriformis und Triggerpunkttherapie ergänzt durch muskuläre Stabilisation mittels medizinischer Trainingstherapie.

Extraartikuläre Dysfunktion am Beckenring

Wenn auch die Gelenkmechanik des Beckenrings schon kompliziert genug wäre, so ist dennoch keine Abhandlung des Beckenschmerzes vollständig ohne die extraartikulären Probleme, als da wären Sakralgie, Glutäalgie und Leisten-schmerz. «Myofasziale Befunde im Gesäss- und Beckenbereich sind weit häufiger, als man denkt», betonte Marcus Baumann, Leitender Arzt der Crossklinik, Basel. Im eigenen Patientengut hatte der Basler bei 237 Patienten mittleren Alters mit Beckenringbeschwerden in 100 Prozent muskuläre Dysbalancen und Defizite festgestellt, jedoch kaum auffällige neurologische oder orthopädische Befunde und nur in sechs Fällen strukturelle Schäden. «In der Regel handelt es sich dabei um einen übertragenen Schmerz, den Referred Pain. Entscheidend ist, dass man die erhobenen Befunde in den jeweiligen Muskeln lokalisieren kann und daraus eine gezielte manuelle Therapie ableitet.»

Hierzu empfiehlt sich ein systematisches Vorgehen. Erster Schritt ist dabei immer die genaue Anamnese – auch hierzu ein (angelsächsisches) Mnemonik: LOCRA-DIO steht für Localisation, Onset, Character, Radiation, Aggravation, Duration, Intensity und Offset/Relief. Mit diesen Angaben wird eine erste Zuordnung zu Muskelfunktionen und eine Einschätzung der Gesamtsituation möglich.

Anschliessend muss eine gezielte, vor allem aber akribisch genaue manuelle Untersuchung erfolgen. Dabei gilt es, die muskulären Triggerpunkte zu finden und den entsprechenden Funktionsgruppen zuzuordnen. Triggerpunkte sind leicht irritierbare Zonen in der Muskulatur, die auf Druck und Zug stark reagieren. Ein spontan oder auf Druck schmerzhafter Triggerpunkt kann einen fortgeleiteten Schmerz in der Muskulatur auslösen.

Vorausgesetzt, man verfügt über genaue Kenntnisse der Anatomie, wird man die richtige Diagnose so einfach, schnell, sicher und günstig stellen können.

Schmerzhafter Weg zur Schmerzfreiheit

«Diese myofaszialen Befunde im Gesässbereich sind eine Domäne der Weichteilbehandlung. Die ist zwar für den Patienten zumeist schmerzhaft und für den Behandler selbst wenig spektakulär, aber dafür umso wirksamer.» Zur Anwendung kommt zunächst die ischämische Kompression, bei der mit bestimmtem Druck der Triggerpunkt im Muskel aufgesucht wird, anschliessend erfolgt eine Dehnung der Triggerpunktregion und danach eine manuelle Dehnung und/oder ein Lösen der oberflächlichen Faszie, wodurch die Gleitfähigkeit des Muskels verbessert und Verklebungen gelöst werden. Daran schliesst sich eine selektive therapeutische Dehnung und die sorgfältige Instruktion zur Selbstdehnung als Hausaufgabe für den Patienten an. Ziel ist dabei das Erreichen einer Trainierbarkeit der betroffenen Muskulatur, wofür in der Regel vier bis sechs Behandlungen notwendig sind. Ebenso wichtig ist es, stereotype Bewegungsabläufe zu erkennen, zu unterbinden beziehungsweise zu ersetzen und die Ergonomie gezielt zu verbessern. Hierzu wird ein individuelles Trainingsprogramm entwickelt, für das der Patient motiviert sein (motiviert werden) muss. «Diese stufenweise Rekonditionierung kann je nach Dauer der Beschwerden unterschiedlich lange dauern und muss vom Arzt überwacht werden, sie ist aber zur Prophylaxe erneuter Schmerzepisoden unerlässlich.» ■

Quelle:

46. Jahresversammlung der Schweizerischen Ärztesellschaft für Manuelle Medizin in Interlaken, 1. bis 3. Dezember 2005

*Dr. med. Katharina Grimm
Eich*

Interessenkonflikte: keine