

Schmerzphänomene

Schmerzphänomene des Beckenbodens und im urogenitalen System

1. Spontanbericht

- Allen Hinweisen später durch gezielte Fragen nachgehen
- Patientenverhalten beobachten / Bewegungsabläufe im Bereich der Schulter, Beckenregion, Hüfte, Knie- und Fußregion
- Wie können die Arme gehoben werden
- Einschränkung links / rechts

Was wird geklagt?

Wie wird geklagt?

2. Gezielte Befragung zum aktuellen Schmerz

Wo?

- „Lokalisation“, auch im Verlauf einseitig? beidseitig? regional begrenzt? diffus? ausgedehnt? oberflächlich? tief gelegen? Ausstrahlung? Allodynie?
- „Zeitlicher Ablauf, aktueller Schmerz“
morgens? abends? nachts?
plötzlicher Beginn? langsamer Beginn?
gleichbleibend? zunehmend? abnehmend?
unter Bewegung abnehmend? in Ruhe zunehmend?
abnehmend im Zusammenhang mit Blasen-/Darmtätigkeit?
unter der möglichen Menstruation?
in kurzer Attacke? in längeren Perioden?
Tageszeit? Dauer? Jahreszeit?
- Beschwerdefreie Intervalle?
- Zeitliche Entwicklung
Damalige Modalität genau erfragen
Damals wie heute?
Wodurch das erste Mal ausgelöst?
Was ist Ihre eigene Meinung
Mögliche Traumata?
Mögliche metabolische Begleiterscheinungen?
- Abhängigkeit, Provokation, Linderung
Mögliche Entprements
(Parästhesien – Hypästhesien im Bereich des Beckenbodens und des Abdomens)
Analgesie in welcher Region des Beckenbodens
- Stress? Kaltluft? Auskühlung? Wetterwechsel? Wind?
Belastung? Wärme? Witterung?
Nahrungsaufnahme? In welchem Zusammenhang mit welchen Nahrungsbestandteilen? Flüssigkeitshaushalt?
C2? Sonstige metabolische Triggerfaktoren?
Medikamente?
Operationen Blase? Urogynäkologische Operationen?
Operationen Hüfte? Knie? Sprunggelenk? Fuß?
Operationen - andere Regionen, z. B. OP spinale Dura, OP Beckenregion?
Zustand nach Radiatio und Chemotherapie
Diagnostik vaskulärer Erkrankungen (Aortenaneurysma?)
Diagnostik aller neurologischen Grunderkrankungen

Wie lange Pause?

Wann erstmals?

Wobei gemildert?

Wobei verstärkt?

3. Vorgeschichte im Bewegungssystem

- Frühere Schmerzzustände
- Fraglicher traumatisierender Einfluss in der Vorgeschichte (Sturz Os coccygis)
- Aseptische Knochennekrosen im Bereich Hüfte? Knie? Sprunggelenk? Fußdeformitäten? Operative Korrekturen?
- Kreuzschmerzen – Schulterschmerz

Woanders Schmerz?

Wie alt damals?

1. Wo erster Schmerz?

4. Allgemeine Vorgeschichte

- Sonst krank gewesen?
- Metabolische Dysregulation (Schilddrüse, Diabetes, neuropathische Triggerung)
- Andere Krankheiten? Infektneigung? (Atemwege – Kreislauf – Oberbauch – Niere – Leber – Verdauung – Blase – Prostata/Gyn.-Raum)
- Rezidivierende Unterbaucherkrankungen
Unklare Abdominopathie
- Medikamenteneinnahme – insbesondere Analgetika, Hormone, Antikoagulantien

**Krankenhaus?
Operation?
Unfälle?
Medikamente?**

5. Bewegungsverhalten

- Im Beruf? In der Freizeit? Beim Sport?

6. Aufmerksamkeit richten auf:

- Alle Klagen, die nicht durch Funktionsstörungen erklärbar sind, emotionale Beteiligung des Patienten beachten (Angst – Furcht – Schreck – Zorn)
- Hinweise auf Funktionszusammenhänge im Bewegungssystem (Ruhe – Haltung – Bewegung – lokale Belastung – lokale Infiltration)
- Hinweise auf Funktionszusammenhänge mit anderen Nachbarschaftsbeziehungen z. B. N. cutaneus femoris lateralis – Coecum, Beckenboden – Tractus iliotibialis; bei therapieresistenten Schmerzphänomenen immer an fortgeleitete viszerale Affektionen denken (z. B. Sigmadivertikulitis – neurolymphatische Irritationen über den Tractus iliotibialis; rechts Coecum – Colon ascendens; links Sigma – Colon descendens)
- Hinweise auf funktionelle Entrepments (z. B. N. ilioinguinalis, N. iliohypogastricus, N. genitofemoralis)

Cave:

Anamnestiche und klinische Zeichen einer intraabdominellen Drucksteigerung immer ausschließen!!!

Zusätzlich Ausschluss manifester neurologischer Pathologien (neurologischer Status!).

Funktionell-anatomische Befunderhebung

Hüftgelenk

muskulär

- M. psoas major
- M. piriformis
- M. gluteus minimus et medius
- M. tensor fasciae latae
- M. obturatorius internus et externus
- M. quadratus lumborum
- M. adductor longus, brevis, magnus
- M. rectus femoris

faszial

- Lig. inguinale
- Perineum
- Membrana obturatoria
- Lig. capitis femoris (oblitierende A. capitis femoris)
- Lacuna vasorum et musculorum
- Fascia thoracolumbalis

neurologisch/Entrepment

s

- N. subcostalis
- Rami dorsales Nn. spinales Th12/L1 L1/L2
- N. cutaneus femoris lateralis
- N. obturatorius
- N. ilioinguinalis
- Ramus femoralis des Nervus genitofemoralis

viszeral

- Prostata ♂
- Ovar/Uterus ♀
- Lig. latum uteri
- Caecum rechts / Radix des Mesocolon sigmoideum links
- Hepar

artikulär

- Kapselmuster (Nussgelenk)
- Ilium
- Symphyse
- Schulter – Gegenseite
- Knie
- Tibiofibularer Übergang
- USG

Sacrum / Ilium

muskulär

- M. iliacus
- M. piriformis
- M. gluteus minimus et medius
- M. erector spinae
- M. quadratus lumborum
- M. semitendinosus
- M. semimembranosus
- M. biceps femoris
- M. sartorius
- Mm. tensor fasciae

faszial

- Dura
- Tractus iliotibialis
- Lig. uterosacrale
- Lamina pubo-vesico-utero-recto-sacrale ♀
- Lig. latum
- Douglas'scher Raum

neurologisch/Entrepments

- L5/S1
- L4
- N. ischiadicus
- N. femoralis
- N. obturatorius
- N. peroneus communis
- N. tibialis
- N. cutaneus femoris posterior

viszeral

- Uterus ♀
- Prostata ♂
- Rectum
- Urether

artikulär

- SIG / Os Ilium
- OAA-Komplex

Perineum

muskulär

- M. obturatorius externus
- M. obturatorius internus
- M. sacrococcygeus

faszial

- Alcock-Kanal
- Membrana obturatoria

neurologisch/Entrepments

- L5/S1/S2
- N. obturatorius
- N. pudendus

viszeral

- Urether
- Cervix

artikulär

- Diaphragma urogenitale
- Diaphragma pelvis

Os coccygis

muskulär

- M. pubococcygeus
- M. coccygeus
- M. levator ani

faszial

- Lamina pubo-vesico-
utero-recto-coccygealis
- Ausgangspunkt der
meningealen
Fascienkette!!

Ligamenta

- Lig. coccygeum
(Lig. sacrodurale anterius +
Lig. longitudinale posterius)

visceral

- Rectum
- Vagina♀
- Urethra♀
- Cervix

neurologisch/Entrepments

- S4/S5
- Nachbarschaft zum Ganglion
Impar!!
- Filum feminine der Dura!

Möglichkeiten absteigende Ursachen Folge-Ketten - vom Becken ausgehend

1. Beispiel: Primäre Läsion - Ilium anterior
↓
Dehnung des M. semitendinosus
↓
Tendinitis des Pes anserinus
↓
Dehnung des M. semimembranosus
↓
Zug des Meniscus medialis nach posterior + permanente Dehnung der Kniekapsel

= Schmerz bei gleichzeitiger Flexion in der Hüfte und Extension im Kniegelenk
(Treten gegen den Ball)

2. Beispiel: Primäre Läsion - Ilium anterior
↓
Dehnung des M. biceps femoris
↓
Translation des Caput fibulae im Verhältnis zur Tibia nach kranial
↓
Irritation des N. fibularis + Zug Membrana interossea (Paraesthesien im Bereich des N. peroneus communis)
↓
Dehnung des M. peroneus longus – Innenrotationsläsion des Os cuboideum
↓
Dehnung des M. tibialis posterior- Außenrotationsläsion des Os naviculare

3. Beispiel: Primäre Läsion - Ilium anterior
↓
Innenrotationsschädigung der Hüfte über M. gluteus medius und minimus
↓
Im Stand wird die gesamte Innenrotation der Hüfte auf die gesamte untere Extremität übertragen
↓
Caput tali folgt nach anterior-intern-inferior
↓
Abflachung des medialen Fußgewölbes

Möglichkeiten aufsteigende Ursachen Folge-Ketten - zum Becken

- A) Inversionstrauma / Inversionsstellung im USG
- ↓
- Plantarflexion / Inversionsbewegung
- ↓
- Translation der Fibula nach kaudal (im Verhältnis zur Tibia)
- ↓
- Dehnung des M. biceps femoris
- ↓
- Ilio-sacrale Rotationsschädigung
- ↓
- Spasmus der homolateralen, lumbalen, paravertebralen Muskulatur
-
- B) Eversionstrauma – antero-interne Schädigung im USG
- ↓
- Innenrotation des Unterschenkels
- ↓
- Valgusstellung im Knie
- ↓
- Innenrotation des Oberschenkels
- ↓
- Innenrotation der Hüfte
- ↓
- Os ilium anterior