

Fallbericht Beckenbodensyndrom und SUE Knie links

Frau Andrea U., 66 Jahre, Rentnerin

Erster Eindruck:

Frau Andrea U. macht einen sehr strukturierten Eindruck und zeigt großes Interesse und Teilhabe an den Behandlungen. Sie geht gern wandern und ist oft mit Gartenarbeit beschäftigt. Die Patientin ist sozial/familiär gut eingebunden. Frau U. achtet auf eine gesunde Ernährung und hat eine physiologische Konstitution.

Anamnese:

- aktuell Schmerzen im rechten Beckenboden (BB)
- latenter Schmerz linke Gesäßregion belastungsabhängig
- Dauerschmerz im linken Knie medial beim Gehen
- Spannung im Oberbauch „wie ein Ballon“, stört bei der Vorbeuge

1981 : Geburt einer Tochter
2011 : erstmalig Harninkontinenz, nachfolgend Diagnose Gebärmutterensenkung
04/2012: vaginale Hysterektomie
09/2012: OP einer Rektozele, nachfolgend Stuhlinkontinenz und Schmerz im re. BB
04/2014 Implantation eines Beckenbodenschrittmachers in die re. Glutealmuskulatur, nachfolgend keinerlei Verbesserung der Kontinenz, aber Schmerzen und Parästhesien im re. Oberschenkel dorsal und re. Knie lateral
02/2018 Entfernung des Beckenbodenschrittmachers, nachfolgend Schmerzen im re. Bein rückläufig
2019 Schmerzen linkes Knie medial, mehrmals Cortisonspritzen intraartikulär
08/2020 Beckenvenenthrombose li., deshalb vorerst keine Arthroskopie li. Knie
Frau U. kommt schon seit 2011 in größeren Abständen (2-3mal im Jahr) zur osteopathischen Behandlung. Aktuell war sie 3x zur Behandlung wegen der Schmerzen im linken Knie und der Beeinträchtigung der Laufleistung.

Medikamente: Schmerzmittel nach Bedarf

Globaler und regionaler orientierender Untersuchungsgang:

- Gang: - verkürzte Standbeinphase li.
- eingeschränktes Armpendel re.>li.
- kaum initialer Fersenkontakt und Abrollbewegung li.
- Rumpfdynamik eingeschränkt
- Stand: - seitliches Lot fällt nach ventral, general listening unauffällig
- Protraktion von Kopf und Schultern, BWS Kyphose verstärkt (Scheitel bei Th7)
- LWS mit tiefer, kurzbogiger Lordose
- Hüfte und Knie li in leichter Flexion
- Palpation im Stand: Hypertonus M. trapezius Pars desc. re.>li., M. pectoralis major bds., M. erector spinae thorakolumbal
 - Patellaspil li. eingeschränkt
 - Beckenpunkte: SIPS re höher, SIAS re.tiefer
- Verdacht auf Ilium anterior rechts
 - Anfangsvorlauf rechts
 - LWS: Flexion deutlich eingeschränkt, Seitneige links eingeschränkt
- Sitz: - Anfangsvorlauf rechts deutlicher als im Stand
- TLÜ Rotation eingeschränkt li.> re.
- mittlere BWS Extension eingeschränkt
- CTÜ Rotation re. eingeschränkt, 1. Rippe re. cranial
- HWS Flexion + Seitneige li. Eingeschränkt
- Kopfgelenke gedrehte SN li. eingeschränkt

- RL: - 10 Steps
- Traktion li. Bein
 - Spinaschaukel re.
 - Translation Thorax li.
 - Traktion li. Arm
 - Translation HWS li.
 - Traktion Occiput li.
 - Palpation 4 Quadranten: li. Oberbauch Hypertonus
 - Neurocranium li. kleinere Amplitude PRM-Flexion
- regional:
- Patrick re.
 - Knieflexion und Knieextension li.
 - li. Fuß DE + Pro eingeschränkt
 - Palpationsschmerz Pes anserinus li.
- BL: - Beckenboden re. mehr Spannung
- Atemwelle unvollständig lumbosacral

Verdacht auf: **Beckenbodensyndrom und Syndrom der UE Knie links**

Syndromal orientierende Untersuchung

- | | |
|---|--|
| <p>Beckenbodensyndrom:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schmerz BB re. - Anfangsvorlauf re. - Dysfunktion der BB Mm. | <p>SUE Knie li:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schmerz li. Knie und Bewegungseinschränkung - Patellaspield u. Kapselmuster KG li. eingeschränkt - Palpationsschmerz Pes anserinus |
|---|--|

Wertung: Bestätigung der Verdachtsdiagnose **Beckenbodensyndrom und Syndrom der UE Knie links**

VKT: aktive Anspannung Beckenboden verändert die Knieflexion li., beide Syndrome sind verkettet

Ziel ist eine deutliche Schmerzreduktion und die Wiederherstellung der Kompensationsfähigkeit.

Gezielte Untersuchung

- Gelenke:
- L5 FRS li.
 - Sakrum R/R
 - Os pubis inferior re.
 - Ilium ant.re.
 - Th7 FRS re.
 - Th1 ERS re. + 1. Rippe re. cranial
 - C 4 FRS re.
 - O/C1 ESR re.
 - Knie li. ap Verschiebung nach ventral eingeschränkt, Patellaspield li. eingeschränkt
 - TFG li. prox + dist, OSG li.
- Muskulär:
- aktive TrP im
 - M. quadratus lumborum (MQL) re. und M. levator ani re.
 - M. rectus femoris li. + M. tensor fasc. latae li.
 - M. piriformis li. und M. obturatorius internus li.
 - M. tibialis ant.li.
 - M. trapezius Pars desc. bds.
 - RFV M. quadratus lumb. re., M. rectus fem. li., M. biceps fem. Li., M. pectoralis min. li.
 - Diaphragma thoracis li.>re.
- Faszial:
- Foramen obturatorium li.
 - Lamina pubo-vesico-utero-recto-sacrale
 - Fascia thorakolumbalis
 - Tractus iliotibialis li
 - Tentorium cerebelli
- Viszeral:
- Restriktionen gesamtes kleines Becken re.> li. (Blase/Rektum)
 - ICK Hypertonus, Restriktion Mesocolon sigmoideum
 - Magenptose, Hypertonus Sphinkter von Oddi

Sutural: - SBS Lateralstrain re
 - Os temporale Rotation li.nach post.

1. Behandlung 60min

- O/C1 ESR re., Os temporale li.
- C4 FRS re., Th7 FRS re.
- TrP M. trapezius Pars desc. bds.
- Sphinkter von Oddi, ICK, Drainage Zwerchfell, globale Extension der BWS in RL
- Mobilisation Magen
- L5 FRS li. – Sakrum – Os pubis re. – Ilium re.
- Foramen obturatorium li., TrP M.obturatorius internus li.,TrP M. levator ani re.
- TrP M. tensor fasc. latae li., TrP M. rectus femoris li.
- Mobilisation Patella – Kniegelenk li. - TFG prox und dist – OSG li.
- Kinesiotape li. Knie

Hausaufgabe: Übungen für BWS-/Schultergürtelaufrichtung und TrP M. levator ani re.

2. Behandlung 60 min (nach 14 Tagen)

Der Patientin ging es direkt nach der Behandlung deutlich besser im Bezug auf den Schmerz im li. Kniegelenk und der Spannung im li.Oberbauch. Ihre Beschwerden sind noch da, aber weniger.

- Kontrolle der Befunde (aktuell Streckhemmung li. Knie)
- Mobilisation li. OSG – TrP M. tibialis ant. li.
- Mobilisation TFG li. prox/dist – Patella – Knie funktionell (Fortebehandlung)
- Foramen obturatorium li. – Tractus iliotibialis li.
- L5 FRS li. – Sakrum – Symphysendekoaptation unvollständig
- TrP MQL re. – Fascia thoracolumbalis bds. – nachfolgend Ilium re. frei
- Blase und Lamina pubo-vesico-utero-recto-sacrale + Dekoaptation Symphyse jetzt vollständig
- Sigmoid
- Großes Manöver Becken
- Mobilisation Zwerchfell inclusive Doming
- Th1 ERS re - 1. Rippe re
- C4 FRS re. – O/C1 ESR re. – SBS Lateralstrain – Tentorium cerebelli
- Anlegen eines Kinesiotapes am li. Knie, Gang schmerzfrei möglich

Hausaufgabe: Doming und Großes Manöver Becken mit Theraband

3. Behandlung 60min (nach 4 Wochen)

Patientin kann längere Strecken schmerzfrei laufen. Der Beckenboden ist schmerzfrei. Frau U. hat nur noch wenig Schmerzen im linken Gesäß bei längerem Sitzen im Auto.

- Kontrolle der Befunde und Nachbehandlung Sakrum und L5
- TrP M. piriformis li.– Beckenboden in SL
- Myofasciale Integration beider Füße – TFG li. prox/dist – Tractus iliotibialis li.
- TrP. M. rectus femoris li. – Patellamobilisation - PIR M. rectus femoris li. – PIR M.biceps femoris li.
- Fortebehandlung li.
- Mobilisation kleines Becken – Magen – Zwerchfell – TLÜ global
- Mobilisation Th1 und 1. Rippe re. – O/C1 - TrP M. trapezius bds. – PIR M. trapezius bds., PIR M. pectoralis minor li.
- PSF im Sitz und Stand mit Anleitung, Hausaufgabe: PSF

Abschlussbefund : zeigt noch Bewegungseinschränkungen im CTÜ ,1.Rippe re., Knieextension li. sowie Spannungsstörungen im M. piriformis li und M. trapezius re.>li . Das subjektive Befinden ist deutlich verbessert s.o..

Prognose: Durch die gute Mitarbeit der Patientin ist es voraussichtlich möglich, eine Rezidivprophylaxe zu erzielen, trotz der vorliegenden strukturell degenerativen Veränderungen.