

Patientenvorstellung – Fallbeispiel LPS

Patientenvorstellung

Die Patientin kommt zu mir mit einer Verordnung für 3x osteopathische Behandlung.

Die Patientin ist 34 Jahre alt mit gutem AZ und schlankem Habitus. Sie lebt in einer festen Partnerschaft.

Sie scheint unter erhöhtem Leidensdruck zu stehen.

Diagnose: Unterbauchschmerzen, LWS Syndrom

Beruf: Sachbearbeiterin, sitzende Tätigkeit

Hobbies: Sport (Klettern, Bouldern, Yoga, Wandern) ca. 3x wöchentlich, Lesen

Anamnese:

Die Patientin hat seit einigen Jahren nahezu durchgängig Schmerzen im Bereich der LWS und Schmerzen im Unterbauch- und Leistenbereich. Die Schmerzen sind zyklusunabhängig bei NRS 5, während der Menstruation verstärkt bei NRS 7. Eine Endometriose wurde ausgeschlossen. Es wurden keine pathologischen Organbefunde erhoben. Es kommt wiederkehrend zu schmerzhaften Einschränkungen in der Mobilität der LWS, besonders nach längerem Stehen oder langen Wandertouren. Durch Bewegung (Yoga) wird eine Linderung der Beschwerden erzielt. Vor einigen Jahren Sturz auf das Kreuzbein mit anschließender Beschwerdesymptomatik. Weiterhin klagt die Patientin über anhaltende Kopfschmerzen, teilweise nach längerem Sitzen am PC, verstärkt in Kombination mit einem Verspannungsgefühl im Schulter Nacken Bereich. Bis vor einigen Monaten litt die Patientin regelmäßig unter Harnwegsinfekten. Die Verdauung ist träge mit Obstipationsneigung.

Nebenerkrankungen: Hypothyreose

Medikamenteneinnahme: täglich 100 mg L-Thyroxin, orales Kontrazeptivum, Einnahme von Vitamin D, Vitamin B12, Zink und Selen

Seit einigen Monaten Ein- und Durchschlafprobleme, sie klagt über Müdigkeit und Antriebschwäche.

Global orientierende Untersuchung

Global listening: Zug nach ventral medial, nach Inhibition am Unterbauch-> Zug nach dorsal

Gang: Auftrittsgeräusch re.

Stand:

- Vorfußbelastung, re. leichte AR des Beines
- langgestreckte thorakolumbale Lordose LWS, Becken steht gekippt
- bindegewebige Einziehung/ Verquellung links/rechts auf Höhe Th12

10er Test: Traktion Bein re., Spinaschaukel re., Translation Thorax li, Schulterdepression re., Traktion Occiput re.

Regional orientierende Untersuchung:

Palpation: M. erector thorakolumbal und lumbal Tonuserhöhung bds.

- re. SiAS höher, li. SiPS höher
- Symphysenasymmetrie: re. Os pubis höher
- AVL li. positiv im Stand, Vorlaufphänomen li. -> Beckenverwringung
- Inhibitionstest Unterbauchorgane -> deutliche Verminderung AVL li.

Aktiv/passive Bewegung

- Kompressionstest Sacrum positiv
- AF LWS vermindert
- Rot BWS li.>re. eingeschränkt
- RF HWS eingeschränkt (bei Kieferöffnung besser), SN HWS obere Etage re.>li. eingeschränkt
- Obere Thoraxapertur re.>li. eingeschränkt

Local Listening Abdomen -> Zug Richtung Uterus

VKT Unterbauchorgane: RF HWS positiv, AF LWS positiv, Rot BWS negativ

Hypothese: Aufgrund der Befunde in der orientierenden Untersuchung und anhand des Beschwerdebildes besteht der Verdacht auf ein lumbopelvines Syndrom (LPS). Die syndromal orientierende Untersuchung in Kombination mit dem Beschwerdebild bestätigt den Verdacht (Befunde unten fettgedruckt).

Gezielte Untersuchung:

Parietal

gelenkig	muskulär	fascial
<ul style="list-style-type: none">• ERs re. L5• ERS re. L1• ERS li. Th12• Symphysendysfunktion – Ramus links inferior• Untere Rippen bds. in AA• 1.Rippe re. cranial• Sakrum in L/R• V.a Ilium ant.li.• C1 ESliRre	<ul style="list-style-type: none">• TrP M.Quadratus lumborum re./li.• M. Rectus abd. Schmerzmaximalpunkt an der Symphyse bds.• M. Piriformis schmerzhaft verspannt re.• TrP. M. psoas major bds.• TrP M. obliquus ext. bds.• Beckenboden bds. schmerzhaft verspannt• Diaphragma thoracis verspannt	<ul style="list-style-type: none">• Foramen obturatorium bds.• Restriktion Faszia abdominalis• Restriktion Faszia thorakolumbalis• Restriktionen Halsfaszien• Restriktion Lig. inguinalis li.>re.• TeP Symphyse bds. AL5, Inguinalband li.

Visceral:

- **Blase re fixiert, Uterus li fixiert**
- **ICV lokal spannungserhöht, Cäcum caudal fixiert, Mesenterialwurzel restrikt, Sigmoid caudal fixiert**
- Rechte Niere Mobilität nach cranial eingeschränkt, Motilität-
- Lebermobilität nach caudal eingeschränkt, Motilität- (steht in Exspir), Lig triangulare dextrum re. restrikt

Cranio-sacral:

- SBS vertical Strain superior
- PRM Amplitude gering
- Infratentorielle Duraspannung
- Sutura petrojugularis re.>li.
- Stauung Sinus sagitalis sup.
- Sinus occipitalis, Sinus transversus
- Os Temporale re. in IR
- Tentorium cerebelli verspannt re.

Funktionsdiagnose: Es handelt sich um ein lumbo-pelvines Syndrom links mit charakteristischen Schmerzen im Bereich der Leisten- und Unterbauchregion, in Kombination mit Schmerzen in der oberen LWS Region. Es besteht eine caudo-craniale Verkettung.

Zielstellung: Linderung der Beschwerden durch Beseitigen der parietalen Befunde, Lösen der viszeralen und duralen Restriktionen, Verbesserung der autonomen Steuerung, Verbesserung des Allgemeinbefindens bzw. der Belastbarkeit

Therapieaufbau:

1. **Behandlung**

- ERS L5, ERS L1, ERS Th12
- Behandlung Symphyse, Sacrum L/R und Dysfunktion Ilium anterior li.
- Behandlung Mobilität Blase nach rechts, Lamina von Delbet
- Behandlung Uterus li., Lig teres uteri li., Lig. Latum li., Lig. inguinale, Ovar und Adnexe li

- Beckenbodenentspannung, Diaphragmarelease
- TrP und Relaxation M. Quadratus lumborum bds.,
- Relaxation der Adduktoren li.
- Thorakolumbale Faszie, thorakale und cervicale Faszien
- Suboccipitales Release, O/C1 ESliRe.
- Occiputbehandlung, Cranial base release
- SBS Strain, PRM Verbesserung
- Duraschaukel
- Eigenübung zur Muskelentspannung des M. Quadratus und M. piriformis, PSF

Ergebnis: erfolgreiche Behandlung des LSÜ und des Beckens, Mobilitätsverbesserung Unterbauchorgane

2. **Behandlung** (16 Tage später)

Die Patientin fühlt sich besser. Die Schmerzen im Unterbauch sind leichter zu ertragen (NRS3-4) und die Mobilität im Rücken ist ebenfalls verbessert. Nur nach langem Sitzen nehmen die Beschwerden wieder zu.

- Kontrolle der Befunde
- Behandlung FRS re. L5
- Behandlung Symphyse Ramus li nach cranial
- Behandlung Sakrum in L/R
- Release S2, durale Technik
- Entspannungstechnik Beckenboden (MFR)
- Behandlung der verbleibenden Mobilitätsstörung Blase, Uterus
- TeP Symphyse AL5, Faszia inguinales
- Diaphragmarelease Sandwichtechnik
- Suboccipitales Release; Durarelease (Occiput)
- Os temporale in AR re., Release Tentorium über Ear Pull
- Foramen jugulare (N. vagus)
- Eigenübung Atemlenkung, Diaphragmaentspannung

Ergebnis der Behandlung ist ein harmonisch stehendes Becken und eine Reduktion der duralen Spannungen im System.

3. **Behandlung** (22 Tage später)

Die Patientin fühlt sich deutlich besser. Sie schläft wieder etwas ruhiger und die Kopfschmerzen sind nur noch phasenweise zu spüren. Während der Menstruation waren die Schmerzen im Unterbauch in der Spitze bei NRS 5, sonst zwischen 2-3.

- Kontrolle
- Behandlung ERS li TH 12
- Relaxation M. Quadratus lumb., Relaxation und TrP M. Iliopsoas, M. erector lumbale
- Relaxation lumbale Faszie,
- Entspannungstechnik Zwerchfell
- Behandlung Leber mit Lig. Triangulare dextrum, Sigma, Radix
- Grand manoeuvre
- Oberflächliche thorakale und cervikale Faszienspannung
- Suboccipitales Release
- Sinus-venosus-Techniken
- Duraschaukel
- Tentoriumbehandlung, Os temporale re. in AR
- Eigenübung WS Mobilisation, Relaxation M. erector, Wiederholung PSF

Ergebnis und Abschlussbefund

Die Behandlung der parietalen, visceralen und craniosacralen Störungen hat zu einer deutlichen Verbesserung der Beschwerden geführt. Die Kopfschmerzen treten nur noch selten auf. Die Schmerzen im Bereich der oberen LWS sind deutlich geringer (NRS 2). Im Unterbauch und Leistenbereich schwanken die Schmerzen bis NRS 4 in den Spitzen. Das Allgemeinbefinden ist deutlich verbessert. Es empfiehlt sich das TSS mithilfe der gelernten Übungen zu aktivieren und zusätzlich die erlernten Entspannungs- und Atemtechniken regelmäßig weiter anzuwenden, um Rezidive zu verzögern.

Eine psychosomatische Beteiligung an dem Beschwerdebild ist anzunehmen und in die weitere Behandlungsplanung mit einzubeziehen.