

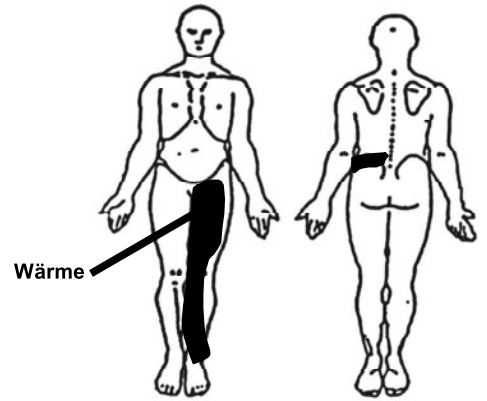
# Case Study „Walter“ Befund (Georg Supp)

**Was provoziert/  
verstärkt?**

Nur wenige Schritte  
Gehen möglich

## LWS - Anamnese

Datum: **05.02.2009**  
 Name: **Walter**  
 Geburtsdatum: ..... Alter: **57**  
 Überweisender Arzt: .....  
 Beruf: **Güteprüfer**  
 Freizeit: .....  
 Haltung / Belastungen: **Sitzen**  
 Funktionseinschränkung: .....  
**Arbeitsunfähig seit 4 Wochen**  
 VAS: (0 - 10): **6**



Symptome der aktuellen Episode

Relevante Symptome: **s.o. vor allem Oberschenkel**  
 Dauer der jetzigen Episode: **4 Wochen** verbessernd / gleichbleibend / verschlechternd  
 Auslösender Faktor: ..... oder: **kein Auslöser**  
 Anfangssymptome: **LWS / Oberschenkel** / Unterschenkel  
 Konstante Sympt.: **LWS/Oberschenkel/Unterschenkel** Intermittierende Sympt.: **LWS/Oberschenkel/Unterschenkel**

was provoziert/  
verstärkt? ~~Beugen~~ Sitzen / Aufstehen vom Sitzen **Stehen** **Gehen** ! ~~Liegen~~  
 Morgens / Tagsüber / Abends in Ruhe bei Bewegung  
 Anderes: **nur wenige Schritte Gehen möglich**  
 was eliminiert/  
reduziert? ~~Beugen~~ **Sitzen / Aufstehen vom Sitzen** Stehen Gehen ~~Liegen~~  
**Morgens / Tagsüber / Abends**  
 in Ruhe bei Bewegung  
 Anderes: .....

Gestörter Schlaf: Ja **Nein** Schlafstellung: BL / RL / SL (R) (L) Matratze: Hart / Weich / Durchhängend  
 Vorherige Episoden: 0 1-5 6-10 11+ Erste Episode im Jahr: .....  
 Vorgeschichte: **Dezember 08: zwei Mal „Hexenschuss“ → jeweils EL nach einer Woche**  
 Frühere  
 Behandlungen: **Spritze, Diclofenac, PT (unter anderem EIL): Effekt ?**

### SPEZIFISCHE FRAGEN:

Husten / Niesen / Pressen + /  Blase: **Normal** gestört Gang: Normal **gestört** ?  
 Medikamente: **Keine** / NSAR / Analg / Steroide / Anticoag / Anderes .....  
 Allgemeine Gesundheit: **Gut** / Mäßig / Schlecht .....  
 Bildgebende Verfahren: **MRT: BSV L2/3 + L4/5, CT: o.B.**  
 Operation: Ja / **Nein** Nachtschmerz: Ja / **Nein**  
 Unfälle: Ja / **Nein** Unerwarteter Gewichtsverlust: .....  
 Anderes: **Gibt es noch was konservatives? OP notwendig?**



## Klinische Untersuchung

### HALTUNG

Sitz: gut / mäßig / schlecht    Stand: gut / **mäßig** / schlecht    Lordose: **Red** / Akz / No    Shift: **Re** / **Li** / Kein  
 Korrektur der Haltung: Besser / Schlechter / Kein Effekt..... Relevant: Ja / **Nein**  
 Anderes:.....

### NEUROLOGIE:

Muskelkraft: ..... **o.B.**..... Reflexe: .....  
 Sensibilität: ..... **o.B.**..... Durazeichen: ..... **PKB li positiv**.....

### BEWEGungsverlust:

	groß	mäßig	klein	kein	Schmerz
Flexion:.....				<b>X</b>	
Extension:.....				<b>X</b>	<b>Deviation re.</b>
Seitgleiten im Stehen ( R ) :.....				<b>X</b>	
Seitgleiten im Stehen ( L ) :.....			<b>X</b>		<b>X</b>

### BEWEGUNGSTESTE:

	Symptome während	Symptome hinterher	Mech. Antwort		
			ROM ↑	ROM ↓	KE
Jetzige Symptome im Stehen: ..... <b>OS li</b> .....					
FIS .....					
Rep FIS ..... <b>NT</b> .....					
EIS .....					
Rep EIS ..... <b>NT</b> .....					
Jetzige Symptome im Liegen: ..... <b>OS li</b> .....					
FIL .....					
Rep FIL ..... <b>NT</b> .....					
<b>EIL ... Rot. mob in RL nach links</b> .....					
Rep EIL ..... <b>EL</b> ..... <b>BE</b> ..... // <b>Gehen besser</b> .....					
<b>Wenn nötig</b> - Symptome vor dem Testen:.....					
SGIS (R).....					
Rep SGIS (R) .....					
SGIS (L).....					
Rep SGIS (L) ..... <b>NS</b> ..... <b>X</b> .....					

### STATISCHE TESTS:

Sitzen zusammengesunken ..... Sitzen aufgerichtet .....  
 Stehen zusammengesunken ..... Stehen aufgerichtet .....  
 BL in Extension ..... Langsitz .....

### ANDERES:

### PROVISORISCHE KLASSIFIZIERUNG:

Derangement    Dysfunktion    Haltung    Anderes  
 Subklassifikation: **reduzierbar, posterolateral (hochlumbal), Schmerz bis US, Rotation in RL links**

### PRINZIPIEN DES MANAGEMENTS:

Eduktion:..... **X**.....  
 Extension:..... Lateral:.. **Rotation in RL nach links**..... Flexion:.....  
 Anderes:..... **Rolle, Warnhinweise**.....  
 Behandlungsziele:.. **Gehen verbessern, Arbeitsfähigkeit**.....

### Geschichte:

Walter war im Februar als Patient auf einem A-Kurs. Seit vier Wochen war er arbeitsunfähig, Gehen produzierte sofort Beinschmerzen und war so gut wie nicht möglich.

Die bisherigen Behandlungen beim Arzt (Spritze, Diclofenac) hatten keinen Effekt

Walter hatte bei der bisherigen Physiotherapie unter anderem Extension im Liegen durchgeführt. Dies hatte seine Symptomatik jedoch nicht beeinflusst.

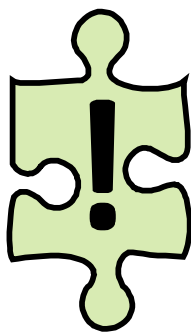
Die Diagnose laut MRT lautete Bandscheibenprolaps L2/3 und L4/5. Die behandelnden Ärzte schlugen eine BS-Operation vor.



Abb. 1



## Case Study „Walter“



### Verlauf:

#### Tag 1:

Der leichte Shift nach rechts erwies sich als nicht relevant. Walter konnte den Shift leicht korrigieren. Dabei verstärkte sich zwar der Oberschenkel aber dies war nicht bleibend.

#### Management:

Initial führte ich bei Walter intermittierende Rotationsmobilisation in Rückenlage nach links durch (Abb.1). Dabei eliminierte der Oberschenkelschmerz vollständig. Als Wiederbefundzeichen wählten wir das Gehen. Dies war nach der Mobilisation minimal verbessert.

Die Probebehandlung bestand aus Rotation in RL nach links als Eigenübung durch den Patienten zehn Mal alle Stunde. Außerdem besprach ich mit dem Patienten die Bedeutung einer Haltungsveränderung im Sitzen und wir erläuterten den Gebrauch der Lumbal-Rolle. Zusätzlich erhielt Walter Warnhinweise bezüglich Peripheralisation der Symptome.

*Vorläufige mechanische Diagnose:  
Posterolaterales Derangement hochlumbal.*

#### Frage an Tag 1: Ist das reduzierbar oder nicht?

#### Tag 2:

Walter konnte die Übungen gut durchführen. Direkt im Anschluss an die Übung war das Gehen kurzfristig schmerzfrei. Dieser Effekt hielt aber nur wenige Minuten an.

#### Wiederbefund:

Die klinischen Wiederbefundzeichen hatten sich nicht verändert – Prone Knee Bend (PKB – Abb.2) und Deviation bei Extension im Stehen waren unverändert.

#### Management:

Wir wiederholten die Rotationsmobilisation in RL nach links – endgradig, mit viel Druck und Ausatmung des Patienten.

Wir diskutierten nochmals die Wichtigkeit der aufrechten Sitzhaltung und den Gebrauch der Rolle.

*Vorläufige mechanische Diagnose:  
Posterolaterales Derangement hochlumbal*

#### Frage an Tag 2 immer noch: Ist das reduzierbar oder nicht?

#### Tag 3:

Walter hat die Übungen häufiger durchgeführt als am Vortag und die Sitzhaltung verbessert.

Er konnte die 500 m zum Zentrum zu Fuß gehen und beschrieb, dass die Symptome nun mit zunehmender Gehstrecke eher weniger wurden.

#### Wiederbefund:

Im Sichtbefund zeigte sich kein Shift mehr nach rechts und die Deviation bei Extension im Stehen war verschwunden. Der PKB war negativ.

#### Management:

Weiterhin Rotation aus RL nach links als Eigenübung und Haltungskorrektur.

Sollte die Ausstrahlung dauerhaft eliminiert bleiben, kann Walter zu Extension im Stehen und Liegen übergehen.

*Vorläufige mechanische Diagnose:  
Posterolaterales Derangement hochlumbal*

#### Aussage an Tag 3: Reduzierbares posterolaterales Derangement hochlumbal

#### Aussage an Tag 3: Keine OP

#### Kontakt nach neun Wochen:

Walter beschreibt eine kontinuierliche Verbesserung seit dem Kurs. Nach vier Wochen nahezu Beschwerdefreiheit und zwei Wochen später Wiedereinstieg in den Job.

Walter kann ohne jegliche Schmerzen mehr als zwei Stunden gehen.

Symptome in Oberschenkel und Leiste treten noch sporadisch in niedriger Intensität (VAS 1-2) auf.

Er hatte vor allem die Rotation nach links als Eigenübung sehr konsequent weiter gemacht. Bei seinem behandelnden Therapeuten hatte er noch sechs Behandlungen.

Zur Prävention führt er die Übungen nun noch zwei Mal täglich mit je zehn Wiederholungen durch.



### Hochlumbale Derangements:

Einige Angaben von Walter in Anamnese und klinischer Untersuchung legen den Verdacht nahe, dass es sich um ein nicht reduzierbares Derangement handeln könnte:

- distale Symptome stehen im Vordergrund
- Belastung (Gehen) verschlechtert beziehungsweise wird nicht toleriert
- Sitzen entlastet
- keine sichtbare Obstruktion

Hochlumbale Derangements können den Therapeuten so durchaus in eine Sackgasse locken. Walter hatte bei den früheren Behandlungen von Extension nicht profitiert. Erfahrungsgemäß verschlechtern einige hochlumbale Derangements damit sogar deutlich. Neurologie bei hochlumbalen Derangements betrifft unter Umständen den N. femoralis. Da dieser am Hüftgelenk ventral der Beuge-Streck-Achse verläuft, wirkt Extension im Liegen oder Stehen provozierend.

Extension mit Hüftflexion (Abb.3) kann hier effektiv sein.

Walter reduzierte signifikant mit Rotationsmobilisation in Rückenlage – sowohl als Technik durch den Therapeuten als auch als Eigenübung. Wie schon Martin Spitzenberg im Newsletter 1/2008 beschreibt, eine oft vergessene Technik.

Nach Tag 1 war das Bild bei Walter noch nicht klar. Mehr Wiederholungen, intensivere Ausführung und konsequente Haltungskontrolle brachten den Erfolg.

### Und noch eine Zusatzfrage:

Der Prone Knee Bend wird als Spannungstest für den N. femoralis eingesetzt. Er setzt sich zusammen aus Hüftgelenksexension und Knieflexion. Der N. femoralis geht aber gar nicht übers Knie. Warum testet der Test dann den N.femoralis? ☺



Abb. 2



Abb. 3