

Wenn die Spannung schmerzt



Der Zustand der Beckenmuskeln scheint eine entscheidende Rolle bei chronischen Beckenschmerzsyndromen (CBSS) zu spielen. Hoch irritierbare Stellen in den Muskeln können neben einem hohen Spannungszustand das Ihre zu Beckenschmerzsyndromen beitragen. Ein Einblick in eine der physiotherapeutischen Sichtweisen auf Beckenschmerzsyndrome und in mögliche therapeutische Ansätze.

Von Mag. Heidi Halbedl

Das CBSS ist eine Sammelbezeichnung für Schmerzen, die den Strukturen des Beckens zuzuschreiben sind, und umfasst u.a. Schmerzsyndrome des Beckens, der Beckenbodenmuskulatur, des Nervus pudendus, der Prostata, der Vagina sowie Vulva, aber auch der Blase, des anorektalen Bereichs, der Urethra sowie im Zusammenhang mit Endometriose (Fall/Abrahams). Per definitionem gehen die ersten fünf genannten chronischen Beckenschmerzsyndrome mit sexuellen Dysfunktionen einher. Die praktische Erfahrung zeigt, dass auch Vulvaschmerzsyndrome mit gynäkologischen und sexuellen Dysfunktionen verbunden sind.

Sexuelle Dysfunktion und Hypertonus

Ein Hypertonus im Beckenboden spielt bei sexuellen Dysfunktionen eine Rolle (Rosenbaum). Achdari resümiert, dass Störungen der Beckenbodenmuskulatur bei Frauen und Männern mit sexuellen Dysfunktionen in Verbindung stehen. Laut Hetrick et al. liegt auch bei Männern mit chronischem Beckenschmerz eine signifikant höhere Instabilität der Beckenbodenmuskeln im Ruhezustand vor. Gleichzeitig fällt ein Hypertonus der Beckenbodenmuskulatur sowie eine abgeschwächte Ausdauer bei willentlicher Kontraktion der Muskulatur auf.

Chronische Beckenschmerzen und Hypertonus

Bei chronischen Beckenschmerzen finden sich erhöhte Spannungszustände der Beckenbodenmuskulatur und Triggerpunkte (TrPe) in der Beckenmuskulatur (Simons, Anderson, Fitzgerald). Eine hypertone Beckenbodenmuskulatur lässt auf eine eingeschränkte Durchblutungs- und folglich veränderte Stoffwechselsituation im Gewebe schließen. Gleichzeitig besteht ein erhöhtes Risiko an irritierbaren TrPe und der Schmerzentstehung.

Die Kontrolle über die Muskelaktivität ist bei Patienten mit einer hypertonen Beckenbodenmuskulatur eingeschränkt. Darüber hinaus liegt meist eine massive Schwäche vor, die als Folge der fehlenden wechselnden Aktivität aufgrund der über einen längeren Zeitraum in kontrahiertem Zustand fixierten Muskulatur. Über einen vaginalen digitalen Tastbefund kann der Zustand und die Funktion der Beckenbodenmuskeln eruiert werden. Dadurch können irritierte und schmerzauslösende Stellen entdeckt und als therapierelevante Informationen im Pelvic-Pain-Assessment dienen. Manuelle tonusregulierende Maßnahmen kommen auch bei der neuromuskulären Behandlung der Beckenmuskeln zum Einsatz. Mit der lokalen myofaszialen Behandlung können komplizierte Schmerzzustände oft erstaunlich gut beeinflusst werden.

Eine andere Möglichkeit, Spannung therapeutisch zu beeinflussen, ist die neurovegetative Regulierung durch manuelle Therapie an der Wirbelsäule. Neben den neuromuskulären Behandlungsansätzen kann die fasziale Behandlung von Schlüsselstellen wie z.B. des Foramen obturatorium zu Entlastung in der ganzen Beckenregion verhelfen. Fibrosiertes Gewebe (nach Entzündungen) im Bereich des Foramen obturatorium wird mitunter als Grund für Blasenstörungen angenommen. Fehlstellungen des Steiß- und Kreuzbeins können sich ebenso negativ auf die Blasenfunktion auswirken. Die Beckenbodenmuskulatur (dorsaler Anteil) löst eine Kontraktion des Os sacrum aus, wodurch die Iliosakralgelenke aus ihrer verriegelten Position gebracht werden (Snijders). Ein Hypertonus in der Beckenbodenmuskulatur kann folglich gelenksdezentrierende Wirkungen auf das Iliosakralgelenk haben und damit die Be-

ckenstabilität negativ beeinflussen. Dennoch kommen die erwähnten passiven Behandlungsmaßnahmen erst dann zum Einsatz, wenn es den Patienten mithilfe einer taktilen Anleitung nicht gelingt, die Beckenbodenmuskulatur ohne Erhöhung des intraabdominellen Drucks (durch die Unterbrechung des Atemflusses und Aktivität der Bauchmuskulatur) in einen entspannten Zustand zu bringen.

Über individuell abgestimmte therapeutische Maßnahmen kann der Zustand und die Funktion der Muskulatur verbessert werden. Die Rückgewinnung dieser Entspannungsfähigkeit und die Anleitung, die Kraft und Ausdauer zu verbessern, ist Teil der physiotherapeutischen Behandlung. Hierbei handelt es sich nicht nur um „Beckenbodentraining“ im klassischen Sinn, sondern auch um eine spannungsregulierende und schmerzorientierte manuelle Behandlung der Gelenke, Muskeln, Bänder, Faszien und Organe des Beckens und des angrenzenden Bauchraums.

Triggerpunkte

Für das parallele Auftreten und den Zusammenhang von myofaszialen Schmerzen und urogenitalen Schmerzsyndromen gibt es seit Langem Evidenzen im Bereich der TrPe (de las Peñas). Diese sind hyperirritative Stellen in gespannten Bereichen der Skelettmuskulatur, die auf Kompression, Dehnung, Überlastung oder Anspannung mit einem fortgeleiteten Schmerz reagieren, der nicht direkt an der irritierten Stelle wahrgenommen wird. Vor allem bei chronischen Schmerzen sollten TrPe behandelt werden, da dort periphere nozizeptive Nervenenden in hoher Konzentration auftreten. TrPe lösen zudem zentrale Schmerzsensationen aus, die zu neuroplastischen Veränderungen führen und ihre Intensität sowie Irritierbarkeit mit gesteigerter Sympathikusaktivität in Verbindung stehen. TrPe stören die propriozeptive, nozizeptive und vegetative Funktion in der betroffenen Region und können muskuläre Schwäche sowie ein eingeschränktes Bewegungsausmaß hervorrufen. Durch die erhöhte Muskelspannung tragen TrPe auch zu motorischen Dysfunktionen bei (Jantos).

Anderson et al. bestätigen den Zusammenhang von Beckenschmerzen mit dem Auftreten von TrPe und identifizieren Muskeln, die dazu neigen, TrPe zu entwickeln wie etwa der M. pubococcygeus/M. puborectalis (90 Prozent), M. obliquus externus (80 Prozent) und M. rectus abdominis (75 Prozent). Weitere TrPe-relevante Muskeln: Adduktoren, M. gluteus medius, M. levator ani, M. iliopsoas, M. quadratus lumborum, M. gluteus maximus und die thorakolumbalen Rückenstrecker (de las Peñas).

TrPe im M. obturatorius internus können Symptome im Bereich der Urethra, Vagina und Vulva auslösen. Über die Verbindung zum N. pudendus kann es zu brennenden Sensationen im gesamten Beckenboden kommen. Ein Schweregefühl im Rektum bzw. Symptome um das Steißbein werden ebenso einem TrP im M. obturatorius internus zugeschrieben (de las Peñas). TrPe im anterioren M. levator ani können zu Penis- und Prostatasyndromen führen, aber auch an Blasenphänomenen beteiligt sein. Der mittlere M. levator ani steht in Verbindung mit Perineumschmerzen und analen Sphinktersyndromen. Spannungen im M. coccygeus/M. ischiococcygeus transportieren

Schmerz und ein Druckgefühl im Rektum sowie Schmerzen im Steißbein und im M. gluteus maximus.

Jantos zufolge scheinen TrPe maßgeblich zur Entstehung eines Hypertonus der Beckenbodenmuskeln beizutragen und gehen mit der Unfähigkeit einher, die Beckenbodenmuskulatur zu entspannen und willentlich anzusteuern. Für die Praxis bedeutet dies erstens, dass TrPe bzw. die jeweiligen Muskeln behandelt werden müssen und dass zweitens Patientinnen mit einem Hypertonus des Beckenbodens eine physiotherapeutische Behandlung benötigen und nicht zum „Beckenbodentraining“ in diversen Institutionen, die auf den Boom Beckenbodentraining aufgesprungen sind, verwiesen werden. Durch das nonselektive Ansteuern werden meist auch die globalen Muskeln forciert trainiert, was zur Inhibition der Aktivität der lokalen und der Beckenbodenmuskeln führen kann (Hamilton). Ein solcher Umweg kann Patienten nur dann erspart bleiben, wenn der Zustand der Beckenbodenmuskulatur von fachärztlicher Seite untersucht und den Patienten eine adäquate Therapie angeraten wird.

Herausforderung Chronifizierung

Chronifizierung ist gekennzeichnet durch eine gesteigerte Sensibilisierung des Gehirns, wodurch schmerzfreie Stimuli als schmerzhaft oder schmerzende Stimuli intensiver wahrgenommen werden. Das Schmerzgebiet weitet sich aus, die Schmerzwahrnehmung ist zeitlich verlängert, spontane Schmerzen treten unerklärlicherweise auf (Butler, Moseley). Schmerzempfindung ist nicht nur ein sensorisches, sondern auch ein emotionales Geschehen. Charakteristisch für CBSS ist, dass sie mit negativen Gedanken und Verhaltensmustern sowie emotionalen Schwierigkeiten in Verbindung stehen (Chaitow). Ein ängstlicher Gedanke genügt, um den Schmerz in Gang zu setzen. Auch TrPe zeigen erhöhte Aktivität bei psychischem Stress (Hubbard).

Die Chronifizierung zeigt die Grenzen neuromuskulärer Behandlungen auf und macht eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bei CBSS unumgänglich. Dennoch darf ein chronifiziertes Schmerzsyndrom nicht als „nicht behandelbar“ betrachtet werden, denn ein bedeutendes Merkmal dabei ist, dass die zerebralen Repräsentationen (Homunculus) der schmerzenden Körperbereiche in den Hintergrund treten (Butler, Moseley). Patienten können die betroffenen Körperabschnitte weniger gut spüren. Was hier ausweglos scheint, kann als therapeutische Chance ergriffen werden. Wichtig ist es, die Propriozeption zu steigern bzw. den sensorischen Input von der emotionalen Bewertung zu trennen, was einer Chronifizierung entgegenwirkt. Einzelphysiotherapie vermag in dieser Hinsicht zu einer differenzierten Wahrnehmung, einem verbesserten Ansteuerungsvermögen und Steigerung von Beweglichkeit, Kraft und Stabilität zu verhelfen. Auch wenn es sich bei CBSS um ein hochkomplexes Thema handelt, ist eine muskuläre Komponente inzwischen unumstritten. Muskulatur muss auch bei CBSS als Quelle von Schmerzen gesehen werden. Der Spannungszustand der Muskulatur sollte von fachärztlicher Seite eruiert und die Patienten im Falle von Auffälligkeiten wie Hypertonus an spezialisierte Therapeuten zur Einzelphysiotherapie zugewiesen werden.

Literatur bei der Autorin



Mag. Heidi Halbedl
Physiotherapeutin,
Wien

1. Bezeichnung des Arzneimittels: Betmiga 25 mg Retardtabletten, Betmiga 50 mg Retardtabletten. 2. Quantitative und qualitative Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 25 mg Mirabegron. Jede Tablette enthält 50 mg Mirabegron. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1. 3. Anwendungsgebiete: Symptomatische Therapie von imperativem Harndrang, erhöhter Miktionsfrequenz und/oder Dranginkontinenz, die bei Erwachsenen mit überaktiver Blase (UAB) auftreten können. 4. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. 5. Pharmakologische Eigenschaften: Pharmakotherapeutische Gruppe: Urologika, Urologische Spasmolytika. ATC-Code: G04BD12. 6. Pharmazeutische Angaben: Tablettentyp: Macrogol, Hypromellose, Butylhydroxytoluol (Ph.Eur.), Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Filmüberzug: Hypromellose, Macrogol, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Eisen(III)-oxid (E172). 7. Pharmazeutischer Unternehmer: Astellas Pharma Europe B.V., Sylvisweg 62, 2333 BE Leiden, Niederlande. 8. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Verschreibungspflichtig, 01/2013. 9. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

Fotos: Physiozentral/Helmut Wallner, Privat