

der Literatur noch nie beschrieben. Ein wichtiger Grund dafür ist wohl die Tatsache, dass zur Manipulation sehr wenig Kraft benötigt wird. Häufig reicht schon eine korrekte Seitenlagerung zur Manipulation, um ein blockiertes SIG zu lösen.

- Wichtig ist – wie immer auf unserem Fachgebiet –, dass seltene andere Ursachen der Beschwerden erkannt und die banale Blockierung von schweren und gefährlichen, jedoch zum Glück seltenen Erkrankungen der SIGs abgegrenzt werden können. Erwähnt seien hier die lumbale Diskushernie, die Sakroileitis und die transiente regionale Osteoporose.
- Die lumbale Diskushernie schmerzt in der Regel stärker, wobei die Schmerzen meistens im Bereich der LWS und nicht in den SIGs angegeben werden. Häufig treten radikuläre Ausfälle auf.
- Bei der Sakroileitis sind die blutchemischen Entzündungsparameter erhöht, und die Patientin ist meist bettlägerig und wird oft auch durch die Schmerzen aufgeweckt. Auch hier sind die Schmerzen stärker als bei einer Blockierung der SIGs.
- Die regionale Osteoporose ist ein seltenes Krankheitsbild (bisher 250 beschriebene Fälle). Meist sind die Gelenke der unteren Extremität befallen. Blutsenkung und die alkalische Phosphatase sind leicht erhöht. Die SIGs sind selten betroffen. Borgmann u und Heidenreich (1997) stellen in ihrer Arbeit einige Fälle vor. In meiner Praxis sind mir bislang keine begegnet.
- Die Diagnose einer Blockierung der SIGs muss bei einer Schwangeren klinisch stringent diagnostiziert werden. Eine radikuläre Symptomatik ist vor der Manipulation durch Prüfung der Reflexe und der Sensibilität auszuschließen. Sind die Schmerzen sehr stark und treten auch nachts während des Schlafes auf, ist an eine schwerwiegendere Affektion zu denken. In diesem Fall muss ein Arzt hinzugezogen werden.

■ Das SIG unter der Geburt

Durch Störungen der SIG-Funktion unter der Geburt kann sich diese verzögern. Bislang liegen dazu nur kasuistische Beobachtungen (Maggi 1997), jedoch noch keine umfassenden Studien vor. Falls sich bei einer Geburt der Muttermund öffnet, der kindliche Kopf aber nicht tiefer tritt und die Gebärende massive Kreuz- und/oder Symphysenschmerzen hat, sollte an eine SIG-Problematik gedacht werden.

Borell und Fernström zeigten 1957, dass Bewegungen im SIG vor allem den Beckenausgang in der sagittalen Ebene beeinflussen. In ihrer Studie röntgten sie Frauen unter der Geburt und stellten fest, dass die Symphyse bei Eintritt des Kopfes nach kaudal, bei Austritt des Kopfes nach kranial bewegt wird. In einigen Fällen von protrahiertem Geburtsverlauf waren die Bewegungsauslässe der Symphyse wesentlich geringer. Leider ist nichts über die geburtshilflichen Details bekannt. Daher ist nicht ausgeschlossen, dass in diesen Fällen Blockierungen der SIGs vorlagen.

Die Untersuchung weist darauf hin, dass das SIG beim Durchtritt des Kopfes durch das Becken den gegenseitigen Anpassungsprozess wesentlich beeinflusst. Beim Kippen des Sak-

rums nach ventral erweitert sich der Durchmesser des sagittalen Beckenausgangs, die Darmbeinschaukeln nähern sich einander kranial, während sie kaudal auseinander streben und dadurch den Beckenausgang auch in einer frontalen Ebene öffnen. Diese Bewegung unterstützt die Gebärende in der Regel beim Pressakt durch das Einnehmen der Kauerstellung oder das Sitzen auf dem Gebärstuhl.

Ist das Gelenkspiel der SIG gestört, kann dies den Geburtsvorgang in mehrfacher Hinsicht beeinträchtigen:

- Geburtsmechanisch in Bezug auf die Konfiguration: Das blockierte SIG erschwert den Anpassungs- oder besser Modellierungsprozess des kindlichen Kopfes an das mütterliche Becken (Verlust an Spielraum).
- Geburtsphysiologisch: Durch die Fehlstellung im Beckenring entsteht ein anderer Rezeptoreninput, der die Schmerzverarbeitung während der Wehen beeinflusst. Bereits 1944 beschrieb Martius in seinem Buch *Die Kreuzschmerzen der Frau* die Verknüpfung der viszeralen uterinen Schmerzempfindung (vorwiegend wegen der dortigen größten Rezeptorendichte am inneren Muttermund) mit der spinalen der Schmerzrezeptoren an den Ansätzen der uterinen und parametranen Bänder am Beckenring.
- Geburtsmechanisch in Bezug auf die Weichteile: Gelegentliches „Einklemmen“ der vorderen Muttermundlippe zwischen dem kindlichen Kopf und der Symphyse könnte durch den verminderten Spielraum bei blockiertem SIG bedingt sein.

Die manuelle Therapie der SIGs unter der Geburt muss sehr behutsam und schonend geschehen. In der Praxis hat sich eine „aus der Not“ entwickelte Technik bewährt. Dabei steht die Gebärende mit dem Rücken zum Therapeuten. Wird nun beispielsweise das linke SIG manipuliert, fasst der Therapeut mit der linken Hand an die linke Crista iliaca und platziert die rechte Handkante auf dem linken Sakrumrand. Die Gebärende sollte ihr Gewicht auf das rechte Bein verlagern. Dann lässt er – selbstverständlich in einer Wehenpause – die Gebärende tief einatmen. Am Ende der Ausatemphase übt er einen gegenläufigen Impuls beider Hände aus, mit der linken Hand nach dorsal und der rechten nach ventral (Abb. 1 u. 2).

Da bei der Geburt neben der Hebamme, dem Pädiater und Geburtshelfer nicht auch noch ein Manualtherapeut anwesend sein kann, ist es am einfachsten, den Hebammen bzw. Geburtshelfern die Diagnostik und Therapie der SIGs unter der Geburt beizubringen.

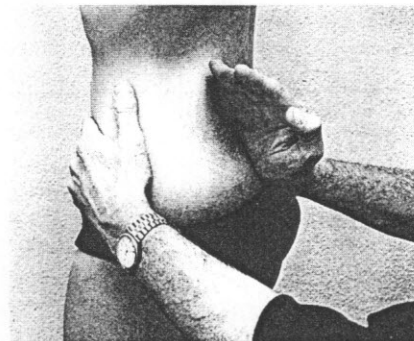


Abb. 1 Manipulation des linken SIG unter der Geburt am liegenden Körper.