

Manuelle Therapie und Geburtshilfe

med. pract. B. Maggi
Zürich

Der Autor dieses Beitrags ist Hausarzt und arbeitet viel auf dem Gebiet der Manuellen Medizin. Da er auch Hausgeburten mitbetreut, beschäftigte er sich intensiv mit den möglichen Zusammenhängen zwischen bestimmten Störungen des Geburtsablaufs und manualmedizinischen Problemen, z. B. einer Blockierung des Iliosakralgelenks (zwischen Kreuzbein und Hüftbein des knöchernen Beckens).

Nach einer kurzen Einführung in die Manuelle Medizin zeigt der Autor anhand von Kasuistiken, in welchen Situationen an ein manualtherapeutisches Problem gedacht werden sollte.

Einführung

Hebammen sind in der Regel von allen professionellen Geburtshelfern am längsten bei der Gebärenden. Sie, die „sages femmes“, begleiten die Gebärende mit professioneller Aufmerksamkeit und schweesterlicher Empathie. Sie wissen, daß die Krise der Geburt an die Grenzen der Kraft und Leidensfähigkeit der Gebärenden führen kann.

Als Arzt, seit 1981 bei Hausgeburten dabei, werde ich in der Regel am Ende der Eröffnungsperiode gerufen, beim Auftreten von Problemen auch sehr viel früher. Meine längsten Präsenzzeiten dauerten bis zu 12 Stunden. Die Regel ist aber eine Präsenz von etwa 3 Stunden, die Nachgeburtszeit mit eingeschlossen.

Die Kunst der Geburtshilfe besteht unter anderem auch darin, warten zu können. Die Hebamme bemüht sich aktiv um die Gebärende. Der Arzt sitzt im Hintergrund und hat Zeit zu beobachten.

Zu Hause können sich die Gebärenden frei bewegen, wie sie wollen. In der Eröffnungsphase nehmen sie meist wechselnde Stellungen ein. Die letzten Eröffnungswehen sind häufig die schmerzvollsten. Danach tritt eine kleine Wehenpause ein. Hier wechseln die Mütter in der Regel die Stellung: Von einer zuerst liegenden, hängenden oder stehenden Stellung in eine kauernde oder sitzende Position mit in den Knie- und Hüftgelenken gebeugten Beinen, die Knie selber unterfassend, die Wirbelsäule kyphosiert (3, 5, 7).

Neben meiner Hausgeburtenantätigkeit fasse ich mich in meiner Hausarztpraxis auch mit Manualmedizin. Mit den Jahren reizte es mich, nach Schnittstellen zwischen diesen beiden Gebieten zu suchen. Es dauerte – bei etwa 20 Geburten im Jahr – etliche Zeit, bis ich einige Geburten begleitete, bei welchen ich bei der „Manöverkritik“ im Nachhinein an die Möglichkeit einer manualmedizinischen Problematik dachte. Ich denke vor allem an zwei Geburten, bei welchen der Muttermund sich problemlos öffnete, der kindliche Kopf aber nicht tie-

fer trat. Die Gebärenden klagten hier über starke wehensynchrone Schmerzen im Kreuz und – in einem Fall – auch an der Symphyse. Beide Male verlegten wir die Gebärenden ins Spital und die Geburten wurden dort nach mißglückten Vakuumextraktionsversuchen mit der Zange beendet.

Kurze Geschichte der Manualmedizin

Bereits 4000 v. Ch. ließen die Landarbeiter in Mesopotamien ihre Kinder barfuß über den schmerzenden Rücken gehen und verschafften sich so Linderung. (Quelle: „Manuelle Medizin“ von Karel Lewit).

In der Türkei gehörte es bis vor kurzem zum „Service“ beim Frisör, daß dieser dem Kunden am Schluß der Sitzung die Halswirbelsäule bewegte und zum Knacken brachte, manchmal mit nicht ganz erwünschten Resultaten, wie zum Beispiel Nackenschmerzen und Halskehren. Im türkischen Bad, dem Hammam, werden die Kunden von den Masseuren oft auch manipuliert.

Die selben Techniken gibt es in Thailand und auf den Philippinen. Sie werden auch dort von medizinischen Laien ausgeführt (Abb. 1).



Abb. 1 Massage-schule im Wat Poh-Tempelbezirk in Bangkok (Instruktionsstatuen)

In Bayern gab es um die Jahrhundertwende die sogenannten „Kuhpuscher“, das waren Leute, welche Kühe manipulierten. Sie arbeiteten billiger als die Tierärzte. Die Bezeichnung änderte dann ihre Form und ihren Inhalt zum heute gängigen Ausdruck „Kurpfuscher“. (Mündliche Mitteilung eines Allgäuer Manualmediziners).

Von einem Bestandteil der Volksmedizin zu einer anerkannten Disziplin der Schulmedizin, sei es als Manualmedizin oder als Chiropraktik, war ein langer Weg. Die Chiropraktik entstand vor etwas mehr als 100 Jahren in den USA. Über die dort ausgebildeten Chiropraktoren gelangte die Technik dann wieder nach Europa und durch fruchtbare Kontakte zwischen diesen und interessierten Ärzten entstand in den 40er Jahren die Manuelle Medizin. In Deutschland verwendet man auch den Ausdruck „Chirotherapie“. In der Schweiz zählt die Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin (SAMM) heute 1200 Mitglieder.

Definition und pathophysiologische Modelle

Eine **Manipulation** bedeutet, daß ein in seiner Beweglichkeit eingeschränktes Gelenk des Körpers, meistens ein Intervertebralgelenk (zwischen den Wirbelgelenkfortsätzen), mittels einer Handtechnik einen kurzen Moment mit einem Impuls bewegt wird und zwar über die durch die Störung eingeschränkte Beweglichkeit – nicht jedoch über die anatomisch gegebenen Grenzen – hinaus.

Jedes Gelenk hat in der Gelenkkapsel *Mechanorezeptoren* (Dehnungs-, Stellungs- und Bewegungsmeßorgane) sowie *Nozizeptoren* (Schädigungsmesser). Letztere haben eine höhere Reizschwelle, reagieren aber bei wiederholter Reizung stärker, wogegen die Mechanorezeptoren bei wiederholter Reizung schwächer reagieren.

Die Muskulatur besitzt Muskelspindeln, welche einerseits die Spannung im Muskel messen und andererseits über spinale Reflexe auf Muskelfasern und -spindeln zurückwirken können.

Bei **blockierten Intervertebralgelenken** (Zwischenwirbelgelenken) werden diese Rezeptoren gereizt. Dadurch werden die entsprechenden segmentalen motorischen Vorderhornzellen des Rückenmarks fasziliert, d. h. leichter erregbar. Jede Körperstruktur, die mit dem entsprechenden Segment in Beziehung steht, kann eine weitere Fazilitation auslösen.

Wird die Reizschwelle in der motorischen Vorderhornzelle überschritten, kommt es zur *Tonussteigerung der Muskulatur*. Diese reflexbedingte Tonussteigerung fixiert die Blockierung.

Durch die Manipulation des gestörten Intervertebralgelenkes wird primär dessen ursprüngliche Beweglichkeit wieder hergestellt und dadurch die Rezeptorenaktivität der Gelenkkapsel vermindert. Über spina-

le Reflexbogen werden wahrscheinlich auch die Muskelspindeln gehemmt, worauf der Tonus der dazugehörenden Muskulatur abnimmt.

Die Manipulation stellt einerseits die normale Gelenkbeweglichkeit wieder her und hilft andererseits, den Muskeltonus zu normalisieren. Subjektiv erlebt der Patient dann eine rasche und wesentliche Linderung seiner Beschwerden.

Kontraindikationen für eine Manualtherapie sind akute Bandscheibenvorfälle, frische Weichteil- oder Knochenverletzungen der Wirbelsäule, gewisse knöcherne Mißbildungen oder stoffwechselbedingte Knochenkrankungen, akute rheumatische Entzündungen, angeborene oder erworbene Überbeweglichkeit der Wirbelsäule und Tumoren oder Metastasen in der Wirbelsäule.

Voraussetzung für die Manipulation ist eine gute Technik, welche man nur mittels langer Übung und Erfahrung verbessern und so verfeinern kann, daß die Diagnostik und Therapie immer sanfter und gezielter wird.

Das Iliosakralgelenk (ISG) in der Geburtshilfe

Da sich beim Menschen im Laufe der Evolution aus statischen Gründen das Becken verschmälern mußte, der kindliche Schädel aber größer wurde, schränkte sich der Spielraum beim Durchtritt des Kopfes durch das mütterliche Becken immer mehr ein. Wir Menschen werden deshalb als „*physiologische Frühgeburten*“ (Prof. G. Duc, Zürich) auf den Geburtsweg geschickt, so wird der kindliche Kopf nicht geburtsunmöglich groß.

Zusätzlich nimmt die Beweglichkeit des mütterlichen Beckenringes in der Schwangerschaft zu, um den Durchtritt des Kopfes durch das mütterliche Becken zu erleichtern. Bereits 1854 beschrieb *Duncan* die erhöhte Beweglichkeit der ISG in der Schwangerschaft und im Wochenbett. *Walcher* maß 1899 palpatorisch eine Vergrößerung der Conjugata vera um 8 mm beim Wechsel von der Steinschnittlage in die kombinierte Extension von Stamm und Hüftgelenken (später als „Walcherposition“ bezeichnet). Dieser Gewinn an Mobilität im Beckenring ist zum Durchtritt des kindlichen Schädels durch das Becken notwendig, da hier nur ganz geringe Raumreserven vorliegen.

1957 zeigten *Borell* und *Fernström* (1), daß Bewegungen im ISG den Beckenausgang stärker als den Beckeneingang in der sagittalen Ebene beeinflussen. In ihrer Arbeit röntgten sie Frauen unter der Geburt. Dabei zeigte sich, daß die Symphyse beim Eintritt des Kopfes nach kaudal und beim Austritt des Kopfes nach kranial bewegt wird.

In einigen Fällen mit protrahiertem Geburtsverlauf waren die Bewegungsausschläge der Symphyse wesentlich geringer. Leider wissen wir nichts über die geburtshilflichen Details. Es ist nicht ausgeschlossen,

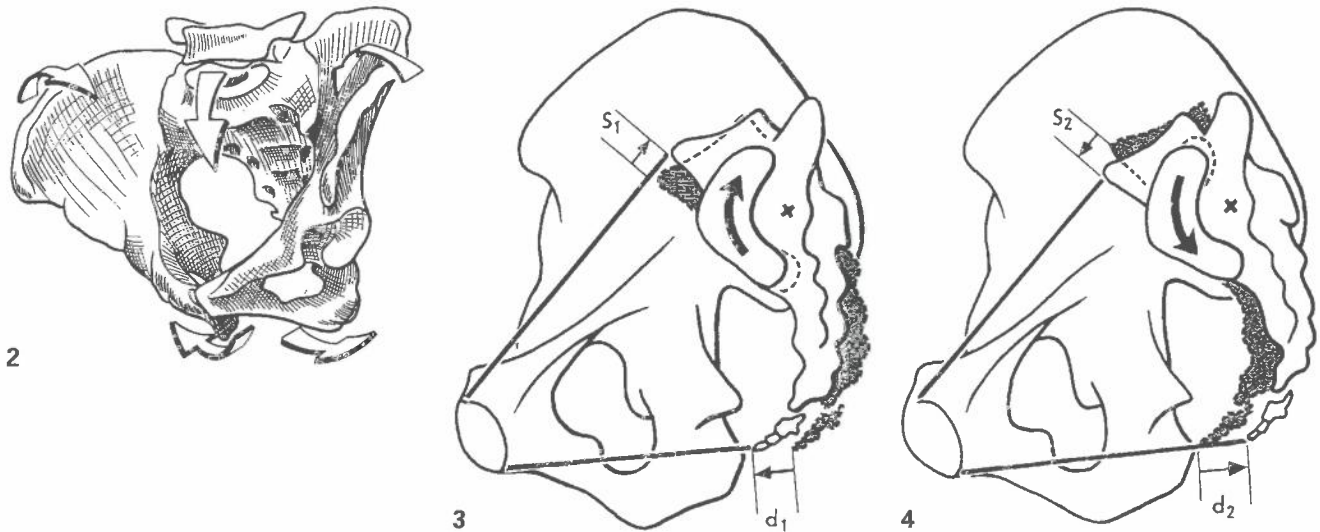


Abb. 2 Zusammenhang der Bewegungen von Kreuz und Darmbeinen (aus: Kapandji, Die funktionelle Anatomie der Gelenke. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 1992)

Abb. 3 und 4 Beeinflussung der sagittalen Beckendurchmesser durch Bewegungen im ISG (aus Kapandji, Die funktionelle Anatomie der Gelenke. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 1992)

daß in diesen Fällen Blockierungen des Iliosakralgelenks vorgelegen haben.

Die Arbeit von *Borell* und *Fernström* weist darauf hin, daß das ISG beim Durchtritt des Kopfes durch das Becken den gegenseitigen Anpassungsprozeß wesentlich beeinflusst.

Beim Kippen des Kreuzbeins nach ventral, erweitert sich der sagittale Beckenausgangsdurchmesser, die Darmbeinschaukeln nähern sich einander kranial, kaudal streben sie auseinander und öffnen dadurch den Beckenausgang auch in einer frontalen Ebene. Diese Bewegung unterstützt die Gebärende in der Regel beim Pressakt durch das Einnehmen der Kauerstellung oder durch das Sitzen auf dem Gebärstuhl (Abb. 2-4).

Eine Erhöhung der Beweglichkeit führt aber auch zu einer erhöhten Störanfälligkeit im Sinne von Fehlfunktionen und Blockierungen. Treten diese in der Schwangerschaft auf, so sind sie unangenehm (Kreuz- oder Symphysenschmerz der Schwangeren), haben aber keinen wesentlichen Einfluß auf die Schwangerschaft und können manualtherapeutisch gut behandelt werden.

Treten diese aber unter der Geburt auf, können sie auf mehreren Ebenen stören und die Geburt verzögern:

1. Geburtsmechanisch in Bezug auf die Konfiguration: Das blockierte ISG erschwert den Anpassungs- oder besser Modellierungsprozeß des kindlichen Kopfes an das mütterliche Becken (Verlust an Spielraum). *Dagobert Müller* beschreibt in seinem Buch „Die subakuten Massenverschiebungen des Gehirnes unter der Geburt“ (1970 VEB Thieme Verlag Leipzig) im ersten Kapitel sehr genau den Prozess der Konfiguration, vor allem in Bezug auf den kindlichen Kopf.

2. Geburtsphysiologisch: Durch die Fehlstellung im Beckenring entsteht ein anderer Rezeptoreneinput, welcher die Schmerzverarbeitung während der Wehen beeinflusst (4, 6). Bereits 1944 beschrieb *Martius* in seinem Buch „Die Kreuzschmerzen der Frau“, die Verknüpfung der viszeralen uterinen Schmerzempfindung (vorwiegend wegen der größten Rezeptorendichte am inneren Muttermund) mit der spinalen der Schmerzrezeptoren an den Ansätzen der uterinen und parametranen Bändern am Beckenring.

3. Geburtsmechanisch in Bezug auf die Weichteile: Das gelegentlich beobachtete „Einklemmen“ der vorderen Muttermundslippe zwischen dem kindlichen Kopf und der Symphyse könnte durch den verminderten Spielraum zwischen kindlichem Kopf und Symphyse bei einem blockierten ISG bedingt sein. Eine Diagnostik in Bezug auf den Beckenring ist bei der Gebärenden fast nur in der Wehenpause und im Stehen möglich und kann deshalb nur sehr grob gestert sein. Eine verminderte Beweglichkeit der ISG läßt sich aber als solche diagnostizieren und einfach behandeln.

Wenn ein blockiertes ISG eine Geburt beeinflussen kann, sollte eigentlich auch eine Geburt den Beckenring in seiner Funktion beeinträchtigen können.

Gerade die typischen ligamentären Kreuzschmerzen bei Frauen zeigen immer wieder anamnestiche Hinweise auf einen Beginn oder eine Verstärkung nach Entbindungen. In einfacheren Fällen genügt dann eine manualtherapeutische Beseitigung der Funktionsstörung (Ich habe schon 1-2 Stunden postpartal ein blockiertes Iliosakralgelenk (ISG) mit dauerhaftem Erfolg behandelt). In chronisch verlaufenden Fällen sind es meist physiotherapeutische Maßnahmen, Rückenschule und ggf. auch eine Sklerosierung der betroffenen Bandansätze notwendig.

In Fällen von protrahiertem Geburtsverlauf lohnt sich eine manualmedizinische Diagnostik und Therapie auf jeden Fall.

Fallbeispiele

Die folgenden 4 Kasuistiken sollen dazu dienen, Situationen, in welchen unter der Geburt eine manualtherapeutische Problematik vorliegen könnte, bewußter wahrzunehmen.

Beispiel 1

C. T., 28jährige Erstpara

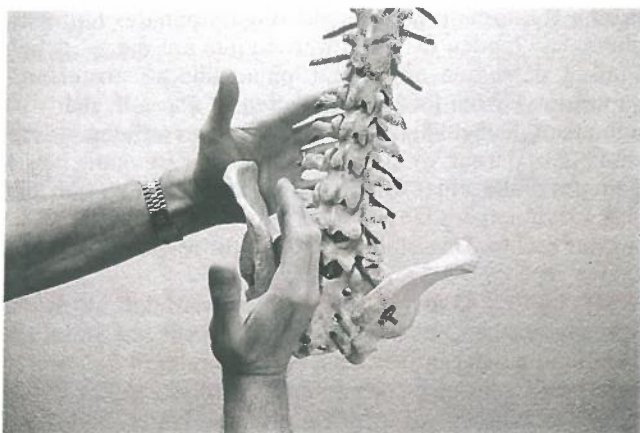
Äußere Beckenmaße: Distantia spinarum 27, D. cristarum 30, D. trochantanterica 33, Conjugata externa 22 cm. Die innere Beckenaustastung zeigte keine Besonderheiten. In der 34. SSW ISG -Blockierung rechts. Hier konnte mit Manualtherapie geholfen werden.

Geburtsverlauf: Eine Woche vor dem errechneten Termin begannen die regelmäßigen starken Wehen um 7.30 Uhr.

Um 15 Uhr war der MM 4 cm eröffnet, die kindliche Leitstelle (hier Kopf) war auf der Höhe der Interspinallinie. Die Gebärende erhielt ein Analgetikum (Tramadol). In der Folge öffnete sich der MM auf 8–9 cm bis auf einen ventralen Saum.

Um 18.15. besuchte ich die Gebärende. Die Herztöne des Kindes waren bei 120–140 Schlägen/Minute. Ich fand einen bis auf einen ventralen Saum (hinter der Symphyse) vollständig eröffneten Muttermund, die kindliche Leitstelle war auf interspinaler Höhe, die kleine Fontanelle vorne links.

Die Harnblase der Gebärenden wurde katheterisiert, in der Annahme daß eine volle Blase das Tiefertreten des Kopfes behindern könnte und dies die Geburt verlangsamte. Dieses Vorgehen brachte aber nur 100 ml Urin, so daß wir unsere Überlegungen neu anstellen mußten.



Ich beschloß – auf Grund früher gemachter Erfahrungen in einer solchen Situation – die stehende Gebärende manualtherapeutisch zu untersuchen. Es zeigte sich eine ISG-Blockierung links (Vorlaufphänomen auf der linken Seite positiv).

In der nun folgenden Wehenpause (ca. 19 Uhr 30) faßte ich die stehende Gebärende von hinten mit der linken Hand an die Crista und Spina iliaca links. Die rechte Hand legte ich ulnarkantig auf den linken Rand des Sakrums. Danach gab ich einen gegenläufigen Impuls am Ende der Ausatemungsphase (die linke Hand nach dorsal, die rechte Hand nach ventral) (Abb. 5 u. 6).

Bei der nun folgenden Wehe bemerkte die Gebärende den Wehenschmerz nur noch sakral und nicht mehr symphysär. Um 20.40 Uhr Geburt aus 1. HHL. Das Kind war etwas schwach tonisiert (Tramadolwirkung?). Apgar 5/7/9, 2950 g Körpergewicht. Kopfumfang des Kindes 33,5 cm (Sonographisch war der biparietale Kopfdurchmesser in der 29 SSW 80 mm). Insgesamt dauerten die Preßwehen 1 Stunde 25 Minuten, die Eröffnungswehen 7 Stunden 40 Minuten. Der Damm blieb intakt.

Hier verhinderte ein blockiertes ISG vermutlich ein Tiefertreten des Kopfes. Es fand wohl eine geburtsmechanisch bedingte Verzögerung statt.

Beispiel 2

L. T., 38jährige Erstpara

Äußere Beckenmaße: D. spin. 29, D. crist 29, D. trochanterica 33, Conjugata externa 21 cm. Innere Beckenaustastung unauffällig.

In der 34. SSW ISG Blockierung links, welche mit Manipulation gut behandelt werden konnte.

Geburt: Zwei Wochen vor dem Termin kam um 10 Uhr vormittags der telefonische Bericht der Hebamme, daß die Gebärende regelmäßige Wehen hätte. Um 17.00 Uhr berichtete die Hebamme, daß der MM vollständig und die kindliche Leitstelle (hier Kopf) 3 Querfinger über Beckenboden sei. Die kindlichen Herz-



Abb. 5 und 6 Manipulation des linken ISG im Stehen (siehe Text)

töne seien gut. Wir beschlossen Syntocinon Buccaletten® zu geben. Um 20.00 Uhr war der Kopf auf Beckenboden.

Als ich um 21.50 Uhr zur Gebärenden kam, war der Kopf immer noch auf Beckenboden, die kleine Fontanelle links vorne und der MM vollständig. Die Gebärende begann zu pressen. Sie fühlte starke Schmerzen „links im Kreuz“, sie fühlte sich dadurch in ihrem Preßdrang gehemmt. Da die Eröffnung des Muttermundes nun schon 5 Stunden vollständig war und der Kopf 2 Stunden auf Beckenboden, mußten wir aktiv werden. Vor einer Entbindung mittels Vakuum untersuchte ich die Gebärende manualtherapeutisch im Stehen. Es zeigte sich eine Blockierung des linken ISG. Ich manipulierte auf die gleiche Weise wie im ersten Fall.

Die Gebärende fühlte sich sofort viel wohler und verspürte den Preßdrang heftig. Mit drei Preßwehen gebar sie um 22.20 Uhr ein gesundes Mädchen. Kopfumfang des Kindes 36 cm (>90 Perzentile), biparietaler Kopfdurchmesser sonographisch in der 30. SSW 93 mm.

Hier wirkte sich das blockierte ISG etwas später aus als im ersten Falle, nämlich zu Beginn der Austreibungsphase, indem der Preßdrang behindert wurde. Diese Verzögerung wurde vermutlich durch die vom blockierten ISG veränderte Schmerzverarbeitung hervorgerufen.

Beispiel 3

Ein drittes Fallbeispiel aus der Zeit, bevor ich mir über die Rolle des ISG unter der Geburt bewußt wurde, soll zeigen, daß auch eine ungezielte Manipulation manchmal zum Erfolg führen kann:

Bei begonnener Hausgeburt wollte die Erstgebärende selbst – nach 12 Stunden intensiver Wehen – ins Spital verlegt werden. Um 3 Uhr morgens, bei einem um 4 cm eröffneten Muttermund und einem kindlichen Kopf 2 Querfinger über der Interspinallinie und querverlaufender Pfeilnaht, brachte ich die Frau mit meinem Auto in die Klinik. Unterwegs, beim Überqueren einer Brücke, holperte das Auto und die schwangere Frau verspürte plötzlich eine bedeutende Verminderung der Schmerzen. Sie meinte spontan, die Geburt würde jetzt wohl zu Hause wieder möglich sein. Wir brachten sie aber ins Spital, wo sie etwa 40 Minuten später spontan aus 2. Hinterhauptslage gebar.

Beispiel 4

Ein letztes Beispiel soll illustrieren, daß auch die Manualtherapie nicht immer hilft und daß eine ungezielte Mobilisation des Beckenringes durch aktive oder passive Bewegung der Gebärenden ebenfalls zum Ziele führen kann.

Um 18.30 Uhr wurde ich von der Hebamme zu einer Erstgebärenden gerufen, welche seit 6 Stunden bei jeder Wehe Symphysenschmerzen verspürte, die an Intensität zunahm. Der Kopf war immer etwa auf interspinaler Höhe. Als ich um 19 Uhr eintraf, stellte

ich eine Iliosakralgelenksblockierung links fest. Ich versuchte zweimal zu manipulieren, beide Male ohne Erfolg. Da die Frau vor 10 Jahren einen Bandscheibenvorfall hatte, beließ ich es bei zwei Versuchen und empfahl die Verlegung ins Spital unter Tokolyse. Ich prophezeite, daß durch den Transport die Möglichkeit einer Spontanmanipulation bestünde und daß dadurch die Geburt erleichtert werden könnte.

Bei der Aufnahme in der Klinik hatte die Gebärende bereits weniger Symphysenschmerzen, und um 19.30 Uhr stellte die Hebamme in der Klinik einen vollständigen MM und einen Kopf auf Beckenboden fest. Um 20.30 Uhr wurde das Kind geboren.

Klinik und Diagnose eines blockierten ISG

Symptome

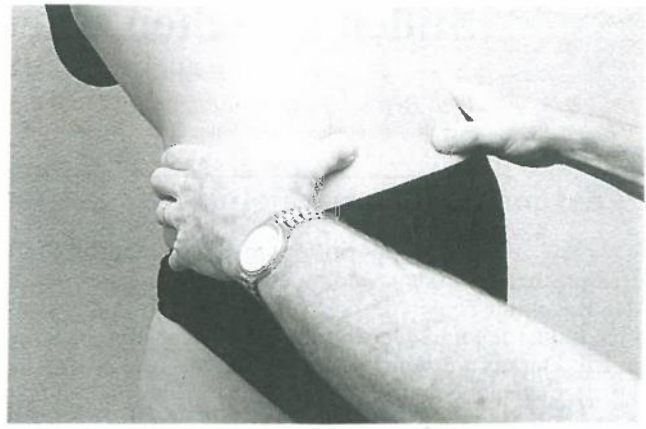
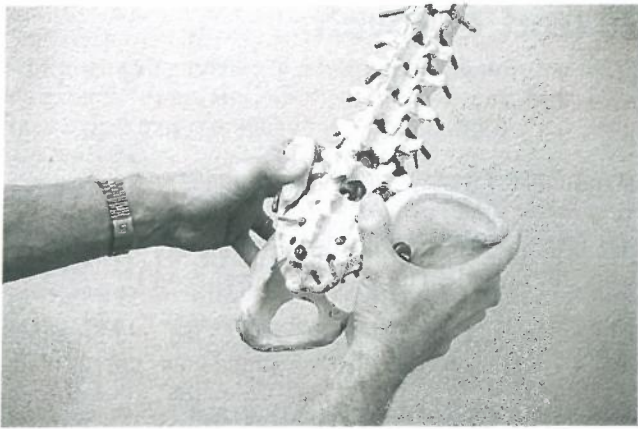
Ein blockiertes ISG zeigt folgende Symptome: Nach einem banalen Trauma, z. B. einem Fehltritt über eine nicht wahrgenommene Stufe, einer Drehung des Oberkörpers mit einem Gewicht bei fixiertem Becken (schwungvolles Laden einer Kiste in den Kofferraum eines Autos) oder auch nach einem Fußtritt an einen Pfosten, treten sofort oder mit einiger Verzögerung stechende, manchmal auch ins Gesäß oder ins Bein ausstrahlende Schmerzen im Kreuz und/oder in der Symphyse oder in der Leiste auf. Meist werden diese Schmerzen eindeutig auf einer Seite angegeben. Die Schmerzen werden häufig auch durch Husten verstärkt. Es fehlen aber sensible oder motorische Ausfälle in den Beinen.

Das „banale Trauma“ kann auch fehlen. Insbesondere bei einem schon gelockerten Beckenring genügt auch das Aufstehen aus dem Bett oder aus einer bequemen Sitzposition, um eine Blockierung auszulösen.

Diagnostik

Die erste Untersuchung heißt *Vorlaufphänomen*: Die Patientin steht mit dem Rücken vor dem Untersucher. Dieser sitzt auf einem Stuhl, die Michailische Raute befindet sich auf Augenhöhe des Untersuchers. Die beiden Daumen werden nun auf die seitlichen Punkte derselben angelegt (Spinae illiacae posteriores superiores). Man fordert die Patientin nun auf, sich vorzubeugen. Dabei hält man beide Daumen auf den Spinae und bleibt darauf, wenn diese sich bei der Beugung bewegen. Im Falle einer Blockierung links bewegt sich der linke Daumen des Untersuchers etwas früher in die Höhe als der rechte. Dasselbe gilt analog für rechts (Abb. 7/8).

Dabei muß man beachten, daß ein Blockierungszeichen auf der einen Seite vorliegen kann, die Schmerzen gelegentlich aber auf der anderen Seite lokalisiert sind, teilweise auch an der Symphyse, in der Leiste oder gelegentlich sogar im Bereich der Hüfte. Selbstverständlich sollte man vor einer Manipulation ein radikuläres Syndrom (z. B. Bandscheibenvorfall) ausschließen.



7 **Abb. 7 und 8** Legende: Positives Vorlaufphänomen links am Skelett und an einer Patientin

Eine zweite Untersuchung ist die sog. *variable Beinlängendifferenz*, welche bei Schwangeren – wegen eines möglichen Vena cava-Syndroms – nicht immer ganz einfach durchzuführen ist. Die Patientin legt sich mit dem Rücken auf die Liege. Der Untersucher steht am Fußende, umfaßt mit seinen Händen die beiden Knöchel und richtet die Beine so, daß die Knöchel auf gleicher Höhe sind. Man läßt die Patientin aufsitzen. Dabei schiebt sich das Bein auf der blockierten Seite etwas früher nach vorne und ist in der Endphase, d.h. im Sitzen, auch etwas „länger“, d.h. der Knöchel ist etwas stärker bewegt worden als auf der nicht blockierten Seite.

In der Schwangerschaft können natürlich auch seltene andere Ursachen ISG-Beschwerden hervorrufen (2).

Schlußbemerkungen

Jedem Manualtherapeuten sind verschiedene Variationen, ein blockiertes ISG zu diagnostizieren und zu behandeln, geläufig.

In der sehr speziellen Situation unter der Geburt beschränken sich diese auf wenige Möglichkeiten. Die oben erwähnten Techniken sind sicher nicht die einzig möglichen, doch müssen alle einfach zu lernen und zu praktizieren sein, damit sie von möglichst vielen Hebammen und Geburtshelfern selbständig durchgeführt werden können.

Die beschriebene Methode hat sich bei Gebärenden bewährt, ist aber nicht in jedem Falle erfolg-

reich. Eine weitere Möglichkeit wäre die Manipulation in Rückenlage, auf die ich nicht weiter eingehen kann. Diejenige in Seitenlage, welche in der Manuellen Medizin am häufigsten praktiziert wird, ist auf dem hierfür zu weichen Gebärbett nicht möglich.

Selbstverständlich führen auch ungezielte Mobilisationen des Beckenringes manchmal zum Erfolg, doch scheint es mir allemal schöner und befriedigender, diesen durch eine bewußte Diagnostik und eine gezielte Therapie zu erreichen.

Literatur

- ¹ Borell/Fernström: The movements at the sacroiliac joints and their importance in the pelvic dimensions during parturition. Acta Obst. Gynaecol. Scand. 36 (1957) 42–57
- ² Borgner/Heidenreich: Orthopädische Schmerzzustände in der Schwangerschaft. Die Hebamme 10 (1997) 12–14
- ³ Diakov et. al.: Backpain during pregnancy and labour. J. Manip. Physiol. Therapeutics 14 (1991) 116–118
- ⁴ Fast et al.: Low back pain in pregnancy. Spine 12 (1987) 368–371
- ⁵ Joseph: The joints of the pelvis and their relation to posture in labour. Midwifery Chronicles & Nursing Notes 101 (1988) 63–64
- ⁶ Ostergaard: Reduction of back and posterior pelvic pain in pregnancy. Spine 19 (1994) 894–900
- ⁷ Russel: The rational of primitive delivery positions. Brit. J. Obstetr. Gyn. 89 (1982) 712–715
- ⁸ Speckmann/Wittkowski: Das Substrat der „Blockierung“. Manuelle Medizin 35 (1997) 176–183
- ⁹ Maggi, B.: Manualtherapie unter der Geburt. Manuelle Medizin 35 (1997) 114–117

med. pract. B. Maggi
Dennlerstr. 24, CH-8047 Zürich