

Das Sakroiliakgelenk vor, während und nach der Geburt

Dr. med. pract. Bruno Maggi

Zusammenfassung: Auf der Grundlage anthropologischer, biomechanischer und manualtherapeutischer Überlegungen werden Möglichkeiten der Betreuung von Schwangeren mit Problemen im Beckenring vorgestellt.

Schlüsselwörter: Manualtherapie des Sakroiliakgelenks – Schwangerschaft – Geburt

■ Einleitung

In dem Buch *Das Sakroiliakgelenk* von R. Kissling und B. Michel (1997) findet sich auf Seite 19 eine Grafik, in der die Beweglichkeit des Sakroiliakgelenks (SIG) in Abhängigkeit vom Alter bei Männern und Frauen getrennt dargestellt wird. Während bei den Männern die Beweglichkeit des SIG kontinuierlich abnimmt, steigt sie bei Frauen während der Pubertät an und erreicht während einer Schwangerschaft etwa das Vierfache des bei beiden Geschlechtern gleichen Ausgangswertes. Dieser Sachverhalt hat sowohl hormonelle als auch biomechanische Ursachen und orthopädische Konsequenzen.

Ziel dieser Arbeit ist es, Störungen der SIG-Funktion während der Schwangerschaft und der peripartalen Periode zu beschreiben, die Diagnostik und die Therapie darzustellen und mögliche präventive Maßnahmen aufzuzeigen.

■ Besonderheiten der menschlichen Geburt

Im Laufe der Evolution richtete sich der Mensch auf und wurde zum Zweibeiner. Es wird angenommen, dass durch das Freiwerden der Hände die Evolution des Gehirns und damit dessen Größenzunahme (Enzephalisation) gefördert wurde. Das Becken und die LWS passten sich den neuen biomechanischen Erfordernissen der Zweibeinigkeit an. Das Becken wurde enger und aus Gründen der Vergrößerung und Umlagerung der Muskelansätze zusammen mit der LWS umgebaut (Preuschoft 1999). Dadurch engte sich der Spielraum zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken stark ein.

Während das Becken bei den meisten Säugetieren einen geraden zylindrischen Geburtskanal bildet, ist dieser beim Men-

schen nach ventral gekrümmt. Unter der Geburt rotiert in der Regel der Kopf, um sich an die wechselnden äußeren Gegebenheiten des Geburtskanals anzupassen. Dies ist bei anderen Primaten nicht der Fall (Rosenberg u. Trevathan 1996).

Der Spielraum zwischen Geburtsobjekt und Geburtskanal ist beim Menschen am engsten. Der Mensch kommt als von der Natur „geplante“ Frühgeburt auf die Welt, weshalb das größte Gehirnwachstum extruterin stattfindet.

Bei den übrigen Säugetieren findet die Geburt bei nachtaktiven Tieren tagsüber und bei tagaktiven in der Nacht statt, um unbemerkt und ungestört zu gebären. Die Muttertiere helfen bei der Geburt mit, indem sie am Fetus ziehen oder den Fruchtsack selbst eröffnen. Bei den Menschen findet sich meines Wissens keine bevorzugte Tageszeit für die Geburt.

Menschliche Mütter können sich selbst bei Geburtskomplikationen in der Austreibungsphase nur sehr schwer helfen, da der kindliche Kopf meist nach dorsal gerichtet ist. Daher gibt es in allen Kulturen Geburtshelferinnen (Wiltchke-Schrotta 1999). Dies sowie der Umstand, dass Neugeborene und Säuglinge eine intensive Betreuung benötigen, wird wohl auch den Zusammenhalt der Gruppen verstärkt haben.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Besonderheiten der menschlichen Geburt in den engen Platzverhältnissen im Geburtskanal, der Krümmung des Geburtsweges und der Größe des kindlichen Kopfes bestehen. Die Folgen sind einerseits eine sehr lange Geburtsdauer (mindestens 862 Minuten gegenüber 270 Minuten bei Rhesusaffen, den am zweitlängsten gebärenden Säugern; Rosenberg 1992) und andererseits die Entwicklung einer Geburtshilfe durch andere Mitmenschen mit Auswirkungen auf das Sozialverhalten der Menschen.

Daher leuchtet ein, dass die erhöhte Beweglichkeit der SIGs während der Schwangerschaft und peripartal eine wichtige Rolle spielen muss.

■ Einfluss der Schwangerschaft auf die Sakroiliakgelenke

Beim Lesen der zu diesem Thema vorhandenen Literatur fällt auf, dass in allen Arbeiten zwischen 40 und 50% der Schwangeren über Probleme im Beckenring klagten (Aeschlimann u. Kahn 1992). Bei Berg (1988) trat bei 67% der Schwangeren