

YOGA UND THERAPIE, TEIL 10

Die Iliosakralgelenke

Anders als bei anderen Gelenken zeichnen sich die Iliosakralgelenke durch eine geringe Beweglichkeit aus. Zu viel Beweglichkeit kann hier schnell zu Schmerzen führen. Es gilt, die umgebenden Strukturen zu stärken.

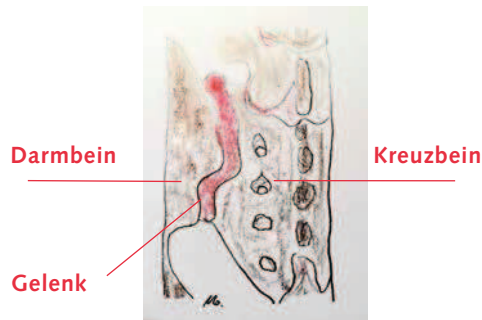
Text und Grafiken: Dr. med. Günter Niessen

Yoga hilft, tut gut, heilt, beruhigt und viele andere Attribute mehr, kann zumindest für die Region des unteren Rückens von vielen Yoga-Übenden und vor allem YogalehrerInnen nicht ohne zu zögern unterschrieben werden. Es ist ein Bereich, der bei Praktizierenden des Yoga ganz besonders oft mit großem Unbehagen oder sogar akuten oder chronischen Schmerzen verbunden ist.

Unterhalb der fünf Lendenwirbelkörper beginnt das Kreuzbein (os sakrum), welches an beiden Seiten mit den Beckenschaufeln (ossa ilea) eine gelenkige Verbindung eingeht. Das Bild oben zeigt die Lage der Kreuzbeindarmbeingelenke, bekannt als Iliosakralgelenke oder kurz ISG, die viele an »Kreuz-

schmerzen« leidende Mensch zeigen, wenn man sie bittet, ihre Schmerzen zu lokalisieren. Bitte beachten Sie, dass dies eine von der Lendenwirbelsäule verschiedene Region darstellt und viele Betroffene diese beiden verwechseln. Dabei sind nicht nur Lokalisation, sondern auch die Schädigungsmechanismen und Therapiemöglichkeiten für die jeweilige Region unterschiedlich.

Anders als die eher kleinen Facettengelenke der Wirbelsäule, besitzen die ISG große und lang gestreckte Gelenkflächen, die in der Form stark variieren. Häufig finden sich Beschreibungen wie L- oder C-förmig oder die einer umgekehrten Re-vertasche.



Die Gelenkfläche des ISG

Im Gegensatz zu vielen anderen Gelenken des Körpers sind die ISG-Flächen horizontal zu der durch sie übernommenen Gewichtsbelastung angeordnet und erlauben nur minimale Beweglichkeit. Letztere sowie die Einbettung in einige der stärksten Bänder des Körpers ermöglichen den ISG ein hohes Maß an Stabilität.

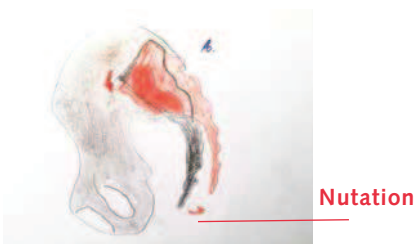


Gewichtsübertragung vom Oberkörper auf die Hüftgelenke

Zusätzlich gewährleisten sie, dass das gesamte Gewicht des Oberkörpers in allen Körperhaltungen und Bewegungen normalerweise gut auf die Beckenschaufeln sowie die darunter liegenden Hüftgelenke weitergeleitet werden kann.

Das ungelenkige Gelenk

Unter normalen Umständen ist in den ISG nur eine geringe Beweglichkeit von wenigen Millimetern vorhanden.



»Nickbewegung« des Kreuzbeins in Relation zu den Beckenschaufeln

Hauptbewegungsrichtung ist die Nickbewegung (Nutation) und Gegenrotation im Verhältnis zu den Beckenschaufeln. Beide Gelenke sind so konstruiert, dass sie stabil sind und nicht wie bei Gelenken sonst üblich einen großen Bewegungsspielraum ermöglichen. Diese Feststellung allein genügt im Grunde schon, um später bei den therapeutischen Überlegungen Prioritäten zu setzen.

Über die minimalen, federnden Bewegungen hinaus führen Hüftbewegungen wie die endgradige (meint die letzten Grade einer Bewegung) Hüftbeugung oder Streckung, Ab- beziehungsweise Anspannung und Rotation sowie die endgradigen Bewegungen der Lendenwirbelsäule bei Beugung oder Streckung zu einer minimalen Mitbewegung der Beckenschaufeln in Relation zum Kreuzbein. Insbesondere bei asymmetrischen Bewegungen der Beine respektive Beckenschaufeln treten auch Drehbewegungen auf. Bei dem Versuch der Yoga-Praktizierenden ihre Beweglichkeit im Bereich der Hüftgelenke beziehungsweise der Wirbelsäule zu verbessern, kommt es über Monate oder Jahre oftmals zu einer Destabilisierung der ISG. Die entsprechenden Bänder lockern sich und die umgebende Muskulatur wird bei den verschiedenen Bewegungen zu spät aktiviert und justierend angespannt. Zunächst akute und später chronische Schmerzen in diesem Bereich sind oft die Folge.

Meine Erfahrungen im Unterricht an den verschiedenen Schulen und mit vielen Patientinnen und Patienten zeigen, dass dies häufig im zweiten oder dritten Ausbildungsjahr oder nach zwei bis drei Jahren regelmäßigen Praktizierens beziehungsweise Unterrichtens auftritt. Stabilisiert werden die ISG durch eine Vielzahl von Muskeln, die direkt oder indirekt Einfluss auf die Stellung entweder des Kreuzbeins oder der Beckenschaufeln nehmen können. Dazu gehören unter anderem neben den Bauch- und Rückenmuskeln auch die tief liegende Gesäßmuskulatur (Mm. quadratus lumborum), die hintere Oberschenkelmuskulatur (Ischio-Crurale Muskulatur), der Hüftbeuger (Iliopsoas) sowie die Muskulatur des Beckenbodens. Ein gutes Zusammenspiel dieser Muskeln (Koordination) unter- und miteinander ist notwendig, um die Stabilität und Integrität der ISG zu gewährleisten. Alle diese Muskeln sind nicht primär so angelegt, dass sie das ISG bewegen können oder sollten, was wiederum deutlich macht, wie sehr dieses »Gelenk« auf Stabilität konstruiert wurde.

Zusätzlich überziehen eine große Zahl von Sehnen und Muskelfaszien den Bereich der Kreuzbein-Darmbein-Region und aus den schräg seitlich gelegenen Nervenaustrittskanälen (Neuroforamen) treten – genau wie in den anderen Bereichen der Wirbelsäule – in jedem Segment Spinalnerven aus, die in das Gesäß und Becken weiter ziehen. Bei der Untersuchung dieser Region finden sich also eine Vielzahl von möglicherweise erkrankten Strukturen zwischen der Haut und den weitaus tiefer als gemeinhin angenommen liegenden Gelenken.

Schmerzentscheidung

Die Theorien darüber, welche Strukturen ursächlich betroffen sind und wie der Schmerz entsteht, sind sehr vielfältig. Klar scheint zu sein, dass durch reduzierte Belastbarkeit, übermäßige Beanspruchung und erhöhte Beweglichkeit diese Region mit der Zeit eine Quelle anhaltenden Unbehagens oder Schmerzes werden kann. Darüber hinaus sind die ISG auch bei

einigen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises direkt betroffen und entzündlich verändert oder schmerzhaft.

Zu einer reduzierten Belastbarkeit kommt es vor allem in der Zeit der Schwangerschaft, nach der Geburt und unter der Menstruation. Man nimmt an, dass der erhöhte Spiegel des Hormons »Relaxin« für die verminderte Bandspannung verantwortlich ist, was wiederum zu einer erhöhten Beweglichkeit führen kann. Dies zu beachten, ist für die weiblichen Yoga-Praktizierenden wichtig. Bei Untersuchungen weist die Beweglichkeit beim einzelnen Menschen sowie in den untersuchten Gruppen erhebliche Unterschiede auf. Der genaue Mechanismus ist nicht eindeutig geklärt, aber es ist klar geworden, dass nicht die zu geringe Beweglichkeit oder zu hohe Stabilität für die Erkrankung verantwortlich sind. Selbst einer Blockierung, wie sie häufig durch Orthopäden oder Physiotherapeuten diagnostiziert wird, liegt die Instabilität zu Grunde, sonst könnte die Blockierung gar nicht erst entstehen.

Der Hauptgrund für wiederkehrende oder anhaltende Beschwerden im Bereich des tiefen unteren Rückens bei den Yoga-Praktizierenden liegt jedoch nach meiner Erfahrung eher in der regionalen Überbeanspruchung. Alle ehrgeizigen Versuche, das weitaus stabilere Hüftgelenk zu »öffnen« beziehungsweise die Hüftbeugung und -streckung in asymmetrischen āsana oder Bewegungen zu verbessern, wirkt sich über die Zeit bei regelmäßiger Durchführung destabilisierend auf die ISG und die umgebenden Band-, Kapsel- und Faszienstrukturen aus. Genauso führen belastete, asymmetrische, endgradige Vorbeugen kombiniert mit Drehbewegungen zur Destabilisierung durch Überdehnung der Band-, Kapsel- und Faszienstrukturen. Es ist mir klar, dass dieser Satz etwas schwer verständlich ist. Was sind belastete Vorbeugen? Wie war das noch mal mit »endgradig«?

Oftmals ist der Wunsch nach größerer Flexibilität, ungenügende Vorbereitung sowie gelegentliches Ignorieren der Instruktionen der Lehrenden in klassischen āsana ein Auslöser für Verletzungen in dieser Region. Auch unzureichende Kleidung, die zu Verdunstungskälte durch vorausgehendes Schwitzen führt, sowie extreme asymmetrische Haltungen der Hüftgelenke und damit der Beckenschaufeln sind mögliche weitere Ursachen. Häufig führen einzelne āsana aber auch eine Kombination obiger Gründe und die Unwissenheit bezüglich der notwendigen Vorsichtsmaßnahmen nach erfolgter Verletzung zu chronischen Schmerzen. Eine Chronifizierung der Schmerzen wird jedoch nicht durch das ehrgeizige oder unachtsame Üben einzelner āsana wie der Taube, einigen Formen von trikoṇāsana oder der Vorbeuge im Schrittstand mit gestrecktem vorderen Bein möglich. Bei den meisten Betroffenen findet man in der Befragung oder Untersuchung darüber hinaus noch ungünstige Alltagsbewegungen oft in Kombination mit Heben, Ziehen oder Tragen einhergehend, die die Instabilität weiter unterhalten.

Schmerzausstrahlung

Schmerzen, die von einer Überbeweglichkeit, Zerrung oder Blockierung bei zugrunde liegender Überbeweglichkeit ausgehen, werden oft im Bereich des tiefen unteren Rückens gefühlt. Meist sind sie einseitig betont, gelegentlich ziehen sie aber auch zur Gegenseite hinüber. Der Ort der Schmerzentstehung kann von vielen Betroffenen zumindest zu Beginn des Leidensweges noch relativ genau lokalisiert oder beschrieben werden. Die Ausstrahlung der Schmerzen kann aber auch etwas nach oben ziehen oder sich in den Bereich der gleichseitigen Gesäßhälfte, Leiste oder des hinteren Oberschenkels bis zum Knie ziehen. Bei Schmerzen, die über das Knie hinaus ziehen, sollte immer primär an ein Problem mit den Bandscheiben gedacht werden. Leistenschmerzen sind wegen der Nähe der Gelenke zum Hüftbeuger häufiger, als man gemeinhin annimmt, durch eine Störung der ISG verursacht. Aber auch an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass eine Unzahl möglicher Ursachen für den »Leistenschmerz« möglich ist, so wie es viele mögliche Ursachen für Schmerzen im Bereich der ISG gibt.

Akute Schmerzen führen meist zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Betroffenen im Alltag und an eine normale Yoga-Praxis ist meist nicht zu denken. Jeder Schritt schmerzt, was nun nach dem Verständnis der Anatomie und der zentralen Funktion der ISG bei der Gewichtsübertragung auf die Hüftgelenke nicht mehr verwundert. Der Bereich fühlt sich meist wund und irritiert an, bestimmte Bewegungen führen zu einer heftigen Ausstrahlung in einen der genannten Bereiche. Chronische Schmerzen sind hingegen oft von tolerablem Ausmaß und werden als störend, behindernd und nervig beschrieben. Die Schmerzausstrahlung variiert häufig und ist eher diffus. Meist tut subjektiv das Dehnen des Bereiches gut, hilft aber eben nur sehr kurzfristig, da es die Ursache der Schmerzen nicht behebt, sondern der Dehnungsimpuls oder Dehnschmerz das zugrunde liegende unangenehme Gefühl in dem Bereich überdecken. Ich erlebe deshalb immer wieder, wie sich die Betroffenen durch das zunächst angenehme Gefühl der Dehnung immer mehr destabilisieren und in einen Teufelskreis von immer häufigeren Therapeutenbesuchen, »Einrenkversuchen« und Massagetechniken sowie Mobilisationstechniken verlieren.

Therapie

Bei akuten Verletzungen in diesem Bereich können sich die Betroffenen meist noch an die auslösende Bewegung erinnern. Diese sollte für mindestens sechs Wochen nicht mehr durchgeführt und – wenn es nach mir ginge – auch nicht getestet werden. »Geht es schon wieder?« ist eine häufige Einstellung von Betroffenen, die immer wieder die Schmerzen triggert und einer Heilung im Weg steht. Dass die meisten Bindegewebsstrukturen etwa sechs bis acht Wochen zur Heilung brauchen bedeutet aus meiner Sicht ebenso, dass die Betroffenen sich, auch wenn sie sich nach wenigen Tagen wieder schmerzfrei

