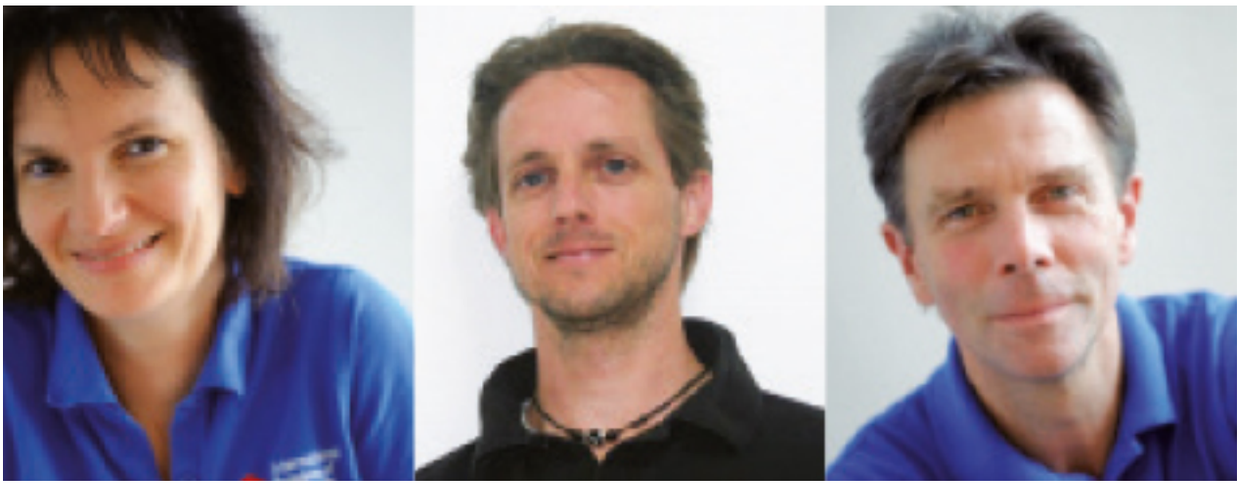

Forschung, Empirie, Praxis

Die **Untersuchung des Sakroiliakalgelenkes** (SIG) in der Manuellen Medizin und Therapie ist ein heiß diskutiertes, aber inzwischen auch gut erforschtes Gebiet. Wie sich belegtes Wissen in der täglichen Praxis am Patienten umsetzen lässt, vermitteln Dozenten der IAOM im Rahmen der Manuelle Therapie Ausbildung beim VPT. Beim Kursteil Hüft- und Beckenring unterrichten sie die genauen pathoanatomischen Hintergründe und vermitteln praktische Techniken.

Untersucht man eine SIG-Pathologie, gibt es unterschiedliche Fragestellungen und Komponenten, die für diese Befundung relevant sind:

1. Die Anamnese (**WAS** ist das Problem und **WO** zeigt es sich?, **WIE** ist es entstanden?, ...)
2. Provokationstests (Kommt der Schmerz vom SIG?)
3. Bewegungstests (Zeigt das Gelenk eine Hyper- oder Hypomobilität?)
4. Ausschluss von Pathologien mit gleicher beziehungsweise ähnlicher Symptomatik?

Die Anamnese

WAS: Hier hilft uns die Tatsache, dass es sich um eine reine Schmerzproblematik handelt. **WO:** Schmerzen sind typisch im oberen, inneren Gesäßquadranten und können sich möglicherweise in der Leiste zeigen, höchst unwahrscheinlich oberhalb der Spina iliaca posterior superior (SIPS), mittig, nur Bein oder nur Fuß.

WER und **WOBEI:** Häufig sind Frauen rund um die Schwangerschaft betroffen, wobei sich die Instabilitätssymptomatik mit Schmerz bei länger gleich bleibender Aktivität nicht wesentlich von der einer LWS Instabilität unterscheidet.

Männer benötigen in der Regel ein Trauma, da sie eine deutlich geringere SIG Beweglichkeit als Frauen aufweisen, und eine mögliche Systemerkrankung im Hintergrund ist auch entsprechend zu bedenken.

Provokations- und Bewegungstests

2003 konnten Laslett et al. zum ersten Mal eine Auswahl von Tests nachweisen, welche bei SIG-Dysfunktionen eine klinisch signifikante Sensitivität (93 %), Spezifität (89 %) und einen Likelihood-Quotienten von 6,97 zeigten. Es folgten weitere Arbeiten, die eindeutig belegen konnten, dass Provokationstests eine gute Zuverlässigkeit zeigen, Bewegungstests hingegen sehr schlecht abschnitten und sich als ungeeignet für die SIG-Dysfunktion erwiesen. Unglücklicherweise findet man diese noch in diversen Lehrbüchern oder Manuellen Ausbildungen. Tests wie der Spine-Test (Kappa-Wert: 0,22), Federungstest (Kappa-Wert: 0,15) und Vorlauftest (Kappa-Wert: 0,25) zeigten mit Abstand die schlechtesten Ergebnisse und haben sich als ungeeignet für den Nachweis von SIG-Hypomobilitäten erwiesen.

Für den sicheren Nachweis einer SIG-Dysfunktion empfehlen Laslett et al. sowie Robinson et al. folgende Tests:

— Distraktionstest („distraction or gapping test“)
— Kompressionstest („compression test“)
— Ostgaard-Test und
— Sakrumkompressionstest („sacral thrust provocation“)

Abb. 1: Distraktionstest
Abb. 2: Kompressionstest aus Seitlage
Abb. 3: Ostgaard (P4) Test
Abb. 4: Gurtanlage bei SIG Instabilität

Sind zwei dieser Tests positiv, kann mit hoher Sicherheit eine SIG-Pathologie angenommen werden, wobei der Ostgaard-Test am sensitivsten und der Distraktionstest am spezifischsten ist. Kann keiner dieser Tests den typischen Schmerz auslösen, wird eine SIG-Pathologie mit großer Sicherheit ausgeschlossen.

Die Palpation des sogenannten Sell-Irritationspunkts S1 ist in der Pathologie-Differenzierung auch wenig hilfreich, da er sowohl bei lumbaler Bandscheiben-Pathologie als auch Radikulopathie sowie einer SIG-Problematik schmerzhaft reagieren kann.

Ausschluss von LWS Pathologie

Ein wichtiger Teil in der Befunderhebung rund um die Annahme einer SIG-Pathologie ist der Ausschluss lumbaler Dysfunktionen, da zum Beispiel eine L5-S1 Bandscheibenpathologie auch das gleiche Schmerzgebiet nutzen kann. Für die Feststellung einer SIG-Pathologie-Differenzierung empfiehlt sich bei der Untersuchung also eine **Kombination von: passender Anamnese – Provokationstest – LWS Pathologie-Ausschluss.** Zur weiteren Differenzierung der Mobilitätsstörung dahinter stehen uns derzeit keine gut brauchbaren Bewegungstests zu Verfügung.

Bei anamnestischer Annahme einer Instabilität gibt es allerdings eine gute Möglichkeit der weiteren Differenzierung mittels stabilisierender Becken-Gurtanlage. Hier wiederholt man mit und ohne Becken-Gurt die schmerzhaften Provokationstests. Bei Schmerzreduktion geht man als Arbeitshypothese von einer Instabilität aus; bleibt der Schmerz bestehen, ist der Verdacht gegeben, dass es sich um eine Hypomobilität (Blockierung) oder Arthritis handelt. Mittels einer exakt ausgeführten Mobilisationstechnik (LWS dabei gut stabilisiert) kann dann eine Probebehandlung gemacht werden – mit anschließender Wiederholung des davor schmerzhaften Provokationstests. ◄