Das Iliosacralgelenk

Anatomie, Diagnostik und Therapie.
Von Dr. Herbert Lanzrath

Das Iliosacralgelenk (ISG) stellt die gelenkige Verbindung zwischen Sacrum und Os ilium dar. Die Gelenksform und die straffe Bandsicherung (Ligg. sacroiliaca dorsalia, ventralia und interossea, Lig. Sacrospinale, Lig. Sacrotuberale, Lig. Iliolumbale) erlauben nur eine geringe Verschieblichkeit der Gelenkflächen gegeneinander.

Die muskuläre Sicherung erfolgt über durchwegs mehrgelenkige Muskeln: Teile des zur Abschwächung neigenden Gluteus maximus ziehen vom seitlichen Teil der Facies dorsalis des Os sacrum zum Tractus iliotibialis und zur Tubero-sitas glutea. Der zur Verkürzung neigende M. piriformis (von der Facies pelvina des Os sacrum zur Spitze des Trochanter major) hat ein Naheverhältnis zum N. ischiadicus. Eine Dysbalance mit dem ebenfalls zur Verkürzung neigenden Psoas major kann Irritationen im ISG hervorrufen. Nach cranial erfolgt eine muskuläre Sicherung über das sacrospinale System der Autochthonen Rückenmuskulatur (v. a. M. iliocostalis). Auch der Latissimus dorsi setzt mit seinen kaudalen Fasern an Sacrum und Crista iliaca an.

Dr. Herbert Lanzrath

- Jahrgang 1969, geb. in Krems
- Turnus und Facharztausbildung bei den Barmherzigen Schwestern in Ried und Wien sowie im SMZO Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation am IPMR des Geriatriezentrum Am Wienerwald
- Privatordination in der Seniorenresidenz Am Kurpark Wien Oberlaa (www.physiodoc.at), Bogensporttrainer
- Sportmedizinischer Betreuer im Bogensport
- Vorträge und Praxisseminare im Bereich Sportmedizin und Sportmassage

Die Hautbewegungsachse stellt die Flexion/Extension (Nutation/Gegennutation) um eine horizontale Achse durch den 2. Sacralwirbel dar. In geringerem Ausmaß ist Bewegung um eine longitudinale, diagonale und sagittale Achse möglich.

Zu den in der Praxis am häufigsten anzutreffenden Pathologien zählen ein vergrößertes (Instabilität) bzw. vermindertes Bewegungsausmaß (Blockierung), wobei letzteres oftmals die Folge einer vorbestehenden Instabilität darstellt. Übermäßige Spannung kann zu Irritationen der Bänder führen, was mit in Rückenlage durchgeführten Provokationstests überprüft werden kann. Häufig finden sich Überlastungsschmerzen der sacroiliacalen Bänder im Rahmen von anderen Störungen des Bewegungsapparates (z. B. Skoliose, Beinlängendifferenz nach Hüftprothesen o. ä).

Klinisch findet sich ein ziehender Schmerz im Bereich der ISG mit ev. pseudoradikulärer Ausstrahlung, die Bänderprovokationstest fallen positiv aus, ein negativer Laseguetest ermöglicht die Unterscheidung zur oftmals ähnlich erscheinenden Lumboischialgie. In diesem Fall ist mit einem radikulären, d. h. dem Segment des N. ischiadicus entsprechenden Ausstrahlungsmuster zu rechnen.

Eine Irritation des N. ischiadicus im Rahmen eines Piriformissyndroms lässt sich durch einen positiven Piriformis-Test differenzieren. Auch eine Coxarthrose sollte mittels Testung der Hüftgelenksbeweglichkeit (Kapselmuster mit schmerzhafter Innenrotation) ausgeschlossen werden. V. a. bei jüngeren Männern kann eine Sacroileitis das erste Symptom eines M. Bechterew darstellen (Familienanamnese?).

Traumatische oder pathologische Frakturen müssen bei entsprechendem Verdacht (Trauma, Malignome) radiologisch ausgeschlossen werden.

Therapeutisch ist bei Vorliegen einer Instabilität eine Verbesserung der Stabilität anzustreben. Da ein sensomotorisches Training unter Schmerzen jedoch wenig erfolgversprechend ist, steht im Akutstadium eine adäquate Schmerztherapie im Vordergrund. Dafür stehen neben Medikamenten (oral, i.v, i.m., lokale Infiltration) physikalische Maßnahmen (Elektrotherapie, US, Massage, Thermotherapie, ...), manualtherapeutische Techniken, komplementärmedizinische Verfahren (Akupunktur, Shiatsu, Moxa, ...) zur Verfügung.

Die Verwendung von stabilisierenden Orthesen kann sowohl im Akutstadium als auch im späteren Verlauf eine merkliche, nebenwirkungsfreie Entlastung und somit Schmerzreduktion bewirken.