

## DAS IliosacralGELENK - ISG

Kaum ein Gelenk des menschlichen Körpers sorgt für so viele Kontroversen wie das Iliosacralgelenk, kurz ISG.

Vielleicht wurden Sie auch schon mal mit Aussagen von Ärzt\*innen oder Therapeut\*innen konfrontiert, dass Ihr ISG,

- „zu instabil“
- „nicht in der richtigen Position“
- „verschoben“
- „schief“
- „blockiert“ oder ähnliches sei?

Solche Erklärungsmodelle von Fachleuten hinterlassen bei Patienten häufig den Eindruck, man müsse dann in der Therapie das besagte Gelenk entweder:

- Stabilisieren, z.B. mit einem Gurt oder durch ein ausgeklügeltes Stabilisationstraining

oder

- einrenken (Manipulieren, Mobilisieren), um es wieder in die richtige Position zu bringen.

Studien zeigen zudem, dass manche\*r Patient\*in durch solche Erklärungen und die „Bilder im Kopf“, die sie erzeugen, verunsichert werden, beginnen sich vorsichtiger zu bewegen oder Dinge zu vermeiden, die sie vielleicht zuvor gerne gemacht haben. Völlig verständlich, wenn man nichts falsch machen möchte.

Das macht den Betroffenen oft Stress und reduziert ihre Lebensqualität. Aber lassen Sie uns mal darüber sprechen, was die Forschung der letzten Jahrzehnte zu solchen Aussagen sagt:

Das ISG gehört mit seinen fest verkeilten Gelenkflächen, einem dichten Netzwerk von Bändern und seinen kräftigen Muskelsehneneinheiten zu den stabilsten Gelenken des menschlichen Körpers. Aufgrund seiner Lage und Stabilität ist es dafür gemacht, enorme Kräfte zu übertragen.

Deshalb findet im ISG auch kaum Bewegung statt, unter Belastung im Schnitt unter 1 Grad und unter Entlastung ca. 2,5 Grad. Zum Vergleich: Eine Hüfte lässt sich bis zu 140 Grad beugen. Ihr ISG ist also kein Zauberwürfel, den Therapeut\*innen und Ärzt\*innen beliebig mit Ihren Händen drehen könnten. Das ist schlicht unmöglich.

# MYTHOS: DAS ILIOSACRALGELENK - ISG



Weil das Gelenk so stabil und die Bewegung im Gelenk so gering ist, ist es auch bestens geschulten Ärzt\*innen und Therapeut\*innen nicht möglich, Veränderungen im Gelenk solide bestimmen zu können. Wenn Fachpersonal in Studien aufgefordert wurde, solche vermeintlichen Abweichungen zu bestimmen, waren die Übereinstimmung der Untersuchenden extrem gering.

Sie können also damit rechnen, dass verschiedene Therapeut\*innen oder Ärzt\*innen auch bei Ihnen zu einem komplett anderen Befund kommen würde. Wenn Ihnen jemand erzählt, er könne hier eine veränderte Bewegung oder Stellung wahrnehmen, dann ist das auf andere Faktoren, wie Weichteilbewegungen und eine veränderte Muskelaktivierung als Folge der Schmerzen zurückzuführen und hat mit den Ursachen Ihrer Schmerzen daher auch nichts zu tun. Da wird Wirkung mit Ursache verwechselt.

Auch wenn Ihnen erzählt wird, dass das Ergebnis einer speziellen Therapie doch ein Indiz dafür sei, dass eine Instabilität oder eine Blockierung bzw. Fehlstellung vorgelegen habe, sollten Sie vorsichtig sein.

Wenn Ihnen ein Gurt über dem ISG hilft, ist das überhaupt kein Beweis für eine „Instabilität“. Das wäre so, als würde man behaupten, bei jedem, der von einer Kniebandage profitiert, läge ein instabiles Kniegelenk vor. Das ist natürlich nicht mehr als eine steile These. Ein ISG-Gurt kann z.B. die Muskelanspannung reduzieren und schon so Schmerzen reduzieren.

Ähnlich ist es bei einem „Einrenken“ (Manipulation) oder sanfteren Bewegungen (Mobilisation) mit der Idee, dadurch das ISG zu „deblockieren“ oder es wieder in die „richtige Stellung/Position zu bringen“. Solche Maßnahmen können vorübergehend sicher Schmerzen reduzieren und die Muskeln entspannen. Aber eines machen sie nicht: Sie verändern nachweislich **nicht** die Position des Gelenkes.

Aber was bedeuten ISG-Beschwerden dann?

ISG-Beschwerden bedeuten, dass Ihre Beckenstrukturen sensibilisiert sind, nicht, dass eine Fehlfunktion oder ein Schaden vorliegt. Das ist für unser Verständnis und die Behandlung solcher Beschwerden ein ganz entscheidender Unterschied.

Schmerz und Sensibilität werden nämlich von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst, die weit über das Gelenk hinausgehen und mehr mit Ihnen als Person und Ihrem Leben zu tun haben. Da ist sich die Schmerzwissenschaft heute sicher. So können die Vermeidung von Bewegung, hohe Muskelanspannung, Schlafmangel, Inaktivität, Entzündungsprozesse, Stress und Sorgen allesamt zu einer solcher Sensibilisierung beitragen.

# MYTHOS: DAS ILIOSACRALGELENK - ISG



Ihre ISG ständig schützen zu wollen, weil Ihnen erzählt wurde, es sein instabil oder die Überzeugung, dass es ständig „deblockiert“ werden müsse, gefährdet Ihre Genesung. Sie müssen wieder lernen, sich und ihrem Gelenk zu vertrauen: Positives Denken, guter Schlaf, regelmäßige und entspannte Bewegung und andere Dinge helfen gegen Ihre ISG-Beschwerden.

Die moderne Therapie kümmert sich daher allem voran zunächst darum, Ihre ganz persönlichen Faktoren, die bei Ihnen hinter solchen Sensibilisierungsprozessen stehen, zu finden und mit Ihnen zusammen anzugehen.

Lassen Sie uns einen Weg finden, um Ihnen Kontrolle über Ihre Schmerzen zu geben, anstatt kurze Abhilfen zu suchen!

## MERKE:

Das ISG ist extrem stabil und leitet enorme Kompressionskräfte weiter.

Im ISG findet kaum Bewegung statt – bis zu 2,5 Grad ohne Belastung und unter 1 Grad bei Belastung.

Bewegungen und Fehlstellungen des ISG lassen sich nicht erfühlen bzw. ertasten.

Eine Manipulation verändert nicht die Beckenposition.

Von einem Beckengurt zu profitieren ist kein Indiz für eine Instabilität.

ISG-Beschwerden zeigen eine Sensibilisierung an und keine Fehlfunktion.

Die Einflussfaktoren dieses Sensibilisierungsprozesses zu finden und zu verändern, ist der Kern einer modernen Therapie.

# MYTHOS: DAS ILIOSACRALGELENK - ISG



## Quellen:

- Palsson TS, Gibson W, Darlow B, Bunzli S, Lehman G, Rabey M, Moloney N, Vaegter HB, Bagg MK, Travers M. Changing the Narrative in Diagnosis and Management of Pain in the Sacroiliac Joint Area. *Phys Ther.* 2019 Nov 25;99(11):1511-1519. doi: 10.1093/ptj/pzz108. PMID: 31355883
- Beales D, Slater H, Palsson T, O'Sullivan P. Understanding and managing pelvic girdle pain from a person-centred biopsychosocial perspective. *Musculoskelet Sci Pract.* 2020 Aug;48:102152. doi: 10.1016/j.msksp.2020.102152. Epub 2020 May 6. PMID: 32560860.
- Beales D, O'Sullivan P. A person-centered biopsychosocial approach to assessment and management of pelvic girdle pain In: Jull G, Moore A, Falla D, Lewis J, McCarthy C, Sterling M, eds. *Grieve's Modern Musculoskeletal Physiotherapy.* 4 ed: Elsevier; 2015:488-495.
- Sturesson B, Uden A, Vleeming A. A radiostereometric analysis of movements of the sacroiliac joints during the standing hip flexion test. *Spine* 2000 ; 25 : 364 – 8.
- Freburger JK, Riddle DL. Using published evidence to guide the examination of the sacroiliac joint region. *Phys Ther* 2001 ;81 : 1135 – 43 .
- Holmgren U, Waling K. Inter-examiner reliability of four static palpation tests used for assessing pelvic dysfunction. *Man Ther* 2008 ; 13 ( 1 ): 50 – 6 .
- Robinson HS, Brox JJ, Robinson R, et al. The reliability of selected motion- and pain provocation tests for the sacroiliac joint. *Man Ther* 2007 ; 12 : 72 – 9 .
- van der Wurff P, Hagmeijer RH, Meyne W. Clinical tests of the sacroiliac joint. A systemic methodological review. Part 1: reliability. *Man Ther* 2000 ; 5 : 30 – 6 .
- van der Wurff P, Meyne W, Hagmeijer RH. Clinical tests of the sacroiliac joint. A systematic methodological review. Part 2: validity. *Man Ther* 2000 ; 5 : 89 – 96
- Beales DJ, O'Sullivan PB, Briffa NK. The effects of manual pelvic compression on trunk motor control during an active straight leg raise in chronic pelvic girdle pain subjects. *Man Ther.* 2010 Apr;15(2):190-9. doi: 10.1016/j.math.2009.10.008. Epub 2009 Nov 28. PMID: 19945907
- Meijer, O. G., Barbe, M. F., Prins, M. R., Schipholt, I. L., Hu, H., & Daffertshofer, A. (2020). The Pelvic Girdle Pain deadlock: 2. Topics that, so far, have remained out of focus. *Musculoskeletal Science and Practice*, 102166.
- Meijer, O. G., Hu, H., Wu, W. H., & Prins, M. R. (2020). The pelvic girdle pain deadlock: 1. Would 'deconstruction' help?. *Musculoskeletal Science and Practice*, 102169.

# MYTHOS: DAS ILIOSACRALGELENK - ISG



## Quellen:

Klerx SP, Pool JJM, Coppeters MW, Mollema EJ, Pool-Goudzwaard AL. Clinimetric properties of sacroiliac joint mobility tests: A systematic review. *Musculoskelet Sci Pract*. 2020 Aug;48:102090. doi: 10.1016/j.msksp.2019.102090. Epub 2019 Nov 9. PMID: 31744776.

Ribeiro RP, Guerrero FG, Camargo EN, Beraldo LM, Candotti CT. Validity and Reliability of Palpatory Clinical Tests of Sacroiliac Joint Mobility: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Manipulative Physiol Ther*. 2021 May;44(4):307-318. doi: 10.1016/j.jmpt.2021.01.001. Epub 2021 Apr 23. PMID: 33896601.

de Toledo DFA, Kochem FB, Silva JG. High-velocity, low-amplitude manipulation (HVLA) does not alter three-dimensional position of sacroiliac joint in healthy men: A quasi-experimental study. *J Bodyw Mov Ther*. 2020 Jan;24(1):190-193. doi: 10.1016/j.jbmt.2019.05.020. Epub 2019 May 22. PMID: 31987543

Kibsgård TJ, Röhrl SM, Røise O, Stuesson B, Stuge B. Movement of the sacroiliac joint during the Active Straight Leg Raise test in patients with long-lasting severe sacroiliac joint pain. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2017 Aug;47:40-45. doi: 10.1016/j.clinbiomech.2017.05.014. Epub 2017 May 29. PMID: 28582642

Tullberg T, Blomberg S, Branth B, Johnsson R. Manipulation does not alter the position of the sacroiliac joint. A roentgen stereophotogrammetric analysis. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1998 May 15;23(10):1124-8; discussion 1129. doi: 10.1097/00007632-199805150-00010. PMID: 9615363

Robinson HS, Brox JI, Robinson R, Bjelland E, Solem S, Telje T. The reliability of selected motion- and pain provocation tests for the sacroiliac joint. *Man Ther*. 2007 Feb;12(1):72-9. doi: 10.1016/j.math.2005.09.004. Epub 2006 Jul 12. PMID: 16843031.