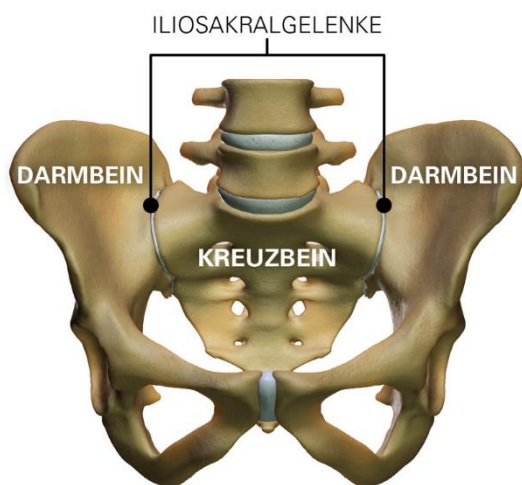


Es muss nicht immer die Bandscheibe sein

Was das Iliosakral-Gelenk mit Ihrem Rückenleiden zu tun hat // Dr. Reinhard Schneiderhan, Orthopäde aus München und Präsident der Deutschen Wirbelsäulenliga, klärt auf und gibt Auskunft über moderne Lösungen und Therapien

München, 19. Dezember 2018: **Wenn der Rücken dauerhaft schmerzt, denkt jeder unweigerlich sofort an das Schlimmste: Bandscheiben-Vorfall. Wenig überraschend, denn die dazugehörige Operation zählt zu den häufigsten Rücken-Eingriffen in ganz Deutschland. Dabei liegt bei circa 25 Prozent aller Rücken-Beschwerden die Ursache ganz woanders¹: Zwischen Darmbein (os ilium) und Kreuzbein (os sacrum) nämlich, im sogenannten Iliosakral-Gelenk. Rückenexperte Dr. Reinhard Schneiderhan, Orthopäde und Schmerztherapeut aus der MVZ Praxisklinik München/Taufkirchen, erklärt, warum Schmerzen am Iliosakral-Gelenk oft mit Bandscheiben-Beschwerden verwechselt werden und wie man sie behandelt.**



Das Iliosakral-Gelenk, kurz ISG, ist von zentraler Bedeutung für den menschlichen Bewegungsapparat. Als Schnittstelle zwischen Wirbelsäule und Becken sorgt es für die optimale Kraftübertragung von Ober- zu Unterkörper und dient als zuverlässiger Stoßdämpfer beim Gehen und Laufen. Dr. Schneiderhan: „Während Sie zum Beispiel eine Runde im Park joggen, wirken bei jeder Berührung des Bodens enorme Kräfte auf Ihren Körper. Das Iliosakral-Gelenk federt diese Kräfte ab und leitet sie erst dann an die Wirbelsäule weiter.“ Strenggenommen handelt es sich beim ISG eigentlich

um gar kein Gelenk, sondern um eine handtellergroße Fuge mit nur wenigen Grad Bewegungsspielraum, die nicht aktiv bewegbar ist.

Umgeben und gestützt wird diese Fuge von zahlreichen Muskeln und Bändern. Im Normalfall kann das Iliosakral-Gelenk seiner Rolle als Puffer uneingeschränkt nachkommen. Ist das Bindegewebe jedoch nicht stabil genug, kommt es zu Beschwerden. Vornehmlich treten diese bei Frauen mit Kind nach den Wechseljahren auf. Mit rund 60 Prozent stellen sie die größte Risiko-Gruppe für eine ISG-

¹ Bernard TN, Kirkaldy-Willis WH. [Recognizing specific characteristics of nonspecific low back pain](#) (Erkennen spezifischer Eigenschaften von unspezifischen Schmerzen im unteren Rückenbereich). *Clinical Orthopedics* 1987;217:266–80.



Blockade dar. Dr. Schneiderhan: „Durch die Ausweitung des Beckens infolge der Schwangerschaft haben diese Frauen ein stark gedehntes Bindegewebe. Das Iliosakral-Gelenk kann dadurch den Druckbelastungen nicht mehr so gut standhalten, der gesamte Bandapparat wird destabilisiert. Die Stabilisierung muss nun von der Rückenmuskulatur übernommen werden, es entsteht eine Gelenkreizung oder -entzündung, was Verspannungen und Schmerzen zur Folge hat.“

Auch bei Menschen mit starkem Hohlkreuz, bei Senioren mit deutlich verminderter Elastizität im Bindegewebe, bei absoluten Sportmuffeln sowie als Folge-Erscheinung von Krankheiten wie Morbus Bechterew können Probleme am Iliosakral-Gelenk auftreten. Bei Sportlern wiederum kommt es zu Beschwerden, wenn der Körper durch ruckartige Bewegungen, Verhebungen, Stöße oder Stürze aus dem Tritt gebracht wird und sich deshalb die Bestandteile des Iliosakral-Gelenks verschieben. Die Konsequenz ist eine Verkantung und Entzündungs-Reaktion des Gelenks.

Genauere Diagnose durch gezielte Tests

In allen Fällen empfiehlt Dr. Schneiderhan den direkten Weg zum Facharzt für Orthopädie oder Neurochirurgie. Dort kann dem Patienten mit sogenannten Provokationstests zur genauen Schmerz-Verortung auch die Angst vor einem Bandscheiben-Vorfall genommen werden. Da dessen Symptome denen einer ISG-Blockade sehr ähnlich sind, kommt es in der Tat des Öfteren zu Verwechslungen. Dr. Schneiderhan: „Der Patient klagt verständlicherweise erst einmal nur über „höllische Rückenschmerzen“. Dabei ist der größte Unterschied zwischen den beiden Beschwerden auch für ihn ganz einfach festzustellen. Bei einer ISG-Blockade sind die Schmerzen nämlich genau lokalisierbar. Es handelt sich um einseitige, tiefsitzende Schmerzen im unteren Rücken, die vor allem in die Leisten-Gegend ausstrahlen, sowie Druckbeschwerden im Gesäßbereich. Bei einem Bandscheiben-Vorfall hingegen hat der Patient meist ausstrahlende Schmerzen in die Beine.“

Zur finalen Bestätigung der Diagnose werden im MVZ Wirbelsäulenzentrum München/Taufkirchen eine oder mehrere diagnostische, bildwandler- oder CT-gesteuerte Injektionen durchgeführt. Dabei wird ein lokales Betäubungsmittel inklusive Cortison-Präparat in das Kreuz-Darmbein-Gelenk, wie das Iliosakral-Gelenk auch genannt wird, gespritzt. „Reagiert das Gelenk zweimal in Folge positiv auf diese gezielte Injektion, also hat der Patient im Anschluss keine Schmerzen mehr, kann die Diagnose endgültig bestätigt werden.“, erklärt Dr. Schneiderhan.



In der Regel wird daraufhin viel Bewegung sowie eine begleitende physiotherapeutische Behandlung verordnet. So können sich die Blockaden am leichtesten von selbst lösen. Auf keinen Fall sollte man im Zuge einer ISG-Blockade lange sitzen, um Fehlhaltungen zu vermeiden. Dauern die Beschwerden trotz aller Maßnahmen länger an und drohen, chronisch zu werden, empfiehlt Dr. Schneiderhan ein Stufenkonzept: „An erster Stelle stehen hier weitere therapeutische Injektionen, entweder Bildwandler- oder CT-gesteuert.“

Schonende Optionen bei hartnäckigeren Schmerzen

Bringt dieses Vorgehen nicht den gewünschten Effekt, kann der Schmerz durch eine Denervation (Hitzesondenbehandlung) des Kreuz-Darmbein-Gelenkes unter Kontrolle gebracht werden: „Durch dieses minimal-invasive Verfahren werden die Schmerzfasern des ISG direkt am Gelenk durchtrennt. Dies gelingt mittels einer High-Tech-Hitzesonde, die 60 Sekunden auf 80 Grad erhitzt wird. Die Weiterleitung von Schmerzsignalen an das Gehirn wird so unterbrochen“, erklärt Dr. Schneiderhan.



Eine andere Möglichkeit ist die minimal-invasive ISG-Fusion, also eine Stabilisierung des Kreuz-Darmbein-Gelenkes mithilfe sogenannter Dreiecks-Implantate aus Titan. Diese werden über Führungsdrähte zum Gelenk geführt und dort fest eingebracht. „Hierzu erfolgt lediglich ein kleiner Hautschnitt auf der Seite des betroffenen Gelenkes. Der komplette Eingriff ist nach 20 bis 30 Minuten bereits beendet, schon nach drei bis vier Wochen ist der Patient wieder voll belastbar und kann Sport treiben“, so der Mediziner weiter. Wer es gar nicht erst so weit kommen lassen will, für den hat der Rückenexperte zum Schluss eine einfache Formel parat: „Bauchmuskeln stärken, Rücken entlasten!“

Weitere Informationen unter www.orthopaede.com



Über die MVZ Praxisklinik Dr. Schneiderhan & Kollegen:

1993 ließ sich Dr. Reinhard Schneiderhan als Orthopäde nieder. Seit 1996 ist die MVZ Praxisklinik Dr. Schneiderhan & Kollegen als interdisziplinäres Kompetenzzentrum für Wirbelsäulenschmerzmedizin auf die Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen spezialisiert. In den drei medizinischen Versorgungszentren am Standort München/Taufkirchen arbeiten insgesamt 14 Ärzte aus den Fachbereichen Orthopädie und Schmerztherapie, Neurochirurgie, Neurologie, Diagnostische Radiologie, Allgemeinmedizin sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin fachübergreifend in einem Team zusammen. Für den Patienten wird ein individuell passendes Konzept für die bestmögliche Behandlung entwickelt nach dem Grundsatz: „So viel wie nötig, so wenig und schonend wie möglich.“ Bei vielen minimalinvasiven Behandlungen ist die MVZ Praxisklinik Dr. Schneiderhan & Kollegen Vorreiter in Europa und zählen mit über 40.000 durchgeführten minimalinvasiven Eingriffen an der Wirbelsäule mit zu den erfahrensten Spezialisten in Europa.

Klinikkontakt

MVZ Praxisklinik Dr. Schneiderhan & Kollegen, Verena Lenz, Eschenstr. 2, 82024 München/Taufkirchen

lenz@orthopaede.com, Tel: 089 / 614510-53, Fax: 089 / 614510-12

www.orthopaede.com