

SAMM Interlaken 2013
**MANUALTHERAPIE
PERIPARTAL**

Ziel meines Vortrages

Keine Angst vor der Manualtherapie bei Schwangeren,
Gebärenden und Wöchnerinnen

Inhalt

1. Manualtherapie peripartal Kasuistik
2. Das Sakroiliakgelenk (SIG)
3. Das blockierte SIG
4. Prophylaxe
5. Die Hand der stillenden Mutter
6. Ihre Perspektiven in der peripartalen Manualtherapie

1 MANUALTHERAPIE PERIPARTAL KASUISTIK

Retrospektive Aha-Erlebnisse

- 1958 «kindliche Erfahrung»
- 1974 «therapeutisches Röntgen»
- 1982 «Strohballen»
- 1990 «Autofahrt»

Dran denken

- 1994 Lange dauernde Geburt
- 24 jährige Erstpara, 1. SIG Blockierung in der 36. SSW.
- 15.00 Wehenbeginn (41 SSW)
- 22.00 Kopf interspinal, Mutermund (MM) 7 cm

Dran denken

- Diverse Lagerungsmanöver
- 00.25 MM 10cm (vollständig eröffnet), Kopf 3 Querfinger über Beckenboden
- Starke Kreuz und Symphysenschmerzen.
- Transfer ins Spital: Forceps nach 3 vergeblichen Vakuumversuchen.
- Blockiertes ISG???

Erste Manipulation unter der Geburt

- 1994, 28 jährige Primipara, 1.SIG Blockierung in der 34.SSW
- 07.30 Wehenbeginn (40 SSW)
- 15.00 MM 4 cm Kopf Interspinal
- Unter Tramadol Eröffnung des MM aber Kopf bleibt interspinal.
- 19.30 Diagnose eines blockierten SIG
- 19.35 Behandlung
- Sofortige **Änderung des Wehenschmerzes** (nur noch sakral)
- 20.40 Uhr Geburt

Erste Manipulation unter der Geburt

- 1994, 28 jährige Primipara, 1.SIG Blockierung in der 34.SSW
- 07.30 Wehenbeginn (40 SSW)
- 15.00 MM 4 cm Kopf interspinal
- Unter Tramadol Eröffnung des MM aber Kopf bleibt interspinal.
- 19.30 Diagnose eines blockierten SIG
- 19.35 Behandlung
- Sofortige **Änderung des Wehenschmerzes** (nur noch sakral)
- 20.40 Uhr Geburt

Manipulation in der Austreibungsphase

- 38 jährige Erstpara.
- 10 Stunden nach Wehenbeginn, Kopf auf Beckenboden, der MM vollständig eröffnet
- Schmerzen «links im Kreuz», Wehen «wie abgestellt»
- Diagnose blockiertes SIG
- Manipulation
- Besserung des Schmerzes
- **Sofortiges Einsetzen der Wehen**
- 30 Minuten später Geburt

2 DAS SAKROILIAKALGELENK (SIG)

Kurzer Rückblick

- Evolution: Entwicklung des aufrechten Ganges
- Freiwerden der Hände
- Encephalisation (Vergrößerung des Gehirns)
- Engerwerden des mütterlichen Beckens aus statischen Gründen
- Spielraum zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken wurde kleiner

Wie löst die Natur das Problem?

- Die Geburt dauert länger
- Der Mensch wird als «physiologische Frühgeburt» (G. Duc) auf die Welt geschickt

Einfluss des aufrechten Ganges

- Das Gewicht des Oberkörpers wird zum grössten Teil durch die Ileosacralgelenke getragen
- Bedingt durch den aufrechten Gang verbreiterten sich die Beckenschaufeln

Der kindliche Kopf ist beim Menschen relativ gross im Verhältnis zum Beckeneingang.



CHIMPANZEE

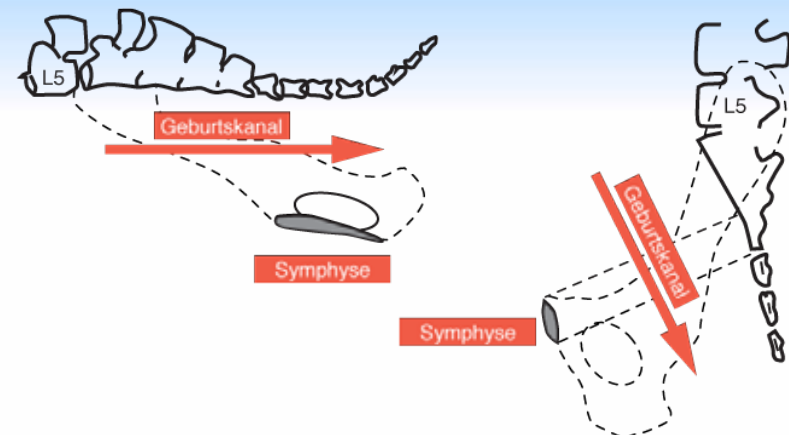


AUSTRALOPITHECUS

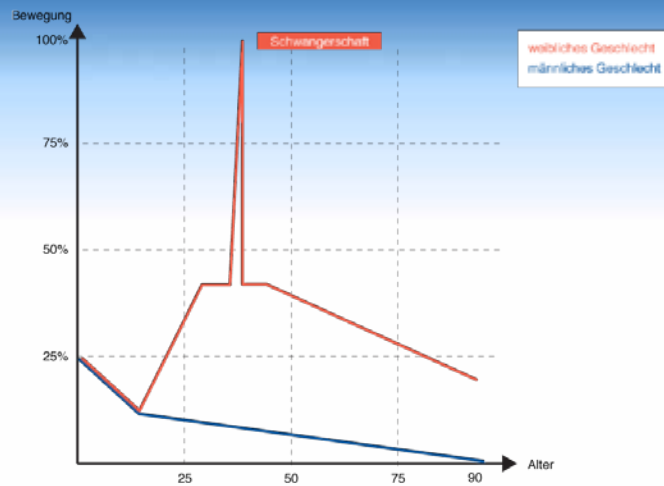
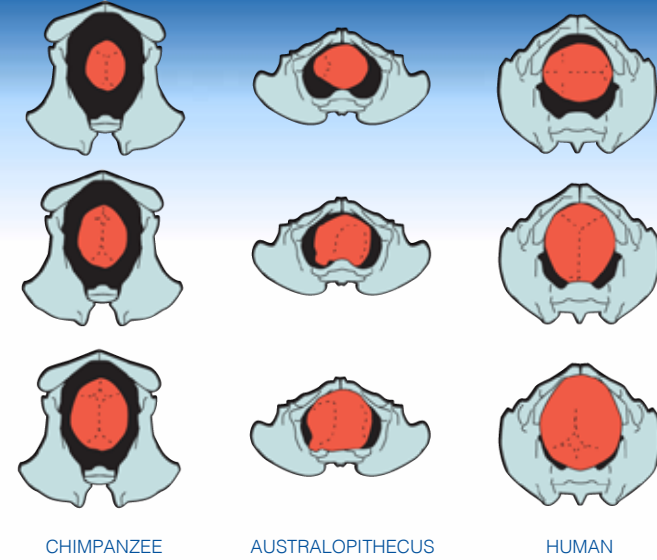
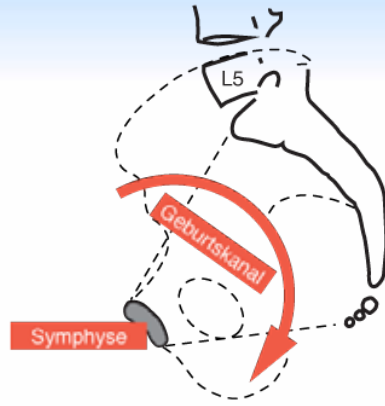


HUMAN

Beim Vierbeiner wie auch bei den Primaten besteht ein gestreckter Geburtskanal.



Beim Menschen muss sich der kindliche Kopf in allen Beckenebenen durch die Beckenkrümmung drehen.



Quantitative Beweglichkeit der SIG in vitro (nach Brooke, 1924)

Eine wichtige Arbeit

- Borell U, Fernström I (1957) The movements at the sacroiliacal joints and their importance in the pelvic dimensions during parturition Acta Obst et Gynaecol Scand 36: 42-57

Anlage

- 191 Frauen im gebärfähigen Alter.
- 4 Gruppen
 - 40 Nulliparae
 - 45 Frauen mindestens ein Jahr nach einer Geburt
 - 66 Frauen maximal 4 Tage nach einer Geburt
 - 40 Frauen unter der Geburt.

Anlage

- Röntgenbilder der ersten 3 Gruppen:
Becken seitlich in Extension und Flexion des Rumpfes
- Röntgenbilder der Frauen unter der Geburt :
Simultan ap und seitlich in Rückenlage, Hüft- und Kniegelenken flektiert, in verschiedenen Geburtsphasen (Kindlicher Kopf im Beckeneingang, Beckenmitte und Beckenausgang)

Messungen

1. Die Verschiebung der Symphyse
2. Längenänderung des sagittalen Durchmessers des Beckeneinganges (conjugata vera)
2. Längenänderung des sagittalen Durchmessers des Beckenausganges (Unterkante Symphyse-Sacrococcygeales Gelenk)

Fazit 1

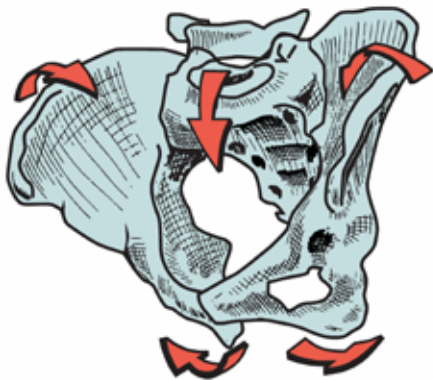
- Grössere Beweglichkeit des SIG bei Gebärenden und Wöchnerinnen
- Geringere Beweglichkeit des SIG bei Nulliparae und Frauen die länger als ein Jahr zuvor geboren hatten
- Symphysebewegung bei den Gebärenden
2–3 cm in craniocaudaler Richtung
- Beeinflussung des Sagittaldurchmessers des Beckenausgangs und der Länge der Conjugata vera durch Symphysenbewegung

Fazit 2

- Grössere Bewegungsausschläge unter der Geburt
- **Geringere Bewegungsausschläge in einigen Fällen von protrahiertem Geburtsverlauf**



nach I.A. Kapandji «Funktionelle Anatomie der Gelenke» Band 3 Enke Verlag



nach I.A. Kapandji «Funktionelle Anatomie der Gelenke» Band 3 Enke Verlag

Wie beeinflusst ein blockiertes SIG die Geburt?

- **Manualmedizinisch:** Verminderung des Spielraumes zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken durch verminderte Beweglichkeit im Beckenring.
- **Mechanisch in Bezug auf die Weichteile:** Einklemmen der vorderen Muttermundlippe zwischen Symphyse und kindlichem Kopf
- **Geburtsphysiologisch:** veränderter Rezeptoreinput aus den Ligamenten des Beckens beeinflusst die Schmerzperzeption und damit indirekt die Wehentätigkeit.

Klinik eines blockierten SIG

- In der Schwangerschaft: meist ab der 24. SSW, Kreuzschmerzen, «Ischias», Symphysenschmerzen
- Unter der Geburt: Muttermunderöffnung ohne entsprechendes Tiefertreten des Kopfes, starke Kreuz- oder Symphysenschmerzen mit manchmal hemmenden Einfluss auf die Stärke und Dauer der Wehen.
- Im Wochenbett: Kreuz- oder Symphysenschmerzen

Wie wird eine SIG Blockierung bei diagnostiziert?

- Bei lumbalen, sakralen oder symphysalen Schmerzen an eine Blockierung denken!
- Klinische Untersuchung

Vorlauf links positiv



Variable Beinlängendifferenz links positiv



3 THERAPIE DES BLOCKIERTEN SIG

Therapie des linken SIG im Liegen



Therapie des linken SIG im Stehen





Bruno Maggi



Bruno Maggi

Mobilisation ohne Impuls



Bruno Maggi



Bruno Maggi

4 PROPHYLAXE

Prophylaxe der SIG Blockierung

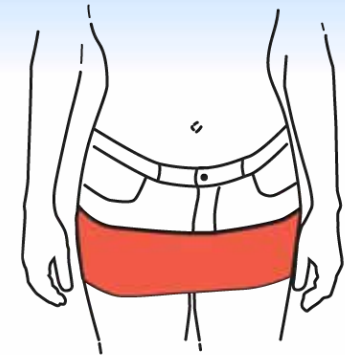
- Gut federndes Schuhwerk um axiale Belastungen zu dämpfen
- Elegante Alternative: Noene® Einlagen
- Stabilisation durch «Beckentuch»
- Keine Drehbewegungen des Rumpfes bei fixiertem Becken

Prophylaxe 1: Stossdämpfung

- Alle Schwangere sollten eine Stossdämpfung im Schuhwerk haben!
- Auch zu Hause!

Prophylaxe 2: Äussere Stabilisierung des Beckens

Beckentuch (Leinen) seitlich auf Höhe der Trochanteren, ventral knapp unter der Symphyse und dorsal auf Höhe L5/S1 anlegen



Prophylaxe 3: Beratung der Schwangeren

- Rezidive
- 4-6 Monate Post partum gezielter Muskelaufbau

5 DIE HAND DER STILLENDEN MUTTER

Die Hand der stillenden Mutter

- Handwurzelschmerzen
- Untersuchung und Mobilisation der Handwurzelgelenke
- Häufig ist das Daumengrundgelenk oder das Scapholunare Gelenk betroffen
- Mobilisation (z.B. gemäss dem Buch von Jochen Sachse «Manuelle Untersuchung und Mobilisationsbehandlung der Extremitätengelenke»).

6 PERSPEKTIVEN

Ihre Perspektiven

- Interessante und dankbare Arbeit mit Schwangeren
- An Blockierung denken
- Als Manualtherapeut ein Netzwerk von Zuweiserinnen aufbauen

VIELEN DANK FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT.