

# Rückenschmerzen in der Schwangerschaft

## Diagnostik und Therapie mittels Manueller Medizin

Nicht jeder lumbosakrale Schmerz in der Schwangerschaft geht auf «laxe» Bänder zurück. Der konsultierte Haus- oder Frauenarzt muss erkennen, ob es sich um ein banales oder ein gravierendes Problem handelt, der Patientin in ersten Fall kompetente Hilfe bieten oder sie weiter abklären lassen. Die Manuelle Medizin bietet hier wichtige diagnostische und therapeutische Hilfsmittel.

VON KATHARINA GRIMM UND UELI BÖHNI

(Workshop an der Jahrestagung der Gynécologie suisse, SGGG, Lugano 2005)

In der Praxis sind vor einer eventuell detaillierten Differenzialdiagnostik folgende Schlüsselfragen zu beantworten:

- Liegt ein gewöhnlicher Rückenschmerz, ein radikulärer Schmerz oder möglicherweise eine schwere Rückenpathologie vor?
- Kommen die Beschwerden vom Beckenring oder von der Lendenwirbelsäule?

### Das Phänomen «referred pain»

Für das Verständnis des lumbosakralen Schmerzes in der Schwangerschaft ist die Kenntnis des Phänomens «fortgeleiteter Schmerz» («referred pain» oder «pseudoradikulärer Schmerz») wichtig. Das Phänomen entsteht dadurch, dass alle aus einem Segment kommenden Afferenzen, sei es von Haut, Muskel, Sehnen, Wirbel- und Extremitätengelenken, inneren Organen oder Psyche, im Rückenmark auf die gleiche Neuronengruppe konvergieren, wodurch es zu einer zentralen Verwechslung («Wahrnehmungstäuschung») kommen kann: Das Gehirn kann nicht mehr differenzieren, wo genau der Schmerz entstanden ist. Als Reaktion erhöht sich der Muskeltonus, was die Schmerzen verstärkt, die nun allerdings auch entfernt vom tatsächlichen Ursprung empfunden werden können.

Gleichzeitig bildet der Beckenring eine Einheit mit der unteren Lendenwirbelsäule. Bewegungen zwischen Kreuz- und Darmbein wirken sich auf L5/S1 und höhere Lendenwirbelgelenke aus – und umgekehrt.

### Beckenschmerz durch mangelnde Stabilität

Das häufigste Problem in der Schwangerschaft ist ein Beckenringschmerz wegen unzureichender Stabilität. Das Hormon Relaxin bewirkt zusammen mit anderen Schwangerschaftshormonen eine Lockerung

der Bänder des Beckenringes; ausserdem verlieren einzelne Muskeln, wie beispielsweise der Rectus abdominis, ihre Stabilisierungsfunktion (vgl. Definition in der Fussnote Seite 17). In der Folge kommt es zu einer grösseren Beweglichkeit der Beckenringgelenke.

Während die Mehrheit der Frauen mit dieser erhöhten Mobilität gut zurecht kommt, weil sich ihre Muskeln an die neue Situation anpassen und die Instabilität kompensieren, kommt es bei einigen zu Schmerz. Bei diesen Schwangeren bleiben die notwendigen neuromuskulären Anpassungen offensichtlich aus. Risikofaktoren sind vorbestehende oder frühere Kreuzschmerzen, besonders bei Hyperlordose, sowie generelle Bandlaxität. Etwa 5 Prozent der Betroffenen haben ganz erhebliche Schmerzen und Bewegungseinschränkungen. Dabei treten die Beschwerden erstaunlicherweise nicht erst im dritten Trimenon auf, sondern auch schon erheblich früher. Meist sind die Iliosakralgelenke (ISG) betroffen; aber auch Symphysenschmerz kommt vor. Eine Instabilität durch die Bandlockerung kann auch zu einer akuten Dysfunktion des ISG führen, einer weiteren, wenn auch seltenen Differenzialdiagnose.

Die Inzidenz von Becken- und lumbalen Schmerzen in der Schwangerschaft variiert in der Literatur zwischen 4 und 76,4 Prozent. Zieht man nur methodisch hochwertige Studien in Betracht, beträgt sie etwa 20 Prozent.

### Diskushernie, Hexenschuss, Gesässschmerz

Daneben kann aber auch ein «referred pain» lumbalen Ursprungs, wie eine gewöhnliche Dysfunktion eines Wirbelsegmentes (Hexenschuss), vorliegen. Möglich sind auch strukturelle Ursachen wie eine Diskushernie. Aber: Nicht jeder Schmerz, der in den Fuss ausstrahlt, ist eine Hernie! 80 Prozent dieser Probleme sind nicht



radikulär, sondern eben ein «referred pain» anderer Ursache.

Andererseits ist eben die Diskushernie in der Schwangerschaft nicht einfach zu diagnostizieren, da aufgrund der Lockerung des Bindegewebes oft keine neurologische Symptomatik auftritt. Sehr häufig gleichen die Beschwerden dem Hexenschuss, sodass nur eine sorgfältige Untersuchung Klarheit bringt.

Schliesslich ist in der Differenzialdiagnostik auch ein myofaszialer Gesässschmerz (Mm. gluteus medius und piriformis) zu berücksichtigen, der fast immer ein fortgeleiteter Schmerz ist; diese Muskeln

sind neben anderen wichtige Stabilisatoren des Beckenringes.

### **Wichtige anamnestische Fragen**

Wegweisend für die Differenzialdiagnose haben sich folgende Fragen in der Anamnese erwiesen:

- Hat der Schmerz akut begonnen?
- Besteht Schmerz im Stehen und Sitzen? («Tuts Ihnen nur beim Anziehen der Hose oder auch beim Schuhebinden weh?»)

Bewegungsab- oder -unabhängigkeit ist ein entscheidender Wegweiser: Bei einer

ISG-Problematik ist die Lumbalflexion im Sitzen nicht schmerzhaft, da das Gelenk in dieser Haltung stabilisiert ist. Schmerz im Stehen und Sitzen spricht dagegen für einen lumbalen Schmerz. Grundsätzlich ist ein konstanter Schmerz immer ein Warnzeichen. Insbesondere eine andauernd eingeschränkte lumbale Flexion ist verdächtig auf eine Diskushernie und sollte die Alarmglocken läuten lassen. Wenn die Schmerzen morgens nach dem Aufstehen bessern, spricht dies wiederum mehr für einen ligamentären Schmerz bei mangelnder muskulärer Stabilisation.

### **Sorgfältige manuelle Untersuchungen**

Zunächst sollte die Patientin deutlich mit der Hand zeigen, was ihr wehtut. Anschliessend folgt die ärztliche Palpation: Besteht ein Druckschmerz der Symphyse, dorsolateral am Sacrum oder tief paravertebral lumbosakral? Letzteres kann auf eine Symptomatik des für die Beckenstabilität wichtigen Ligamentum iliolumbale hinweisen.

Verschiedene Funktions- und Provokationstests schränken die Differenzialdiagnose weiter ein, beispielsweise Bewegungspalpation interspinös oder Dornfortsatzventralisationstest. In der Gesässmuskulatur sind die Triggerpunkte zu palpieren. Der aktive Beinhebetest – nicht zu verwechseln mit dem Lasègue – korreliert mit ligamentären Schmerzen des Beckens. Es macht aber nur Sinn, den Lasègue zu prüfen, wenn eine Ausstrahlung in den Fuss vorhanden ist. Aber auch dabei kann es einfach nur die ischiokrurale Muskulatur sein, die schmerzt.

### **Differenzialdiagnose des lumbosakralen Schmerzes**

- Fortgeleiteter Schmerz («referred pain») lumbaler Ursache
- Gewöhnliche Dysfunktion («Blockierung») eines Wirbelsegmentes
- Strukturelle Ursache: in erster Linie Diskushernie
- Ligamentärer Beckenringsschmerz bei suboptimaler Stabilisierung
- Akute ISG-Dysfunktion
- Myofaszialer Gesässschmerz
- Selten: ISG-Arthritis, viszeral bedingt und Tumoren

Wichtige manuelle Untersuchungstechniken des Beckenringes und der LWS können bei Interesse und manuellem Geschick auch ohne komplette manualmedizinische Weiterbildung erlernt werden, ebenso wie einige einfache Mobilisationsmassnahmen. Entscheidend ist hier die fachkundige Unterweisung und Supervision durch einen manuell ausgebildeten Arzt.

Keinen primären Platz in der Diagnostik von Beckenringsbeschwerden haben konventionelle Röntgenaufnahmen, Computertomografie, Szintigrafie und diagnostische Injektionen ins ISG. Wenn überhaupt, dann kommt allenfalls eine MRT in Frage, zum Beispiel bei Verdacht auf Diskushernie oder akute ISG-Arthritis.

### **Behandlung: Stabilisation vor Mobilisation**

Beim «referred pain» ist nicht einmal die zentrale Verwechslung nachteilig, sofern mobilisiert wird: Durch eine Mobilisation – nicht primär durch eine «Manipulation» (!) – erfolgt eine propriozeptive Stimulation, was den Muskeltonus und die Schmerzen reduziert.

Bei instabilitätsbedingten Beckenringbeschwerden hat sich dagegen bisher keine einzelne Methode als klar überlegen erwiesen. Vielmehr sollte ein multimodales, möglichst individuelles Konzept aus Aufklärung, Physiotherapie, stabilisierenden Kräftigungsübungen oder auch Aquagymnastik zur Anwendung kommen. Die Patientin muss so beraten werden, dass sie ihr Problem verstehen und akzeptieren kann. Sie braucht Tipps für ergonomisches Verhalten im Alltag und muss vor allem zu Aktivität ermutigt werden.

Grössere Muskelkraft verbessert den Schluss der Beckenringgelenke, was wiederum zu erhöhter Stabilität führt. Gerade das Darmbein wird praktisch ausschliesslich muskulär stabilisiert, deshalb

ist eine Stärkung der Muskulatur durch gut instruierte Übungen zu Hause essenziell. Hier ist vor allem die Motivation der Patientin wichtig. Passive Massnahmen wie Massagen mögen angenehm sein, nützen aber letztendlich wenig. Das ideale Fitnessgerät zur Beckenstabilisation ist der Stepper – allerdings ohne sich mit den Händen festzuhalten und nur mit hochwertigen Geräten. Die Qualifikation der begleitenden Physiotherapeuten ist entscheidend, denn sie kontrollieren den korrekten Bewegungsablauf und instruieren als Ersatz für den Besuch im Fitnessstudio effektive Treppenübungen. Wichtig ist, dass Frauen einige wenige Übungen erlernen und unter Supervision einüben. Die klassische Rückenschule muss individuell an die Bedürfnisse der Schwangeren angepasst werden.

Daneben sind verschiedene manualmedizinische Techniken, beispielsweise zur Mobilisation des ISG, Automobilisationstechniken, Triggerpunkttherapie und Dehnen sinnvoll. Die lokale Infiltration mit Steroiden unter Bildwandlerkontrolle ist nur bei der seltenen ISG-Arthritis wirksam. Dagegen ist die gezielte periradikuläre Infiltration bei nachgewiesener symptomatischer lumbaler Diskushernie hochwirksam; erfahrene Manualmediziner können die Belichtungszeiten dabei extrem kurz halten.

Ein Beckengürtel als rein passive Massnahme ist bestenfalls kurz zur Schmerzlinderung indiziert oder im Rahmen von Bandlaxitätssyndromen mit rezidivierender akuter ISG-Dysfunktion ergänzend sinnvoll. Die viel verkauften Lagerungskissen halten wissenschaftlicher Überprüfung nicht stand – auch wenn sie im Einzelfall subjektiv als positiv empfunden werden können.

### **Trost für Schwangere: Prognose gut**

Innerhalb der ersten drei Monate post partum geht die Prävalenz des Rücken-

schmerzes auf sieben Prozent zurück. Frauen mit persistierenden Beschwerden haben in der Regel während der Gravidität besonders lang und besonders starke Schmerzen gehabt. Ein Trost bleibt: Bei Beckenringproblemen in der Schwangerschaft besteht niemals eine Indikation zur operativen Versteifung des ISG! ■

**Dr. med. Ulrich Böhni**  
 Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie  
 mit Fähigkeitsausweis Manuelle Medizin  
 Zentrum für interdisziplinäre Therapie  
 des Bewegungsapparates ZeniT  
 8200 Schaffhausen  
 E-Mail: [ulrich@boehni.ch](mailto:ulrich@boehni.ch)

**Dr. med. Katharina Grimm**  
 Schweizerische Ärztesgesellschaft  
 für Manuelle Medizin  
 Picassoplatz 4  
 4052 Basel  
 Tel. 061-279 91 40  
 E-Mail: [katharina.grimm@samm.ch](mailto:katharina.grimm@samm.ch)

Literatur beim Verfasser.

Der Bericht entstand im Anschluss an den Workshop von Jasmin und Ueli Böhni am 23.06.2005 anlässlich des Jahreskongresses der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) in Lugano «Rückenschmerzen in der Schwangerschaft».

Definition der Beckenringstabilität: Zielgerichtete Anpassung der Gelenke an eine spezifische Belastung durch eine genau abgestimmte Gelenkskompression als Folge von Schwerkraft, koordinierter Muskelwirkung und Bänderkräften. Eine damit mögliche Gelenksreaktion unter den sich ändernden Bedingungen resultiert aus dem Zusammenspiel lokaler und regionaler Bänder, von Muskeln und Faszien systemen sowie der Schwerkraft, nicht nur der tiefen stabilisierenden Muskulatur (adaptiert nach [www.backpaineurope.org/web/files/WG4\\_Guidelines.pdf](http://www.backpaineurope.org/web/files/WG4_Guidelines.pdf)).