

Helmtherapie +++ Lageverformung +++ Plagiozephalus +++ Schädeldeformität +++ Vorsorgeuntersuchungen

Siebener-Syndrom

Lageschaden durch einseitige Kopfdrehung **Barbara Zukunft-Huber**

AUF EINEN BLICK

Die Helmtherapie wird heute als passive Maßnahme gegen eine Lageverformung des Kopfes bei Säuglingen frühestens mit drei bis vier Monaten vorgeschlagen. In diesem Beitrag zeigt Ihnen die Autorin anhand von vier Fällen, dass die Kopfform sich schon nach zehn Tagen sichtbar verändert und schlägt eine frühzeitig einsetzende Physiotherapie vor, um Sekundärschäden zu vermeiden.

Komplexität der Pathologie

Historischer Rückblick

Mit der strikten Einhaltung der Schlaflage auf dem Rücken ist heutzutage wieder vermehrt die frühkindliche Asymmetrie zu sehen. Diese Problematik wurde schon in der Zeitschrift »Kinder-

arzt« von 1976 bis 1986 (1-7) thematisiert. Damals diskutierte man die harte Matratze als Ursache für Schädelverformung, Säuglingsskoliose und Hüftluxation (1, 3). Zur Behandlung wurden eine weichere Matratze und das Lagerungsleibchen nach Lübke (siehe Glossar) vorgeschlagen (5).

Mau, ein Orthopäde (8), propagierte die Bauchlage zum Schlafen, da er die Komplexität der Pathologie am ganzen Körper gesehen hatte.

Sieben Symptome

Mau beschrieb die Kopfseitneigung mit sekundärer Kopfdrehung und Überstreckung der HWS mit dem Siebener-Syndrom (8):

1. Schädelasymmetrie (Hinterhauptabflachung, Schiefhaltung des Kopfes, Gesichtsskoliose)
2. Gleichsinnige Beckenasymmetrie
3. Konkavseitige Weichteilkontrakturen der Wirbelsäule
4. Dorsalskoliose
5. Adduktionskontraktur
6. Abspreizbehinderung (Hüftdysplasie)
7. Lumbodorsale Kyphose, die zur Haltungsschwäche des Rumpfes und der Füße führt

Mit den Forschungsergebnissen zum frühen Säuglingsstod wurde empfohlen,



Abb. 1 a_Kopfdrehung bei einem normal entwickelten Säugling, Fechterstellung mit sechs Wochen; b_Lageschaden mit zwei Monaten; c_Kopfdrehung eines Neugeborenen beidseits frei mit Symmetrie des Rumpfes; d_Asymmetrie mit zwei Monaten durch einseitige Kopfdrehung mit Seitneigung und Überstreckung

Tab.1_Lageschäden in Rücken- und Bauchlage

Rückenlage (Abb. 1b)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kopf ist nach links gedreht, überstreckt und nach rechts geneigt • Die linke Hinterhauptseite wird lagebedingt flacher und glatziger • Das Gesicht verformt sich; die Blickseite wird länger, bei bestehender einseitiger Blickrichtung wird das Blickauge größer, die andere Gesichtseite wird breiter und das Auge kleiner, Gesichtsskoliose • Bei anhaltender Einseitigkeit wird sich auch die Ohrenstellung asymmetrisch verändern und damit stehen die Kiefergelenke schief • Die HWS ist überstreckt, geneigt und gedreht • Das Körperschema, die Hand in den Mund zu nehmen, erscheint auf der Gesichtseite früher • Die Schultergürtelachse liegt in der Frontalebene asymmetrisch, die von der Blickrichtung abgewandte Schulter hebt sich von der Unterlage ab, kann nicht auf der Unterlage liegen bleiben • Die Wirbelsäule liegt linkskonvex, Gefahr einer Wirbelsäulenfehlhaltung, Skoliose • Das Becken liegt schief, dies wirkt sich auf die Hüftentwicklung aus im Sinne einer einseitigen Hüftreifungsstörung auf der Hinterhauptseite • Die Hüfte zur Blickrichtung liegt gebeugt, abgespreizt und nach außen gedreht, die andere Hüfte liegt adduziert gebeugt und innenrotiert, Gefahr einer Hüftdysplasie, da der Femurkopf nach lateral und kranial wandert • Der Füße stellen sich entsprechend den Bewegungsabläufen der Hüftgelenke ein, es können sich Hacken- oder Sichel Füße entwickeln • Die gleichseitige Gesäßhälfte wird einseitig belastet und wird breiter • Der ganze Körperschwerpunkt verschiebt sich in Richtung der Gesichtseite
Bauchlage (Abb. 1d)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kopf ist nach links gedreht und rechts geneigt mit Überstreckung der HWS • Die aufliegende Gesichtshälfte wird durch den Auflagedruck breiter und flacher, der Kopf verformt sich, die Kiefergelenke werden asymmetrisch belastet • Die Schultergürtelachse steht asymmetrisch, die Hinterhauptschulter ist nach ventral gedreht, dies hat eine unterschiedliche Stützfunktion der Ellenbogen zur Folge • Das Gesichtsbein ist außenrotiert, abduziert und gebeugt • Die Hinterhauptbein ist gestreckt, adduziert und innenrotiert, die Füße folgen der Fehleinstellung, Gefahr der Hüftdysplasie • Die Wirbelsäule auf der Gesichtseite ist konkav gekrümmt, die Hinterhauptseite konvex • Eine Blockade im ISG kann die Folge sein (9, 10)

die Säuglinge nicht mehr in der Bauchlage schlafen zu lassen.

Vojta sah als Grund für die Prädispositionshaltung (Vorzugshaltung) des Kopfes eine leichte zentrale Koordinationsstörung (die im Kleinkindalter zu Haltungsschäden führen kann), aber auch muskuläre oder periphere neurogene Störungen sowie mentale Beeinträchtigungen (6) und empfiehlt eine Behandlung vor Auftreten der Sekundärschäden. Manualtherapeuten sehen eine segmentale Funktionsstörung in den sensorischen Schlüsselregionen des Achsenorgans als Dysfunktion. Sie empfehlen bei Asymmetrien und Stellungsanomalien eine sofortige Behandlung, da sie nach Beseitigung der Blockierung eine Verbesserung der propriozeptiven und vestibulären Sensorik beobachten konnten (9–12).

Erfassen passive Maßnahmen die ganze Problematik?

Heute wirkt man dem Plagiozephalus durch die Helmtherapie als passive Maßnahme entgegen (13–15). Dies zeigt, dass die Problematik nicht in ihrer Gesamtheit gesehen, sondern nur isoliert von der Kopfstellung beurteilt wird. Die Sekundärschäden, die Mau als Siebener-syndrom beschrieben hat, werden nicht dargestellt und diskutiert. Kinderärzte sind der Meinung, dass sich eine einseitige Kopfhaltung »von alleine« auswächst und die Helmtherapie bei Entwicklung eines Kopflageschadens möglichst im Alter von drei bis vier Monaten, spätestens ab dem siebten bis achten Monat durchgeführt werden sollte (15).

Es muss diskutiert werden, ob einer lagebedingten Schädeldeformität nicht vor dem dritten Monat entgegengewirkt

werden sollte, damit sich der Schädel nicht verformen und auf eine Helmtherapie verzichtet werden kann. Noch gravierender erscheint die Frage, ob körperliche Sekundärschäden (8) verhindert werden können.

Gibt es eine Lieblingsseite?

Die einseitige Kopfdrehung wird bei jungen Säuglingen als Lieblingsseite bezeichnet und als normal angesehen. Es kann aber nur von einer Lieblingsseite gesprochen werden, wenn der Säugling den Kopf gleich gut nach rechts und links drehen und die Seite wählen kann (16, 17). Kann der Säugling den Kopf nur zu einer Seite drehen, so muss man von einer Zwangshaltung sprechen und die Ursache der einseitigen Kopfdrehung, die meist mit einer Seitneigung verbunden ist und als pathologisch gilt, feststellen.

Mögliche Ursachen:

- Muskulärer Schiefhals, der intrauterin oder postnatal entstehen kann. Vermutlich liegt eine Läsion vor, die vor oder während der Geburt mit Einris-sen und Blutungen in den M. sternocleidomastoideus einhergeht und zu einer sekundären fibrotischen Umwandlung führt (18)
- Hochzervikale Dysfunktion, Blockierung der beiden oberen Kopfgelenke (9, 10)
- »Kiss-Syndrom« (10), das unter anderem von Schlafstörungen und Schreien begleitet werden kann
- Leichte zentrale Koordinationsstörung (19)
- Neurogene Störungen (19–21)
- Kraniosynostosen (siehe Glossar) (15)

Bei jeder einseitigen Kopfdrehung muss das Mitreagieren des Körpers beobachtet werden. Zu unterscheiden ist, >>>



Abb. 2_Säugling mit zehn Tagen, der wegen einer Fußfehlhaltung von einem Orthopäden zur Physiotherapie überwiesen wurde; a_beginnende Gesichtssymmetrie, Drehung nach links nicht möglich, b_links ist der M. sternocleidomastoideus verkürzt; c_die rechte Seite zum Vergleich; d_die linke Seite der HWS ist verkürzt, beginnende Ohrenachsenverschiebung, rechtes Ohr steht höher; e_Hacken-, Knickplattfuß

ob es sich um ein normales Mitreagieren der Extremitäten des Säuglings in der sechsten Lebenswoche (Fechterstellung) (16, 17, 19) oder um eine vom Kopf ausgehende pathologische KörperEinstellung handelt (Abb. 1). Die zwanghafte Kopfdrehung mit Seitneigung hat eine asymmetrische Körperentwicklung mit Sekundärschäden für Rumpf, Hüfte und Füße zur Folge. Die symmetrische Bewegungsentwicklung ist gestört. Greifen, Drehen und die gehaltene Seitenlage entwickeln sich nicht seitengleich, die Hinterhauptseite entwickelt sich verspätet (21). Tabelle 1 zeigt die durch den Lageschaden entstehenden Veränderungen. Für die spontanmotorische Beurteilung sind folgende differenzialdiagnostische Kriterien von Bedeutung (21):

- Sieht das Kind in Rücken- und Bauchlage stets zur gleichen Seite, so handelt es sich um artikuläre und muskulär fixierte Befunde.
- Wird die Kopfdrehung in Bauchlage verändert, so ist dies Zeichen einer

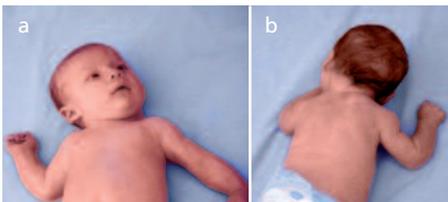


Abb. 3 a_Kopfdrehung mit zusätzlicher Seitneigung mit vier Wochen; b_die Ohrenachse steht schräg, das Hinterhaupt zeigt eine Abflachung, die Schulter der Hinterhauptseite ist ventral gedreht, asymmetrischer Stütz

zentralen Koordinationsstörung (auch bei mental gestörten Kindern), dies spricht dann gegen eine segmental bedingte Ursache.

- Bei Kopfdrehung mit Seitneigung kann auf die Höhe der Bewegungseinschränkung der HWS geschlossen werden.

Die Kopfform verändert sich schnell

Im Folgenden werden vier Säuglinge vorgestellt, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten zur Physiotherapie überwiesen wurden: mit zehn Tagen, mit vier Wochen, mit sechs Wochen und mit drei Monaten. Anhand dieser Serie kann man nachvollziehen, wie drastisch sich die Kopfform von Monat zu Monat verändert. Schon nach zehn Tagen ist die einseitige Kopfhaltung als leichte Gesichtssymmetrie ablesbar (Abb. 2). Jede einseitige Kopfdrehung mit Seitneigung ist pathologisch und sollte sofort behandelt werden, um eine Schädelverformung und die Sekundärschäden der Körperhaltung zu vermeiden.

Verformung mit zehn Tagen

Bei der U-Untersuchung nach der Geburt und bei der U2 fiel den Kinderärzten des zehntage alten Säuglings in Abbildung 2 nichts auf. Wegen der Fußfehlhaltung wurde der Säugling in eine

orthopädische Universitätsklinik überwiesen, der Orthopäde verschrieb daraufhin Physiotherapie. Dort fiel nicht nur die Fußfehlstellung auf, sondern auch die einseitige Kopfhaltung mit seitlicher Verkürzung der HWS-Muskulatur. Dies wurde dokumentiert (Abb. 2). Die Mutter zeigte dem Kinderarzt die Fotos, woraufhin dieser erklärte, dass die Kopfuntersuchung erst bei der U3 abgefragt wird, da sich Asymmetrien ohne Behandlung auswachsen würden.

Verformung mit vier Wochen

Der Säugling in Abbildung 3 ist vier Wochen alt. Der Kopf ist seitlich nach rechts geneigt und nach links gedreht. Mit der Seitneigung besteht eine Verkürzung des M. sternocleidomastoideus rechts. Der Kopf kann sowohl in Rücken- als auch in Bauchlage nicht nach rechts gedreht werden. Der Schultergürtel steht asymmetrisch. Die Verformung des Schädels ist an der noch leichten Abflachung des linken Hinterhauptes in Bauchlage zu sehen.

Verformung mit sechs Wochen

Die Mutter des Jungen in Abbildung 4 berichtete, dass der Kopf gleich nach der Geburt schon schief gewesen sei und die Drehung nach rechts nicht frei war. Ihr wurde gesagt, dass sich dies auf Dauer von allein auswachsen würde. Da der Mutter aber eine ständige Ver-

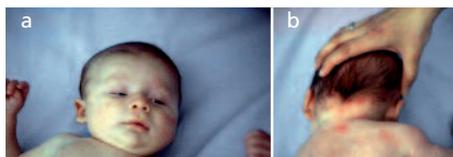


Abb. 4 a_Gesichtsasymmetrie;
b_starke Verschiebung der Ohrenachse mit
sechs Wochen; die linke Hinterhauptseite ist
stark abgeflacht

schlechterung der Asymmetrie des Schädels auffiel und auch der Versuch misslang, die Kopfdrehung über Umlagerung im Bett oder mit Verhängen der Blickseite zu erreichen, suchte sie einige Kinderärzte auf. Erst der Vierte verschrieb Physiotherapie. Zu diesem Zeitpunkt war der Junge bereits sechs Wochen alt.



Abb. 5_Schwere Verformung bei Erstvorstellung mit drei Monaten; parallelogrammförmige Deformität (15)

Verformung mit drei Monaten

Der Säugling in Abbildung 5 ist drei Monate alt. Erst auf Drängen der Mutter wurde Physiotherapie verschrieben. Die Verformung war allerdings schon sehr weit fortgeschritten (sichtbare Parallelverschiebung) und als schwerer lagebedingter Plagiozephalus einzuordnen (15).

Schlussfolgerungen

Wenn man der Verformung des Schädels durch einen Helm entgegenwirken will, so müsste dies in den ersten drei bis vier Monaten der Fall sein, solange der Säugling sich noch in der Rückenlage befindet und diese Lage nicht verändern kann. Da die Asymmetrien mit zunehmender Aufrichtung in Bauchlage abnehmen, wäre ein sofortiges physiotherapeutisches Intervenieren für die Kopfform sinnvoll. So könnte man der Schädeldeformität frühzeitig entgegenwirken und auf die Helmtherapie eventuell sogar verzichten.

Eltern in Not

Mütter berichten, dass sie die Kinderärzte auf die einseitige Kopfdrehung auf-

merksam machen. Meist wird ihnen jedoch gesagt, dass sich dies von allein auswachsen würde. Wie die vier Beispiele zeigen, kann man davon nicht ausgehen. Deshalb sollte bei den ersten beiden Vorsorgeuntersuchungen insbesondere in Bauchlage die Kopfdrehung beidseits überprüft werden (16). ■

ABBILDUNGEN

Abbildungen 1a und 1c mit freundlicher Genehmigung aus Zukunft-Huber B. 2010. *Die ungestörte Entwicklung Ihres Babys*. Stuttgart: Trias Verlag. Alle anderen Fotos dieses Beitrags von Barbara Zukunft-Huber

KONTAKT

praxis@zukunft-huber.de



LITERATUR

Quellen (1) bis (21) unter:

www.physiotherapeuten.de
Webcode: 344