

Asymmetrien +++ Kopfgelenkbeweglichkeit +++ Blockierung +++ Vojta +++ I. Phase Reflexumdrehen

## Physiotherapeutische Behandlung bei Plagiozephalus

Frühzeitige Therapie ist empfehlenswert **Barbara Zukunft-Huber**

### AUF EINEN BLICK

Wachsen Asymmetrien aus? Sollten betroffene Säuglinge frühzeitig behandelt werden oder ist das unnötig? Hier gehen die Meinungen auseinander. Die Autorin zeigt Ihnen in diesem Beitrag anhand von zwei Fällen ihre Strategie bei der Therapie von Kindern mit Plagiozephalus auf.

### Therapieoptionen

In einer Langzeitstudie haben Buchmann, Bülow & Pohlmann 1992 an gesunden Neugeborenen festgestellt, dass sich Asymmetrien in der Kopfgelenkbeweglichkeit bis zum Alter von sechs Jahren auswachsen (1). Coenen (2) weist darauf hin, dass es sich dabei um physiologische Normvarianten handelt und ist der Ansicht, dass Asymmetrien und Stellungsanomalien behandelt werden sollten.

Bei pathologischen Lage- und Stellreaktionen mit pathologischer Tonusverteilung fand er regelmäßige »Dysfunktio-

nen des Achsenorgans, zum Beispiel am zervikodorsalen Übergang einschließ-lich 1. und 2. Rippe oder am sogenannten dorsolumbalen Scharnier, vor allem aber an den Kopfgelenken und den Iliosakralgelenken (ISG) mit ihrer sensorischen Schlüsselfunktion« (2). Er wollte wissen, inwieweit Physiotherapie bei Kopfgelenk- und ISG-Blockierung von Vorteil sein kann, da unter anderem Biedermann (3) eine dreiwöchige Pause nach Manualtherapie der Kopfgelenke empfiehlt, um das Ergebnis nicht zu verschlechtern. Dabei stellte Coenen fest, dass einige Praktiken sowohl bei der Bobath- als auch bei der Vojta-Therapie

nach einer manualtherapeutischen Behandlung nicht durchgeführt werden sollten, da dies zu Rezidiven führte. Um die Rezidivquote zu senken, legte er den Bobath-Therapeuten nahe, auf Übungen über dem Ball in Schräglagepositionen, auf eine Provokation von Kopf- und Rumpfrotation sowie auf eine Kopfneigung zu verzichten. Stattdessen sollen sie die Übungen über das Knie oder über die Rolle in der Vertikalen durchführen.

Den Vojta-Therapeuten empfahl er, »sich nur auf die I. Phase Reflexumdrehen ohne Kopfrotation zu beschränken und das Reflexkriechen wegzulassen, da es

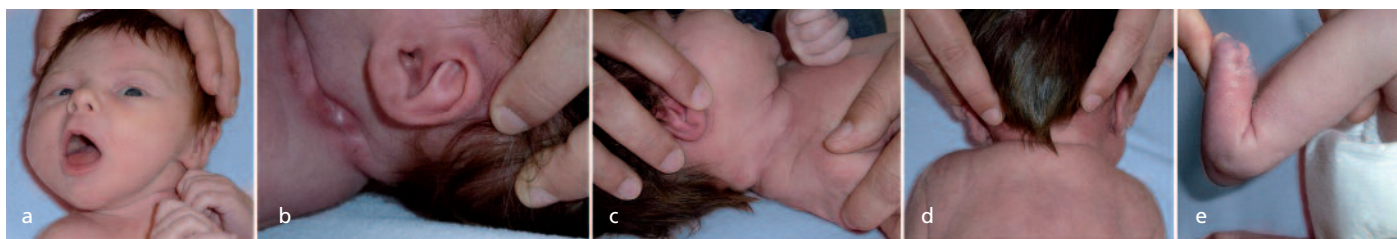


Abb. 1\_Säugling mit zehn Tagen, der wegen einer Fußfehlhaltung von einem Orthopäden zur Physiotherapie überwiesen wurde; a\_beginnende Gesichtasymmetrie, Drehung nach links nicht möglich, b\_links ist der M. sternocleidomastoideus verkürzt; c\_die rechte Seite zum Vergleich; d\_die linke Seite der HWS ist verkürzt, beginnende Ohrenachsenverschiebung, rechtes Ohr steht höher; e\_Hacken-, Knickplattfuß



Abb. 2\_Die Therapeutin sitzt oberhalb des Kopfes

im ISG zehn verschiedene Blockierungsmuster gibt und zum Beispiel beim Reflexkriechen in der Stoßphase Blockierungsrezidive gesetzt werden können« (2).

Jan Jirout (4) zeigte in einer Untersuchung an 800 Erwachsenen, dass Blockierungen der Kopfgelenke durch Stimulation der Rumpf- und Brustzone nach Vojta beseitigt werden konnten. Dabei stellte Jirout fest, dass die Blockierung nicht mit einer fehlerhaften Einstellung des Wirbels zusammenhing, sondern vermutlich vom Spasmus der spinalen Muskulatur verursacht wurde.

Im Folgenden werden zwei Kinder mit unterschiedlichem Alter bei Therapiebeginn vorgestellt. Das erste war zehn Tage alt; das zweite kam mit zwei Monaten und hatte bereits einen Lageschaden (5).

Beide Kinder waren manualtherapeutisch unbehandelt.

### Fall 1

#### Befund des zehn Tage alten Mädchens

Das zehn Tage alte Mädchen wurde von einem Orthopäden wegen einer Fußfehlstellung zur Physiotherapie überwiesen (5). Dort fielen zusätzlich eine einseitige Kopfneigung links mit Drehung nach rechts und eine beginnende Gesichtasymmetrie auf. Der Kopf konnte nicht nach links gedreht werden. Die seitliche Halspartie vom rechten Ohr zur rechten Schulter war frei, die linke Seite zeigte eine Verkürzung des M. sternocleidomastoideus mit einem tiefen Loch und einer Rötung (Abb. 1).

#### Behandlung der Fußfehlstellung

Da es sich bei der Fußfehlhaltung um einen Hacken-Knick-Plattfuß handelte, wurde zunächst die Hackenfußkomponente mit Dehnung in die Plantarflexion und anschließender Fixierung in dieser Stellung mit einer Binde behandelt. Die Binde wurde zur Dehnung zwei- bis dreimal am Tag abgenommen, ansonsten verblieb sie am Fuß. Nachdem die Plantarflexion frei war, wurde die Knick-Plattfußkomponente therapiert. Dabei

wurde das Bein in Abduktion, Außenrotation und Beugung eingestellt und der Fuß mit beiden Fußstrahlen in Supination parallel umgestellt und mit einer Binde gegen den Knick-Plattfuß in Achtertouren vom Fuß zum Unterschenkel gehalten (6).

#### Behandlung des Schiefhalses

Zur Behandlung der verkürzten Muskulatur und der asymmetrischen Kopfeinstellung wurden die Ratschläge Coenens (2) berücksichtigt. Die I. Phase Reflexumdrehen in Rückenlage ohne Kopfdrehung wurde dafür folgendermaßen umgewandelt:

Die Therapeutin sitzt kranial über dem Kopf des Kindes, hat die Beine ab gespreizt und hält den Hinterkopf in der offenen Hand. Diese umfasst den Hinterkopf dicht unterhalb des Okziput, in Höhe des Atlasbogens, mit der Kante des Zeigefingers und dem Daumen (Abb. 2). Der Zeigefinger bewirkt eine leichte Lordosehaltung der Halswirbelsäule und folgt durch die Schwere des Kopfes der nachlassenden Muskelabwehrspannung immer tiefer in Richtung Atlasbogen. Dann wird eine leichte axiale Spannung in Längsachse des Kopfes gegeben und gehalten, so dass der Kopf mittig liegen bleibt. Die freie Hand gibt mit dem Daumen in der Mamillarlinie – in Höhe des Zwerchfellansatzes an der engsten Stelle zwischen den Rippen – den propriozeptiven Auslösereiz.

Während der Bahnung wird keine Drehung des Kopfes zugelassen. Um dies korrekt durchführen zu können, fixiert die Therapeutin den Kopf mit Oberschenkel und Hand in der Mitte. Die Kopfdrehung zur Gegenseite wird nicht zugelassen, so dass es im Wechsel zur Spannung und Entspannung der verkürzten Muskulatur kommt und damit zur Lösung der Kontrak- >>>

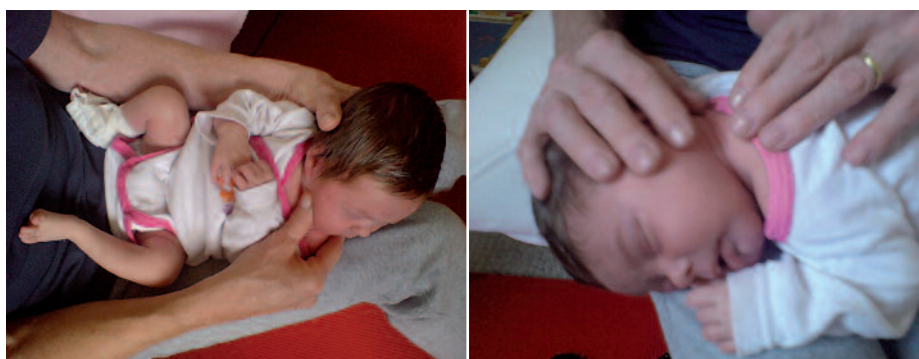


Abb. 3\_Testung der erreichten Kopfdrehung nach der Bahnung



Abb. 4\_Ergebnis nach fünf Wochen: a\_Kopf konnte in der Mitte gehalten werden; b\_Neigung nach links und Verkürzung des M. sternocleidomastoideus sind noch zu sehen; c\_Rötung und Loch wurden weniger; d\_bessere Einstellung des Fußes zur Knieachse

tur. Bei bestehendem Druckreiz werden auch Schulter-, Rumpf- und Extremitätenmuskulatur aktiviert. Die Eltern sollen dabei auf die Anspannung des Bauchs und auf die Beugung beider Beine achten.

Die Mutter führte die I. Phase zu Beginn dreimal täglich bis zu drei Minuten an jeder Seite durch. Nach der Bahnung wurde das Ausmaß der erreichten Drehung des Kopfes in Rücken- und Bauchlage auf dem Schoß getestet und gehalten (Abb. 3). Nach drei Monaten trainierte die Mutter zweimal am Tag jede Seite zweimal fünf Minuten. Nach der Bahnung übte sie mit ihrer Tochter die Bauchlage – zunächst über dem Schoß und später auf dem Tisch (7).

Dabei wurde die Mutter angeleitet, auf einen symmetrischen Ellenbogen-Beckenstütz zu achten.

#### Ergebnis nach fünf Wochen

Nach fünf Wochen konnte der Kopf in der Mitte gehalten werden. Das rechte Auge (Sichtauge) war noch größer und die rechte Gesichtsseite war länger, da das Mädchen die Linksdrehung des Kopfes noch nicht automatisch durchführte (Abb. 4).

#### Ergebnis nach zwei Monaten

Nach zwei Monaten Therapie begann die Drehung des Kopfes nach links (Abb. 5). Da das Kind tagsüber immer mehr auf dem Bauch lag, konnte die Übung des



Abb. 5\_Ergebnis nach zwei Monaten, Drehung nach links in Rückenlage und Bauchlage

Ellenbogen-Beckenstützes durch das Minimalprogramm aus dem Reflexkriechmuster in Bauchlage nach Vojta ersetzt werden. So wurde durch die reziproke Innervation und über das rhythmische aktive Anspannen aller betroffenen Halsmuskeln im gesamten normalen Bewegungsmuster des Kopfes (8) die volle Funktionsfähigkeit wiedererlangt.

#### Ergebnis nach vier Monaten

Nach vier Monaten war die HWS in Rückenlage symmetrisch gestreckt (Abb. 6). Da die Streckung der Wirbelsäule mit Beugung beider Beine täglich gebahnt wurde, konnte das Mädchen die Füße schon früh in den Mund nehmen (90 % der Kinder leisten dies mit sechs bis sieben Monaten), wodurch der Hinterkopf und die HWS-Muskulatur vermehrt als Stützpunkt agierten und es so zu einer zusätzlichen Streckung und Kräftigung kam. Das Kind konnte sich bereits Ende des fünften Monats zu beiden Seiten vom Rücken in die Bauchlage drehen.

#### Verlauf nach der Therapie

Im Alter von siebeneinhalb Monaten war die Mutter mit dem Ergebnis zufrieden und beendete die Therapie (Abb. 7). Das Mädchen konnte mittlerweile robben und kam in die Rocking-Position auf Hände und Knie. Mit acht Monaten setzte sie sich eigenständig hin und Ende des neunten Monats folgten die ersten Stehversuche. Im Alter von zehn Monaten kam die Mutter zur Beurteilung der Wirbelsäule im Sitzen und des Fußes im Stand noch einmal mit ihrer Tochter in die physiotherapeutische Praxis (Abb. 8). Mit zehn Monaten krabbelte das Mädchen, zog sich über den Halbkniestand hoch und stand auf beiden Füßen mit guter Belastung und normaler Achsen-einstellung beidseits. Der Mutter wurde geraten, ihre Tochter seitwärts laufen zu





Abb. 6\_Ergebnis nach vier Monaten: a\_HWS symmetrisch gestreckt; b\_nimmt Füße in den Mund; c und d\_Kopfdrehung nach links noch nicht ganz frei; e\_Die Bauchlage unterstützt die Nackenstreckung

lassen, bis sie alleine stehen und laufen konnte. Für diesen Erfolg wurden 26 Therapieeinheiten benötigt.

## Fall 2

### Befund des zwei Monate alten Mädchens

Das zweite Mädchen wurde erst mit zwei Monaten zur Physiotherapie überwiesen (5). Schon von Anfang an konnte

der Säugling seinen Kopf nicht zur rechten Seite drehen, weshalb sich in der Folge der ganze Körper nach links verschoben hatte (Abb. 9a). Therapeutisch mussten deshalb nicht nur die Nackenstreckung mit symmetrischer Einstellung der ganzen Wirbelsäule, sondern global auch die Paralleleinstellung von Becken- und Schultergürtel sowie das adduzierte und innenrotierte rechte Bein behandelt werden (Siebenersyndrom).

Bernbeck & Sinios (9) sehen beim schiefen Säugling mit Schräglagedeformitäten an Schädel und Rumpf, mit C-förmiger Skoliose und mit einseitigen Abduktionsbehinderungen im Hüftgelenk (ohne Vorliegen einer Luxationshüfte) eine Indikation für die Vojta-Therapie.

Die Therapie begann mit der I. Phase Reflexumdrehen in Rückenlage. Zusätzlich wurde in Bauchlage zuerst das Minimalprogramm aus dem Reflexkriechen durchgeführt, wobei in dieser Lage auch auf die Kopfdrehung verzichtet wurde. Da der Lageschaden schon deutliche Ausmaße angenommen hatte, wurde das Reflexkriechen erst in die Behandlung einbezogen, als das Kind vorwärts robbte und die Abduktion und Außenrotation der rechten Hüfte noch eingeschränkt war.

### Verlauf

Die Therapie dauerte zwölf Monate und wurde mit 40 Einheiten begleitet. Mit acht Monaten verhielt sich das Kind wie ein fünf Monate alter Säugling (Abb. 9b und c) und drehte sich zu beiden Seiten symmetrisch von der Rücken- in >>>



Abb. 7\_Ergebnis nach sieben Monaten: a und b\_Kopf in der Mitte in Rückenlage und Bauchlage; c und d\_keine Rötung und Verkürzung mehr; e und f\_Kopfdrehung beidseits frei; g\_Fuß in normaler Supinationsstellung

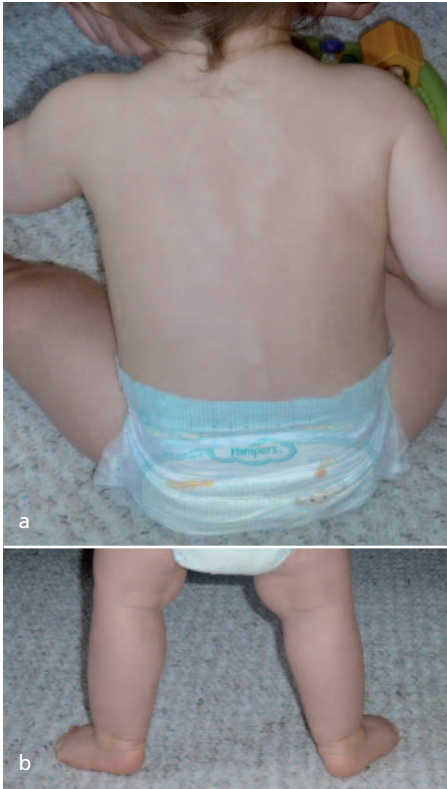


Abb. 8\_Ergebnis nach zehn Monaten  
a\_im Sitz keine Seitneigung  
b\_Füße normal

die Bauchlage. Mit elf Monaten krabbelte das Mädchen und zog sich hoch, mit 15 Monaten stand sie frei und mit 16 Monaten konnte sie laufen.

### »How to treat«

Bei beiden Kindern wurde kein Drehen von der Rücken- in die Bauchlage, kein Krabbeln, kein Hochkommen zum Sitzen oder Übergänge von einer zur anderen Position trainiert. Dies ist unnötig, da die Bewegungsentwicklung genetisch verankert ist (10) und nur die Asymme-

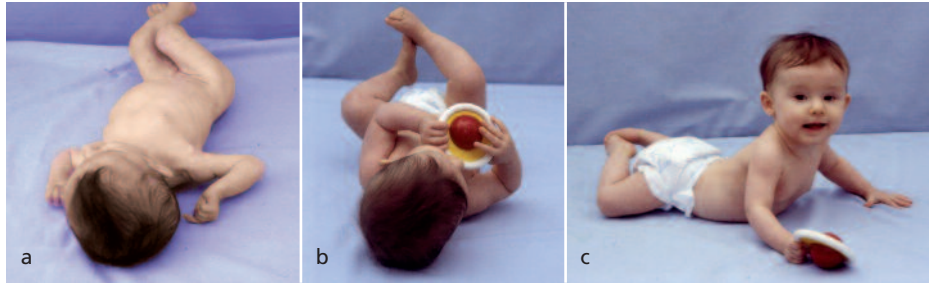


Abb. 9\_Auch bei späterem Therapiebeginn sind noch Erfolge zu erreichen  
a\_Lageschaden mit zwei Monaten – Siebenersyndrom  
b und c\_nach sechs Monaten Therapie (Alter acht Monate) konnte das Kind in Rückenlage den Kopf über das vorgewölbte Hinterhaupt drehen und in Bauchlage war die Kopfdrehung nach rechts ohne Seitneigung möglich

trien therapeutisch behandelt werden müssen.

Interessant wäre die Darstellung anderer Therapieformen bei Lageschaden, wobei nicht die Konzeptnamen entscheidend sind, sondern das detaillierte Therapieprogramm. Wünschenswert wäre eine konstruktive Diskussion unter den Physiotherapeuten. Dies erfordert eine exakte Therapiebeschreibung, wie dies bei Kinderorthopäden auf Kongressen unter dem Thema »How to treat« vorgelebt wird. -

### ABBILDUNGEN

Die Fotos von Abbildung 3 stellte die Mutter des Mädchens zur Verfügung, alle weiteren Fotos von Barbara Zukunft-Huber

### KONTAKT

praxis@zukunft-huber.de



### LITERATUR

Quellen (1) bis (10) unter:

[www.physiotherapeuten.de](http://www.physiotherapeuten.de)  
Webcode: 393



### BARBARA ZUKUNFT-HUBER

seit 1977 selbstst. PT in Biberach; zahlreiche Fortbildungen u. a. in Bobath, Vojta, MT, Montessori Ausbildung; Autorin von Fachbüchern; erfolgreiche Behandlungen der unterschiedlichsten Fußdeformitäten bei Säuglingen und Kindern mit der von ihr entwickelten Methode »dreidimensionale manuelle Fußtherapie auf neurophysiologischer Grundlage«. **Kontakt:** praxis@zukunft-huber.de