
Expertenmeinung: Physiotherapie bei Schiefhals

Dr. Bruno Maggi

Von der Gesellschaft Physiotherapia Paediatrica werde ich angefragt eine Expertenmeinung zur Frage inwiefern die Physiotherapie in der Behandlung des kindlichen Schiefhalses indiziert ist, abzugeben.

Im Folgenden möchte ich den Begriff „Schiefhals“ erläutern, das pathophysiologische Konzept vorstellen und daraus abgeleitet ein Behandlungskonzept, so wie es sich in der Behandlungskette Pädiater-Kinderphysiotherapeutin-Manualmediziner bewährt hat, vorstellen.

1. Was ist ein Schiefhals?

Vordergründig zeigt sich der Schiefhals beim Säugling in einer mehr oder minder fixierten Kopfseitneigung nach der einen und einer Kopfdrehung nach der andern Seite.

Diese Haltung ist Ausdruck einer gestörten Funktion in diesem Bereich.

Diese Störung kann sich auf verschiedene Arten zeigen, verschiedene Ursachen und im Laufe der Entwicklung auch weitreichende Konsequenzen haben.

Pathophysiologisches Konzept

Anatomische Grundlagen

Der occipitocervikale Übergang beim Menschen ist nicht nur motorisch sondern auch sensorisch von - im wörtlichen Sinne - hervorragender Bedeutung.

Anhand der Embryonalentwicklung zeigte Prof. Dr. B.Christ (Institut für Anatomie II der Universität Freiburg i.B.)¹ 1993 die Wichtigkeit dieser Struktur.

„Die Entwicklung der oberen Halswirbelsäule (HWS) führt zu einer besonderen Beweglichkeit des Kopfes (...) dazu wird die Muskulatur (..) sehr komplex aufgeteilt und mit Mechanorezeptoren angereichert, die das zentrale Nervensystem (ZNS) mit Daten über die Stellung der Segmente zueinander versorgen. Die Besonderheiten der oberen HWS liegen in der grossen entwicklungsphysiologischen Bedeutung dieses Abschnittes, die sie zur Basis



des Rumpfes macht, sowie in ihrer grossen Beweglichkeit und in der gleichzeitigen Sicherung der Leitungsbahnen, die den Kopf mit dem Rumpf verbinden.“

Andere Anatomen (Voss et. al.) konnten zeigen dass die Anzahl der Muskelspindeln (Dehnungsmesser die in der Muskulatur eingelagert sind) in den Muskeln des occipitocervikalen Überganges 29-42 pro Gramm Muskelgewebe betragen. In der Muskulatur des Oberschenkels befinden sich dagegen 0,9 Spindeln pro Gramm Muskelmasse.

Die Afferenzen aus dieser Region sind direkt (ohne Zwischenschaltung auf Rückenmarksniveau) mit Hirnnervenkernen im ZNS verbunden. (Jansen, Göttingen) ²

Die Afferenzen aus dieser Region spielen die Rolle eines „zusätzlichen Gleichgewichtsorgans“. (Dr. K. Lewit, Manualmediziner Prag). ³

Der occipitocervikale Übergang dient damit auch der Kommunikation. Seine Symmetrie ist vor der Vertikalisierung (d.h. bevor das Kind zu stehen und zu laufen beginnt) sehr wichtig zur motorischen Entwicklung. Nach der Vertikalisierung dient dieser auch als Ausgleichsort für periphere Asymmetrien. (Prof.Dr. J. Buchmann Orthopädische Universitätsklinik Rostock). ⁴

Ursachen des Schiefhalses

Eine langdauernde intrauterine Zwangshaltung , eine sehr verzögerte und häufig operativ beendete oder auch eine sehr schnelle Geburt, aber selbstverständlich auch ein späteres Trauma der Halswirbelsäule und des Kopfes, kann zu einem Trauma des occipitocervikalen Überganges führen.

Das Trauma betrifft die Halsmuskulatur (am besten sichtbar beim M. Sternocleidomastoideus) und die Gelenke zwischen Occiput und Atlas sowie zwischen Atlas und Axis und zwischen Axis und C3.

An der Muskulatur zeigt sich das Trauma häufig als Hämatom oder lokale Schwellung, an den Gelenken als Blockierung (Funktionseinschränkung).

Auf Grund der oben dargelegten anatomischen und physiologischen Tatsachen ergeben sich weitreichende Folgen die über eine einfache „kosmetische“ Störung hinausgehen.

Folgen einer frühkindlichen Funktionsstörung der oberen HWS

Die Neutralstellung des Kopfes ist in einem solchen Fall unangenehm bis schmerzhaft. Der Säugling nimmt deshalb eine Schonstellung ein, in welcher er schmerzfrei ist.

Meistens ist dies eine Rotation des Kopfes nach der einen, und eine Neigung des Kopfes nach der anderen Seite. Diese Schonhaltung kann auch mit einer verstärkten Rückbeuge kombiniert sein.

Sie besteht häufig bereits unmittelbar nach der Geburt manchmal entwickelt sie sich auch erst in den ersten drei bis sechs Lebenswochen.

Die Haltung ist das Vordergründige. Es zeigen sich dahinter einige komplexe Auswirkungen auf die übrige Motorik (asymmetrischer Muskeltonus, Kopfhalteschwäche), auf das Verhalten (Schlafstörungen, Stillprobleme, Schluckstörungen Dreimonatskrämpfe) und auf die Morphologie (Plagiocephalien, hemifaziale Hypoplasien und Gesichtsskoliosen).

Dieses Krankheitsbild wird von verschiedenen namhaften Autoren mit verschiedenen Begriffen beschrieben:



Frühkindlicher oder kongenitaler Schiefhals, Atlasblockierungssyndrom (G.Gutmann), Neugeborenen Skoliose, KISS-Syndrom (H.Biedermann), arthrogener Torticollis, vertebragener Torticollis Schräglagekinder.

Diese Aufzählung ist nicht vollständig. Die grosse Zahl der Begriffe zeigt auch, dass jede Fachrichtung (Pädiatrie, Orthopädie, Neurologie, Manualmedizin, Chiropraktik) das Problem von ihrer Warte aus betrachtet und beschreibt.

2.Wie wird er behandelt?

Ein mehrstufiges Behandlungskonzept hat sich sinnvollerweise eingebürgert. Davon ausgehend, dass eine gewisse Selbstheilungstendenz besteht (gemäss einer Publikation von Prof. J. Buchmann Rostock sind von 100 „Schräglagekindern“ nach drei Monaten 80 spontan gebessert) soll auch die Therapie stufenweise erfolgen. Als wichtigstes am Anfang steht die „Hilfe zur Selbsthilfe“:

Handlungsinstruktionen

Die Instruktion der Eltern, wie sie ihr Kind stimulieren können und wie sie es lagern sollen erfolgt am besten durch eine Kinderphysiotherapeutin. Sie kann die Eltern kontrollieren, die Verbesserung oder deren Ausbleiben registrieren, und die Eltern nötigenfalls kontrollieren.

Diese Therapie sollte so bald wie möglich erfolgen.

Führt dies nicht zum gewünschten Erfolg so braucht es eigentliche Physiotherapeutische Massnahmen.

Physiotherapie

Hierzu gibt es verschiedene Methoden, die je nach Ausbildungsweg der Kinderphysiotherapeutin zur Anwendung kommen.

Es müssen Therapien gewählt werden, welche die bestehende Motorik ausnutzen, da man die kleinen Patienten ja nicht verbal instruieren und korrigieren kann.

Dehnungen können, wenn nicht kindsgerecht angewendet, die verkürzte/hypertone Muskulatur zusätzlich reizen und den Tonus noch steigern.

Auch hat die Therapiestunde in Anwesenheit eines Elternteils (meist wohl der Mutter) zu erfolgen.

Diese Therapiesitzungen sind sehr zeit- arbeitsintensiv.

Nach einigen Sitzungen merkt die Therapeutin gelegentlich, dass auch noch eine Blockierung der Kopfgelenke vorliegt, die manualtherapeutisch angegangen werden muss. Es erfolgt in der Regel die Überweisung zum Manualtherapeuten.

Manualmedizin

Nach vorgängiger klinischer und radiologischer Untersuchung erfolgt die Manipulation der Kopfgelenke.

Die verbesserte Beweglichkeit lässt sich oft sofort nach der Manipulation überprüfen. Drei Wochen Therapiepause sind indiziert. Danach übernimmt die Physiotherapie die weitere



Behandlung. Selten einmal (in etwa 20% der Fälle) braucht es eine zweite Manipulation. Diese sollte aber frühestens 6 Wochen nach der ersten durchgeführt werden.

Physiotherapeutische Nachbehandlung und –Kontrollen

Das Kind braucht jetzt noch eine Nachbehandlung, um die neu gewonnene Beweglichkeit ausnutzen zu lernen. Die Abstände der einzelnen Sitzungen werden grösser und die Therapie kann abgeschlossen werden. Es ist aber wichtig nach der Vertikalisierung mindestens eine Kontrolle durchzuführen.

3.Rolle der Physiotherapie

Die Rolle der Kinderphysiotherapie ist, wie ich oben darzulegen versuchte, Teil eines Behandlungskonzeptes, das sich in meiner Praxis seit 1993 bewährt hat.

Die Zusammenarbeit zwischen Kinderphysiotherapeutinnen, Pädiater und Manualmediziner ergibt eine erfolgreiche, effiziente und ökonomische Behandlung im Rahmen eines Gesamtkonzeptes.

Zürich den 16.10.2012

Bruno Maggi

Facharzt für Allgemeinmedizin

Manuelle Medizin SAMM

Dennerstr.25

8047 Zürich

Quellenangabe

- ¹ Christ B. (1993) *Anatomische Besonderheiten des Halses*.
Manuelle Medizin, 31: S 67- 68
- ² Jansen J. (1993) *Symptomatik nach Verletzung der oberen Halswirbelsäule*.
Eine neuroanatomische Studie zur Pathogenese.
Nervenheilkunde 12: S 230-232
- ³ Lewit K (1988) *Disturbed Balance due to Lesions of the Cranio-Cervical Junction*
J Orthoped Med,: S58-61
- ⁴ Buchmann J., Bülow B. (1983) *Funktionelle Kopfgelenksstörungen bei Neugeborenen im Zusammenhang mit Lagereaktionsverhalten und Tonusasymmetrie*.
Manuelle Medizin, 21 S.59-62

