

Möglichkeiten der Behandlung bei Plagiocephalie und Asymmetrie beim Säugling

Elke Färber



Als Kinder-Therapeutin in der Physiotherapie bin ich täglich mit dem Phänomen des abgeflachten Hinterkopfes und der asymmetrischen Haltung bei Säuglingen konfrontiert. Mal spricht man von „Asymmetrie“, mal „Kiss-Syndrom“ (nach Prof. Dr. Biedermann) oder „Siebener-Syndrom“ (nach Dr. Mau, Orthopäde). Doch die Symptome gleichen sich. Schon 1981 sind sie von Dr. Mau und der Physiotherapeutin Gabe beschrieben worden: „Skoliose, lumbodorsale Kyphose, Schädelasymmetrie, Schiefhaltung des Kopfes, Hüftdysplasie, Beckenasymmetrie und Fußfehlhaltung“ (1).

Entstehung

Seit 1994 wird weltweit von führenden Kinderarztvereinigungen, und somit von den Kinderärzten, die ausschließliche Rückenlage zur Vermeidung des plötzlichen Kindstodes als Empfehlung den Eltern mit auf den Weg geben. Sie wird aufgrund von Studien über den plötzlichen Kindstod gegeben, über dessen tatsächliche Ursache die Medizin sich noch nicht im Klaren ist. Durch diese wurde belegt, dass die meisten Kinder in der Bauchlage versterben. Deshalb werden die Babys nicht mehr in die Bauchlage ge-

legt, auch nicht tagsüber, und auch nicht, wenn sie wach sind. Dies aber ist ein Missverständnis. Denn es ist äußerst wichtig, das Kind mehrmals täglich auf den Bauch zu legen. Gerade die von Asymmetrie betroffenen Kinder können sich anfangs nicht mit der für sie wichtigen Bauchlage anfreunden.

Ursachen

Die asymmetrische Haltung des Kopfes und des Rumpfes fallen schon sehr früh auf. Häufig schon in den ersten Wochen. Die Ursa-

chen dafür sind vielfältiger Natur. Zwillingsgeburt, großes Kind, Saugglocken- und Zangengeburt, aber auch Kaiserschnitt, um nur einige zu nennen. Bei Saugglocken- und Zangengeburt entsteht ein Zug an der noch sehr empfindlichen Halswirbelsäule. Beim Kaiserschnitt wird das Kind aus dem Leib der Mutter mit den Füßen voran geholt. Es entsteht an der Halswirbelsäule ein Zug, da der Kopf als letztes aus der Gebärmutter gezogen wird. Dies alles kann zu einer Verschiebung von Atlas und anderen Halswirbelkörpern führen. Die Folge wäre ein muskulären Schiefhals. Aber man darf auch die Möglichkeit einer zentralen Koordinationsstörung nicht außer Acht lassen.

Lieblingsseite

Gibt es eine Lieblingsseite beim Säugling? Die Bevorzugung einer Seite wird häufig von Eltern wie von Ärzten, als normal angesehen. Dies ist aber nur der Fall, wenn das Baby die Fähigkeit besitzt, sich frei zu beiden Seiten wenden zu können, und dies ohne

Einschränkung in Rückenlage sowie in Bauchlage. Anderenfalls muss man von einer Zwangshaltung sprechen(2).

Auswirkungen

Die Auswirkungen sind Verkürzungen von Muskeln und Bindegewebe. Verschiebung der Schädelplatten sowie Verschiebung von Ohr- und Augenlinie. Der Körper wird einseitig wahrgenommen, eine Seite vernachlässigt beziehungsweise erst gar nicht richtig kennengelernt und damit ins Körperschema einbezogen. Dadurch entsteht eine Verschiebung der wahrgenommenen Mittellinie.

Ziel

Ziel ist, die Blockierung zu lösen, den Muskeltonus, den gesamten Bewegungsablauf sowie die Wahrnehmung wieder in die Symmetrie zu bringen. Leider kommen die meisten Babys erst im Alter von vier bis fünf Monaten zur Behandlung. Die Behandlung dauert dadurch deutlich länger.

Die Verschiebung des Schädels wird meist schon in den ersten 14 Tagen sichtbar, manchmal schon direkt nach der Geburt, wenn das Kind sehr beengt und ohne Bewegungsmöglichkeit im Mutterleib lag. Die Verformung wird dann in den nächsten Wochen sehr viel deutlicher, und die schräge Kopfhaltung fällt immer mehr auf. Die Eltern bemerken sehr bald, dass ihr Kind eine „Lieblingsseite“ entwickelt. Es schaut nur ungern zu einer bestimmten Seite, manchmal mag es nur an einer Brust trinken. All dies sind klare Zeichen, und eine sofortige Therapie wäre angezeigt. Leider warten viele Kinderärzte den weiteren Verlauf ab mit der Bemerkung, dass sich das „auswächst“. Meist wird erst bei der U4 eine Verordnung ausgestellt. Dies ist unverständlich, denn die Vermeidung einer symmetrischen Haltung und die eingenommene Schonhaltung hat seine Ursache. Diese zu finden und zu beheben, darin besteht die Aufgabe der Therapie.

Formen der Kopfdeformationen

Plagiocephalie, Schiefkopf

Hierbei fällt eine einseitige Abflachung des Hinterkopfes mit einer Beteiligung der Gegenseite stirnwärts auf. Dies bedingt eine



Plagiocephalus

Gesichtsasymmetrie und einen völlig asymmetrischen Hinterkopf.

Brachycephalie, Kurzkopf

Der „echter Liegeschädel“ zeigt sich in einer Abflachung des gesamten Hinterkopfes. Diese so genannte Kurzkopfform ist durch eine Verbreiterung des Kopfes und des Gesichts gekennzeichnet. Bei solchen Kindern ist oberhalb der Ohren eine deutliche Vorwölbung zu sehen, das Gesicht wirkt „scheibenförmig“.

Plagio-Brachycephalie

Dies ist eine Kombination aus zu kurzem Kopf und einer zusätzlichen einseitigen Abflachung. In unserem Bildbeispiel fällt neben der Kurzkopfform eine zusätzliche Abflachung des rechten Hinterkopfes auf. Durch die Lagepräferenz des Kopfes kann in einem solchen Fall das Ohr nach vorne gedrückt werden und steht als Resultat nach dessen Verknorpelung häufig deutlich ab.

Behandlung

Ich persönlich arbeite mit dem Konzept der Mehrdimensionalen Entwicklungstherapie (ME). Sie ist eine eigenständige Methode, die sich aus der Bobath- und Vojta-Methode sowie der Sensorischen Integration (SI) entwickelt hat. Die ME wurde in den 60iger Jahren in Neuss am Institut für Neuropsychologische Frühförderung von Petra Zinke-Wolter (PT) und Prof. Dr. Dr. Herbert Brüster, Neuropädiater, entwickelt. Auf der Basis, dass jeder Mensch die gleiche Stammesentwicklung durchmachen muss, wurde die



Brachycephalus

ME als Therapie für die Frühförderung von Kindern mit motorischen Entwicklungsstörungen entwickelt. Jedes Kind soll mit Hilfe der Therapie die Möglichkeit erhalten, diese Entwicklung zu durchlaufen. Es wird großen Wert auf die Diagnostik gelegt. Diese besteht aus den Lagereaktionen nach Vojta und der Beobachtung des Kindes: wie bewegt es sich, was kann es und was sollte dem Alter entsprechend an Bewegungsqualität vorhanden sein. Dies ist wichtig, damit aus der Vielfalt der zur Verfügung stehenden Methoden das bestmögliche Therapiekonzept erstellt wird. Als Grundlage dient die physiologische Entwicklung.

Ziele der ME sind das frühe Erreichen einer optimalen Reflexlage und Muskelspannung mittels Aktivierung der angelegten frühkindlichen Bewegungsmuster. Dabei werden alle Sinne und Eigenwahrnehmung des Körpers wie z.B. Oberflächensensibilität, Tiefendrucksensibilität und der Bewegungssinn mit eingebunden. Wichtig ist die altersgerechte Förderung der gesamten Entwicklung. Es wird die Bewegungsplanung und die Entwicklung der Eigenaktivität unterstützt. Dafür werden alle Sinne angesprochen, vor allem der Tastsinn und das Druckempfinden, um die Bewegungsplanung zu fördern.

Helmtherapie

Eltern machen sich meist Sorgen um das Äußere ihres Kindes. Sie haben Angst, dass sich durch die Deformation ihr Kind nicht gesund entwickeln könnte. Dies wäre aber nur bei der Kraniosynostose der Fall, und



Abb. 1: Typische asymmetrische Kopfhaltung kurz nach Unterlagerung



Abb. 2: Korrigierte Lagerung mit Kissen

zwar dann, wenn sich die Schädelnähte zu früh schließen. Ansonsten ist dies in erster Linie ein kosmetisches Thema. Die Helmtherapie nutzt das eigene kindliche Kopfwachstum aus. Die Korrektur der Schädeldeformität gelingt nicht durch das Hineindrücken der ausgeprägten Bereiche, sondern dadurch, dass diese Stellen am Wachstum gehindert werden. Gleichzeitig wird das eigene kindliche Kopfwachstum für abgeflachte Stellen genutzt. Der Helm besteht aus leichtem Kunststoff und wird entsprechend der idealen Kopfform des Kindes angefertigt (5). Es gibt mittlerweile einige Zentren, die sich darauf spezialisiert haben.

Während der Behandlung wird das Kopfwachstum nicht eingeschränkt. Insgesamt folgt das Kopfwachstum streng dem natürlichen Verlauf. Da das Wachstum in den ersten 15 Lebensmonaten eines Menschen am größten ist, sollte die Helmtherapie dann auch in diesen ersten Lebensmonaten durchgeführt werden. Starke Deformitäten lassen sich idealer Weise in den ersten sechs Lebensmonaten beheben. Die Krankenkassen übernehmen nur bei starker Deformation und auf Antrag einen Teil bzw. die vollständigen Kosten. Auch die Kosten für die erste Konsultation muss meist selbst getragen werden.

Es stellt sich die Frage, ob ein Helm nötig ist, wenn die Physiotherapie frühzeitig begonnen wird. Die Erfahrung in meiner Praxis hat gezeigt, dass ein frühest möglicher Therapiebeginn entscheidend ist. Durch die Behandlung und dem natürlichen Wachstum des Kopfes kann dann meist auf einen Helm verzichtet werden.

Fallbeispiel Paul

Anamnese

- Zwillingsskind 27.+6 SSW
- Sectio caesarea
- Wurde schon vor dem errechneten Geburtstermin aus dem Krankenhaus entlassen, da es sehr stabil war.
- Vorstellung im Alter von 8 Wochen (korrigiert -2 Wochen) zum ersten Mal in der Praxis

Befund

- Kopfrotation nach rechts, Seitneigung nach links
- Retraktion des Kopfes und der gesamten Wirbelsäule
- Blockierung von Atlas und Axis
- C-förmige Skoliose rechtskonvex
- Leichte Gesichtsskoliose
- Verschiebung der Ohrlinie
- Hand-Mund Kontakt nur mit der rechten Hand, ignoriert die linke
- Hüftabspreizung unauffällig, frei
- Fehterstellung links stärker ausgeprägt als rechts

Testung (nach Vojta)

- Landaureaktion: Wirbelsäule neigt nach links
- Seit-Kipp Reaktion: links positiv, er kippte stark ab
- Traktionsversuch: der Kopf konnte nicht mitgenommen werde

Auffällig war die starke Retraktion der Wirbelsäule, so dass er wie ein „Flitzebogen“ in Rückenlage lag. Das Handling nach Bobath über die Seite war dadurch nicht möglich. Im Schlaf lag er laut den Eltern immer in dieser Haltung.

Mein erster Behandlungsschritt war die Lösung der Blockierung der Halswirbelsäule. Dies kann durch sanfte Mobilisation mit Techniken aus der Manuellen Therapie geschehen oder aber durch Craniosacrale Techniken. Wichtig ist, dass die Rotation des Kopfes danach vollständig möglich ist. Zu testen ist dies in Bauchlage. Ich löste diese Blockierung durch Techniken der Craniosacralen Therapie.

Danach habe ich mit den Eltern die Lagerung besprochen. Wie liegt das Kind zu Hause, was ist auffällig und welche Möglichkeiten gibt es, die Retraktion zu vermeiden? Paul sollte während des Nachtschlafes auf jeden Fall auf dem Rücken liegen. Möglich wäre dabei eine Unterlagerung mit einem speziellen Kissen, welches eine Mulde hat. Diese bewirkt eine bessere und symmetrischere Druckverteilung. Dem Kind gelingt es damit auch leichter, bei starker Deformierung den Kopf nach links und rechts zu drehen.

Wir probierten die Lagerung, und er konnte besser mit verminderter Retraktion liegen und den Kopf zu beiden Seiten drehen. Dieses Kissen macht nur bis zu dem Zeitpunkt Sinn, an dem das Kind beginnt, mit dem ganzen Körper sich zur Seite zu drehen. Weiterhin ist darauf zu achten, dass Sinnesreize wie Licht, Stimmen, Musik, Mobilé und anderes von der vernachlässigten Seite kommen, das heißt in unserem Fall von links.

Durch Ansprache in dieser gelagerten Rückenlage wird auch die Körperwahrnehmung gefördert. Hilfreich ist ein leichter Druck auf dem Sternum. Dabei wird die ventrale Kette aktiviert. Die Ansprache der Eltern hilft dem Kind, den Blick in der Mitte zu fixieren.

Weiter können die Hände zueinander geführt werden und auch jeweils eine Hand zum Mund. So ist das Kennenlernen des Körpers altersentsprechend möglich. Zur Sensibilisierung der vernachlässigten linken Seite können auch weiche Pinsel oder Bürsten aber auch härtere Materialien wie Igelball und Fingernagelbürsten verwendet werden. Als Ausgangsstellungen dafür sind Rückenlage oder Schoß möglich. Wichtig dabei ist der Blick des Kindes zur Mitte und die gerade bzw. leicht gerundete Körperhaltung.

Da bei Paul das Handling durch die Retraction schwer möglich war, habe ich die Eltern in der Übung U1 nach dem ME-Konzept angeleitet. Diese wird zur vernachlässigten Seite drei Mal, zur anderen zwei Mal ausgeführt, und das drei Mal täglich.

Die U1 ist eine modifizierte Übung aus dem Vojta-Konzept, welche durch die Haltung und den Druckpunkt das Gehirn aktiviert, den Befehl zum Umdrehen zu geben. Die komplette Muskelkette wird aktiviert, das Kind dabei gehalten, so dass keine Bewegung stattfindet. Erst zum Schluss der Haltephase nach mindestens einer Minute, entlässt man das Kind in die Bewegung. Das heißt, es vollzieht das Drehen in die Seitenlage, wenn nötig mit Hilfe. Der Sinn ist, die Isometrie in die Bewegung umzusetzen und spüren zu lassen. Hiermit wird die ventrale Kette aktiviert, und die Überstreckung kann nachlassen.

Schon nach einer Woche sahen wir einen Unterschied. Er überstreckte sich laut Eltern

deutlich weniger. Die Übung sollte weiter Zuhause fortgesetzt werden, und ich konnte nun mit der Anleitung des Handlings beginnen. Das Hochnehmen sollte vermehrt über die linke Seite gemacht werden. Damit wird die Muskulatur der rechten Rumpfsseite gestärkt und der C-förmigen rechts-konvexen Skoliose entgegengewirkt. Weiterhin wird dadurch die Kopfdrehung und die Aufmerksamkeit nach links aktiviert.

Die Eltern wurden angeleitet, das Drehen von Rückenlage in die Bauchlage und zurück mit ihrem Kind selbstständig auszuführen. Dies konnten sie gut in ihren Alltag mit dem Kind integrieren. Auch dies soll vermehrt über die linke Seite geschehen.

Weiter wurden Möglichkeiten des Tragens durchgesprochen. Wie kann das Kind getragen werden, dass es dabei seine Körpermitte kennenlernt und animiert wird, nach links, zu seiner vernachlässigten Seite, zu schauen? Das kommt nun auf das Entwicklungsalter und die Situation an. In den ersten Wochen wird sich das Kind, wie dieses hier, zur Bezugsperson orientieren. Dann ist es sinnvoll, es häufiger im rechten Arm zu halten, denn es wird sich zur Mutter bzw. zum Vater wenden. Später, wenn die Neugierde an der Umwelt größer wird, wechselt man den Tragearm.

Bei den nächsten Besuchen wurde immer wieder die Rotation des Kopfes überprüft. In der 3. Behandlung wurde eine Wiederholung der Craniosacralen Behandlung noch einmal notwendig, da die Rotation

wieder eingeschränkt war. Danach blieb die Rotation frei. Länger fiel aber die Lateral-flexion des Kopfes auf, die sich erst nach circa 3 Monaten legte. In den weiteren Behandlungen war mein Augenmerk auf die symmetrische Entwicklung des Hand-Hand- und Hand-Mund-Kontaktes gerichtet. Die Fähigkeit des Greifens zum Spielzeug, erst mit jeweils einer Hand, dann mit beiden Händen, ist unabdingbar für die symmetrische Entwicklung.

Die Eltern kamen mit Paul wöchentlich zur Behandlung. Nach 6 Monaten Therapie (in den letzten 2 Monaten kam er in größeren Abständen), er war nun korrigiert 5 Monate alt, konnte er zu beiden Seiten gleichmäßig vom Rücken in die Bauchlage drehen und sich gut in der Bauchlage halten. Er spielte in beiden Ausgangsstellungen mit beiden Händen. Seine ventrale Spannung war nun gut, keine Überstreckung mehr sichtbar. Die Testung der Seitkippreaktion nach Vojta war gleichmäßig, auch hier war keine Retraction mehr sichtbar.

Paul wurde dann nach vier Monaten, im korrigierten Alter von 9 Monaten, nochmals zur Kontrolle vorgestellt. Er robbte zu diesem Zeitpunkt und begann, den Vierfüßlerstand zu entdecken. Es war schön zu sehen, das er symmetrisch robbte und entspannt in der Seitenlage, dem sogenannten „Zwergensitz“ spielen konnte. Auch dies zu beiden Seiten.

Literatur

- (1) Dr. Mau, Mau und Gabe 1981
- (2) Zukunft-Huber, B. pt-Zeitschrift 2012, Siebenersyndrom
- (3) Biedermann, H. Stuttgart, Enke 1996
- (4) Zinke-Wolter, P. Borgmannverlag 1991, Spüren-Bewegen-lernen
- (5) Definition Helmtherapie, Wikipedia
- (6) Vojta, V., Die cerebrale Bewegungsstörung im Säuglingsalter, Enke Verlag 1974
- (7) Orth, H., Urban & Fischer 2005, Das Kind in der Vojta-Therapie



Elke Färber
Forststraße 21
72622 Nürtingen



Abb. 3: Übung U1 in Rückenlage nach der Mehrdimensionalen Entwicklungstherapie