

Plagiozephalus bei Säuglingen: Diagnostik, Relevanz und Therapie

Stellungnahme zum Artikel: „Der lagebedingte Plagiozephalus – Diagnostik und Therapie“ R. Funke et al. Kinder- und Jugendarzt 41 (2010) 437-443

Die Autoren greifen in ihrem Artikel eine Problematik auf, die Kinderärzte und Orthopäden in den letzten Jahren zunehmend beschäftigt hat: Schädeldeformitäten bei Neugeborenen und Säuglingen. Ob die Zunahme dieser Fälle dabei allein durch die Favorisierung der Rückenlage bedingt ist, wie sie seit den achtziger Jahren zur SIDS-Prophylaxe empfohlen wird [1], scheint fragwürdig. Wahrscheinlicher ist, dass eine Kombination verschiedener Ursachen hier eine Rolle spielt und die verringerte Mobilität von Mutter (während der Schwangerschaft) und Kind als kausaler Faktor für die Zunahme dieses Phänomens nicht zu unterschätzen ist. Man denke nur an die konstante Lagerung der Säuglinge in Trageschalen wie dem Maxi Cosi, wodurch ihre Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt sind und sie in eine kyphotische Haltung gezwungen werden.

Funke et al. bemerken richtig, dass „die Deformität typischerweise bis zum 3./4. Lebensmonat zu[nimmt], um dann mit zunehmender motorischer Entwicklung des Säuglings (Hervorh. H.B.) wieder abzunehmen“. Passenderweise beschäftigt sich der ihrer Arbeit vorangehende Artikel von Collmann und Schweitzer mit den Kraniosynostosen, die in ihrer klinischen Relevanz ganz anders einzuschätzen sind (und deren Erkennen zum Handwerkszeug eines jeden gehören sollte, der sich mit ‚schiefen‘ Kindern auseinandersetzt).

Die angebotenen Therapieoptionen sehen auf dem Papier ganz vernünftig aus. Vor allem das Handling steht als Anfangsmaßnahme zentral und hilft, die „Spreu vom Weizen zu trennen“ und unnötigen Aufwand zu vermeiden. Schon bei den dann erwähnten Lagerungshilfen sollte man kritischer sein. Sie verstärken die strukturelle Ursache der Schädeldeformitäten, das Bewegungsmanko, und fixieren die Kinder unnötig. Noch fragwürdiger sind die anderen Orthesen empfohlenen ‚Dehnungsübungen‘ für den Heimgebrauch (s. Abb., hier ein Beispiel von einem der Anbieter von Helmorthesen).

 CRANIOFORM
Die sanfte Kopfmodellation

Halsmuskel-Dehnübungen



– Übungen 3 bis 5 mal täglich durchführen
– 20 Sekunden in der Endposition halten
– Übungen in beide Richtungen durchführen, insgesamt sind das 4 Übungen

Abb. 1: Ein abschreckendes Beispiel: den Eltern mitgegebenes Merkblatt der Firma Cranioform

Es werden die – obsoleten – ‚Dehnungsübungen‘ propagiert, die über eine Irritation der reflektorisch verkürzten Muskulatur langfristig sogar das Problem verstärken.

Hier wird ein alter Grundfehler der Physiotherapie wiederholt: statt zu analysieren, was strukturelle Ursache einer muskulären Verkürzung ist, wird diese einfach zu beseitigen versucht. Es gehört zum orthopädischen Grundwissen, dass arthrogene Schmerzen zur Verkürzung der zugehörigen Muskeln führen. Werden diese Muskeln gegen ihren Widerstand gedehnt, kommt es zu einer kurzen postisometrischen Relaxation, ein Phänomen, was man durchaus therapeutisch einsetzen kann. Nach einer Latenzzeit variabler Länge erfolgt aber bei gesundem Muskel eine um so stärkere Verspannung. Man hat also durch die Dehnung exakt das Gegenteil dessen erreicht, was Behandlungsziel war. Letztlich führt dies zur Kontraktur. Unsere Erfahrungen der letzten 15 Jahre wiesen darauf hin, dass die wenigen Fälle, die wir schließlich zur Operation schicken mussten, allesamt ausdauernd gedehnt worden waren.

Ähnliches gilt für diverse Lagerungsmittel. Schon Mau empfahl in den 50er-Jahren Lagerung mit Sandsäcken zum Geraderichten der Kinder [2]. Auch die aktuell beworbenen Modelle (z.B. BabyDorm®) wirken ähnlich immobilisierend. Man ist versucht zu sagen: sie beseitigen das Symptom und verstärken die zugrunde liegende Ursache.

Bevor man sich Gedanken macht über irgendeine Behandlung, ist die Frage „Warum eigentlich?“ durchaus angebracht. Die Schädelasymmetrie selber beeinträchtigt das Wohlbefinden der Kinder nicht, was wir bei nunmehr 30.000 behandelten Säuglingen (davon 52% mit Schädeldeformitäten [3]) mit Sicherheit sagen können. Sie ist *Symptom* eingeschränkter Bewegungsmöglichkeiten – auch darüber sind wir uns mit den Autoren einig. Diese Schädeldeformitäten sind durchaus mit relevanten Beschwerden assoziiert, und die hierbei zu findenden Symptomkomplexe sind, je nach Lage der Deformität, unterschiedlich und recht gut zu definieren. Diese werden aber nicht durch die Schädeldeformität verursacht, sondern sind, gemeinsam mit ihr, auf eine **strukturelle Ursache** zurückzuführen: **eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der oberen Halswirbelsäule.**

Die sogenannten Kopfgelenke spielen eine enorm wichtige Rolle bei der Ausreifung und Organisation von Wahrnehmung und Motorik [4]. Die Einschränkung ihrer Mobilität hat weitreichende Konsequenzen; hier liegt auch die Basis der immer wieder mit Plagiozephalie assoziierten Probleme. McKinney wies in einer Studie darauf hin [5], dass Plagiozephalie bei Geburtstrauma häufiger zu finden sei, ohne auf den zugrunde liegenden Verletzungsmechanismus einzugehen. Dies entspricht etlichen vergleichbaren Studien. Die früher klassische Diagnose ‚muskulärer Schiefhals‘ hatte ein ähnliches Denkmodell: Das prominente Symptom wird zum *primum movens* erklärt.

Zur Zeit ist eine Nachuntersuchung einer 250er-Kohorte von Mitte der neunziger Jahre in unserer Praxis behandelten Säuglingen mit KiSS-Problematik in Arbeit, die sich mit der Frage beschäftigt, welche weitere Entwicklung diese Kinder nach der Behandlung der HWS-Irritation nehmen. So viel ist jetzt schon deutlich: nur eine Minderheit von ca. 20% hat später noch Beschwerden, die mit einiger Wahrscheinlichkeit mit der initialen Funktionsstörung in Verbindung zu bringen sind – wenn die ursächliche Bewegungseinschränkung der oberen HWS beseitigt worden war. Darauf sollte man auch die Eltern hinweisen, um unnötige Ängste gar nicht erst aufkommen zu lassen.

Schädeldeformität als Symptom ohne Krankheitswert

Ähnlich wie das oft auch nachweisbare Hämatom des M.sternocleidomastoideus handelt es sich bei einer Schädelasymmetrie um eine ‚offensichtliche‘ Problematik – und ich bin so weit Spielverderber, als ich einfach zugebe: ‚Ja, stimmt!‘ – aber im gleichen Atemzug muss man betonen, dass diese Auffälligkeiten nur Hinweise sind auf das wirkliche Problem, die schmerzhaft irritierte Biomechanik der Kopfgelenke und die dadurch erzwungene Schonhaltung. Die ‚klassische‘ Sichtweise findet sich z.B. bei de Chalain. Für ihn sind die drei häufigsten Ursachen ‚idiopathische Muskelprobleme wie die Fibrose des sternocleidomastoideus, Strukturanomalien der Halswirbel oder neurologische bzw. ophthalmologische Ursachen‘ [6]. Kordestani kommt – im Gegensatz zu dem, was der Titel seiner Arbeit suggeriert – zu dem Ergebnis, dass keine dramatischen Defizite bei Kindern mit Plagiocephalie zu finden sind [7]. Auch er stellt nicht die Frage, ob es sich bei Schädeldeformitäten um ein Symptom oder um ein strukturelles Problem handelt.

Rogers et al. wiesen darauf hin, dass die Hauptursache der Plagiocephalie in der eingeschränkten Kopfbeweglichkeit während der ersten Lebensmonate zu suchen ist [8]. Auch Oh et al. sehen diese Zusammenhänge: „Art und Ausmaß der eingeschränkten Kopfbeweglichkeit korrelieren stark mit der beobachteten Schädelasymmetrie“ [9].

Die Probe aufs Exempel ist der Erfolg der daraus abgeleiteten Therapie. Die Familien kommen meist nicht wegen der Schädelasymmetrie. Ich bin immer wieder erstaunt, wie wenig Eltern die Asymmetrie wahrnehmen. Sie kommen wegen akuter Nöte wie Schreien, Stillproblemen oder durchwachten Nächten am Bett des Säuglings mit Schlafstörungen. *Dies* ist die Motivation, eine Ärztin, einen Physiotherapeuten aufzusuchen. Die Feststellung einer Schädeldeformität ist Nebenbefund der Untersuchung.

Wenn wir – wie unlängst wieder aufgearbeitet und veröffentlicht [10] in der Mehrheit dieser Fälle mit *einer* Behandlung die gestörte Biomechanik der HWS normalisieren können und so für Ruhe und Ausgeglichenheit des Säuglings gesorgt haben, bleibt die Schädelasymmetrie erst einmal bestehen. Sie normalisiert sich immer im Lauf der Entwicklung bis zur Vertikalisierung und darüber hinaus bis zum Abschluss des Schädelwachstums (ungefähr zum Schuleintritt), was wir bei tausenden von behandelten Säuglingen beobachten konnten. Die beste Unterstützung, die die Eltern dabei ihren Kindern geben können, ist aktives Bewegen, Bauchlage und Fördern des Stütz oder auch Baby-Schwimmen und ganz einfach alles, was die Motorik stimuliert. Passive Formung, seien es Kissen, Mützen oder gar die viel teureren Helmorthesen sind bestenfalls ergebnisneutral, schlimmstenfalls langfristig irritierend.

Jede Therapie – vor allem wenn sie über längere Zeit angewandt werden muss –, die potentiell Nebenwirkungen hat und/oder teuer ist, muss sich rechtfertigen. Heutzutage ist das ‚aggressive Abwarten‘ [11] oft nur schwer zu vermitteln. Wenn wir zu unterscheiden vermögen zwischen Symptom und struktureller Ursache, fällt es uns aber leichter, gezielt zu arbeiten, und wir ersparen den Kindern Druck im wörtlichen Sinne, Eltern und Kindern eine langwierige Behandlung und der Allgemeinheit unnötige Kosten.



Abb. 2: Schema der KiSS-induzierten Schädelverformung (aus [12])

Diese typische Situation entsteht durch eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung nach perinatal erlittener HWS-Irritation. In diesem Fall liegt eine linkskonvexe Haltung vor, die zu einer Bevorzugung der linken Seite führt. Der linke Hinterkopf ist abgeplattet, die rechte Gesichtshälfte mikrosom.

Nach Beseitigung der Kopfgelenk-Blockierung verschwindet erst die Asymmetrie im Weichteilbereich des Gesichts innerhalb weniger Wochen. Die Hinterkopfabplattung wird nach 2–4 Monaten deutlich geringer, benötigt aber durchaus Jahre bis zur Normalisierung.

Dies muss den Eltern erläutert werden, weil man natürlich mit einer Orthese diesen Effekt in kürzerer Zeit erzwingen kann, ohne dabei das strukturelle Problem gelöst zu haben.

Ist Messen immer sinnvoll?

In jedem Orthopäden ist ein Techniker versteckt, und so verwundert es nicht, dass für die Beurteilung der Schädelasymmetrie etliche Verfahren angeboten werden [13–17]. Nun ist ein bekanntes Phänomen der Arzt-Patient Interaktion, dass das Messen eines Phänomens dessen (Krankheits-)Wert ändert [18]. Um dies kurz zu erläutern: wenn wir aufwendig die Schädelform eines Kindes dokumentieren, kommt ihr für alle Beteiligten – also auch für den Arzt – ein anderer Stellenwert zu, als wenn wir nur darauf hinweisen, dass das einseitige Liegen das Köpfchen verformt habe, sich dies aber auf die Dauer zuverlässig zurückbilden werde.

Bedenklich stimmt die Diskrepanz zwischen den Hinweisen auf die weitgehend kosmetische Rolle der Helmorthesen einerseits und dem, was den Eltern kommuniziert wird. Es wird von „13 von 15 Maximalpunkten ... mit signifikantem Earshift“ gesprochen, ein Befund, der „mit lasergestützter Vermessung des knöchernen Hirnschädels verifiziert [wurde]“ die empfohlene

¹ Blecher, pers. Mitteilung

Kopforthese wird als „dringend erforderlich“ bezeichnet, da ansonsten die „unausweichlich entwickelnden Schäden am Haltnungs- und Bewegungsapparat“ zu gewärtigen sind². So werden immer wieder Spätfolgen erwähnt, die von ‚einfachen‘ Schulproblemen über Kopfschmerzen bis zu Hyperaktivität und ähnlichem reichen. In den USA versteigen sich manche anbietenden Kollegen zu der Aussage, dass das Nicht-Anpassen einer Helmorthese als unterlassene Behandlung ein Kunstfehler sei!

Bei ausgeprägten Schädelasymmetrien dürfte es erwägenswert sein, deren Symmetrisierung auch im Gespräch mit den Eltern zu diskutieren – schon um ihnen diese Sorgen zu nehmen. Auch die Autoren gehen ja davon aus, dass „fast immer ... eine spontane Rückbildung der Schädeldeformitäten zu verzeichnen [ist]“. Bei welchen Kindern ist also eine intensivere Betreuung von Nöten? Es sind *immer* die akuten klinischen Kümernisse, die im Vordergrund stehen sollten, also Still- und Gedeihprobleme, motorische Entwicklungsverzögerungen und die Gruppe der vegetativen Irritationen mit Schlafstörungen, Schreien und Unruhe. Diese bedrücken auch die Eltern am meisten. Die Asymmetrie wird unserer Erfahrung erst dann als relevant wahrgenommen, wenn sie – z.B. bei der Untersuchung der eben angeführten Symptome – vom Therapeuten betont wird. Man muss sich fragen, wem mit der oben zitierten Wortwahl gedient ist. Wir haben in all den Jahren auf eine quantitative Auswertung der Schädelasymmetrien aus eben diesen Gründen verzichtet, ohne dass sich Probleme ergaben.

Schließlich sei noch an die alte aber immer noch aktuelle Bemerkung von Marx erinnert: „Das Sein prägt das Bewusstsein“. Wer in einer dezidierten Sprechstunde für ‚lagebedingte Schädeldeformitäten‘ arbeitet, für den ist die Versuchung groß, seinem Arbeitsgebiet auch eine entsprechende Aufmerksamkeit zu wünschen zu wollen.

Als kleines Aperçu sei auf die Situation in der Türkei verwiesen. Dort wurden die Kinder schon seit Jahrzehnten während der ersten Lebensmonate relativ immobil auf den Rücken gelegt, und bei einem Besuch in Istanbul konnte ich letztes Jahr die ‚Spätfolgen‘ bei älteren Herren beobachten, deren Haarwuchs im reiferen Alter so weit nachgelassen hatte, dass die Hinterkopfabplattungen deutlich zu sehen waren. Habitus und Körpersprache zeigen aber, dass sie es im Leben weit gebracht hatten... Diese – zugegebenermaßen anekdotischen – Beobachtungen ließen den Schluss zu, dass sie – da nicht am Hals behandelt während ihrer Säuglingszeit – diese Asymmetrien mit ins Erwachsenenalter genommen hatten, trotzdem aber unbehelligt durch diese ‚Schädeldeformität‘ gut durchs Leben gekommen sind.

Ein bisschen Gelassenheit dürfte also auch gegenüber diesem Phänomen das Mittel der Wahl sein...

² Aus einem mir vorliegenden Arztbrief eines Helm-Verschreibers

Literatur beim Verfasser

Dr. Heiner Biedermann
Chirurg, Manuelle Therapie
Huhnsgasse 34
50676 Köln
Tel. 0221/716555-0
E-Mail: hbie@manmed.org