

Zur Arbeit Das KISS-Syndrom der Neugeborenen und Kleinkinder von H. Biedermann

Manuelle Medizin(1993) 31:97 -107

Der Arbeitskreis Manuelle Medizin bei Kindern in der DGMM hat den Beitrag von H. Biedermann in Manuelle Medizin 31:97 -107 vom Oktober 1993 auf seiner Sitzung vom 20./21.11.1993 diskutiert und eine kritische Stellungnahme in Auftrag gegeben:

Grundsätzlich ist es überflüssig, für den eingeführten Begriff der Schräglagedeformität der Säuglinge eine neue Bezeichnung einzuführen. Die Ablehnung der Fachwelt für eine solche Wortschöpfung ist gewiß. Die Begriffe "KISS-Syndrom" und "KISS-Fleck" klingen recht reizvoll. Die englische Übersetzung lautet: "KISS". Hierbei wird eine Begriffsverwirrung a priori geschaffen, denn "Kopfgelenk-induzierte Symmetriestörung" ist nicht dasselbe wie "Kinematic Imbalances due to Suboccipital Strain". Der deutschen Wortschöpfung hätte statt des Bindestriches ein genetivisches "s" gutgetan.

Kopfgelenksinduzierte Symmetriestörung postuliert die Kopfgelenke als pathogenetisches Agens, das auf intrauterine Fehllage, geburts-traumatische Schädigung und "Trauma zu einem späteren Zeitpunkt" ätiologisch zurückzuführen sei. Mag eine intrauterine Fehllage noch aus dem Geburtsprotokoll ersichtlich sein, so ist der Begriff der geburts-traumatischen Schädigung recht nebulös, wenn er als Ätiologie herhalten muß. Woher weiß der Autor von dem Trauma? Stand es im Geburtsprotokoll?

Wird es großzügig angenommen, weil eine andere Erklärung fehlt?

Cerebrales- und Wirbelsäulentrauma sollten getrennt werden. Bei Fehlen eines erinnerten Traumas, ein solches einfach anzunehmen, wenn "die Fehllage erst nach Monaten plötzlich eingetreten war", ist nicht erlaubt.

Als Ätiologie für die beschriebene Störung werden insgesamt für 70% der Fälle diese "Traumata" angegeben. Es mag sein, daß traumatisierende Vorgänge letztlich für einen Großteil der Schräglagedeformitäten verantwortlich sein könnten. Es ist nicht einmal unwahrscheinlich. Dennoch ist es nicht bewiesen.

Der Autor verwirrt den Leser, wenn er behauptet, der schuldige 1. Halswirbel sei "verschoben", "disloziert", dort gäbe es "kein Substrat für Blockierungen". An anderer Stelle handelt es sich um eine "muskulär fixierte Situation", die da therapiert wird. Dann wieder ist es (richtig!) eine "Funktionsstörung". Nachdem in extenso versucht worden ist zu beweisen, daß der solchermaßen verschobene Wirbel für die Symptomatik alleinverantwortlich sei, überrascht es zu lesen, "die Korrelation zwischen den geschilderten Symptomen und der Störung im Kopfgelenkbereich" sei "weich". Sachlich richtig und sprachlich falsch ist es, wenn der Autor an anderer Stelle in Bezug zum 1. Halswirbel meint, es „dürfte“ ... „vorzuziehen sein, den eigentlichen Pathomechanismus offenzulassen“.

Der Arbeitskreis Manuelle Medizin lehnt diese Begriffsverwirrung ab. Ein "verschobener" Wirbel befindet sich definitionsgemäß in Subluxations- oder gar Luxationsstellung. Solche Ideen lassen sich nicht beweisen, gelten heute als weitgehend obsolet und sind damit in Hinblick auf die Fachwelt gefährlich.

Der Behauptung, es gäbe keine Blockierung bei Neugeborenen, weil das "Substrat dafür fehle, weil das Bindegewebe zu weich sei, fehlt ebenso jeglicher Beweis.

Anhand von Röntgenbildern versucht der Autor seine Theorie vom verschobenen Wirbel zu untermauern. Die in viermonatigem Abstand aufgenommenen a.p. Bilder des Säuglings zeigen allenfalls Fortschritte der Ossifikation und im Wachstum des Skelettes, nicht aber eine Stellungsänderung des Atlas gegenüber den Occiputkondylen.

Die Behauptung, "In der Regel ist C1 bei Seitneige nach konvex verschoben", ist falsch. Jirout beschreibt das Gleiten von C1 nach konkav bei Seitneige.

Es scheint auch Schwierigkeiten mit dem Begriff "opisthotone Position" zu geben; denn in den seitlichen Aufnahmen sieht man einerseits eine normale Haltung der HWS und auf der späteren Aufnahme eine leichte Zunahme der physiologischen Lordose bei leichter Reklination des Kopfes. Die "opisthotone Position" wird aber der früheren Aufnahme zugeschrieben. Abgesehen davon, daß der vom Autor öfter verwendete Begriff "opisthoton" durch die Neurologie streng (und anders!) definiert ist, paßt die hier sachlich unerlaubte, analoge Anwendung nicht zu den Röntgenbildern.

Daß die auf dem ersten a. p. Bild zu sehende "Ausgleichskoliosierung" auf dem späteren Bild nennenswert verringert sei, ist nicht zu sehen. Biedermann beweist jedenfalls durch solche Röntgenbilder nicht, daß "durch eine Manipulation eine echte Relationsänderung" von Atlas zu Occiput "erfolgt".

Heutigentags in der Zeitschrift Manuelle Medi-

zin zu behaupten, "man kann. . . KISS-Kinder auch als ‚hemispastisch` bezeichnen", heißt der gesamten Behandlungsmethode einen Bären-dienst erweisen. Die distanzierenden Anführungsstriche machen den Unfug nicht geringer, weil auch hier die Neurologen verständlicherweise entsetzt protestieren werden. Auch der mehrfach verwendete Begriff "intrazerebral" ist als Wortschöpfung nicht unbedingt originell. "Cerebral" hätte wohl ausgereicht.

Biedermann irrt, wenn er die Muskulatur als "weisungsgebundenes Hilfspersonal" bezeichnet. Sie ist keineswegs "das letzte Glied in der Kette, sondern nimmt über ihre proprioceptiven und nociceptiven Afferenzen bekanntermaßen an vernetzten Regelkreisen teil. Als hochsensibles Sinnesorgan prägt sie das spinale- und die supraspinalen Bewegungszentren im Rahmen der Neuroplastizität. Verkürzungen und Rigidität (nicht im neurologischen, sondern im physiologischen Sinn) verschwinden unter Succinylcholin während der Narkose nicht, sondern nehmen zu. Myogene Funktionsstörungen sind deshalb bei der Interpretation des Schiefhalses als pathogenetisches Agens sowohl nach Überdehnung der Muskeln des Nackenrezeptorenfeldes als auch nach traumatischer Einblutung in den M.sternocleidomastoideus zumindest in Betracht zu ziehen.

Im Gegensatz zu Biedermann sehen die Mitglieder des Arbeitskreises Manuelle Medizin bei Kindern die Schräglagedeformität des Säuglings als komplexes Geschehen, bei dem die Funktionsstörungen unter anderem das gesamte Achsenskelett, besonders auch das ISG betreffen.

Eine "Skoliosierung als Schonhaltung der Kopfgelenke" allein ist nicht bewiesen. Die Behandlung soll deshalb aufgrund der Konsensbeschlüsse auch bei den jungen Säuglingen und Neonaten zur Verbesserung der Hüftreifung die Manipulation der ISG durch geeignete Technik einschließen. Tonusasymmetrien sollen behandelt werden, sobald sie erkannt werden, nicht erst nach dem dritten Lebensmonat.

Wir stimmen mit Biedermann überein, daß die Schräglagedeformität des Säuglings regelhaft ein bis zwei Behandlungen in größeren Intervallen benötigt. Ganz anders verhält es sich aber bei der Behandlung funktioneller Störungen spastischer Kinder. Die Behandlung hat auch hier so früh wie möglich einzusetzen. Die Behandlungsfrequenz beträgt nach den Konsensbeschlüssen des Arbeitskreises durchaus 10 bis zu 20 Sitzungen in 2 - 4 Wochen und richtet sich nach dem Befund. Danach hat sich eine langfristige Intervallbehandlung in mehrwöchigen Abständen anzuschließen. Unbedingt notwendig ist dabei die Weiterführung, gegebenenfalls Intensivierung geeigneter Physiotherapie, da die Manuelle Medizin zwar biomechanische und damit auch sensomotorische Ver-

besserungen zu erzielen vermag, nicht aber die Bewegungsplanung und Programmierung ändern kann. Dieses kann nur durch serielle Intervention durch das Behandler-team aus Arzt und Physiotherapeut erfolgen. Bereits jenseits des Säuglingsalters ist dabei das gesamte Achsenskelett in die Manuelle Behandlung einzubeziehen und nicht, wie Biedermann glaubt, ab dem 4. Lebensjahr.

Biedermann schreibt: "Man braucht gar keine unlauteren Motive unterstellen, wenn manche bis zu 20 Behandlungen ansetzen. Die Unsicherheit des Therapeuten und das Drängen der Eltern arbeiten da in dieselbe Richtung". Die Erfahrungen des Arbeitskreises stehen dem entgegen. Die unziemliche Unterstellung, die Orthographie und die Grammatik entsetzten.

Biedermann schreibt, daß "Verletzungen im orofazialen Bereich während der Geburt ... u. E. meist sekundär aus der Traumatisierung der Kopfgelenke resultieren" Was meint er damit? Es ist schade, daß Biedermann seine anerkannt gute Arbeit und deren Ergebnisse nicht besser darzustellen wußte.

Für den Arbeitskreis Manuelle Medizin in der DGMM:

Dr. H. Lohse-Busch
Orthopäde
Rheumatologische Abt.
Fachbereich
Manuelle Medizin/Chirotherapie
Theresienklinik
D-79188 Bad Krozingen

Dr. I. Seifert
Fachärztin für Orthopädie
Drosselweg 4
D-09130 Chemnitz

Zur Arbeit „Das KISS-Syndrom der Neugeborenen und Kleinkinder“ v. H. Biedermann

Dr. T. Meyer (Amsterdam/Niederlande)

Zur vorzüglichen Erörterung des Kollegen Biedermann im Artikel "Das KISS-Syndrom der Neugeborenen und Kleinkinder" in Manuelle Medizin (1993) 31:97 -107, die ich in allen Punkten unterschreiben kann, will ich einige ergänzende Anmerkungen machen.

Bei der Diagnostik ist die Erkennung einer Torsion, die infolge von Traumata in verschiedenen Stadien aufgetreten ist, äußerst wichtig.

Schon Frits Gaymans bewies die Wichtigkeit der Erkennung dieser Torsion bei der Untersuchung von Patienten mit Rückenschmerzen und anderen Beschwerden. Auf dem Kongreß für Manuelle Medizin in London im Jahre 1965, wurde die besondere Funktion des Kontaktes der Gelenkflächen von Co/C und C1/C2 für die Beherrschung der muskulären Reflexabwicklung für das Entstehen und Erhalten der Körperhaltung hervorgehoben.

Der sehr große muskuläre Widerstand in diesem Gebiet und in dem des lumbosakralen Übergangs (Maigne) wurde durch Berechnungen bei Kollisionstesten bewiesen. Diese wurden 1960 bei General Motors in Detroit durchgeführt, auf Anfrage von Dr. Ir. Frits Philips und in Zusammenarbeit mit Professor Dr. Snijders und mir. Wir waren dabei anwesend. Die Berechnungen wurden von Prof. Dr. Snijders geprüft. Dieser muskuläre Widerstand kann von 1500 Kilogramm cervicocranial bis 2500 Kilogramm lumbosacral zunehmen. Auch dies wurde bereits auf dem genannten Kongreß in London aufgezeigt.

Interessant ist der Unterschied der Reaktionen bei Kindern vor und nach dem Übergang vom Liegen zum Laufen, aufgrund von geburtstraumatischen Schädigungen und insbesondere infolge späterer Unfälle im frühen Kindesalter. In der Liegephase ist die Torsion unilateral. Schädel, Schultern, Becken und Füße torquieren in dieselbe Richtung. Nach der Beherrschung des Aufrichtens und des Laufens ist die Torsion entgegengesetzt und bilateral.

Dies zeigt sich ebenfalls in der Körperhaltung. Bei gleichseitiger Torsion tritt Steilstand auf. Es gibt kaum eine Skoliosierung, Lordosierung oder Kyphosierung. Dies hat eine Beckenkipfung (Kippung von rückwärts) zur Folge, wodurch die Belastung des Knorpels der Hüftgelenke, und speziell der Hüftgelenksköpfe, nicht mehr physiologisch ist. Der Tonus der Musculi iliopsoas ist

hierbei von großer Bedeutung.

Unsere häufigen Beobachtungen in hunderten Fällen bestätigen dies. Nachdem das Kind zu laufen beginnt, ist die muskuläre Reaktion völlig verändert. Es treten Scoliosis, Hyperlordosis und Hyperkyphosis (Scheuermann) auf. Bereits in den sechziger Jahren habe ich selbst eine Untersuchung bei 400 Schulkindern durchgeführt und diese mit Gutmann durchgesprochen. Die bei der Untersuchung anwesenden Mütter bestätigten die Häufigkeit von Unfällen im frühen Kindesalter bei Haltungsschäden.

Diese kamen bei 40% der Kinder vor. Auffallend war, daß diese 59 Kinder Lernschwierigkeiten hatten (alle auf der Sonderschule). Da die Mütter meistens Schuldgefühle bezüglich dieser Unfälle hatten (weil die Kinder vom Wickeltisch oder aus der Wiege gefallen waren), ist es oftmals schwierig, präzise Auskünfte zu erhalten.

Damals hielt Gutmann diese Zahlen noch nicht für beweiskräftig. Darum freut es mich um so mehr, eine Bestätigung unserer Beobachtungen im Artikel von Biedermann wiederzufinden. Auch alle beschriebenen Störungen im späteren Alter haben wir wahrgenommen.

Die Feststellung, daß die C1-Korrektur bei Babys unschädlich, jedoch effektiv ist, können wir nur bestätigen. Persönlich habe ich keine einzige Fehlreaktion feststellen können. Auch bei älteren Kindern ist diese C₁-Korrektur hinsichtlich einer Haltungsverbesserung noch sehr effektiv. Selbst bei jungen Menschen nach dem Wachstum ist eine Behandlung noch stets erfolgreich, wobei eine häufigere Korrektur notwendig ist.

Auch Hüftbeschwerden sind im höheren Alter sehr stark zu verbessern. Nächtliche Rücken- und Leistenschmerzen verschwinden ebenfalls. Es würde zu weit führen, um auf den muskulären Faktor, den Durchblutungsfaktor, den Einfluß auf die Zwischenwirbelscheibe, sowie auf das übrige Beschwerdemuster einzugehen.

Im Übrigen stimme ich vollkommen mit den außerordentlichen Schlußfolgerungen von Biedermann überein, desto mehr, weil diese auf klinischen und statistischen Tatsachen beruhen. Leider haben ich und meine Mitarbeiter in diesem Sinne gefehlt.