

Stellungnahme zu den Kommentaren zum Artikel

„Das KISS-Syndrom...“ in der Manuellen Medizin 1993 (31)

H. Biedermann
12/1993

Wenn man -- einige Aufgeregtheiten beiseitelassend -- zum Kern der angesprochenen Unklarheiten vordringt, werden durchaus wichtige Punkte erwähnt:

KISS-Kinder schließen, das ist richtig, die Schräglagebabies mit ein (zur Diagnostik ante partum vgl.[23]). Darüberhinaus gibt es eine Mehrzahl der Fälle, bei denen die Kriterien der Schräglage-Symptomatik nicht zutreffen (die Kinder bewegten sich viel bis kurz vor der Geburt, keine Lageanomalien etc.). Die Rolle des Geburtstraumas ist enorm groß (zur experimentellen Biomechanik vgl.[27], zum Geburtstrauma unter ophthalmologischen Aspekten[15]). Valck hat in der im Artikel zitierten Arbeit[25] eindrucksvoll gezeigt, wieviel an intracerebralen Schäden klinisch stumm bleibt (vgl. auch [5, 24]); um so mehr wird in den viel exponierteren Strukturen der oberen HWS ablaufen, und hier kann man eben nicht zwischen intracranialer und cervicaler Schädigung trennen. Auf die materialreiche aktuelle Arbeit von Gottlieb sei hier verwiesen[4].

Ziel jeder Behandlung muß die Normalisierung des Befundes sein. Wenn die jahrzehntelange Erfahrung vieler zeigt, daß dafür eine Behandlung von Desymmetrisierungen im Kopfgelenkbereich in Richtung Symmetrie effektiver ist als dagegen, sollte man sich dies zunutze machen. Man behandelt keinen asymmetrischen Atlas oder Axis, sondern ein klinisch auffälliges Kleinkind. Daß hierbei nicht selten - im Gegensatz zur Situation bei Älteren - eine Symmetrisierung der Kopfgelenke eintritt, überraschte mich selber.

Genauso bin ich von der Vorstellung ausgegangen, auch bei Kleinkindern müßte der Atlas in Richtung Konkavität verlagert sein, wie man das bei Jugendlichen und Erwachsenen kennt[10, 12, 14, 26]. Wenn dem aber nicht so ist, muß man das auch sagen, zumal es für die Behandlungsrichtung wichtig ist. Über diese Beobachtungen wird an anderer Stelle zu berichten sein.

Schwerpunkt des Artikels ist die Darstellung der Klinik des KISS-Syndroms; daß dabei -- selbst bei dem zur Verfügung gestellten breiten Raum - manches verkürzt wiedergegeben werden muß,

ist unvermeidlich. Deshalb konnte die ganze Problematik der CP-Kinder und ihrer Behandlung auch nur gestreift werden. Die Erfahrungen in der Mitbehandlung von bis jetzt über 200 Kindern werden zu gegebener Zeit zu Diskussion gestellt werden.

Der bewußt in Hochkommata gesetzte Begriff ‚Hemispastik‘ bezog sich auf viele Arztbriefe über KISS-Babies, in denen er zur Charakterisierung der Situation von den zuweisenden Kollegen verwendet worden war. Wer die Nöte der Kinderneurologen bei der Definition des Begriffs ‚Spastik‘ kennt (vgl. z.B. [3, 7, 11, 13, 20, 22]) wird sich als ‚Randfigur‘ in dieser Auseinandersetzung zurückhalten...

Die Frage, was nun das primum movens bei der Therapie des Schräglagesyndroms, des ‚muskulären‘[18] oder congenitalen[19] Schiefhalses, des ‚cervical-diencephal-kinesiologischen Syndroms‘ des Kleinkindes[8] oder eben der KISS-Babies ist, sollte man am besten ex juvantibus beantworten.

Die erfolgreiche Behandlung von über 80% der inzwischen ca. 2.300 Babies durch röntgengestützte Kopfgelenk-Manipulation legt - milde gesagt - nahe, daß es eben diese Störung ist, die uns den besten therapeutischen Zugang bietet. Nicht zuletzt deshalb entstand der Begriff KISS. Daß es Übergänge zu anderen Krankheitsbildern gibt sollte eigentlich keiner Erwähnung bedürfen.

Ich habe die Anregung von Frau Seifert aufgegriffen, und routinemäßig die ISG mitbehandelt. Nicht selten (ca. 45%) findet man in der Tat einen Befund, der an eine Blockierung denken läßt. Wie auch bei älteren Kindern[2] verschwindet dieser Befund in der Regel, wenn man die Kopfgelenke therapiert hat. Beim Vergleich des Behandlungserfolges mit und ohne ISG-Manipulation konnte kein Unterschied festgestellt werden. Dies bezieht sich wohl gemerkt auf Kleinkinder; im Unterschied zu meinem Artikel (er lag über ein Jahr bei der Redaktion, und man wird ja schlauer) würde ich heute die Kinder nicht erst ab dem dritten Lebensjahr, sondern schon ab dem 18. Monat am ISG behandeln.

Das gleiche gilt für die Beurteilung der Rolle der Muskulatur: Man möge die im Artikel gebrauchte Formulierung („weisungsgebundenes Hilfspersonal“) nicht auf die Goldwaage legen; in der grundsätzlichen Einschätzung, daß die Muskulatur oft klinisch am auffälligsten, nicht aber Hauptverursacher der Beschwerden ist, sind sich die modernen neurologischen Publikationen einig. Das trifft insbesondere auf die posturale und WS-nahe Muskulatur zu [6, 16]. Natürlich ist sie in die Regelkreise als wichtiges Glied einbezogen und oft auch therapeutisch der einzige Zugang (z.B. Muscle Energy- Techniken oder via Vojta, Bobath etc.).

Ein etwas trauriges Kapitel ist die Röntgenauswertung. In über zehnjähriger Tätigkeit bei Röntgenkursen fiel mir immer wieder auf, wie schwierig eine exakte funktionelle Auswertung zu vermitteln ist. Anfertigung und Auswertung von Röntgenbildern bei Kleinkindern ist besonders diffizil und wird im Rahmen einer Monographie breiter erörtert werden.

Hier sei nur die Aussage zu Abb. 5 herausgegriffen: die Abb. 5b als „normale Haltung der HWS“ zu bezeichnen heißt, die ganz ausgeprägte Rotation ab C2 (bei kaum rotiertem Kopf) zu übersehen. Die Gelenkportionen sind weit auseinanderprojiziert, die Axis-Schulter wird vor dem Dens abgebildet (vgl. [9, 26]). Das ist selbst auf den kleinen und etwas zu hell abgedruckten Abbildungen zu sehen. Genauso wird der Schulterhochstand, der auch auf diesem Ausschnitt deutlich wird, wohl nicht bewertet. Die Aussage der opisthotonen (Definition im „Reallexikon der Medizin“: ‚extreme dorsalkonvexe Beugung des Körpers infolge Kontraktion der ges. Körpermuskulatur mit Überwiegen der Strecker‘) Haltung bezieht sich darauf und auf den klinischen Befund, die ja für uns als Teilgebiets- Radiologen in enger Verbindung mit der Röntgenauswertung steht. Dabei kann man durchaus von ‚Opisthotonus-Äquivalent‘ sprechen, um Übertreibungen vorzubeugen (vgl. auch [21]).

Zum Schluß noch ein Wort zu der mit viel Verve abgelehnten Sparsamkeit der Behandlungen, will sagen den von uns angeratenen langen Intervallen zwischen den Kopfgelenk-Manipulationen: Diese Diskussion wird nun schon seit Jahren kontrovers geführt und ich mache mir keine Illusionen darüber, hier festgefahrene Fronten aufbrechen zu können. Hinzu kommt, daß man im Rahmen der Arbeit in einer Klinik bei stationärer Behandlung häufiger gezwungen ist, ‚etwas zu tun‘. In vielen Fällen wird dies auch nicht schaden. Mit der Zurückhaltung bei der Therapiefrequenz an den Polen des Achsenorgans ist man in bester Gesellschaft.

Lewit & Janda führten aus:

„An den Schlüsselpunkten, d.h. an den Sakroiliakalgelenken, genügen durchschnittlich 2 Manipulationen im Jahr, um diese Störung dauernd zu beheben, im Bereich der Halswirbelsäule genügte mit Ausnahme eines Falles immer eine einzige Manipulation“

(Hervorhebung hb. Berichtet wurde über 73 Schulkinder) [17].

Nun kennen wir -- und darauf wurde im Artikel auch hingewiesen - viele Wege zum Erfolg, und manche Kollegen werden hierbei deutlich öfter behandeln als wir das bei unserer Methodik vorschlagen. Bei labilen Fällen kann das ungünstig sein und man könnte zahllose kasuistische Beispiele präsentieren, bei denen es erst nach einer anfänglichen Irritation (z.T. nach 8 - 10 Tagen) zur durchgreifenden Besserung kam, ohne daß irgendeine sonstige Therapie eingesetzt worden wäre [1].

Ich möchte weiß Gott nicht behaupten, im Besitz der absoluten Wahrheit zu sein. Aber man muß sich die Frage stellen, ist es wirklich nötig, öfters zu behandeln, zumal, wenn man im engen Verbund mit exzellenten Physiotherapeuten arbeitet? Die Erfahrungen auch mit vielen Dutzenden von Spastikern, Athetotikern oder anderen primär cerebral geschädigten Kindern deuten in eine andere Richtung.

Und wenn dem so sein sollte, dann ist eben das Bessere der Feind des Guten.

Antwerpen, 17.12.93

H.Biedermann

Literatur:

1. Biedermann, H., *Manuelle Therapie bei Kleinkindern*. Orthop Praxis, 1992. **28**: p. 380 - 385.
2. Biedermann, H., *Zur Diskussion gestellt: Die Zervikolumbalgie*. Manuelle Medizin, 1992. **30**: p. 20 - 25.
3. Bobath, K. and B. Bobath, *Die motorische Entwicklung bei Zerebralparesen*. 1983, Stuttgart: Thieme.
4. Gottlieb, M.S., *Neglected Spinal Cord Brain Stem and Musculoskeletal Injuries stemming from Birth Trauma*. J Manipul Physiol Therap, 1993. **16**: p. 537 -543.
5. Govaert, P., P. Vanhaesebrouck, and C. de Praeter, *Traumatic neonatal intracranial bleeding and stroke*. Arch Dis Child, 1992. **67**: p. 840 - 845.
6. Gracovetsky, S.A., *The Spinal Engine*. 1988, Wien, New York: Springer.

7. Grüninger, W., *Spinale Spastik*. 1989: Ueberreuther Wissenschaft ,
8. Gutmann, G., *Das cervical- diencephal-statische Syndrom des Kleinkindes*. Man Med, 1968. **6**: p. 112 - 119.
9. Gutmann, G., *Die Halswirbelsäule: Allgemeine funktionelle Pathologie und klinische Syndrome*. Funktionelle Pathologie und Klinik der Wirbelsäule, ed. G. Gutmann and H. Biedermann. Vol. 1/2. 1983, Stuttgart: Fischer. 370.
10. Gutmann, G. and H. Biedermann, *Die Halswirbelsäule. Teil 2: Allgemeine funktionelle Pathologie und klinische Syndrome*, ed. G. Gutmann and H. Biedermann. 1984, Stuttgart: Fischer Verlag.
11. Hughes, I. and R. Newton, *Genetic Aspects of Cerebral Palsy*. Dev Med Child Neurol, 1992. **34**: p. 80 - 86.
12. Jirout, J., *Röntgenologische Bewegungsdiagnostik der Halswirbelsäule*. Funktionelle Pathologie und Klinik der Wirbelsäule, ed. G. Gutmann and H. Biedermann. Vol. 1/3. 1990, Stuttgart: Fischer.
13. Kalbe, U., *Cerebral-Parese im Kindesalter*. 1993, Stuttgart: Fischer Verlag.
14. Kamieth, H., *Röntgenbefunde von normalen Bewegungen in den Kopfgelenken*. WS in Forschung und Praxis. Vol. 101. 1983, Stuttgart: Hippokrates.
15. Kaur, B. and D. Taylor, *Fundus hemorrhages in infancy*. Surv Ophthalmol, 1992. **37**: p. 1 - 17.
16. Lewit, K., *Manipulative Therapy in Rehabilitation of the Motor System*. 1985: Butterworth.
17. Lewit, K. and V. Janda, *Die Entwicklung von Gefügestörungen der Wirbelsäule im Kindesalter und die Grundlagen einer Prävention vertebraler Beschwerden*, in *Neurologie der Wirbelsäule und des Rückenmarks im Kindesalter*, D. Müller, Editor. 1964, VEB G.Fischer: Jena. p. 371-389.
18. Mau, H., *Begleiterscheinungen und Verlauf der sogenannten Säuglingsskoliose*. Verh. dtsh. orthop. Gesellschaft, 1962. **50**: p. 464- 466.
19. Mau, H., *Zur Ätiopathogenese von Skoliose Hüftdysplasie und Schiefhals im Säuglingsalter*. Z Orthop, 1979. **117**: p. 784 - 789.
20. Meinck, H.M., *Spastik - anatomische und pathophysiologische Grundlagen*, in *Spinale Spastik*, W. Grüninger, Editor. 1989, Ueberreuther Wissenschaft , p. 3 - 10.
21. Ohrt, B., *Wo steht die Entwicklungsneurologie heute?* pädiat prax, 1987. **36**: p. 189 - 198.
22. Piorrek, S., *Spastik - ein Problem in der Rehabilitation*. pädiat praxis, 1993. **45**: p. 615 - 624.
23. Prechtel, H.F.R., *Beurteilung fetaler Bewegungsmuster bei Störungen des Nervensystems*. Gynaekologie, 1988. **21**: p. 130 - 134.
24. Shah, P.M., *Prevention of mental handicaps in children in primary health care*. Bull World Health Organ, 1991. **69**: p. 779 - 789.
25. Valk, J., et al., *The Role of Imaging Modalities in the Diagnosis of Posthypoxic-Ischaemic and Haemorrhagic Conditions of Infants*. Klin Neuroradiol, 1991. **2**: p. 83 - 140 127 - 137.
26. Wackenheimer, A., *Roentgen Diagnosis of the Cranio-Vertebral Region*. 1975, Berlin: Springer.
27. Wischnik, A., E. Nalepa, and K.J. Lehmann, *Zur Prävention des menschlichen Geburtstraumas I. Mitteilung: Die computergestützte Simulation des Geburtsvorganges mit Hilfe der Kernspintomographie und der Finiten-Element-Analyse*. Geburtshilfe Frauenheilkunde, 1993. **53**: p. 35 - 41.