

Betr.: Kommentar *Das KISS-Syndrom – Fakt oder Fiktion?* PD R. Stücker, Hamburg päd hautan 12-2000; S. 523-24

Viele ereifern sich heute über Anschauungen, die sie in 20 Jahren haben werden.
J.P. Sartre

In letzter Zeit wurde in einigen Publikumszeitschriften, aber auch in der (para-)medizinischen Presse Stellungnahmen zum Konzept des KISS-Syndroms veröffentlicht worden, die das große Interesse an diesem Thema deutlich machen. Nicht jede dieser Meinungsäußerungen ist positiv, das scheint selbstverständlich; dass sich einige der Kommentatoren nicht die Mühe gemacht hatten, sich vor der Niederschrift kundig zu machen ist bedauerlich und macht es nötig, diese Informationen den Lesern nachzuliefern.

Dass der Kollege Stücker seinen Meinungsartikel mit den einleitenden Worten beginnt „Wenige Wortschöpfungen haben in der Medizin so eingeschlagen wie die Abkürzung KISS“ freut mich als Autor natürlich[1-4]. Im Weiteren wird aber deutlich, dass er hier einiges - bewusst oder unbewusst - durcheinanderbringt. Die entsprechenden Details kurz in Stichpunkten:

Die Funktionsstörungen im Kopfgelenkbereich sind unseres Erachtens ursächlich für etliche früher anderweitig pathogenetisch zugeordnete Probleme, deren diagnostisch einfachstes die Haltungsfixierung in der Neugeborenenperiode ist, sei es in Seit-Asymmetrie (KISS I) oder in fixierte Rückbeuge (KISS II). Die ganz überwiegende Mehrzahl der Kinder wird allerdings nicht deswegen, sondern aufgrund anderer, für die Eltern viel drängendere Probleme zugewiesen. Meist sind dies Schwierigkeiten, die man landläufig (noch) als „3-Monats-Koliken“ oder „Schreikinder“ apostrophiert, aber auch Verzögerungen der sensomotorischen Entwicklung.

Die Diagnose eines KISS-Syndroms als Ursache einer individuellen klinischen Problematik muss sich auf die drei Säulen Anamnese, klinischer Befund *und* Röntgenuntersuchung stützen. Ich habe immer wieder betont, dass das Röntgenbild allein keine Entscheidung ermöglicht, aber zum Ausschluss anderer Ursachen und zur Präzisierung der Diagnose unerlässlich ist.

Stücker meint, Schräglagekinder gehäuft bei Sectiones gefunden zu haben – damit steht er im Gegensatz zur „klassischen“ Literatur[5], ich könnte mir aber vorstellen, was vielleicht daran liegt, dass hier Notsectiones bzw. primäre Kaiserschnitte bei fixierten Querlagen subsumiert sind. Das sollte man differenzieren, bevor man behauptet, dass „kein traumatischer Geburtsvorgang stattgefunden hat“.

Im Weiteren zeigt sich ein - nennen wir es „individuelles“ – Verständnis von Blockierung. Natürlich kann sich bei Neugeborenen der Kopfgelenkbereich nicht im Sinne einer Verklemmung blockieren; da rennt er offene Türen ein – das ist auch bei Erwachsenen die seltenere Variante. Aber es kommt durchaus zu fixierten Haltungen im Sinne einer Schmerzvermeidungs- Strategie, weshalb ja auch viele Eltern über eine Hypersensibilität der Babies in diesem Bereich berichten[6]. Die Reproduzierbarkeit der funktionellen Röntgenbefunde konnten wir schon vor Jahren nachweisen[7]; Routine- Kontrollen verbieten sich schon aus ethischen und Strahlenschutzgründen. Wichtigstes Argument für die funktionelle Analyse der Röntgenbilder ist aber deren hohe Übereinstimmung mit dem klinischen Bild[6], was dann bei den 20%, wo dies nicht zutrifft, zur Vorsicht mahnt.

Wir haben immer wieder betont, dass das scheinbare Verschwinden der Primärsymptomatik im Rahmen der Vertikalisierung eher ein Zeichen für die enorme Kompensationsfähigkeit unserer neurophysiologischen Entwicklung als Hinweis auf ein echtes Sistieren der Grundproblematik ist. Diese tritt später unter anderen Vorzeichen in Erscheinung, z.B. als Kopfschmerz, Koordinations- oder Konzentrationsstörungen und ist dann nur als KISS- Folge wahrnehmbar, wenn man ganz präzise nach den Früh- Hinweisen forscht. Wir haben hierfür den Begriff der KISS-induzierten Dysgnosie und Dyspraxie (KiDD) geprägt[8, 9].

Der Kollege Stücker irrt, wenn er behauptet „verkürzte Muskulatur bedarf einer adäquaten Dehnung“ – alle modernen Konzepte der Physiotherapie sind schon seit Jahren weit über diesen mechanistischen Ansatz hinausentwickelt, und besonders die auf entwicklungsneurologischen Erkenntnissen basierenden Methoden von Vojta[10], Bobath[11] oder Flehmig[12] stehen dieser Sichtweise zu Teil diametral entgegen. Man muss die Ursache der Verkürzung angehen, dann entspannt der Muskel. Wenn nur gedehnt wird – d.h. rein symptomatisch behandelt wird – kann das im Gegenteil zu Verstärkungen bis hin zur Fibrose führen. Und dann (und nur dann) kann es sinnvoll sein, über eine Operation nachzudenken, die den irreversibel veränderten Muskel verlängert. Fast alle von uns behandelten Kleinkinder waren zuvor von Physiotherapeuten anbehandelt bzw. – diagnostiziert worden. Diese sind auch unsere „Kontrolleure“, da die Eltern die Kinder in aller Regel bei Kinderarzt und Krankengymnastin zu Hause nachuntersuchen lassen. Es ist die Ergänzung von flankierender Behandlung zu Hause (Anweisungen an die Eltern und Physiotherapie) die unsere Manualtherapie ergänzt und effektiv macht. Dass im Kommentar „Atlas therapie“ und Manualtherapie bei Kindern unzulässigerweise gleichgesetzt werden sei hier nur am Rande erwähnt. Atlas therapie ist eine Methode von vielen und m.E. durchaus nicht die effektivste; KiSS ist aber vor allem ein diagnostisches Konzept, da die Umsetzung der Behandlung ein so individuelles da handwerkliches Vorgehen ist, dass sie sich ohnehin weitgehend einer Standardisierung entzieht.

Das Ablehnen der Röntgenaufnahme am Ende des Kommentars kann man schließlich nur als polemisch bezeichnen. Die Strahlenbelastung der Orbita ist bei korrekter Aufnahmetechnik minimal[13] und der Informationsgewinn bei der Röntgenaufnahme enorm. Bei der Auswertung unserer Fälle (1.500 Kleinkinder pro Jahr in unserer Praxis) fanden wir 7,5% pathomorphologisch relevanter Befunde, z.B. Fusionsstörungen, Formanomalien u/o Hinweise auf Raumforderung[14]. Die Differentialdiagnose[14] – und hier vor allem der Ausschluss massiverer Probleme – ist mit Hauptgrund dafür, dass die Manualmedizin auch und vor allem bei Kleinkindern Ärzten vorbehalten bleiben muss. Der rein technische Aspekt der eigentlichen Behandlung könnte durchaus an Physiotherapeuten delegiert werden, was z.B. in den Niederlanden geschieht.

Das entscheidende Argument für oder gegen ein Konzept ist die daraus resultierende Therapiemethode bzw. deren Erfolge. Hier verfügen wir inzwischen über 2 Jahrzehnte Erfahrung und überblicken weit mehr als Zwanzigtausend behandelte Kleinkinder (bis zum Alter von 24 Monaten). Die in der EWMM (European Workgroup for Manual Medicine) zusammengeschlossenen Kollegen aus der BRD und dem benachbarten Ausland arbeiten seit Jahren an weiterer diagnostischer und therapeutischer Präzisierung. Dass hierbei keine den Eltern suggerierten Scheinprobleme behandelt wurden sei an einem Aspekt verdeutlicht: Wir führten früher eine Liste der Kinder, die uns unmittelbar vor einer geplanten Myotomie des M. sternocleidomastoideus vorgestellt wurden. Durch unsere Therapie konnte bei den Kindern unter drei Jahren die Operation ausnahmslos vermieden werden. Wir haben diese Liste dann bei Nummer 254 geschlossen – das war 1996. Fast immer genügte eine einzige Behandlung[6].

Zweifellos ist eine Operation bei älteren Kindern in Einzelfällen indiziert (s.o.). Wir schicken ca. 2-4 Kinder pro Jahr; dies scheint mir ein durchschlagendes Argument dafür, endlich von dem unsinnigen Konzept eines „muskulären“ Schiefhalses abzugehen. Gerade orthopädisch operativ Tätige wissen ja, wie schnell sich verkürzte, ja kontrakte Muskeln dehnen, wenn der meist arthrogene Reiz z.B. durch Endoprothesenimplantation beseitigt werden konnte und noch nicht zu viel Zeit verstrichen ist.

Fazit:

Der im obigen Kommentar deutliche Kritikansatz ist mechanistisch. Er negiert die massiven Erfolge des auf KiSS basierenden Behandlungskonzeptes und unterstellt eine Sorglosigkeit in der Differentialdiagnose, deren Haltlosigkeit sich an der zitierten Literatur beweisen lässt. Ich kann nicht für jeden, der sich – z.T. ohne genügende Vorkenntnisse – diese Methode aneignet, die Hand ins Feuer legen. Wenn aber die Diagnostik von Therapie funktioneller vertebra gener Störungen bei Kindern nach unseren Richtlinien durchgeführt wird, stellt sie eine sichere und effektive Ergänzung anderer kinderneurologischer Verfahren dar.

(Weiterführende Literatur in [4] bzw. auf Anfrage beim Autor hb@manmed.org)

Literatur:

1. Biedermann, H., *Kopfgelenk-induzierte Symmetriestörungen bei Kleinkindern*. Kinderarzt, 1991. **22**: p. 1475 - 1482.
2. Biedermann, H., *Manuelle Therapie bei Kleinkindern*. Orthop Praxis, 1992. **28**: p. 380 - 385.
3. Biedermann, H., *Das Kiss-Syndrom der Neugeborenen und Kleinkinder*. Manuelle Medizin, 1993. **31**: p. 97 -107.
4. Biedermann, H., ed. *Manualtherapie bei Kindern*. . 1999, Enke: Stuttgart.
5. Rosegger, H. and G. Steinwendner, *Das `Schräglagesyndrom' - eine Kombination typischer angeborener Skelettdeformierungen beim Neugeborenen*. Paediat Radiol (Austr), 1992. **27**: p. 25 - 27.
6. Biedermann, H., *KISS- Kinder: eine katamnestiche Untersuchung*, in *Manualtherapie bei Kindern*, H. Biedermann, Editor. 1999, Enke: Stuttgart. p. 27 - 42.
7. Gutmann, G., *Funktionelle Pathologie und Klinik der Wirbelsäule*. Bd I/1: Funktionsanalytische Röntgendiagnostik der Halswirbelsäule und Kopfgelenke. 1981: G. Fischer Verlag
8. Biedermann, H., *Manual Theraphy in Children*, in: *The Craniocervical Syndrome*, H. Vernon, Editor. 2001, Butterworth & Heinemann: London.
9. Biedermann, H., *Das KIDD-Syndrom: ADS als funktionell- sensomotorische Störung*. 2001, Stuttgart: Thieme. in Vorbereitung.
10. Vojta, V. and A. Peters, *Das Vojta-Prinzip*. 1992, Berlin: Springer.
11. Bobath, B., *The very Early Treatment of Cerebral Palsy*. Dev Med Child Neurol, 1967. **9**: p. 373 - 381.
12. Flehmig, I., *Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen*. 1979, Stuttgart: Thieme.
13. National Research Council, *Health effects of exposure to low levels of ionizing radiation*. 1990, Washington.
14. Biedermann, H. and L. Koch, *Zur Differentialdiagnose des KISS-Syndroms*. Manuelle Medizin, 1996. **34**: p. 73-81.