

**Lieber Uli,
Sehr geehrte Damen und Herren,
Es ist mir eine grosse Ehre hier vor Ihnen sprechen zu dürfen.**

Der angekündigte Titel: „Säuglingsasymmetrie prae- und postpartal, geburtshilfliche Anmerkungen“ ist weit gefasst.

Folie 1

Ich versuche einige wichtige Aspekte aufzeigen.

Folie 2.

Zum Schluss versuche ich die Frage zu beantworten, ob man durch geburtshilfliche Massnahmen, das KISS Syndrom verhindern kann.

1.Asymmetrie in der Schwangerschaft.

Folie 3

Prof. Huisman, der Chefarzt der Radiologie des Kinderspitals Zürich stellte mir dieses MRI dankenswerterweise zur Verfügung.

Es zeigt einen Foetus in utero.

Indikation zu diesem Bild war der klinische Verdacht auf ein Kopf- Beckenmissverhältnis der Schwangeren.

Sie sehen einerseits relativ wenig Fruchtwasser und andererseits eine massive Abknickung des kindlichen Kopfes.

Im Buch von Gutmann und Biedermann „Funktionelle Pathologie und Klinik der Wirbelsäule“ Band 1 Halswirbelsäule wird ein Selbstversuch geschildert bei welchem der sich gesunde Probanden den Kopf über Stunden in einer Rotationshaltung von 50° fixieren liessen. Der Proband schildert hierbei die Qualen die er erlitt.

Bei einem Probanden wurde der Versuch nach 155 Minuten wegen Brechreiz, Kollaps und Elendsgefühl abgebrochen. Ein zweiter hielt es länger aus. Nach 270 Minuten wurde der Versuch auch hier wegen Augenschmerzen und Verlangsamung abgebrochen.

Selbstverständlich lassen sich die beiden Situationen im Experiment und in utero nur sehr bedingt vergleichen., ein Hinweis auf die Pathogenität einer Zwangshaltung lässt sich schon ableiten.

Ich denke das Bild spricht für sich selbst. Leider konnte mir Professor Huismann zu diesem Bild nur sagen, dass eine Sectio Geburt stattgefunden hätte. Über die postpartale Entwicklung des Kindes konnte er mir keine Auskunft geben. Es ist aber anzunehmen, dass das Kind asymmetrisch war.

Doch zurück zum Kind das sich in einer Intrauterinen Zwangslage befindet.

Neben der Zwangshaltung die wir auf dem Bild sehr schön beobachten können haben enge Verhältnisse in utero auch eine verminderte Bewegungsmöglichkeit des Fötus zur Folge.

Die folgenden Überlegungen sind spekulativ aber plausibel: Der Fötus lernt sich im Uterus zu bewegen. Das motorische System wird entwickelt und Bewegungen werden trainiert. Zu diesen Bewegungen gehören auch Reflexe. Ich möchte hier zwei davon kurz erwähnen.

- **Spinaler Galantreflex:** Er entwickelt sich in der 20. SSW und ist bei der Geburt aktiv vorhanden. Eine Stimulation im LWS Bereich löst eine Beugung des Rumpfes mit der konkaven Seite zur Stimulation aus. Peiper machte 1965 eine weitere Beobachtung nämlich: „das gleichseitige Bein wird im Knie- und Hüftgelenk gestreckt....häufig kann die Kopfhaltung durch die Stimulation der vorderen Oberfläche des Rumpfes verändert

werden: Die Stimulation auf der einen Seite bewirkt die Drehung des Kopfes zur stimulierten Seite.

Folie 4

Zwei Fragen stellen sich hier:

- 1. Wie findet intrauterin eine Stimulation des kindlichen Rumpfes statt?**
- 2. Wie wirkt sich dieser Reflex auf die Geburt aus?**

Um die erste Frage genau zu beantworten müsste man wohl ein Ultraschallmonitoring über Stunden durchführen. Vielleicht reicht der Reiz der Nabelschnur welche am Rumpf reibt aus. Die zweite Frage lässt sich besser beantworten: Die mütterlichen Weichteile unter der Geburt stimulieren den Rumpf und lösen den Reflex aus, so wird das Kind zum aktiven Teilnehmer an seiner Geburt.

- Asymmetrischer tonischer Nackenreflex: Er entwickelt sich in der 18. SSW. Eine Kopffrotation zur Seite hat eine Streckung des Armes und des Beines zu welcher der Kopf sich dreht zur Folge. Die Extremitäten der anderen Seite werden gebeugt.**

Dieser Reflex wird durch die Geburtsmechanik stimuliert. Am stärksten wohl dann wenn der kindliche Kopf am Schluss der Eröffnungsphase auf Beckenboden von der queren in die schräge oder gerade Einstellung gedreht wird.

Auch hier beteiligt sich das Kind dann mit den Bewegungen seiner Extremitäten am Geburtsverlauf.

Ich beschränke mich in diesem Referat auf Beobachtungen, welche ich bei meiner Arbeit machte, verweise aber darauf, dass einige der hier Anwesenden sich mit persistierenden Reflexen im Rahmen der Arbeiten des INPP (Institute for Neuro-Physiological Psychology) beschäftigen und Kinder nach diesem Konzept behandeln. Mit ihnen wäre eine vertiefte Diskussion über die geburtshilfliche Anamnese bei Kindern mit persistierenden Reflexen interessant.

Zur Asymmetrie in der Schwangerschaft gehören auch Asymmetrien bei der Mutter.

Hier verweise ich auf die häufig vorkommenden Asymmetrien der Funktion der SIG die sich klinisch als Kreuzschmerz der Schwangeren, Ischias oder Hexenschuss zeigen.

Hier können wir mit einfachen manualmedizinischen Massnahmen helfen.

2.Asymmetrien unter der Geburt.

Nun werfen wir zuerst einen Blick auf die Schwangere:

Ich nehme an, sie seien keine Kreationisten und können die Theorie der Evolution akzeptieren.

Folie 5

Der Mensch entwickelte sich im Laufe der Evolution zum Zweibeiner.

Bildet bei den meisten Säugetieren das Becken einen geraden zylindrischen Geburtskanal, so ist dieser beim Menschen nach ventral gekrümmt.

Unter der Geburt rotiert in der Regel der Kopf, um sich an die wechselnden äusseren Gegebenheiten des Geburtskanals anzupassen, was bei andern Primaten nicht der Fall ist.

Der Spielraum zwischen Geburtsobjekt und Geburtskanal ist beim Menschen am engsten.

Wir Menschen kommen als von der Natur "geplante"

Frühgeburten auf die Welt, damit das grösste Gehirnwachstum extrauterin stattfinden kann.

Die Besonderheiten bei der menschlichen Geburt sind also die engen Platzverhältnisse im Geburtskanal, die Krümmung des Geburtsweges und die Grösse des kindlichen Kopfes.

Die Folgen davon sind einerseits eine sehr lange Geburtsdauer (mindestens 862 min. gegenüber 270 min beim Rhesusaffen, dem am zweitlängsten gebärenden Säuger) und andererseits die Entwicklung einer Geburtshilfe durch andere Mitmenschen mit Folgen für das Sozialverhalten der Menschen.

Ich betreute bis Ende 2005 während 25 Jahren Hausgeburten. (Jetzt haben mich die Haftpflichtprämien dazu bewogen damit aufzuhören) Dabei zeigte sich, dass in einigen Fällen die Geburt sich verzögerte, da das Sakroiliacalgelenk der Mutter blockiert war.

Bei einer ersten Gruppe dieser Gebärenden eröffnete sich der Muttermund problemlos, aber der Kopf des Kindes trat nicht ins kleine Becken ein.

Bei anderen Gruppe wurden die Presswehen abgeschwächt.

Nach Lösung dieser Blockierung konnte bei beiden Gruppen der Geburtsvorgang beschleunigt werden.

Zurück zu den Kindern unter der Geburt.

Im Hinblick auf dieses Referat stellte ich eine kleine Statistik zusammen. Ich nahm darin alle KISS Babies, die zu mir vom 1.3. bis 30.4.06 erstmals in Behandlung kamen, auf.

Es waren insgesamt 26 Kinder.

Daraus eine valide Statistik machen zu können, bilde ich mir nicht ein.

Aber beim Zusammenstellen zeigten sich einige Tendenzen, die in den Diskussionen innerhalb der EWMM immer wieder als Beobachtungen mitgeteilt werden.

Folien 6-9

Auffällig scheint mir erstens der grosse Anteil an „pathologischen“ Geburten, und zweitens lässt sich ein Zusammenhang vermuten, dass eine lange dauernde intrauterine Zwangshaltung eher dazu führt, dass die Kinder von Anfang an ein KISS zeigen, währenddessen nach einer sehr schnellen Geburt oder einer operative Entbindung die Klinik eher nach einer gewissen Latenzzeit auftritt. Mehr Schlüsse möchte ich aus diesen 17 Fällen nicht herausquetschen.

Ich denke aber, dass die lange dauernde intrauterine Zwangshaltung die Geburt verzögern kann.

Dank diesem Kongress wurde ich animiert die Tabelle weiterzuführen, dies ohne ein Versprechen für die Zukunft abzugeben an einem nächsten Kongress eine grössere Statistik zu präsentieren.

3.Asymmetrien nach der Geburt.

**Von hundert schiefen Kindern zum Zeitpunkt der Geburt werden etwa 80 ohne Therapie im Laufe von 12 Wochen gerade.
(Buchmann Rostock)**

Das ist ein Grund, dass wir, ausser bei einem grossen Leidensdruck des Kindes und der Eltern, in der Regel erst ab dem Alter von drei Monaten behandeln.

Bei persistierenden Beckenringproblemen der Mutter ist eine Manualtherapie manchmal schon im Wochenbett angezeigt und hilfreich.

Es hat sich sogar bewährt hier eher früh, d.h in den ersten 6 Wochen, zu behandeln solange die Ligamente, dank der Relaxinwirkung, noch locker sind. Man muss der jungen Mutter aber zeigen, wie sie weitere Blockierungen vermeiden kann.

4. Lassen sich die beschriebenen Asymmetrien vermeiden?

Diese Frage kann ich nicht beantworten, aber wenigstens einige Überlegungen dazu äussern:

In der Schwangerschaft haben es weder die Schwangere selber noch die begleitenden Fachleute in der Hand gezielt und direkt Einfluss zu nehmen. Natürlich ist eine Anpassung der Lebensweise der Schwangeren und eine frühe Erfassung und Behandlung von Komplikationen wichtig.

Doch ein Oligohydramnion, eine Steisslage oder eine andere intrauterine Zwangshaltung lässt sich nicht durch gezielte Massnahmen verhindern. Man kann bei einer Steisslage allenfalls noch versuchen das Kind mit der „indischen Lagerung“ zu animieren, sich in die Schädellage zu drehen, auch eine äussere Wendung durch den Geburtshelfer ist eine Option, wobei bei uns in der Schweiz dieses Manöver nur noch von wenigen angewandt wird.

Meistens wird dann eine Sectio vorgeschlagen und durchgeführt.

Damit sind wir bei der Frage, wie sich die Asymmetrien unter der Geburt verhindern lassen.

Sicher einmal durch ein gutes Management der Geburt, eine gute Vorbereitung und Begleitung der werdenden Mutter unter der Geburt.

Die Sectio an sich ist aber keineswegs ein die kindliche HWS schonender Geburtsmodus.

Hierzu eine kleine Anektode:

Am 2.3.06 hatte ich wieder einmal die Gelegenheit bei einer geplanten Sectio assistieren zu dürfen.

Nach dem Eröffnen des Uterus zeigte sich eine doppelte Nabelschnurumschlingung um den Hals des Kindes, es brauchte das Manöver der Operateurin diese zu lösen und das gemeinsame Pressen auf den Uterus vom Anästhesisten und mir um das Kind zu entwickeln.

Da ich ja nur Assistent war konnte ich es mir leisten dabei mitfühlend an die kindliche HWS zu denken. Wir werden noch sehen ob ich dieses Kind einmal behandeln muss. Bis heute ist beim Kind noch keine Schiefhaltung aufgefallen, was für eine grosse Selbstheilungstendenz spricht.

Wie postpartal Asymmetrien vermieden werden können, gehört nicht mehr hierher sondern wäre unter Trauma- und Unfallprävention abzuhandeln.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

