

## Fachinformation:

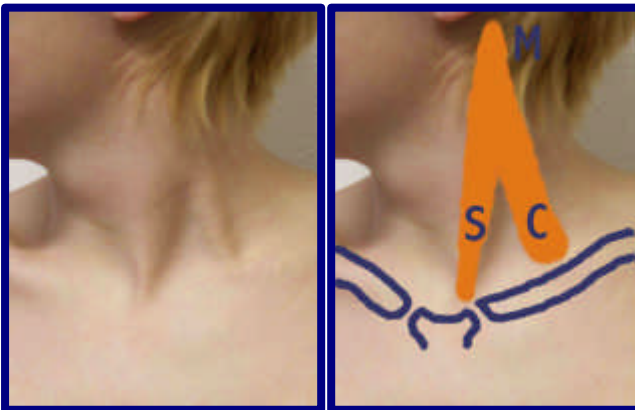
# Torticollis (muskulärer Schiefhals) Ursache, Diagnostik und Behandlung

(von J. Pförtner)

Diese Information ist eine allgemeine Erklärung und Darstellung medizinischer Zusammenhänge unserer Klinik ohne Anspruch auf Vollständigkeit und Richtigkeit, sie spiegelt unsere derzeitige medizinische Auffassung wider.

### AUFTRETEN UND URSACHE

Aufgrund einer strangförmigen Verkürzung des Kopfnickermuskels (M. sternocleidomastoideus) wird der Kopf und der Hals schief gehalten. Dies fällt meist bereits in den ersten Lebensjahren auf und verstärkt sich mit dem Wachstum.



**Abb. 1: Der Kopfnickermuskel (M. sternocleidomastoideus) entspringt hinter dem Ohr am Warzenfortsatz (Mastoid = M) und zieht mit einem Bauch zum Brustbein (S), mit dem anderen Bauch zum Schlüsselbein (C). Bei Drehung zur Gegenseite ist er angespannt und durch die Haut zu erkennen.**

Der Kopfnicker ist eigentlich ein Gesichtsmuskel und erst spät in der Entstehungsgeschichte des Menschen nach unten gewandert. Daher ist er den anderen Hals- und Gesichtsmuskeln sehr nahe. Er kann sowohl willentlich angespannt werden, als

auch unwillentlich bei der Mimik. Wie alle anderen Gesichtsmuskeln wird er von einem Hirnnerven (XI, N. accessorius) innerviert.

An beiden Seiten des Halses gibt es einen Kopfnicker-Muskel (M. sternocleidomastoideus). Der Muskel entspringt vom Mastoid (M) hinter dem Ohr, meist als breiter sehnig-muskulärer Ansatz. Vom Ohr zieht er nach vorn und zur Halsmitte. Er teilt sich in zwei Bäuche, die an verschiedenen Stellen ansetzen. Der mittlere Bauch (S) zieht zum Brustbein, wobei die Ansätze beidseits die Drosselgrube (Jugulum) bilden. Dieser Brustbeinansatz besteht meist aus einer runden Sehne. Hingegen setzt der zweite Bauch (C) seitlich am Schlüsselbein eher muskulös-sehnig an. Da der Muskel sehr oberflächlich liegt, und über ihm nur das flache breite Platysma (ein anderer Gesichtsmuskel) liegt, kann man ihn sehr gut sehen und tasten. Der mittige (sternale) Ansatz ist besonders bei der Kopfdrehung zur Gegenseite gut zu erkennen.

Weil der Muskel schräg verläuft, löst er eine komplexe Bewegung aus. Bei Anspannung neigt er den Kopf zur Seite und nach hinten, dreht ihn aber zur Gegenseite. So wandert der Blick bei Anspannung des linken M. sternocleidomastoideus nach oben rechts (Abb. 2).



**Abb. 2: Bei der Patientin ist der linke Kopfnickermuskel strangartig und verkürzt, besonders der Ansatz am Brustbein tritt deutlich durch die Haut vor. Durch die Verkürzung wird der Kopf zur linken Schulter geneigt und zur rechten Seite gedreht. Auch ist eine leichte Gesichtsverbiegung erkennbar, da eine quere Linie durch die Mundwinkel nicht parallel zur Augenlinie (blau) verläuft.**

Durch eine Muskelverkürzung passiert dasselbe wie bei einer kurzen Anspannung. Nur wird der Kopf nicht in normaler Stellung gehalten, sondern in dauerhafter Drehung und Neigung. Hingegen ist die Bewegung in die Gegenrichtung eingeschränkt. Abgesehen von der Einschränkung des Gesichtsfeldes kann es zur Verbiegung der Wirbelsäule kommen. Außerdem sorgt weiteres Wachstum für einen Ausgleich der Fehlhaltung, weshalb sich das Gesicht zunehmend verbiegt („Gesichtsskoliose“ in Abb. 2).

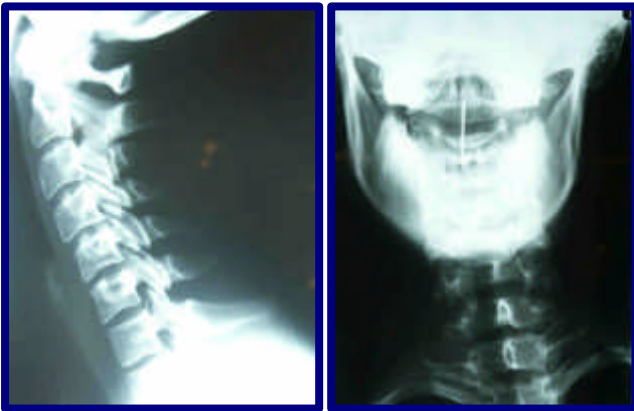
### ANDERE URSACHEN

Für einen Schiefhals gibt es noch zahlreiche andere Ursachen. So können einseitige Schwerhörigkeit, Sehprobleme, Gleichgewichtsprobleme, auch neurologische Erkrankungen und ebenso Fehlbildungen der Halswirbelsäule hinter einem Schiefhals stecken. Daher gehört zu einer gründlichen Abklärung vor einer Operation immer eine Röntgenkontrolle (zum Ausschluss von Wirbelmissbildungen, Abb. 3), eine augen- und eine ohrenärztliche Untersuchung.

Ganz anders ist es mit dem akuten Schiefhals, der seine Ursache (eher bei Erwachsenen) in einer plötzlichen Muskelverspannung, zum Beispiel durch "Zug", hat, oder auch durch eine einseitige Lymphdrüsenentzündung bedingt sein kann. Doch treten diese Formen meist plötzlich auf, bei der Entzündung der Lymphdrüsen besteht auch hohes Fieber. Auch ist der Kopf meist zur selben Seite geneigt und gedreht. Daher kann es kam zu einer Verwechslung kommen.

### KONSERVATIVE BEHANDLUNG

Besonders in den ersten Lebensjahren sollte unbedingt eine physiotherapeutische Behandlung mit Lenkung der Aufmerksamkeit, spielerischen Bewegungsübungen, jedoch ohne Gewalt oder Schmerzen erfolgen. Eine aggressive Dehnungstherapie verursacht nur Geschrei ohne wirkliche Verbesserung. Da keine neurologische Erkrankung zugrunde liegt, ist auch die Anwendung bahrender Verfahren wie der Techniken nach Vojta oder Bobath nach dem ersten Lebensjahr nicht mehr sinnvoll,



**Abb. 3: Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule zeigen auf der Seitansicht (links) die funktionelle Steilstellung der blockartigen Wirbelkörper und auf der Ansicht von vorn (rechts) den großen rechtskonvexen Bogen, der durch die Muskelverkürzung ausgelöst wird. Bei „Maja“ konnten Fehlbildungen ausgeschlossen werden.**

ebenso sollte unbedingt jede Art der Manipulation oder Einrenkung der Halswirbelsäule unterbleiben - dort liegt weder die Ursache noch irgendein wissenschaftlich nachweisbares Problem beim muskulären Schiefhals, aber Einrenkungen oder Mobilisierungen (Chirotherapie) kann zu schwerwiegenden Verletzungen des Rückenmarkes und der hirnersorgenden Gefäße führen, und damit auch einen Schlaganfall auslösen.

Mit Physiotherapie läßt sich ein kleinkindlicher Schiefhals oft gut behandeln, so dass eine Operation vermieden oder zumindest herausgezögert werden kann. Problematisch wird es meist im Wachstumsschub etwa im Einschulungsalter und nochmals zur Zeit der Pubertät. Durch das enorme Knochenwachstum haben in diesen Zeiten selbst gesunde Muskeln nicht genügend

Wachstumspotential, um mitzuhalten, weshalb hochgeschossene Kinder erstmal schlaksig und ungelenkt wirken und oft tatsächlich verkürzte Muskeln haben. Der sowieso schon verkürzte und unter Dauerspannung stehende Kopfnickermuskel hingegen kommt noch viel weniger mit. Der muskuläre Schiefhals nimmt plötzlich stark zu. Und hier ist die Physiotherapie nicht mehr so erfolgreich, weshalb sich oft eine Operation doch nicht umgehen läßt.

#### INFORMATIONEN ZU OP UND GIPS

Bei uns wird als operativer Eingriff die „Biterminale Tenotomie“ durchgeführt. Einerseits ist die Komplikationsrate im Vergleich zu anderen Verfahren niedrig, andererseits besteht eine lange Erfahrung mit dieser Technik. Eine ausführliche Beschreibung der Operation und möglicher Komplikationen sind auf einer eigenen Seite zusammengestellt.

Nach der Operation muss entweder aktiv und kontinuierlich an der neuen Kopfstellung gearbeitet werden, was bei jungen Erwachsenen und einigen Kindern möglich ist und mit einer Weichschalen-Halskrause kombiniert wird, oder aber eine Gips-Ruhigstellung erfolgen. Hierzu wird meist um den fünften postoperativen Tag ein „Diamant-Gips“ angelegt.