

Mundmotorik: Empfehlungen für Babys und Kleinkinder mit Störungen der oralen Funktion

Johannes Limbrock

Zusammenfassung

Bei der osteopathischen Behandlung von Babys und Kleinkindern werden von den Eltern gelegentlich auch Störungen der oralen Funktionen genannt, zum Beispiel Schwierigkeiten beim Saugen, Übergang auf Breiessen oder auf festere Nahrung bis hin zum Verschlucken (Dysphagie), offener Mund, Zungenprotrusion oder Speichelfluss. In diesem Artikel werden medizinische Zusammenhänge (Hypotonie, Hypertonie/Spastizität usw.) erklärt, außerdem Indikationen zu weiterführenden medizinischen Therapien, zum Beispiel die Konzepte nach Castillo Morales, Pörnbacher (NEPA), Padovan oder F.O.T.T. vorgestellt.

Schlüsselwörter

Trinkstörung, Essstörung, Verschlucken, Dysphagie, Speichelfluss, Hypotonie, Zerebralaparese, Castillo Morales-Konzept, Gaumenplatte, Pörnbacher-Therapie (NEPA), Padovan, F.O.T.T.

Abstract

Babies and infants getting osteopathic therapies may show oral functional disorders, such as insufficient sucking, problems with mash, semisolid or solid food or even choking (dysphagia), open mouth, tongue protrusion, and drooling. This article highlights medical contexts (muscle hypotonia, hypertonia/spasticity) and explains indications to more specific therapies such as the concept of Castillo Morales, Pörnbacher, Padovan and F.O.T.T.

Keywords

Drinking disorder, eating disorder, choking, dysphagia, drooling, muscle hypotonia, cerebral palsy, Castillo Morales, stimulating palatal plates, Pörnbacher (NEPA), Padovan, F.O.T.T.

Babys und Kleinkinder werden häufig in osteopathischen Praxen vorgestellt und profitieren von früher Behandlung, zum Beispiel bei Asymmetrien oder Blockaden nach erschwertem Geburtsvorgang. Außer zu den Themen der Bewegungs- und Haltungsentwicklung oder der Regulation (Schlaf, Unruhe) werden Osteopathen dabei manchmal auch Fragen zu oralen Funktionen gestellt, etwa Saugen, Breiessen, Übergang auf stückige und feste Nahrung, oder Fragen zu Verschlucken (Dysphagie), offener Mundhaltung, Zungenprotrusion, Speichelfluss u.v.m. Wenn solche Störungen sich nicht kurzfristig bessern, sollten weitere Hilfen überlegt werden.

Die genannten Funktionsstörungen können Frühzeichen einer gestörten neurologischen Entwicklung sein. Je nach Ausprägung und Verlauf ist eine neuropädiatrische Diagnostik wichtig. Diagnostik- und Beratungsstellen sind in erster Linie die sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), zu finden unter www.dgspj.de/category/sozialpaediatriischezentren. Außerdem gibt die Gesellschaft für Neuropädiatrie auf Anfrage Adressen von niedergelassenen Neuropädiatern weiter (info@neuropaediatrie.com). Vereinfacht lassen sich die orofazialen Auffälligkeiten unterteilen in Symptome und Sekundärprobleme bei Hypotonie einerseits und bei Hypertonie andererseits. Eine muskuläre Hypotonie kann verschiedenste Ursachen haben und ist häufig bei neuromuskulären Krankheiten, zum Beispiel spinaler Muskelatrophie, hereditären Ataxieformen und anderen genetischen Syndromen anzutreffen, etwa bei Trisomie 21 (Down-Syndrom, Abb. 5), Prader-Willi-Syndrom, myotone Dystrophie u.v.m. Mitbetroffen sind Gesichtsmuskeln, Kaumuskeln und die Zunge.

Entsprechende primäre Symptome sind verspätete Aufrichtung mit instabiler Rumpf- und Kopfhaltung, Rundrücken, eingesunkener Brustkorb und flache Atmung sowie orofazial eine reduzierte Mimik, offener Mund, inaktive Ober- und vorgestülpte Unterlippe. Die Zunge liegt flach und breit auf dem Mundboden und ist häufig bis vor die Unterlippe vorverlagert. Beim Schlucken und später beim Sprechen drückt sie nach vorn, im Gegensatz zur Spastik dabei eher nach unten als nach vorn-oben. Nicht selten sind Seit- und Rotationsbewegungen der Zunge eingeschränkt und damit Kaufähigkeit und Aussprache. Die Zunge kann asymmetrisch sein, Atrophie mit Furchungen und Fibrillationen oder auch Faszikulationen aufweisen. Hinten ist sie eher flach. Sie formt auch nicht ihren Gaumen, der dadurch schmal und spitzgiebelförmig hoch werden bzw. bleiben kann.

Der Unterkiefer hingegen wird vom Druck der Zunge und mangelndem Gegendruck des Muskelrings aus Lippen und Wangen (*M. buccinator*) nach vorn verlagert und wächst mehr als der Oberkiefer. Folgen sind Kreuzbiss, Progenie (Angle-Klasse III). Es entwickelt sich ein frontal offener Biss in vertikaler und sagittaler Ebene mit protrudierten unteren Schneidezähnen. Mangels Speichelumspülung von Zähnen und Zahnfleisch und wegen der habituellen Mundatmung kommt es zu Zahnfleischhypertrophie, Karies und später Parodontitis. Auch das Gaumensegel ist hypoton, manchmal sogar paretisch: hypernasaler Stimmklang, Luftverlust beim Pusten, eventuell sogar Nahrungsaustritt durch die Nase können die Folgen sein. Die Empfindlichkeit im Mundbereich und damit die Fähigkeit zur Differenzierung von Nahrungskonsistenzen sind häufiger vermindert als gesteigert;

trotzdem können sich eine Überempfindlichkeit gegen Berührung und vorverlagerte Würgreaktion einstellen mit nachfolgender Abwehr gegen unbekannte, „überfordernde“ Konsistenzen und Geschmacksrichtungen.

Eine muskuläre Hypertonie entspricht meist einer Spastizität (daneben sind auch Muskelhartspann und Rigor mögliche Formen von Muskelhypertonus und Steifigkeit). Spastischer Muskeltonus ist definiert als erhöhter, geschwindigkeitsabhängiger Dehnungswiderstand des Skelettmuskels, solange er nicht willkürlich aktiviert ist. Bei Kindern tritt dies am häufigsten bei Zerebralpareesen auf (durch Hirnschädigung vor, während oder bis vier Wochen nach der Geburt), seltener als erworbene Erkrankung, zum Beispiel durch Gehirnentzündung oder Unfälle. Die motorische Entwicklung ist verzögert, die Haltungskontrolle erschwert, besonders auch die Kopfhaltung (Überstreckung oder starke Beugung; Abb. 1).

Orofaziale Funktionen sind häufig mitbetroffen: Die Mimik ist angespannt, ebenso der Kinnmuskel und marginale Fasern der Oberlippe. Der Mund ist offen, die Oberlippe inaktiv. Da zusätzlich die Zunge nach vorn-oben presst und die marginalen Fasern auf die Zahnwurzeln drücken, werden die oberen Schneidezähne im Lauf der Jahre protrudiert. Der Druck von Kinnmuskel und Unter-



Abb. 1: Sechsjähriges Mädchen mit spastischer Tetraparese

lippe sowie der fehlende Druck der Zunge nach unten-vorn führen zu geringerem Wachstum des Unterkiefers (Retrogenie) und retrudierten unteren Schneidezähnen (Rückbiss, Angle-Klasse II). Die Zunge presst in den offenen Biss, wie „um ihn zu verschließen“, verstärkt damit aber den offenen Biss. Die Form der Zunge ist eher konvex und klobig, nicht flach. Kinder mit spastischer Zerebralparese schlucken seltener als normal und pro Schluck geringere Mengen (weniger effektive peristaltische Transportbewegung der Zunge nach hinten, fehlende Druckwelle bei offen bleibendem Mund). Dadurch läuft häufig der Speichel. Oft fällt das Einleiten des Schluckaktes schwer, sodass der Kopf ruckartig nach hinten genommen wird (erinnert an ein „Vogelschlucken“). Manchmal kommt es zum Verschlucken. Die Empfindlichkeit im Mundbereich ist eher gesteigert als reduziert, im Gegensatz zur Empfindung: Die Differenzierung von Nahrungskonsistenzen ist oft herabgesetzt. Der Übergang auf Brei und besonders auf stückigen Brei fällt schwer, noch schwieriger wird es bei fester Nahrung. Die Würgreaktion ist gesteigert und vorverlagert. Häufig können aufgrund von Spastik, Dystonie oder Hypotonie die Hände nicht zum Mund gebracht werden. So können die Kinder nicht oder reduziert ihren Mundraum und die Mundfunktionen mit den Händen erforschen und erproben bzw. Spielzeug in den Mund nehmen. Die Kinder lernen verspätet sprechen und haben Probleme mit der Aussprache: Die Sprache wirkt gepresst, stoßweise und rückverlagert. Oft fällt ihnen der Stimmeneinsatz schwer.

Therapiemöglichkeiten bei gestörter Mundmotorik

Castillo Morales-Konzept

Es ist ein ganzheitliches, neurophysiologisch orientiertes Behandlungskonzept für sensomotorische und orofazi-



Abb. 2: Basisübung aus dem Castillo Morales-Konzept: Ziel sind ein physiologisches Schlucken sowie Zungen-, Velum- und Pharynxaktivierung und -lateralisation

ale Störungen bei Kindern und Erwachsenen [1]. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Behandlung des orofazialen Bereichs.

Voraussetzung für die Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster am orofazialen Komplex ist eine aufgerichtete Haltung von Körper und Kopf. Bei Säuglingen, Kleinkindern und Schwerbehinderten lässt sich dies mit der „motorischen Ruhehaltung“ nach Castillo Morales erreichen: Das Kind wird sicher und in nahem Körperkontakt gehalten, mit der Hand schüssel am Hinterkopf, die andere Hand mit leichtem Druck und Vibration am Brustbein. Der Nacken ist dadurch aufgerichtet in Verlängerung der Wirbelsäule, die Atmung beruhigt sich, das Kind nimmt Blickkontakt auf, seine Hände kommen zur Mittellinie.

Berührung, Streichen, Zug, Druck und manuelle Vibration sind wichtige Behandlungstechniken im Castillo Morales-Konzept. Mit der intermittierenden Vibration wird in erster Linie der Tonus heraufgesetzt und die Haltung eines hypotonen Kindes stabilisiert. Durch lang anhaltende Vibration wird ein zu hoher Tonus gesenkt. Zusätzlich gibt es viele Übungen (Basisübung und Variationen, seitlicher Aufrichtemechanismus usw., Abb. 2), in denen eine aktive Nackenaufrichtung erreicht wird. Diese ist für die freie Beweglichkeit und Koordination des orofazialen Komplexes entscheidend.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5564723>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5564723>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)