

DR. RICHARD ROYSTER INSTITUT

LIPPEN-KIEFER-GAUMENSPALTEN

Facharbeit CranioSacrale Therapie

Helga Schmitt-Hansen

2013

Vorwort

Vergegenwärtigt man sich, dass Lippen-Kiefer-Gaumenspalten die zweithäufigste angeborene Fehlbildung darstellen, scheint es trotz allem so, als begegne man diesem Phänomen selten.

Die nachfolgende Facharbeit wird sich in ihrem ersten Teil dem theoretischen Hintergrund dieser Erkrankung widmen, und im zweiten Teil werden in einem Fallbeispiel ein Patient mit dieser orofazialen Fehlbildung vorgestellt sowie die Möglichkeiten einer therapeutischen Einflussnahme durch CranioSacrale Therapie beleuchtet.

Im November 2012 begann die Behandlung des männlichen Probanden. Er war zu diesem Zeitpunkt 15 Jahre alt.

Nach einer ersten Befundung und nachfolgender Behandlung ergab sich ein außergewöhnliches Bild, mit einer auffälligen Asymmetrie. Erst bei der zweiten Begegnung bei Tageslicht war im Bereich seiner linken Oberlippe eine dezente, senkrechte Narbe auffällig und der Patient erzählte, dass er mit einer Lippenspalte auf der linken Seite geboren wurde.

Der etwaige Zusammenhang zwischen der bestehenden Gesichtsfehlbildung und den vorgefundenen Auffälligkeiten führte dazu, dass an diesem Tag das Thema dieser schriftlichen Facharbeit im Rahmen der Zertifizierung im Bereich CranioSacrale Therapie Gestalt annahm.

Inhaltsverzeichnis

1 Lippen-Kiefer-Gaumenspalten.....	4
1.1 Geschichte.....	4
1.2 Auftrittshäufigkeit.....	5
1.3 Embryologie.....	6
1.4 Spaltformen und Begleiterkrankungen.....	8
1.5 Ursachen.....	10
1.6 Behandlung.....	10
2 Darstellung des Patienten.....	12
2.1 Anamnese.....	12
2.2 Inspektion.....	12
2.3 Listening Stations-Palpation.....	12
2.4 Erste Behandlung des Patienten.....	13
2.5 Weiterer Verlauf.....	13
2.5.1 Ausführliche Anamnese.....	13
2.5.2 Behandlungsschwerpunkte.....	14
2.5.3 Verhaltensregeln.....	15
3 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	15
4 Konsequenzen.....	16
5 Quellen.....	17
6 Anhang.....	19

1. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten

1.1 Geschichte

Archäologische Funde bestätigen, dass es Lippen-Kiefer-Gaumenspalten gibt, solange es menschliches Leben gibt.

In Ägypten beispielsweise wurde eine Mumie mit einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte gefunden, die im mittleren Reich (ca. 2445-1731 v. Chr.) anzusiedeln ist und auch in Kolumbien fand man eine ca. 2000 Jahre alte Statue eines Königs mit LKG-Spalte (König, 1993).

Eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bedeutete zu dieser Zeit, je nach Schweregrad, häufig den Tod des Säuglings. Mit einer Gaumenspalte konnte ein Neugeborenes nicht an der Mutterbrust saugen. Es wurde getötet oder ausgesetzt, um auf diese Weise nur gesunden und kräftigen Nachwuchs aufzuziehen.

Erst im Zuge der Christianisierung wurden Kranke und Fehlgebildete aufopfernd gepflegt, wenn auch die adäquaten Behandlungsmöglichkeiten noch fehlten (Stylianidou 1999).

In den Anfängen der Spaltträgerbehandlung wird von Behandlungsversuchen berichtet, bei denen einseitige Lippenspalten oberflächlich verwundet wurden und danach durch Zusammendrücken erfolgreich verschlossen werden konnten. Kindern mit doppelseitigen Lippenspalten oder Gaumenspalten konnte nicht geholfen werden und sie verhungerten im ersten Lebensjahr.

Der Frankfurter Anatom und Botaniker Lorenz Heister läutete mit seinem chirurgischen Lehrbuch der Spaltchirurgie Mitte des 18. Jahrhunderts eine neue Ära ein.

Heute kann die multidisziplinäre Behandlung von Spaltpatienten als eine Selbstverständlichkeit angesehen werden.

Die Gesichtsfehlbildung ist durch Ultraschalluntersuchungen häufig schon vor der Geburt bekannt, Mutter und Kind werden von Anfang an in Spaltzentren versorgt.

Ein interdisziplinäres Team, dem Vertreter aus der Pädiatrie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Kieferorthopädie, Phoniatrie und Pädaudiologie, Logopädie sowie der Still- und Ernährungsberatung angehören, arbeiten zu diesem Zweck in regionalen Zentren zusammen (Spaltenbroschüre, Medizinische Hochschule Hannover, 2012).

Ziel ist es schließlich, dass das betroffene Kind zu einem Erwachsenen heranwächst, der sich dank eines ästhetisch akzeptablen Gesichts, eines guten Gehörs, einer gut verständlichen Sprache und einer funktionellen und wohlgeformten Dentition in angemessener Weise in der Gesellschaft zurechtfinden kann (Keindl, 2003).

1.2 Auftrittshäufigkeit

Mit einer Inzidenz von 1:500 Geburten zählen die Lippen-Kiefer-Gaumenspalten zu den häufigsten Missbildungen beim Menschen. Bei den craniofazialen Fehlbildungen stehen sie an erster Stelle. Jährlich werden in Deutschland 1500 Säuglinge mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten geboren und diese stellen somit 15% aller Missbildungen dar.

Die LKG-Spalte steht nach dem Klumpfuß an zweiter Stelle der angeborenen Fehlbildungen.

In den letzten 100 Jahren ist die Inzidenz kontinuierlich um das Dreifache angestiegen und scheint dies auch weiterhin zu tun (Horch, 1998).

Als Ursachen werden diskutiert:

- a) eine Abnahme der Geburten-, wie auch der Operationssterblichkeit
- b) bessere ästhetische und funktionelle Behandlungsergebnisse, welche die Partnerfindung erleichtern und häufiger zu Nachkommen führen.
- c) Verstärkung der exogenen Faktoren (s. 1.5 Ursachen), (Stylianidou, 1999)

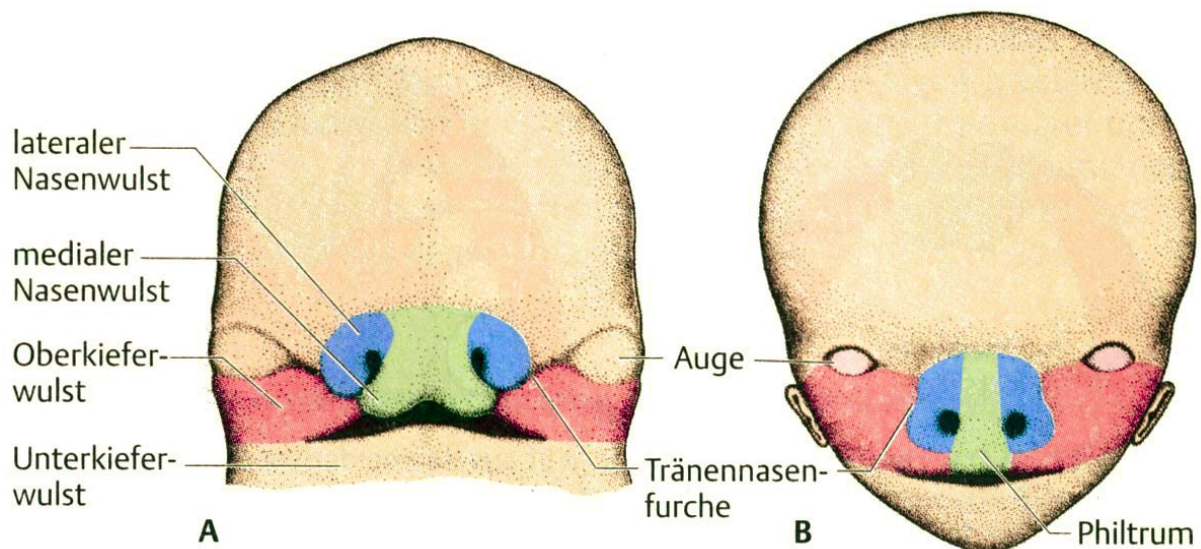
1.3 Embryologie

Während der Embryogenese in der frühen Schwangerschaft entwickeln sich Teile des Gesichts getrennt und wachsen später reißverschlussartig zusammen.

Diese Entwicklung verläuft ungefähr zwischen der 5. und der 8. Schwangerschaftswoche (SSW).

In der 4. Woche sind bereits kaudal der Mundbucht zwei Unterkieferwülste auf beiden Seiten zu erkennen, des Weiteren seitlich die beiden Oberkieferwülste links und rechts und kranial eine leichte rundliche Erhebung, der Stirnfortsatz (Sadler, 1998). Darüber hinaus kann man mittig paarig angelegte Nasenwülste ausmachen, die zwischen der 5. und 7. SSW an der Mittellinie zum Zwischenkiefersegment verschmelzen.

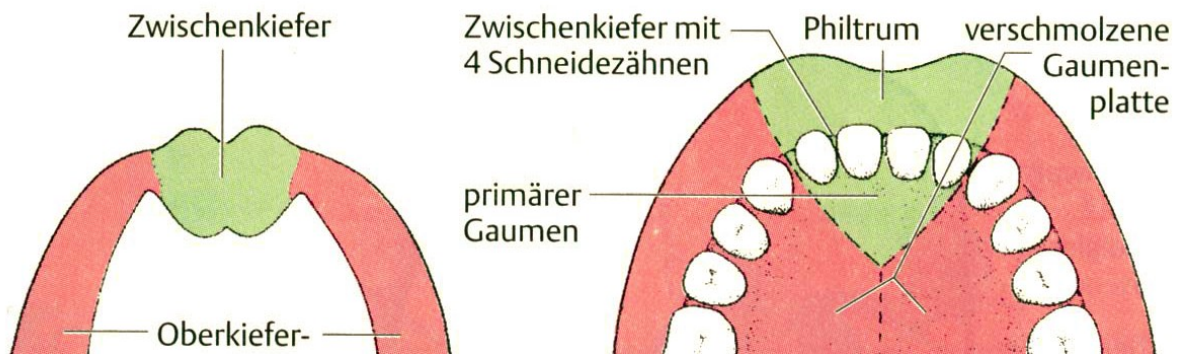
Verschmelzung der Gesichtswülste



(Keindl, 2003)

Aus dem Zwischenkiefersegment entstehen später der mittlere Teil der Oberlippe (Philtrum), der mittlere Teil des Oberkiefers mit den vier Schneidezähnen und ein Gaumenanteil, der den dreieckigen primären Gaumen bildet (Sadler, 1998).

Bildung des primären Gaumens



(Keindl, 2003)

Während der weiteren Entwicklung verwachsen der linke und der rechte Oberkieferwulst mit den schon verschmolzenen Nasenwülsten. Aus den Oberkieferwülsten entstehen der linke und der rechte Teil der Oberlippe zu beiden Seiten des Philtrums und der linke und rechte Teil des Oberkiefers zu beiden Seiten der Schneidezähne.

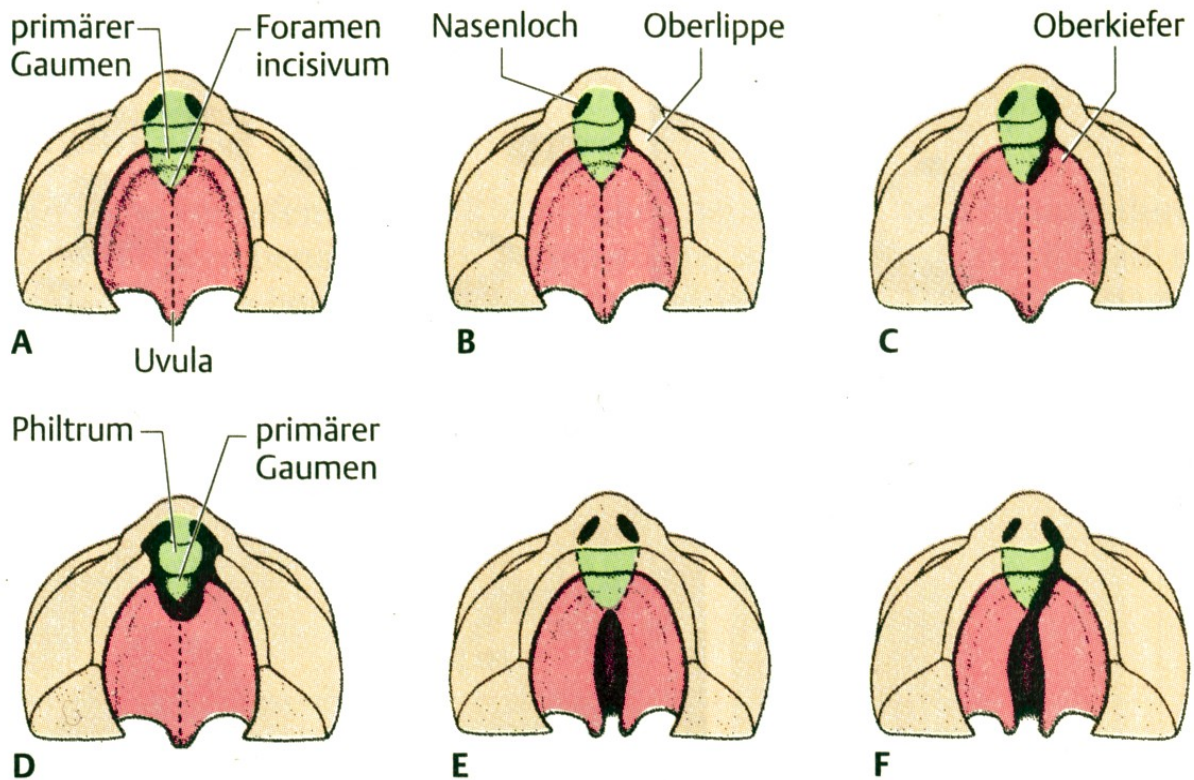
Erfolgt dieser Verschmelzungsprozess nicht vollständig, hat das eine Lippenspalte/ Kieferspalte zur Folge. Die Störung kann die linke, die rechte oder beide Nahtstellen betreffen und führt zur einseitigen oder zur beidseitigen Spalte (Keindl, 2003).

Je nachdem zu welchem Zeitpunkt die Störung auftritt und wie schwerwiegend diese ist, ist nur ein Teil der Oberlippe (sog. Lippenkerbe, Naseneingang nicht betroffen), die Oberlippe allein (Lippenspalte) oder die Oberlippe zusammen mit dem Oberkiefer betroffen (Lippen-Kieferspalte).

Da sich die Gaumenplatten erst etwa eine Woche nach der Ausbildung der Oberlippe aneinanderlegen, ungefähr in der 10. bis 12. SSW, um so den sekundären Gaumen zu bilden und da zudem der Verschlussmechanismus der Lippe ein ganz anderer ist als beim sekundären Gaumen, müssen vordere und hintere Spalten als voneinander unabhängige Fehlbildungen angesehen werden (Sadler, 1998).

1.4 Spaltformen und Begleiterkrankungen

Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten



(Keindl, 2003, S.11)

A = vollständig geglückter Verschmelzungsprozess

B = Lippenpalte links

C = Lippen-Kieferspalte links

D = Lippen-Kieferspalte beidseits

E = isolierte Gaumenspalte

F = Lippen-Kiefer-Gaumenspalte links

Grundsätzlich kann man das Foramen incisivum als Grenzlinie zwischen den vorderen und hinteren Spaltbildungen betrachten.

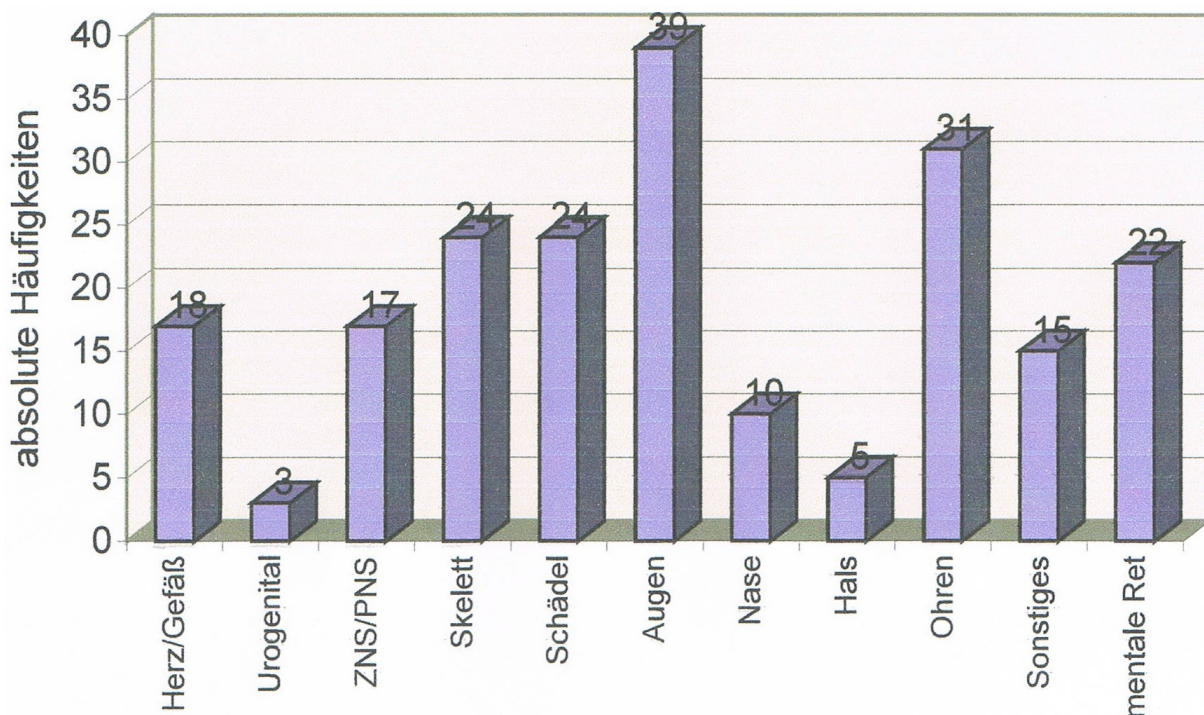
Spalten können also unilateral oder bilateral auftreten. Die linke Seite ist, statistisch gesehen, häufiger betroffen. Der Grund dafür ist unklar, aber es werden

verschiedene Ursachen diskutiert. Eine Theorie ist, dass die häufigere Linksseitigkeit mit der Rechtsdrehung des Kopfes während der Herzentwicklung in Zusammenhang steht (Andrä und Neumann, 1989).

Bei allen Spaltformen ist das männliche Geschlecht häufiger betroffen. Bei Experimenten mit Kaninchen (Holtgrave 1984) kam man zu dem Ergebnis, dass männliche Embryonen empfindlicher auf Noxen reagieren als weibliche. Weibliche Embryonen benötigen eine deutlich höhere „genetisch wirksame Dosis“, um eine Spalte zu entwickeln.

Begleitende Fehlbildungen ergeben sich laut Andrä und Neumann (1989) in den nahe beieinanderliegenden und aufeinanderfolgenden Organdifferenzierungen während der Organogenese. Auch spätere Untersuchungen anderer Autoren scheinen das zu bestätigen.

Weitaus am häufigsten von Fehlbildungen betroffen ist der Kopfbereich. An erster Stelle liegen hier Begleiterkrankungen der Augen und der Ohren.



(Keindl, 2003)

1.5 Ursachen

Es werden sowohl endogene als auch exogene Entstehungsfaktoren für Lippen-Kiefer-Gaumenspalten diskutiert. Man nimmt hauptsächlich eine Kombination aus genetischen und äußeren Faktoren an (multifaktorielle Vererbung).

Gibt es in einer Familie schon Spaltträger, so ist die Wahrscheinlichkeit, ein Kind mit einer derartigen Behinderung zur Welt zu bringen, deutlich größer.

Die häufigsten exogenen Ursachen für eine Störung der Embryonalentwicklung sind:

- Alkohol- und Nikotinabusus während der Schwangerschaft
- Erkrankungen der Schwangeren (z.B. Röteln)
- Folsäuremangel
- intrauterine Blutungen
- Sauerstoffmangel
- ionisierende Strahlung

(Wikipedia)

1.6 Behandlung

Ist im Vorfeld die orofaziale Fehlbildung bekannt, wird sich die Schwangere möglichst schon zur Geburt in ein sogenanntes Spaltzentrum begeben. Dort steht von Anfang an die interdisziplinäre Betreuung beider Patienten im Vordergrund.

Grundsätzlich können Säuglinge mit einer isolierten Lippenspalte gestillt werden. Häufig genügt es die Spalte mit dem Finger zuzuhalten. Bei durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten ist allerdings das Füttern mit Flasche und individuellem Sauger besser geeignet. Unterstützend wird in den ersten Lebenstagen kieferorthopädisch eine Gaumenplatte geformt, welche als Trinkhilfe fungiert. Darüber hinaus steuert sie das Wachstum der gespaltenen Kiefersegmente, unterstützt die Nasenatmung und bringt die Zunge in eine physiologische Lage.

Eine isolierte Lippenspalte wird je nach Klinik zwischen dem 3. und 6. Lebensmonat chirurgisch verschlossen. Unter Umständen kann zum Schuleintritt eine zweite kosmetische Operation vonnöten sein (Spaltenbroschüre, Medizinische Hochschule Hannover, 2012).

Werden Hörschwierigkeiten festgestellt, müssen möglicherweise Paukenröhrchen eingesetzt werden, um einen bestehenden Mittelohrerguss zu drainieren. Dies kann schon während der ersten Operation passieren, damit entfällt der doppelte Narkosestress. Auf diese Weise können wiederkehrende Infektionen sowie

Sprachentwicklungsprobleme aufgrund einer negativen Hörbilanz vermieden werden. Der operative Verschluss des harten und weichen Gaumens geschieht erst zwischen dem 9. und 11. Lebensmonat, zu dem Zeitpunkt, wenn das Kind die ersten Laute bilden will. Würde der Eingriff früher stattfinden, bestünde die Gefahr, dass durch Narben das Oberkieferwachstum beeinträchtigt werde würde.

Der operative Kieferspaltverschluss findet später statt, kurz vor Durchtritt des bleibenden Eckzahns, zwischen dem 8. und dem 11. Lebensjahr.

Eine kieferorthopädische Behandlung bis ins Erwachsenenalter ist die Regel. Besonderes Augenmerk muss ebenfalls auf das Gehör und die Sprachentwicklung gelegt werden. Eine logopädische Sprachtherapie kann nach dem dritten Lebensjahr begonnen werden.

Abbildung: Säugling mit Lippenspalte rechts



(Spaltenbroschüre, Interdisziplinäres Zentrum für Gesichtsfehlbildungen, Medizinische Hochschule Hannover, 2012).

2. Darstellung des Patienten

Der Patient (männlich, 15 Jahre alt) trat mir als ein hoch aufgeschossener, sportlicher Junge entgegen.

2.1 Anamnese

Die Angaben, die der Proband zu seinen Vorerkrankungen machen konnte, waren eher lückenhaft und wurden zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt.

Er beschrieb sein Problem als immer wiederkehrende Kopfschmerzen.

Jahrelang stand seine Spange, die er schon mit acht Jahren wegen eines linksseitigen Kreuzbisses bekommen hatte, im Verdacht, die Schmerzen auszulösen. Die kieferorthopädische Behandlung war im November 2012 allerdings schon zum größten Teil abgeschlossen.

Auf Dauer sollte eine nächtliche Aufbissschiene getragen werden. Er hatte zwei verbleibende Drähte im Mund (Retainer), sowohl einen hinter der oberen Zahnreihe, als auch einen zweiten unten hinter den Zähnen. Die Kopfschmerzen hatten sich allerdings in der letzten Zeit nach Entfernen der Brackets eher verschlimmert.

2.2 Inspektion

Im Stand zeigte sich die wenig vorteilhafte Körperhaltung, wie sie häufig in der Pubertät anzutreffen ist; hyperlordotische Lendenwirbelsäule und eine verstärkte Kyphose in der Brustwirbelsäule.

Als der Junge in Rückenlage auf der Behandlungsbank lag, fiel sein linkes Bein - im Gegensatz zum Rechten - nicht entspannt und locker in Außenrotation. Die linke Fußspitze zeigte zur Decke. Der passive Bewegungstest der Hüftgelenke bezüglich Rotation war allerdings nahezu unauffällig.

2.3 Listening Station - Palpation

Von den Füßen beginnend wurde die CranioSacrale Bewegung palpiert. Der CranioSacrale Rhythmus war am linken Bein nur sehr verhalten zu spüren. Es zeigte sich wenig Außenrotation und der CSR hatte, im Vergleich zum rechten Bein, eine viel kleinere Amplitude.

Das Gleiche ließ sich am Becken spüren. Dies setzte sich über die ganze linke Körperhälfte nach kranial fort. Das linke Ilium stand anterior. Die Duraschlauchbefundung an den Os parietale ließ eine Restriktion an der linken Kopfseite vermuten.

2.4 Erste Behandlung des Patienten

Es wurde mit dem 10-Punkte-Programm begonnen und fast überall waren sehr deutliche Gewebereaktionen zu spüren. Am Kopf war das Ungleichgewicht der Gewebemobilität zwischen linker und rechter Seite stark ausgeprägt. Das linke Os temporale zum Beispiel schien zu Beginn vollkommen in Innenrotation fixiert zu sein.

Zum Schluss der ersten Behandlung war der CranioSacrale Rhythmus viel stärker auszumachen, vor allem auf der linken Körperhälfte, und die Amplitude hatte sich enorm vergrößert.

Bemerkenswerterweise fiel die linke Fußspitze fast so entspannt nach außen wie die Rechte.

Als Hausaufgabe sollte die Duramobilisation nach David Butler ausgeführt werden.

Da das Anamnesegespräch zu Beginn unvollständig erschien, wurde dem Probanden ein Anamnesebogen (siehe Anhang) mitgegeben.

2.5 Weiterer Verlauf

2.5.1 Ausführliche Anamnese

Im Anamnesebogen, ausgefüllt von der Mutter des Patienten, wurde zum ersten Mal dessen Lippenpalte erwähnt.

Er war mit drei Monaten operiert worden. Während der ersten Lebensjahre litt er unter immer wiederkehrenden Mittelohrentzündungen. Der linksseitige Kreuzbiss war schon im Vorschulalter bekannt. Andere Begleiterkrankungen lagen nicht vor.

Ab seinem dritten Lebensjahr besuchte er vier Jahre eine logopädische Sprachtherapie. Heute ist seine Aussprache unauffällig und er hat auch keine Hörminderung zurückbehalten. Andere Spaltträger in der Familie sind nicht bekannt.

2.5.2 Behandlungsschwerpunkte

CranioSacrale Behandlungstechniken

- 10-Punkte-Programm
- Behandlung von Dysfunktionen der Schädelbasis (Sphenoid/Okziput)
- weitere Os temporale-Techniken (Unwinding über den äußeren Gehörgang, Pussyfooting...)
- Befreiung der Iliosakralgelenke
- craniale Behandlungstechniken für Maxilla, Vomer und Palatines
- Unwinding des Os incisivum
- Zahnunwinding im Bereich des linken oberen Eckzahns
- Narbenbehandlung mit indirekter Technik
- Detonisation der Mundbodenmuskulatur

Ausgleich der muskulären Dysbalance

Der pubertäre Wachstumsschub ist bei Jungen in der Regel im 15. Lebensjahr am größten. Unter dem Wachstumsschub kommt es zu einer relativen Verkürzung der Weichteilstrukturen. Bei einem raschen Längenwachstum im Bereich der Extremitäten geraten Muskulatur, Sehnen, Ligamente und Periost unter Spannung, da das eigenständige Wachstum der Weichteilstrukturen schwächer ausgeprägt ist als das des Knochens. So erklärt sich die häufig bei Jugendlichen zu beobachtende eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule und der Extremitäten (Niethard/Pfeil, 1997).

Der Patient hatte typische Verkürzungen der Bein- und Rumpfmuskulatur, vor allem im Bereich der ischiokruralen Muskulatur und der Mm. piriformis (links > rechts). Aber auch die clavipectoralen Faszien zeigten eine erhebliche Spannung. Die Tatsache, dass der Proband aktiv Fußball spielt und zweimal die Woche trainiert, verbesserte diesen Zustand nicht, da im Training keine Dehnungen erfolgten.

Die Muskulatur liegt zwar außerhalb des CranioSacralen Systems, dennoch kann eine muskuläre Dysbalance, wie auch zum Beispiel Narben, Restriktionen innerhalb des Systems nach sich ziehen (Upledger, 2003).

Ein weiterer wichtiger Teil der Behandlung war deshalb ein Übungsprogramm mit klassischen Dehnungen für die ventralen und dorsalen Muskelketten und mit dynamischen Faszienmobilisationen (Müller/Schleip, 2012) zusammenzustellen. Weiterhin stand die Mobilisation der Brustwirbelsäule in Extension und die Kräftigung der Rhomboideen im Vordergrund. Darüber hinaus wurden Muskeln und Faszien manuell behandelt.

2.5.3 Verhaltensregeln

Der Patient erhielt den Auftrag, die mittlerweile bekannten Übungen zur Dehnung der Muskulatur, das dynamische Faszientraining nach Müller/Schleip sowie die Duramobilisation nach David Butler zuhause regelmäßig durchzuführen.

3. Zusammenfassung der Ergebnisse

In den ersten zwei Monaten wurde der Junge des Fallbeispiel einmal wöchentlich (Behandlungsdauer 50 Minuten) behandelt. Mittlerweile findet die Therapie meist einmal im Monat statt.

Bereits die erste Behandlung hatte die Kopfschmerzsymptomatik positiv beeinflusst. Nach der zweiten Sitzung verschwanden die Schmerzen vollständig und sind auch bis heute in dieser Form nicht mehr aufgetreten.

Zudem hatte der Patient in der Vergangenheit viele Verletzungen beim Fußball spielen davongetragen, die ihn jeweils zwangen längere Zeit zu pausieren. Immer wieder kam es zu Irritationen im Iliosakralbereich, aber auch gehäuft zu Wirbelblockaden, und er wurde wiederholt chiropraktisch manipuliert.

Im Jahr 2013 gab es dagegen, mit der Ausnahme von Schürfwunden, keine nennenswerten Sportverletzungen.

Im Laufe der Behandlungszeit hat sich die Gewebemobilität am ganzen Körper deutlich verbessert, die spontane Körperhaltung zeigte eine positive Veränderung. Die auffälligen Mobilitätseinschränkungen im Bereich des linken Os temporale und der Übergang zwischen Sakrum und linkem Ilium relativierten sich.

4. Konsequenzen

Leben ist Bewegung.

Für unser Auge meist nicht sichtbar, herrscht in allen Teilen unseres Körpers ein ständiger Fluss an energetischen Spannungen.

Zahllose lebendige Systeme und deren komplexe Verknüpfungen bestimmen jeden Moment unseren Lebens (Liem/Dobler, 2013).

Wir nehmen nur einen Bruchteil dessen wahr, was an ständigen Bewegungen in uns vor sich geht.

Wie jedes komplexe System versucht auch der menschliche Organismus alle diese Bewegungen und Veränderungen in einem harmonischen Gleichgewicht zu halten. Dieses individuelle Gleichgewicht kann man, denke ich, auch „Gesundheit“ nennen.

Da wir vielen inneren und äußeren Einflüssen ausgesetzt sind, liegt es in der Natur der Sache, dass das angesprochene Gleichgewicht einmal mehr und einmal weniger erreicht werden kann.

Es scheint, dass bei dem Patienten aus dem Fallbeispiel von Anfang an diese Fluidität gestört war, wahrscheinlich vor seiner Operation durch den mangelnden Verschluss des Gewebes, aber auch nach der Operation durch seine Narbe.

Deshalb wäre es meines Erachtens wünschenswert, in das interdisziplinäre Team, welches Eltern und Kind nach der Geburt betreut, eine Therapeutin/einen Therapeuten aus dem Bereich der Osteopathie/CranioSacrale Therapie mitaufzunehmen.

Auf diese Weise hätten bei dem Probanden unter Umständen Mobilitätsstörungen in den verschiedenen Geweben behoben werden können und damit verbundene schädliche Kompensationen sowie daraus entstandene Symptome, über eine Stimulation der Selbstheilungskräfte, aufgelöst werden können.

Es ist davon auszugehen, dass der Patient mit einer besseren Symmetrie als Säugling und Kleinkind eine harmonischere Entwicklung durchlebt hätte.

5. Quellen

Andrä, A., Neumann, H.-J.:

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Ätiologie, Morphologie, Klinik, komplexe Rehabilitation. VEB Johann Ambrosius Barth. Leipzig 1989.

Holtgrave, E. A.:

Klinische und tierexperimentelle Untersuchungen über die Bedeutung der Osteoplastik für die kieferorthopädische Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Habilitationsschrift Universität Bonn 1984.

Horch, H.-H.:

Die Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Eine Informationsbroschüre aus dem Behandlungszentrum für Lippen-Kiefer-Gaumenspalten am Klinikum rechts der Isar der TU München. München 1999.

Keindle, R.:

Begleitfehlbildungen bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Dissertation. Technische Universität München 2004.

Liem, T., Dobler T. K.:

Kraniosakrale Osteopathie. Checkliste. Stuttgart 2013.

Medizinische Hochschule Hannover:

Spaltenbroschüre des Interdisziplinären Zentrums für Gesichtsfehlbildungen. Hannover 2012.

Müller, D., Dr. Schleip, R.:

Fascial Fitness. DVD. München 2011.

Niethard F. U., Pfeil J.:

Orthopädie. Stuttgart 1997.

Sadler, T.W.:

Medizinische Embryologie. Die normale menschliche Entwicklung und ihre Fehlbildungen.

9.Auflage. Thieme Verlag. Stuttgart – New York 1998.

Schliephake, H.:

Primäre chirurgische Rehabilitation von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Sprache-Stimme-Gehör 25(2) (2001). S. 59-69.

Stylianidou,E.:
Bilaterale Lippen-,Kiefer-,Gaumenspalten. Dissertation der Zahnheilkunde.
Ludwig-Maximilians-Universität München 1999.

Upledger, J.E., Vredevogt, J.D.:
Lehrbuch der CranioSacralen Therapie 1.
Haug Verlag. Stuttgart 2009.

www.wikipedia.de

6. Anhang

Anamnesebogen für Kinder

Personalien:

Name:

Vorname:

Straße:

Wohnort:

Telefon:

Geburtsdatum:

Gewicht und Größe nach der Geburt:

Kopfumfang nach der Geburt:

Gewicht und Größe zur Zeit?

Was ist der Grund Ihres Besuches?

Hatten Sie während der Schwangerschaft

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------|
| • eine ernste Erkrankung? | Ja | Nein |
| • wenn ja, welche? | Behandlung mit Antibiotika? | |
| • einen Unfall? | Ja | Nein |
| • besonderen psychischen Stress? | Ja | Nein |
| • Übelkeit und Erbrechen? | Ja | Nein |
| • vorzeitige Wehen? | Ja | Nein |
| • Wenn ja, mussten Sie liegen? | Ja | Nein |
| • Bekamen Sie wehenhemmende Medikamente? | Ja | Nein Welche? |

Verlauf der Geburt:

Dauer: bis 6 Stunden 6-12 Stunden länger

Komplikationen: geplanter Kaiserschnitt Notkaiserschnitt Zange Glocke
oder manuelle Hilfe durch Hebamme oder Arzt

Apgar Werte: / / / (gelbes Heft: z.B. 9/10/10)

Geburtspräsentation: Hinterhaupt Scheitel Steiß Nabelschnurumwicklung

War die Geburt termingerecht? Ja Nein Zu früh? Über Termin?

Musste Ihr Kind im Krankenhaus weiter betreut werden? Ja Nein

Wenn ja, wie lange? Warum?

Wurde Ihr Kind gestillt?

Konnten Sie es ohne Probleme an beide Brüste anlegen? Ja Nein

Das erste Lebensjahr:

Entspricht das Schädelwachstum der Norm? Ja Nein

Wenn nein: zu groß? zu klein?

Wann konnte Ihr Kind sich drehen? Robben? Krabbeln? Sitzen?

Laufen? Treppen steigen?

Komplikationen

Hat Ihr Kind häufig einen Teil der Nahrung erbrochen? Ja Nein

Hatte es sogenannte Dreimonatskoliken? Ja Nein

Leidet es an Blähungen, Verstopfung oder Durchfällen? Ja Nein

Weinte es oft ohne dass Sie genau wussten warum? Ja Nein

Hatte Ihr Kind oft Schwierigkeiten einzuschlafen? Jetzt: Früher:

Wie lange schläft es am Stück? Jetzt: Früher:

Gesundheit:

Hat Ihr Kind einen angeborenen Organdefekt? Zum Beispiel Herz?

Hatte Ihr Kind einen Unfall? Wenn ja, welcher Art?

Eine OP? Wenn ja, welcher Art?

Infektionskrankheiten? Wenn ja, welche?

Kinderkrankheiten? Wenn ja, welche?

Mittelohrentzündungen? Ja Wie oft? Nein

Blasen- bzw. Nierenentzündungen? Ja Nein

Fieberkrämpfe? Ja Nein Wie oft?

Allergien? Ja Nein Wenn ja, welche?

Leidet Ihr Kind mehr als fünfmal im Jahr an Infektionen der Atemwege? Ja Nein

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Pseudokrampfanfall? Wenn ja, wie oft?

Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?

Gab es Impfreaktionen? Ja Nein Wenn ja, welche?

Nimmt es regelmäßig Medikamente? Ja Nein Wenn ja, welche?

Gibt es in Ihrer Familie schwere bzw. chronische Erkrankungen, z.B. Asthma, Diabetes, Rheuma, MS?

Ja Nein Wenn ja, welche?

Besteht eine familiäre Disposition für Allergien?

Ernährung:

Vorlieben bzw. Abneigungen

Bisherige Therapien:

Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Frühförderung?

Andere?

Therapie zurzeit?

Wenn ja, welche?

Besonderheiten:

Gibt es charakterliche Unstimmigkeiten?

(Angst, Aggressivität, Ungeduld, Hektik, Lustlosigkeit, Verschlossenheit...)

Wenn ja, bitte kurz schildern...