

1.1 Die Atlasfehlstellung als Ursache vieler Beschwerden

Der erste Halswirbel, genannt Atlas oder C1 (Abb. 1.1 und 1.2), ist ein zentraler Schlüssel- punkt der Wirbelsäule. Der Atlas hat mit seinem knöchernen Ring zwei Gelenkflächen zum Schädel, bildet das oberste Gelenk der Wirbel- säule (Atlantookzipitalgelenk) und wird auch als „das Nickgelenk“ beschrieben. Bei Inklination und Reklination sind jeweils ca. 15° Bewegung möglich.

Er ist ein Sperrgelenk für Rotation, hier sind nur jeweils 5° möglich, die sich durch die atypische Bewegung des Atlas und dem Gelenkspiel er- geben. Eine weitere Rotation wird durch die Ligg. alaria (Flügelbänder) verhindert. Das zweite Gelenk (Atlantoaxialgelenk) wird auch als Drehgelenk bezeichnet, das ca. 45° Rotation zu jeder Seite zulässt. Da die Blickrichtung recht-

winklig zu seiner Körperachse steht, ist bei jeder Bewegung eine komplexe Vernetzung visueller, peripherer und akustischer Informationen erfor- derlich, um noch fixieren und greifen zu können. Die hohe Anordnung mit nervalen Sensoren (Proprioceptoren) im Atlantookzipitalgelenk er- möglicht dies.

Eine Fehlstellung des Atlas (Abb. 1.3) beein- flusst die gesamte Körperstatik.

Die Halswirbelsäule als Tragpfeiler des Kopfs und Verbindungsglied zwischen Kopf und Rumpf ist der beweglichste, aber auch der emp- findlichste Teil der Wirbelsäule. Durch ein Be- schleunigungstrauma wird die Fehlstellung ex- trem verstärkt, es können u. a. Migräne, Kopf- schmerzen, Sehstörungen sowie ein Becken- schiefstand ausgelöst werden.

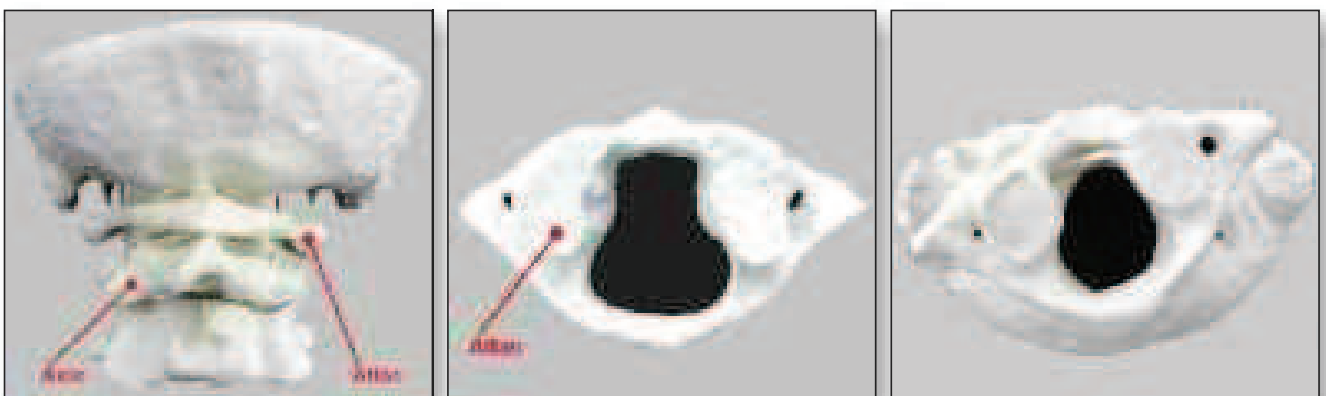


Abb. 1.1: Okziput und obere Halswirbel- säule (C0–C2).

Abb. 1.2: Atlas aus kranialer Ansicht.

Abb. 1.3: Der Atlas in Fehlstellung.

1.2 Mögliche Ursachen für eine Atlasfehlstellung

Schon durch die Geburt kann es zur Fehlstellung des ersten Halswirbels (Atlas, C1) kommen – im Hinblick sowohl auf die Hinterhauptcondylen (Condyli occipitales) als auch auf den zweiten Halswirbel (Axis, C2).

1.2.1 Die Geburt

Die häufigste Lage, aus der ein Kind geboren wird, ist die vordere Hinterhauptslage (Abb. 1.4). Beim Eintritt in den Geburtskanal und im Geburtskanal (Abb. 1.5) kommt es zu einer Verjüngung des Schädelumfangs und damit oft zum Überlappen der Schädelknochen. Das Köpfchen nimmt eine mit dem Kinn auf die Brust gebeugte Haltung ein, um später, beim Austritt aus dem Vaginalkanal, den Kopf um die Symphyse herum zu strecken. Hierbei kommt es zur Überstreckung der Halswirbelsäule (Dorsalextension) (Abb. 1.6).

In der Geburtsmechanik stellt die Schulterdys- tokie, ein relativ häufiger geburtshilflicher Notfall, eine große Gefahr für die Halswirbelsäule dar. Dabei wird der Kopf vaginal geboren, aber die zumeist vordere Schulter bleibt senkrecht auf der Symphyse stecken. Wird in diesem Fall am Köpfchen gezogen, kann es zu Funktionsstörungen in der HWS kommen. Im schlimmsten Fall kommt es neben einem Sauerstoffdefizit zum Ausreißen des Plexus brachialis und damit zu irreversiblen Lähmungen am betroffenen Ärmchen.

Längere Geburtsverläufe in der Austreibungsperiode kommen häufiger bei der hinteren Hinterhauptslage (Abb. 1.7) vor. Die mentoposteriore Gesichtslage ist eine vaginal geburtsmögliche Kopflage, währenddessen die mento- anteriore Gesichtslage in manchen Fällen vagi-

nal geburtsmöglich ist (Abb. 1.8). Diese Lagen sind genauso wie sogenannte Deflexionslagen mit etwa 2 % aller Geburtslagen eher selten.

Bei der Beckenendlage (Abb. 1.9), auch Steiß- lage genannt, liegt das Baby mit dem Becken nach unten im Mutterleib, was nur bei ca. 5 % der Geburten vorkommt. Man unterscheidet bei der Beckenendlage nach den verschiedenen Varianten der Beinstellung des Babys. Einige Geburtshelfer empfehlen grundsätzlich für Erst- gebärende eine primäre Sectio, um das kindliche Risiko zu verringern. Bei der Sectio sind die Zukunftsrisiken für die Mutter in nachfolgenden Schwangerschaften jedoch höher. Daher wird in vielen Kliniken mittlerweile wieder zur vaginalen Geburt geraten, sofern das Risiko für das Baby kalkulierbar ist. Wichtig ist dabei, dass die Geburtshelfer entsprechende Grifftechniken beherrschen.

Das vaginal entbundene Kind hat seltener so- genannte Anpassungsstörungen verglichen mit dem Kind nach einer primären Sectio.

1.2.2 Operative Entbindungen

1.2.2.1 Saugglockengeburt

Bei etwa 5 % aller vaginalen Entbindungen wird aus medizinischer Sicht der Einsatz einer Saugglocke notwendig. Je nach Lage des Kopfes wird die Saugglocke zumeist auf dem Os occi- pitale (Hinterhauptbein) oder den Ossa parietalia (Scheitelbeinen) (Abb. 1.10 und 1.11) auf- gesetzt. Nach einer Saugglockengeburt entwickelt sich häufig eine Schwellung, verbunden mit einem oberflächlichen Hämatom an der Kopf- haut des Kindes, das sich nach wenigen Tagen zurückbildet.