

Physiotherapeutische Behandlung bei angeborener Analatresie

K. Wißmiller

Zusammenfassung

Ein Kind mit einer angeborenen Analatresie kommt viel seltener in die Hände der Physiotherapeuten als ein Kind mit Down-Syndrom, obwohl die Häufigkeit der Fehlbildung mit 1:3000 Geburten genauso hoch ist. Das liegt zum Einen daran, dass ein Kind mit Atresie meist erst im Kindergartenalter sozial auffällig wird im Gegensatz zum Kind mit Down-Syndrom, bei dem die Beeinträchtigung gleich von Geburt an sichtbar ist. Andererseits sind aber auch die Fachleute nicht ausreichend über die Möglichkeiten der Physiotherapie bei dieser Diagnose informiert. In diesem Beitrag beschreibe ich den Behandlungsverlauf bei einer solchen Erkrankung und zeige die vielseitigen Möglichkeiten der Therapie auf.

Schlüsselwörter:

Analatresie, Tethered Cord Syndrom, Mundraumarbeit,

1997 wurde ich in meiner Praxis das erste Mal mit der Diagnose Analatresie konfrontiert

Eine Atresie ist ein angeborener Verschluss natürlicher Körperöffnungen oder Hohlgänge. Bei der hohen Analatresie oder supralevatorischen Form endet das Rektum als Blindsack oberhalb der Puborektalschlinge, es ist kein Spinkter internus vorhanden, nur ein rudimentär angelegter Shinkter externus. Bei der tiefen Analatresie durchsetzt der Enddarm die Levatorplatte und meist auch die tiefen Schichten der äußeren Schließmuskulatur. Die Spinkter internus und externus sind vorhanden, es besteht eine Analöffnung, diese ist aber infolge inkompletter Ruptur der Analmembran stenotisch. Unter den Fachleuten wird kontrovers diskutiert ob es überhaupt eine genaue Einteilung in die hohe und tiefe Form gibt.

Die Ursachen einer Analatresie sind wenig bekannt

Diskutiert werden sowohl ein Gendefekt als auch eine Störung in den ersten 6-8 Schwangerschaftswochen. Auf etwa 3.000 Geburten wird ein Kind mit dieser Fehlbildung geboren (im Vergleich: Down Syndrom 1: 3000), wobei Buben häufiger von einer hohen Form und Mädchen überwiegend von der tiefen Form der Analatresie betroffen sind. 70% dieser Kinder haben zusätzliche Begleitfehlbildungen, meist am Harntrakt (20%) oft mit Fistelbildungen, und an der Wirbelsäule (15%). Das Fehlen des Steiß- oder Kreuzbeins führt häufig zusätzlich zu Inkontinenzproblemen, da z. B. der Hauptkontinenzmuskel Levator ani keinen Fixationspunkt am Steißbein hat und die nervale Versorgung der Muskulatur und der Organe nicht ausreichend gewährleistet ist. Insbesondere das Tethered Cord Syndrom hat oft Nervenschädigungen zur Folge. Das ist ein tief stehender conus medullaris mit fixiertem Filum terminale an der Durawand. Das nach oben strebende Rückenmark wird dadurch behindert. Sichtbare Hinweise sind: Hautauffälligkeiten in der Mittellinie der Lenden-Kreuzverbindung wie z. B. Fettschwulst und Haarbüschel.

Weitere Fehlbildungen,

die auch in Kombination auftreten können, werden als Vater- oder Vacterl-Syndrom bezeichnet:

- Vertebrale Fehlbildungen der Wirbelsäule
- Anale Missbildungen
- C für Cor, Herzfehlbildungen
- TE Tracheo-Esophagealfisteln
- R Renale Defekte (Fehlbildungen der Niere)
- L für Limb, Fehlbildungen der Gliedmaßen

Trotz aufwändiger operativer Therapie fehlt den Kindern der Verschlussmechanismus

Die Kinder werden gleich nach der Diagnose mit einem Anus praeter und dann im Laufe des ersten Lebensjahres mit der Durchzugsoperation nach Pena versorgt. Sie haben damit einen Ausgang am anatomisch richtigen Platz, aber keine funktionsfähigen Verschlussmechanismen. Durch die Operation wird häufig die Darmschleimhaut zerstört, die wiederum wichtig ist, um kontinent werden zu können. Nach der Operation werden die Eltern zum Bougieren angeleitet. Dabei werden Verengungen mit stabförmigen Instrumenten verschiedener Dicke aufgedehnt und geweitet, damit sich das Narbengewebe am künstlich angelegten Anus nicht zu sehr zusammenschnürt. Lernet das Kind nicht bis zum Schulalter sauber zu werden, setzen die Eltern das Bowel Management ein, um die Kinder am normalen sozialen Leben teilhaben zu lassen. Bowel Management bedeutet, dass inkontinente Patienten durch Darmspülungen 24 Stunden am Tag sauber gehalten werden können. Oft kommt es durch die ungenügende Stuhlentleerung zur Kotballenbildung und dadurch zur Überlaufinkontinenz und als Folge zu Darmaussackungen (Megakolon), was wiederum die Kontinenz beeinträchtigt bzw. verhindert. Die durch Medikamente veränderte Darmflora ist ebenfalls einer geordneten Stuhlentleerung nicht förderlich.

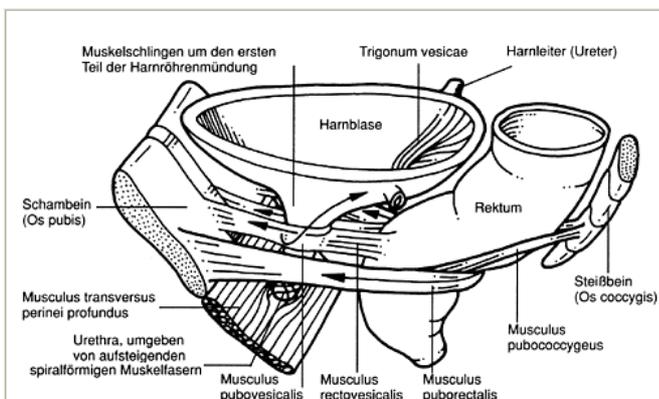


Abb. 1 Muskeln, die für die Defäkation von Bedeutung sind. (Versprille-Fischer / Inkontinenz und Beckenbodendysfunktion)

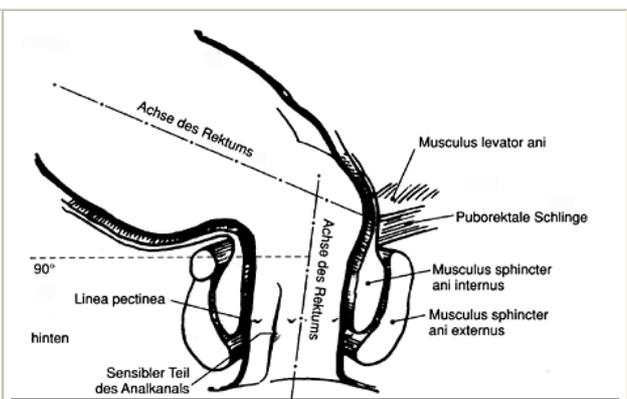


Abb. 2 Längsschnitt durch das Rektum: Der Winkel zwischen der Rektum- und Analkanalachse beträgt circa 90° (Versprille-Fischer / Inkontinenz und Beckenbodendysfunktion)

Abb. 1: Muskeln, die für die Defäkation wichtig sind

Abb. 2: Längsschnitt durch das Rektum

Physiologie des Anorektums (Abb. 1 u. 2)

Die glatte, unwillkürliche Muskulatur des Anorektums (Mastdarms) und des inneren Schließmuskels reagiert auf lokale Reize (Füllmenge, Stuhlbeschaffenheit,

Schleimhautverletzungen) mit Hilfe von Reflexen, die über das autonome Nervensystem ablaufen. Der willkürlich innervierte Teil des Verschlussapparates steht über afferente und efferente Nervenbahnen mit Zentren des Rückenmarks und des Gehirns in Verbindung und wird von diesen gesteuert.

Die hauptsächlichlichen Komponenten des Kontinenzorgans sind:

- innere und äußere Schließmuskeln
- Beckenbodenmuskulatur
- anorektaler Winkel
- neuromuskuläre Reflexmechanismen
- sensorische Leistung: die Fähigkeit den Darminhalt differenziert wahrzunehmen.

Das untere Darmende verfügt über eine Zone erhöhten Drucks, die im Wesentlichen vom inneren unwillkürlich innervierten Schließmuskel aufgebaut wird. Er stellt eine Verdickung der inneren Ringmuskulatur des Enddarmes dar, ist normalerweise tonisch kontrahiert und hält den Analkanal geschlossen. Die willkürlich innervierten äußeren Schließmuskeln, die eng mit den Muskeln des Beckenbodens verflochten sind, sind mit etwa 20% an der Aufrechterhaltung des anorektalen Ruhedruckes beteiligt. Der innere Ringmuskel fehlt bei den hohen Formen anorektaler Atresien, bzw. kann auch mit den heute zur Verfügung stehenden OP-Verfahren nicht nutzbar gemacht werden.

Wenn der innere Schließmuskel auch erhalten werden kann, funktioniert er oft trotzdem nicht, da beim Freilegen der Fisteln des Darmendes die Nervenfasern zerstört oder verletzt werden können. Ohne intakte Nervenversorgung kein Funktionieren des Schließmuskels.

Kontinenz hängt ab vom Zusammenspiel mehrerer Faktoren

Von diesen sind die wichtigsten:

- Konsistenz des Stuhls in Dickdarm und Enddarm
- koordinierte Aktivität der glatten und quergestreiften Muskulatur des Anorektums bzw. des Beckenbodens
- anatomische Integrität des sog. Kontinenzorgans.

Physiotherapeutische Aspekte

Nachdem der kleine Patient in meine Praxis kam, nahm ich Kontakt auf mit Dr. Grundhuber von der Schwabinger Kinderklinik, der ihn mir mit der Diagnose hohe Analatresie überwiesen hatte. Mit Hilfe der Physiotherapie sollte der Junge seinen Beckenbodenbereich erspüren lernen. Dr. Grundhuber hatte vor, ihn dann mit einer Grazilisplastik zu versorgen. Dabei wird der M. gracilis aus dem Oberschenkel heraus präpariert und um den Enddarm geschlungen, damit ein dem Anus ähnlicher Verschluss entsteht. Er äußerte aber auch Bedenken, da er meinte, der kleine Junge würde nur schwer mit sich arbeiten lassen.

Die Arbeit mit dem Beckenboden war mir vertraut, da ich eine Praxis führe mit den Behandlungsschwerpunkten Gynäkologie, Urologie und Pädiatrie. So konnte ich jetzt meine Erfahrungen aus der Gynäkologie/Urologie, u. a. Arbeit nach dem Tanzberger-Konzept, viszerale und kraniosakrale Osteopathie, Kinesiologie, Reflexzonentherapie am Fuß und Aromatherapie mit meinen pädiatrischen Kenntnissen zusammenführen.

Meine Behandlungsschwerpunkte:

1. Haltungsschulung

Fehlhaltung in der Wirbelsäule ergibt eine vermehrte Druckbelastung der inneren Organe auf den Beckenboden. Eine aufrechte Haltung lässt eine ökonomische Arbeitsposition für den Beckenboden entstehen, da hier eine Abstützung der inneren Organe durch die Symphyse vorhanden ist. Ein optimales Zusammenspiel zwischen den Synergisten Bauch-, Rücken-, Zwerchfell und Beckenbodenmuskulatur ist Voraussetzung für einen leistungsfähigen Beckenboden, ebenso die freie Beweglichkeit der LWS und der Hüftgelenke.

2. Fußarbeit

Die Füße sind das Fundament für unser Körperhaus, ist das Haus achsengerecht gebaut, steht es auch gerade. Gut tonisierte Fußgewölbemuskeln stützen bzw. tonisieren den Beckenboden. Gearbeitet wird zur Sensibilisierung über Stäbchen, Kugeln, Bohnen, Knetmasse, Korken, Steine, Grasmatte, Reissäckchen und zum Spannungsaufbau z. B. über Pinguin oder Fallschirmspringer.

3. Mundraumarbeit:

Das heißt aktives Arbeiten mit den Lippen, der Zunge, den Wangen mit und ohne Material (Strohhalme, verschiedene Pfeifen, Wattebausch, Kaugummi, Federn), stumm oder laut, mit Eigenkontrolle vor dem Spiegel.

Die Zusammenhänge zwischen Mund-/Rachenraum und Bauch-/Beckenraum sind bekannt aus:

Embryologie

In der 6. Schwangerschaftswoche Ausbildung vom Nasen-/Rachenraum, Genitalbereich, Darm und Lunge. Entwicklungsgeschichtlich ist nachweisbar, dass Mund und Verdauungstrakt aus dem gleichen Keimblatt, dem Entoderm, entstanden sind. Wenn eines leidet, können zur Aktivierung die anderen mit oder nebenbehandelt werden. Eine Analatresie ist oft mit einer Speiseröhrenatresie verbunden.

Logopädie

Töne und Laute stellen Verbindungen her zu verschiedenen Körperebenen, dadurch entsteht ein Zugang zum Beckenboden z. B. über Frikative (= Geräuschlaute) wie f/sch/s oder Plosivlaute (= Verschlusslaute) wie b/p/d/t/k/g.

Geburtsvorbereitung

Funktionelle Zusammenhänge sind bekannt:
Gelöster Mundraum = lockerer Beckenbodenraum
Verbissene Kieferstellung = gespannter Beckenraum
Mund = Muttermund
Hals = Gebärmutterhals
Lippen = Schamlippen
Mundboden = Beckenboden

Atemtherapie:

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Zwerchfell- und Beckenbodenaktivität. Die Sogwirkung des Zwerchfells wirkt hebend auf den Beckenboden bei intaktem synergistischem System. Der Atemfluss kann durch Frikativlaute oder Plosivlaute = Provokationslaute verändert werden und somit den Beckenboden tonisieren.

Weitere Zusammenhänge sind bekannt durch:

Sexualität
Psychologie
Bachblütentherapie
Meridiantherapie: Gouverneur und Zentralgefäß beginnen am Damm und enden an Ober- bzw. Unterlippe

Zähne: Wechselbeziehungen zwischen Zahn-Kiefergebiet und dem übrigen Organismus z. B. haben alle vier Schneidezähne Blasenbezug.

4. Durchblutungsförderung

Durch kneippische Anwendungen wie z. B. Wechselsitzbäder, heißen Lumbalguss, Oberschenkelguss oder kaltes Klatschbad werden Durchblutung und Lymphfluss im Beckenraum angeregt. Dadurch entstehen auch wachere Körperwahrnehmungen für den tiefen Bauch- und Beckenraum.

5. Aromatherapie

Mit der besonders im angloamerikanischen Raum bekannten Form der Behandlung durch die Aromatherapie können physische und psychische Störungsbilder behandelt und Selbstheilungskräfte geweckt werden. Die reinen ätherischen Öle können auf der Haut, über die Lunge, über das Riechhirn und das limbische System ihre Wirkung auf das vegetative Nervensystem und damit auf den ganzen Körper erzielen.

6. Reflexzonentherapie am Fuß:

Über die Therapie am Fuß besteht die Möglichkeit auf viele der vorher aufgeführten Behandlungsschwerpunkte Einfluss zu nehmen.

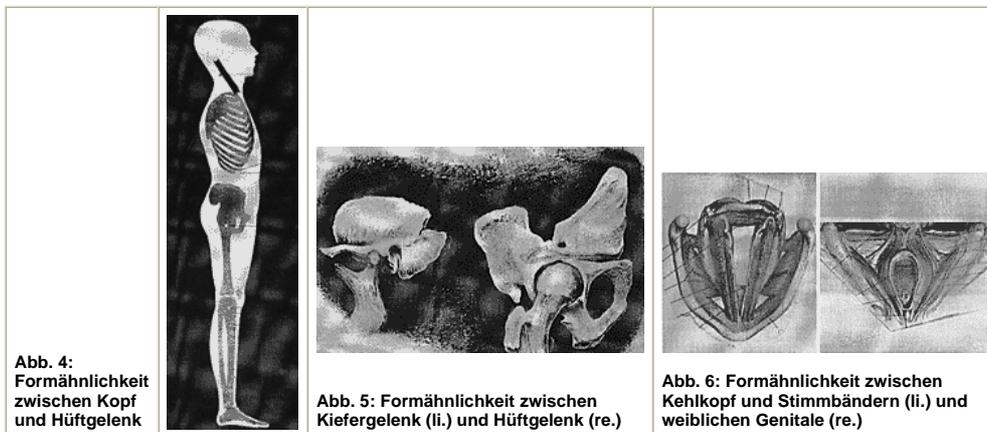
Haltungsschulung:

Übertragen wir den sitzenden Menschen auf den Fuß (**Abb. 3**), erkennen wir die Reflexzone der Wirbelsäule im Fußlängsgewölbe. Dadurch ist eine Tonisierung des Halteapparats der Wirbelsäule wie des Fußgewölbes möglich.



Atemarbeit:

Ebenso können wir durch bestimmte Griffe in den Reflexzonen der Synergisten von Bauch-, Rücken-, Zwerchfell- und Beckenbodenmuskulatur günstigere Arbeitspositionen entstehen lassen.



Mundarbeit:

Das Bearbeiten der Zahnreflexzonen am Fuß beeinflusst energetisch die Funktion der zugeordneten Organe im Körper (Elektroakupunkturmessung nach Dr. Voll). Übertragen wir den Kopf des Menschen in das Becken (**Abb. 4**), lässt uns die Formenähnlichkeit erstaunen, ebenso aber die Funktionszusammenhänge:

Mundboden - Beckenboden

Mund - Urmund = Anus
Kiefergelenk - Hüftgelenk (**Abb. 5**)
Kopfhirn - Bauchhirn
Gehirnwindungen - Darmwindungen
Kehlkopf/Stimmbänder - weibliche Genitalien (**Abb. 6**)

Die Spinktersysteme im Körper stehen untereinander reflektorisch in Verbindungen, das sind z. B. Mund, Mageneingang, Magenausgang, Ileozökalklappe, Anus. Alle gehören dem Verdauungstrakt an (Embryologie) und stellen Anfang und Ende dar, deshalb spricht man auch vom Anus als Urmund. Alle Formen, auch anatomische, sind nicht auf Selbstzweck angelegt, sondern dienen einer Funktion. Ähnliche Formen im Menschen weisen auf therapeutisch nutzbare Zusammenhänge hin.

Durchblutungsanregung:

Bei einer Studie an der Universität in Innsbruck 2001 wurde durch eine farbkodierte Dopplersonographie nachgewiesen, dass nach Tonisieren der Darmzonen am Fuß nach vier Minuten eine vermehrte Durchblutung im Organ im Körper messbar wurde.

7. Kinesiologie

Damit ist unter anderem ein Ausbalancieren im Energiehaushalt der Meridiane möglich.

Behandlungsbericht

Der Junge, geb. 26.12.1992, war zum Zeitpunkt des Berichtes 6 1/2 Jahre alt und seit 2 1/4 Jahren in physiotherapeutischer Behandlung.

April 1997:

Bei der ersten Vorstellung in meiner Praxis ist der Junge 4 1/2 Jahre alt und kommt mit der Diagnose: angeborene hohe Analtresie mit Beckenbodenlähmung, Zustand nach Anus praeter Operation nach der Geburt, mit 9 Monaten Rückverlegung mit Durchzugsoperation nach Pena, Fehlen einer Anlage zur rechten Niere, bis 9 Monate Antibiotikagaben wegen persistierenden Refluxes, unkontrollierte Stuhl- und Blasenentleerung

Vorläufiger physiotherapeutischer Befund:

Haltung: starke Kyphosierung der gesamten Wirbelsäule, hypotone Schultermuskulatur, verkürzte ischiokrurale Muskulatur
Fußstellung: Knick- und Senkfußstellung
Mundmuskulatur: Hypotone offene Mundstellung, undeutliche Aussprache bzw. Artikulationsstörung.

Meridianhaushalt: Gouverneursgefäß und Zentralgefäß zeigen Energiedysbalancen, hervorgerufen durch die Operation am Anus und durch das Entfernen der vier Frontzähne, die schon bei der Geburt unter Eiter saßen. (Nach der Lehre der Akupunktmassage nach Penzel unterscheidet man Energiefülle oder Energieleere im Meridianverlauf.)

Unkontrollierte Stuhl- und Blasenentleerung

Zu diesem Zeitpunkt war es nur möglich, das Kind in angezogenem Zustand zu untersuchen, da es sich weder anschauen und schon gar nicht anfassen ließ. Er ist ein sehr schüchterer Junge, der sich hinter seiner Mutter versteckte und mit mir kein Wort sprach und mit mir auch keinen Blickkontakt aufnahm. Er kam zusammen mit Mutter oder Vater, 2 x wöchentlich zur Behandlung, wobei zunächst an Behandlung überhaupt nicht zu denken war. Ich musste zuerst das Vertrauen des Kindes gewinnen, was ich über das Spielen zu erreichen versuchte.

Juni 1997 – 2 Monate später:

Mit verschiedenen Geräten z. B. Therapieball, Igelball, Ballblase, Pedalo, Stepper, Trampolin usw. versuchte ich Bewegungsangebote zu vermitteln. Das Kind wirkte oft lustlos, streikte, wenn es meinte überfordert zu werden, und verweigerte die Mitarbeit. Der Bub sprach immer noch kein Wort mit mir, trotz guten Zuredens von Vater und Mutter, die pädagogisch sehr geschickt und kooperativ waren.

Juli 1997 – 3 Monate später:

Wir machten den Versuch, die Behandlung ohne Eltern durchzuführen. Resultat: Er schrie lautstark, aber wir hielten es beide aus. Mit Erfolg! Nach einiger Zeit sprach er die ersten Worte mit mir. Ab diesem Zeitpunkt war eine gezielte, kindgerechte krankengymnastische Behandlung möglich. Z. B.:

- Haltungsschulung
- Mundraumwahrnehmung
- Fußarbeit
- Reflexzonen-therapie am Fuß
- Die Erklärung der Verdauungs- und Entleerungssysteme anhand eines Anatomiebuches für Kinder.

August 1997 – 4 Monate später:

Ich machte die ersten vorsichtigen Versuche mit der Beckenbodenmuskulatur zu arbeiten. Beliebt ist dabei das Sitzen im Fersensitz auf einer Ballblase und mit Singen und Sprechen in verschiedenen Lautstärken und Tonlagen diese Muskelgruppe reflektorisch anzusprechen. Ich bot ihm verschiedene Blasinstrumente und Pfeifen als Hilfsmittel an und achtete dabei vorrangig auf eine gute Haltung. Sehr gerne mochte er mittlerweile die Reflexzonen-therapie am Fuß. Das Kind genoss diese Art der Berührung, die es nicht in direktem Zusammenhang mit seinem Sphinkterproblem brachte.

Oktober 1997 – 6 Monate später:

Der Junge konnte jetzt die Entleerung der Blase sicher steuern, was ihm bis zu diesem Zeitpunkt gar nicht wichtig erschien. Gleichzeitig waren Fortschritte bei der Wahrnehmung des Darmfüllungszustands zu verzeichnen. Die Eltern beobachteten zu Hause den Ablauf der Stuhlentleerung. Die verbesserte Spürfähigkeit des Kindes erlaubte jetzt das Umschulen vom Pressen zum Stuhlschieben. Erste Versuche ohne Windel zu gehen waren noch nicht sehr beliebt, da die Angst vor einem Missgeschick noch sehr groß war.

Dezember 1997 – 8 Monate später:

Die Mutter richtete es so ein, dass während einer Behandlung die Windel gewechselt werden musste. Der Junge erlaubte mir das erste Mal seinen Anus anzuschauen, nicht aber ihn zu berühren.

Februar 1998 – 10 Monate später:

Nach der Weihnachtszeit, die mit Urlaub und Feiertagen die Behandlungen unterbrochen hatte, musste sich das Kind erst wieder eingewöhnen. Er kam nun ein Mal pro Woche zur Behandlung und bekam Übungen als Hausaufgabe mit.

April 1998 – 12 Monate später:

Der Junge ließ sich von mir das erste Mal den Po eincremen und erlaubte, den Finger am Anus und auch in den Anus einzuführen. Er konnte erste Beckenbodenaktivitäten erspüren über Packen, Greifen, Pfeifen, Singen, Abspannlaute usw. Wir wechselten dabei immer wieder die Ausgangsstellung wie Sitz auf der Ballblase, Vierfüßler-Stand oder auch Rücken- und Seitenlage. Er massierte sich mit Begeisterung die Füße selbst und kannte auch genau die therapeutischen, oft schmerzhaften, Punkte. Seine Mitarbeit war wechselnd gut, je nachdem, ob er ausgeschlafen war oder geweckt wurde, oder ob das Programm in seinem Sinne war. Ob es bekanntes Arbeiten oder Neues ist, beeinflusste den Erfolg zur Mitarbeit. Unbekanntes wurde zuerst mit Abstand und Abwehr behandelt. Auf Anregung von Dr. Grundhuber wurde der Mutter ein Biofeedbackgerät von der Kasse als Leihgerät zur Verfügung gestellt (**Abb. 7**).



Abb. 7:
Biofeedback-Gerät Erothitan II
(die Abbildung wurde von der
Fa. Erothitan Titanimplantate
AG zur Verfügung gestellt)

Handhabung des Gerätes:

In den Anus wird ein kleiner leerer Ballon eingeführt, der dann mit Luft gefüllt wird, bis das Kind angibt, Druck wahrzunehmen. Jetzt kommt die Aufforderung, diesen Ballon zu drücken und damit eine Melodie am Gerät auszulösen.

Es war viel Überzeugungsarbeit nötig, bis der Junge bereit war mit dem Gerät zu arbeiten. Zur Schonung des Darms zog ich über den Ballon einen eingecremten Einmalhandschuh. Im Liegen war keine Druckübertragung auf den Ballon möglich, im Sitzen auf der Ballblase war das Musikspiel auslösbar.

Die Arbeit mit dem Gerät war problematisch. Es bedarf einer genauen Platzierung der Ballonsonde und der Druckaufbau im Ballon war, je nach Elastizität der Darmwand, immer unterschiedlich. Der Frust für das Kind war groß, da es nur selten zum gewünschten Musikspiel kam und die Geduld auf eine harte Probe gestellt wurde. Aufgrund dieser Erfahrungen stellte sich uns die Frage nach der Effizienz dieser Behandlungsform.

Juli 1998 – 15 Monate später:

Der Junge stellte das Sprechen mit mir wieder ein. Trotz seiner Genehmigung, dieses Gerät zu benutzen, fühlte er sich in seiner Würde so verletzt, dass er es mir mit Schweigen zeigte. Wir setzten diese Therapieform daraufhin ab, da auch nach längerem Gebrauch keine deutliche Verbesserung der Verschlusskraft am Sphinkter erkennbar wurde. Daraufhin nahm das Kind die Kommunikation mit mir wieder auf.

Oktober 1998 – 18 Monate nach Behandlungsbeginn:

Ich begleitete den Jungen zu einer Kontrolluntersuchung bei Dr. Grundhuber, der von der Verbesserung des Befundes sehr überrascht war. Er bat mich, meine Erfahrungen mit der Behandlung dieses Kindes der Soma Selbsthilfegruppe in München zu berichten. Zu diesem Zeitpunkt war der Junge nachts ohne Windel trocken und sauber, wollte aber am Tag nicht ohne sie sein aus Angst vor Missgeschicken. Die Eltern führten ein Stuhlprotokoll, wie oft und wann die Stuhlentleerungen erfolgten. Durch diese Übersicht bekam das Kind den Mut, auch über Tag ohne Windel zu sein. Er hatte jetzt auch Spaß daran auf die Toilette zu gehen.

Dezember 1998 – 20 Monate später:

Der Junge nahm differenzierte Beckenbodenfunktionen wahr und beschrieb sie. Er erlaubte mir mit meinem eingeführten Finger diese Aussagen zu überprüfen. Im Liegen war die Umsetzung der Kraft für ihn schwierig, im Sitzen dagegen konnte er seine Muskulatur gut einsetzen. Die Koordination zwischen Atem- und Beckenbodenarbeit verbesserte sich deutlich. Das Kind war jetzt ganz ohne Windel, aber ab und zu mit leicht verschmutzter Unterwäsche.

April 1999 – 2 Jahre später:

Erneute Kontrolle mit Kernspinuntersuchung im Schwabinger Krankenhaus.

Befund:

Zwei harte Kotstücke befanden sich im Darm. Diese sollten demnächst unter Narkose entfernt werden. Am Rückenmark wurde ein weiterer Befund festgestellt: das Tethered Cord Syndrom.

Empfohlen wurden zuerst einmal regelmäßige Einläufe, um die Kotballen eventuell auf diesem Wege zu entfernen. Wegen des zweiten Befundes wurden noch weitere Gutachten abgewartet bevor eine Entscheidung getroffen werden musste.

Weitere Therapie:

Der Junge lehnte die Einläufe zuerst ab, da er damit negative Erinnerungen verband. Durch Spielen mit dem Einlaufgerät und Demonstration mit einem Gummihandschuh bekam er Vertrauen und ließ einen Versuch zu. Nach kurzer Zeit tolerierte er die Einläufe.

Wir arbeiteten weiter mit Haltungsschulung, Verbesserung der Ausdauer und Kräftigung der Sprungkraft, Mundraumarbeit, Beckenbodenwahrnehmung und Reflexzonentherapie am Fuß.

Vorläufiger physiotherapeutischer Abschlussbefund:

Der Junge ist in seiner Haltung deutlich aufrechter geworden, und zeigt selbst Interesse daran sie einzunehmen. Seine Ausdauerkraft ist wesentlich verbessert, was sich durch erhöhte Wiederholungszahlen beim Hüpfen und anderen Kraftübungen, z. B. Theraband, Stepper oder Kraftmaschine deutlich zeigt. Sein Fußgewölbe ist deutlich aufgerichtet und gut positioniert. Die offene Mundstellung tritt nur noch selten auffällig in Erscheinung.

Neuen Übungen steht er nicht mehr so kritisch gegenüber, sondern stellt sich der Herausforderung. Er weiß, was wir unter Beckenbodenarbeit verstehen und kann das Erspürte gut mit Worten formulieren, sodass Korrekturen und neue Aufgabenstellungen möglich sind. Natürlich variiert seine Lust an der Krankengymnastik immer wieder, was jedoch nach zwei Jahren Therapie verständlich und völlig normal ist. In der jetzigen Situation ist der Junge in der Lage, am Kindergartenalltag teilzunehmen, da sich eine bevorstehende Stuhlentleerung durch Stuhldrang deutlich bemerkbar macht. Im Herbst wird er eingeschult und nach derzeitigem Stand dürfte, so nichts Unvorhergesehenes passiert, seine anale Funktionsstörung kein Problem in der Schule darstellen.

Oktober 1999 - 2 1/2 Jahre später

Der Junge wurde am 15.09.99 im Schwabinger Kinderkrankenhaus erfolgreich am Tethered Cord Syndrom operiert. Seine Wahrnehmung für den Füllzustand des Darms war danach wesentlich verbessert, und er konnte genauer steuern, wann es notwendig wurde eine Toilette aufzusuchen. Seine Lehrerin in der Schule war über sein Problem informiert und ging gut auf ihn ein. Er ging ohne Windel in die Schule und bis zu diesem Zeitpunkt war noch kein Malheur passiert. Er ging nicht mehr prophylaktisch nach dem Essen auf die Toilette, sondern erst wenn er das Verlangen danach hatte. Das gelang noch nicht immer konstant. In Absprache mit der Mutter legten wir jetzt eine Behandlungspause ein und ließen dem Körper die Chance sich selber weiter zu entwickeln.

Nachtrag:

Im Laufe des Jahres 2000 musste die Familie Deutschland verlassen und in ihre Heimat zurückkehren. Leider habe ich dadurch den Kontakt verloren und weiß nicht, wie die heutige Situation des Kindes aussieht.

Über die SOMA Selbsthilfeorganisation habe ich viele Informationen erhalten und Kontakt zu Fachleuten bekommen, was mich in meiner Arbeit sehr unterstützt hat. Im Gegenzug konnte ich viele Eltern darüber aufklären, dass gezielte Beckenbodenarbeit für ihr Kind möglich und hilfreich ist.

Literatur

1. Studie der Universitätsklinik Innsbruck (2001): Beeinflussung der Darmdurchblutung durch Fußreflexzonenmassage gemessen mit farbkodierter Doppler-Sonographie, erschienen im Karger-Verlag Freiburg, 2001
2. Versprille-Fischer, E.S., Inkontinenz und Beckenbodendysfunktion, Ullstein Verlag 1997
3. Qualitätsmanual, Gesellschaft für Inkontinenzhilfe, www.gih.de
4. Fundsachen am Fußweg: Abb.: 3, 4, 5, 6 mit freundlicher Genehmigung von Hanne Marquardt, www.fussreflex.de

Selbsthilfegruppe:

Soma e. V. = Selbsthilfeorganisation für Missbildungen des Analbereichs e. V.

1. Vorsitzende: Nicole Sold

Pfeilschifferstr. 14

80997 München

Tel.: 0 89/14 90 42 62

Internet: www.soma-ev.de

E-Mail: soma.ev@epost.de

Weitere Informationen über: Kindernetzwerk e. V.

Internet: www.kindernetzwerk.de

Tel.: 0 60 21/1 20 30

Korrespondenzadresse:

Klara Wißmiller

Kaufbeurer Str. 10

86825 Bad Wörishofen