

### **Intraossäre Läsionen des Os occipitale:**

Die Kompression der Pars condylaris ossis occipitale kann bei Neugeborenen, auf Grund der noch unvollständigen Ossifikation des Knochens, zu einer Irritation der Nervus hypoglossus führen. Die Kinder fallen durch eine Trinkschwäche auf, welche zu Ernährungsstörungen des Säuglings führen kann. Dabei ist es für die Neugeborenen oftmals nicht möglich der motorischen Anforderung an das orofaciale System gerecht zu werden. So gelingt es ihnen nicht an der mütterlichen Brust zu trinken, während die Flaschenernährung deutlich geringere Probleme verursacht. In diesen Fällen sollte auf eine erhöhte Spannung im Bereiche der Pars condylaris des Os occipitale geachtet werden. Auch wenn man nicht in der Lage ist die Pars condylaris direkt zu palpieren, so kann doch die erhöhte Spannung in der Regio suboccipitalis getastet werden. Im Falle einer verifizierbaren Tonuserhöhung lässt man einen Finger, beispielsweise den Mittelfinger, über dieser Zone ruhen, während man mit der palmaren Fläche der anderen Hand über dem Os frontale der Gegenseite eine Fluid Wave Technik in Richtung des restrikten Kondylus sendet. Diesen Kontakt beider Hände behält der Behandler bis zum Release in den paracondylären Geweben bei.

Auch zwischen dem Tectum und dem interparietalen Abschnitt des Os occipitale, der Squama ossis occipitale, kann es zur Entwicklung intraossärer Strains kommen. Dabei spielt nicht selten die forcierte Kompression der Pars squamosa ossis occipitale im Geburtskanal eine entscheidende Rolle in der Entstehung dieser Dysfunktion. Postpartal fallen Säuglinge durch eine Plateaubildungen in der parieto-occipitalen Region und durch eine eingeschränkte aktive, wie auch passive, Rotationsfähigkeit des Kopfes auf.

Die Behandlung dieser intraossären Läsion, an der Grenzfläche zwischen den enchondral und desmal entwickelten Anteilen des Os occipitale, erfolgt in drei Schritten. Zunächst erfordert diese Läsion die Entspannung des Ligamentum nuchae. Dazu platziert der Behandler zwei Finger einer Hand zu beiden Seiten des Processus spinosus von Th<sub>1</sub>. Zeige- und Mittelfinger der anderen Hand werden über dem noch wenig prominenten Bereich der Protuberantia occipitalis anmodelliert. Es erfolgt nun ein longitudinaler Zug am Occiput während über Th<sub>1</sub> ein Widerlager geschaffen wird. Eine leichte Flexion des Kopfes ist für einen Release im Ligamentum nuchae förderlich.

Der nächste Behandlungsabschnitt beinhaltet die Mobilisation des Sinus occipitalis. Dabei legt man, in Abhängigkeit von der Größe des kindlichen Kopfes, zwei bis drei der Langfingerkuppen zu beiden Seiten der Medianebene zwischen der Protuberantia occipitalis externa und dem Hinterrand des Foramen magnum an. Mit beiden Händen erfolgt ein Zug nach lateral welcher direkt auf das Os occipitale übertragen und bis zum Release aufrechterhalten bleibt.

Abschließend umfasst und fixiert man zwischen Daumen und Zeigefinger einer Hand das Tectum occipitale, während die andere Hand, in welcher die Squama ossis occipitale ruht, nun eine leichte Traktion in kranialer Richtung initialisiert. Man folgt dem nun entstehenden Unwindung bis zum Release.

### **Intraossäre Läsion des Os temporale:**

Diese Technik dient der Behandlung des Os temporale, bzw. seinen Anteilen: Sutura petrobasilaris und –petrojugalare und Sutura occipitomastoidea: Finger in Ear-Griff am Os temporale und fluid wave Technik vom Os parietale der Gegenseite. Os tympanicum mit kleinem Finger ankern und Fixation der Squama mit Zeige- und Mittelfinger der anderen Hand. Release abwarten. Os tympanicum in Relation zum Os petrosum: Ankern des Os tympanicum mit dem Kleinfinger, Fixation der Pars petrosa über die Sutura occipitomastoidea hinweg.

Die Mobilisation der Pariatal Notch erfolgt aus leichter Rotation des Kopfes zur Gegenseite. Die Pars mastoidea wird mit dem Daumen in Außenrotation fixiert während die andere Hand mittels eines Kontakts des Daumens oder des Zeigefingers über dem Angulus mastoideus des Os parietale einen Zug nach dorsal und kranial, im 45° Winkel zur Körperlängsachse, ausübt. Diese Technik kann bei Neugeborenen, auf Grund des geringen Kopfumfangs, auch beiderseits gleichzeitig ausgeführt werden.

Die Mobilisation intraossärer Läsionen des Os temporale können einen sehr positiven Einfluss auf die Funktion der Eustachischen Röhre entwickeln. Die Effektivität dieses Prozedere lässt sich auch im Rahmen eines Tympanogramms erfassen.

### **Intraossäre Läsion des Os sphenoidale:**

An der Grenzfläche zwischen dem Sphenoidkörper und der Ala major ossis sphenoidale findet man Reste des Alisphenoidknorpel. (Das Os sphenoidale entwickelt sich aus 12 – 14 Kernen.) Die Mobilisation dieser Synchronrose zwischen Sphenoidkörper und großem Keilbeinflügel kann auch einen positiven Einfluss auf die Druckverhältnisse im Sinus cavernosus und damit auf die Hirnnerven 3, 4 und 6 haben.

Man nimmt mit dem kleinen Finger einer Hand hinter dem letzten Molaren des Oberkiefers, wenn dieser schon bezahnt ist, ansonsten am Ende der Maxilla Kontakt zum Processus pterygoideus auf, während der Zeigefinger dieser Hand über der Ala major Kontakt gewinnt. Diese beiden Finger kontrollieren den großen Keilbeinflügel. Zeige- und Mittelfinger der anderen Hand kontrollieren den Sphenoidkörper über einen Kontakt zum Os frontale (über der Sutura frontalis und seitlich von ihr). Man überprüft nun die Flexibilität des großen Keilbeinflügels im Sinne der Flexion und Extension und mobilisiert die eingeschränkte Richtung.

Diese Behandlungstechniken wurden von Viola Frymann im Rahmen eines Workshops der AAO-Master Serie im Chicago College of Osteopathic Medicine im July 2007 gelehrt.

Prof.<sup>(RF)</sup> Dr. Matthias Beck, July 2007