
**Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische
Chirurgie (DGOOC)
und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie (BVO)**

AWMF-Leitlinien-Register**Nr. 033/037****Entwicklungsstufe:****1****nicht aktualisiert**

Muskulärer Schiefhals

Synonyme:

Caput obstipum, Torticollis, wry neck, congenital muscular torticollis

Schlüsselwörter:

Schiefhals, muskulärer; Torticollis

Definition

Angeborene fixierte Schiefhaltung des Kopfes aufgrund einseitiger Verkürzung des M. sternocleidomastoideus mit Neigung des Kopfes zur kranken Seite und Rotation zur gesunden Gegenseite.

Ätiologie, Pathogenese

Epidemiologie

Dritthäufigste angeborene Erkrankung auf orthopädischem Fachgebiet.
Assoziation mit kongenitaler Hüftdysplasie (ca. 10%) und Klumpfuß.

Die Ätiologie ist unbekannt.

Diskutiert werden als Einflußfaktoren:

- intrauterine Lageanomalie
- geburtstraumatische Faktoren
- genetische Faktoren

Rechtsseitiger Schiefhals häufiger.

Pathogenese

Entwicklung einer (Teil-)Fibrose des Muskels und Verkürzung mit vollständiger oder teilweiser Funktionsminderung. Später ggfs. Entwicklung einer Gesichtsasymmetrie.

Klassifikation

In der Literatur existiert eine aktuelle Einteilung von Cheng et al., die prognostische Bedeutung haben soll.

- Gruppierung in: palpable Kopfnickergeschwulst, Verdickung M. sternocleidomastoideus, Schiefhaltung ohne Kopfnickergeschwulst.

Medizinische Schlüsselssysteme (ICD)

ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten)

M 43.6 Muskulärer Schiefhals

Anamnese

Fremdanamnese

- Schwangerschaft: Lageanomalie
- Geburt: Verlauf, Sectio, Komplikationen

Spezielle Anamnese

- Fehlbildung, Fehlstellung von Fuß, Knie, Hüfte, Wirbelsäule
- Allgemein- und/oder Grunderkrankungen (z.B. ICP, Klippel-Feil)

Familienanamnese

- Muskulärer Schiefhals in Familie?

Diagnostik

Die Diagnostik wird in erster Linie nach den klinischen Befunden gestellt.

Klinische Diagnostik

Beurteilung von

- Kopffehlstellung (Neigung zur kranken und Drehung zur gesunden Seite)
- Gesichtsasymmetrie
- Bewegungsumfang der HWS (Einschränkung der Rotation und Kopfseitneigung), passive Redressierbarkeit

- Palpation des Muskels
- evtl. Tasten eines Knotens (in ca. 55% vorhanden)
- Verkürzung, Verdünnung des Muskels
- Differenzierung, ob Pars clavicularis, Pars sternalis oder beide Anteile verkürzt sind
- Suche nach evtl. weiteren angeborenen Fehlbildungen: z.B. Hüftdysplasie, Skoliose, Klumpfuß

Apparative Diagnostik

Notwendige apparative Untersuchungen

- keine

Im Einzelfall nützliche Untersuchungen

- Röntgen HWS in 2 Ebenen: im Einzelfall zur Differentialdiagnose und vor operativen Maßnahmen
- Augenärztliche Untersuchung
- Neurologische Untersuchung
- HNO-ärztliche Untersuchung
- MRT oder CT der HWS mit dreidimensionaler Rekonstruktion der anatomischen Strukturen.
- Sonographie

Häufige Differentialdiagnosen

- Nicht fixierte Schiefhalshaltung
- Akuter Schiefhals (z.B. aufgrund von Blockierung)
- Knöchernen Fehlbildungen, Klippel-Feil-Syndrom, einseitige Dysplasie des Axis
- Paroxysmaler Torticollis (Grisel-Syndrom, Torticollis nasopharyngealis)
- Okulärer Schiefhals
- Torticollis spasmodicus
- Posttraumatische Schiefhaltung (z.B. Luxation/Subluxation von Intervertebralgelenken)
- Störung des Gleichgewichtsorgans im Innenohr
- atlantoaxiale Rotationssubluxation

Klinische Scores

Nicht bekannt

Therapie

- Frühbehandlung ist eine wichtige Voraussetzung zum Erreichen der Therapieziele.
- Je mehr funktionstüchtiges Muskelgewebe im M. sternocleidomastoideus vorhanden ist, desto erfolversprechender ist eine kons. Therapie. Je

vollständiger der fibrotische Umbau ist, desto wahrscheinlicher ist eine operative Therapie indiziert.

Ziele

- Verhinderung der Entwicklung bzw. des Fortschreitens einer Gesichtasymmetrie
- Wiederherstellung einer freien Beweglichkeit der HWS

Konservative Therapie

Beratung

Aufklärung über die Erkrankung, deren natürlichen Verlauf und dessen Beeinflussbarkeit durch konservative und/oder operative Therapie.
Die Beratung ist individuell zu gestalten.
Tägliche Durchführung der erlernten krankengymnastischen Übungen.

Physikalische Therapie

- Frühbehandlung über mind. 3-6 Monate
- Krankengymnastik
- Muskeldehnübungen auch durch Eltern

Orthopädietechnische Maßnahmen

Cervicalstütze

Operative Therapie

Allgemeine Indikationskriterien

Erfolglose konservative Therapie
Zunahme der Deformität

Operationszeitpunkt: meist nicht vor dem 6. Lebensmonat

Häufige Operationsverfahren

- Biterminale offene Tenotomie des M. sternocleidomastoideus am mastoidalen, sternalen und klavikulären Ansatz.
- Distale Tenotomie des M. sternocleidomastoideus

Mögliche Folgen und Komplikationen<

Allgemeine Risiken und Komplikationen:

Hämatom, Wundheilungsstörung, Wundinfekt, Gefäßverletzung (V. jugularis), Nervenverletzung (N. facialis, N. accessorius)

Spezielle Folgen:

Unterkorrekturen, Rezidiv, persistierende Bewegungseinschränkung der HWS, keine oder mangelnde Rückbildung der Gesichtasymmetrie

Nachbehandlung nach operativen Maßnahmen

- Wundkontrollen
- ggfs. Halskrawatte, ggfs. Ruhigstellung im Überkorrektur
- Physiotherapie
- klinische Kontrollen

Stufenschema Therapeutisches Vorgehen

Orientierungskriterien

Alter, Ausmaß Funktionsstörung, Therapieresistenz

Stufe 1 ambulant

kons. Therapie

Stufe 2 ambulant/stationär

Operation

Prognose

Prognosefaktoren

- Alter, initiale Funktionsstörung, Ausmaß der Muskelschädigung
- Ohne Behandlung und mit zunehmendem Alter können sich die Schiefhaltung sowie die Gesichtsasymmetrie verschlechtern.
- Eine Verbesserung der Gesichtsasymmetrie kann nach erfolgreicher Therapie des Schiefhalses erwartet werden.

Prävention

Derzeit sind keine präventiven Maßnahmen verfügbar.

Ausblick

Botulinumtoxin: valide Daten zum Einsatz von Botulinumtoxin fehlen derzeit.

Literatur:

- Cheng JC, Wong MW, Tang SP, Chen TM, Shum SL, Wong EM. Clinical determinants of the outcome of manual stretching in the treatment of congenital muscular torticollis in infants. A prospective study of eight hundred and twenty-one cases. J. Bone Joint Surg. 2001, 83-A, 679-687
 - Walsh JJ, Morrissy RT. Torticollis and hip dislocation. J. Pediatr. Orthop. 1998, 18, 219-221
-

Verfahren zur Konsensbildung:

Expertengruppe der Dt. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie

Autor:

K.-L. Krämer

Erstellungsdatum:

15. Mai 2003

Letzte Überarbeitung:

Nächste Überprüfung geplant:

Zurück zum [Index Leitlinien Orthopädie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 15. Mai 2003

© *Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie*

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code optimiert: 22.09.2008; 13:16:11