Helmtherapie

Eine konservative Therapie-Option in der Diskussion

In der Literatur finden sich zum Thema Helmtherapie Studien mit widersprüchlichen Ergebnissen. Van Wijk et al. verglichen in einer aktuellen Studie Patienten mit Helmverordnung mit einer Kontrollgruppe ohne Helmverordnung. Nach Beendigung der Therapie wiesen die Patienten mit Helm keine ausgeglichenere Schädelform auf als die Kontrollgruppe.

Van Wijk et al. Helmet therapy in infants with positional skull deformation: randomised controlled trial. BMJ 2014;348:g2741 doi: 10.1136/bmj.g2741

Einleitung

In der Studie wird angegeben, dass in Holland 1–2% aller Säuglinge eine Helmtherapie (HT) erhalten. Die Kosten übernimmt dort aktuell die Krankenkasse. Das Zeitfenster für diese Therapieform ist klein. Es sollten keine Fehler unterlaufen, da eine einmalige Chance auf eine konservative Ausbehandlung vergeben würde. Die vorliegende Studie sollte prüfen, ob eine Helmtherapie positive Effekte zeigt.

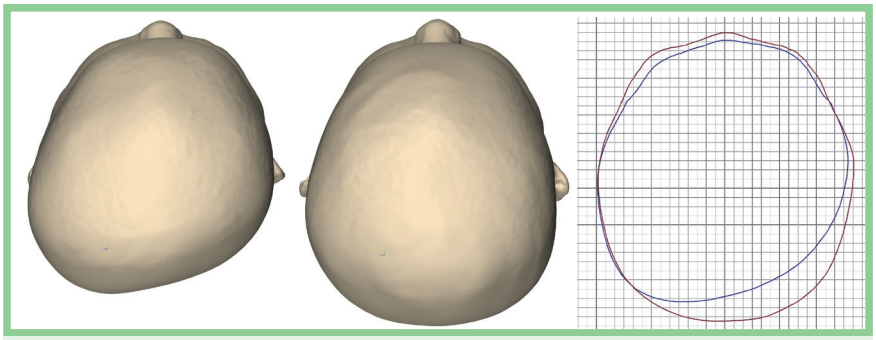
Methodik

Eine Gruppe von ansonsten gesunden Säuglingen im Alter von 5–6 Monaten (LM) mit lagebedingten („moderate to severe skull deformation“) Schädeldeformitäten (SD) wurde per HT behandelt und eine vergleichbar betroffene Gruppe (anfangs je 42 Kinder) unbehandelt gelassen. 29 Kinder wurden vorab wegen schwerer Schädelverformung ausgeschlossen. 6 von 42 Probanden der Helmgruppe traten die Therapie nicht an. Die Studienpatienten wurden von 4 verschiedenen Instituten betreut. 2 unterschiedliche maßgeschneiderte Helm-Marken wurden verwendet. Orthopädietechniker nahmen An- und Nachpassungen sowie im Bedarfsfall Neuversorgungen vor. Die Therapie wurde stets von einem Kinderarzt überwacht.

Ergebnisse

30 Kinder beendeten die Helmtherapie. Im Durchschnitt lag das Therapie-Ende bei 10 LM. Von diesen 30 Kindern beendeten 20 Kinder die HT vor dem 12. LM, obwohl gemäß Studiendesign die HT über 6 Monate geplant war. „Nebenwirkungen“ waren der Hauptgrund des vorzeitigen Therapieendes (10/20=50%). Passform-Probleme wurden in Höhe von 73% und Hautirritationen in 96% angegeben.

Die Autoren sind der Meinung, dass bei gesunden Säuglingen mit lagebedingter SD wegen der hohen Rate an Nebenwirkungen und hohen Kosten von der HT Abstand genommen werden sollte. Es konnte kein nennenswerter Unterschied zwischen den behandelten und unbehandelten Schädelformen im Beobachtungszeitraum von 2 Jahren konstatiert werden.



Nach monatelanger umfangreicher „nicht-orthetischer“ Therapie wurde der muskelschwache Säugling mit Schiefhaltung wegen ausgeprägter Plagiozephalie im 8. LM erstmals vorgestellt. Unter gut 7-monatiger HT sank die Asymmetrie von 2,0 auf 0,2 cm. Nicht nur die Schädelform profitierte sehr gut, sondern auch die Haltung. Bild: H. Willenborg.

Kommentar

Die Idee zur Studie ist lobenswert, lässt aber viele Fragen offen. Die Definition der Schwere der Schädeldeformierung ist unscharf, die Art der Versorgung für die aus der Studie ausgeschlossenen Säuglinge bleibt unerwähnt. Es wurden 2-dimensionale Vermessungen verwendet, obwohl der aktuelle Standard in digitaler 3D-Laser- oder Kamera-Scan-Technik besteht.

Das Fazit der Studie ist sicherlich insofern richtig, als dass die HT nicht für Kinder intiiert werden sollte, die diese Therapieform gar nicht benötigen. Die Auswertung beruht aber auf offensichtlich sehr ungünstigen Voraussetzungen. Das Fazit der Studie ist somit kritisch zu sehen und hätte auf Verbesserung bzw. Kontrolle der Qualität von HT lauten müssen. Die HT kann eine durchaus erfolgreiche Behandlungsform sein, wenn sie bei richtiger Indikation korrekt und kompetent angewendet wird. In Deutschland obliegt die HT zumeist Ärzten und wird direkt von ihnen inklusive Helmanpassung und -änderungen durchgeführt.

Hannelore Willenborg
Orthopädische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover
Diakoniekrankenhaus Annastift gGmbH
hannelore.willenborg@ddh-gruppe.de

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.