

Skoliose bei Kindern mit Spina bifida



Prof. Dr. Claus Carstens.

Viele Kinder mit „offenem Rücken“ haben eine Skoliose, oft kombiniert mit einer Kyphose. Lohnt sich der Einsatz eines Korsetts? Und wann ist eine Operation sinnvoll? B-Kids befragte Prof. Dr. Claus Carstens, einen Spezialisten für Kinderorthopädie und Wirbelsäulenchirurgie.

Prof. Carstens, Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Galenus Klinik in Stuttgart, erinnert erst einmal daran, dass nicht jeder Mensch mit Spina bifida (andere Ausdrücke: Meningomyelozele, Myelomeningozele, kurz MMC oder „offener Rücken“) auch eine Skoliose bekommen muss, eine seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule also. Es kann sein, aber es muss nicht sein. Andererseits gibt es gleich mehrere Gründe für Wirbelsäulenverkrümmung bei MMC-Kindern. Viele von ihnen sitzen schließlich wegen einer kompletten oder inkompletten Querschnittlähmung im Rollstuhl. Und wie bei einer Querschnittlähmung üblich, fehlt ihnen die Fähigkeit, ihre Bauch- und Rückenmuskulatur anzuspannen, um den Oberkörper aufrecht zu halten. Vielleicht besteht auch einfach „nur“ ein Ungleichgewicht der Muskelkraft zwischen der rechten und der linken Seite des Rückens. Wenn die Muskeln wegen der Querschnittlähmung nicht richtig arbeiten können, hängt der Rücken durch.

Spina-bifida-Kinder haben aber nicht nur mit diesen Lähmungsfolgen zu kämpfen. Ihr „offener Rücken“ tritt oft gemeinsam mit weiteren Fehlbildungen an der Wirbelsäule auf, häufig sind zum Beispiel Keilwirbel. Wenn solche schräg angelegten Wirbelkörper wachsen, können sie dafür sorgen, dass die Wirbelsäule in eine immer stärkere Verkrümmung gerät. Je nachdem, in welcher Höhe der Wirbelsäule ein Keilwirbel sitzt, kann es mehr oder weniger wahrscheinlich sein, dass eine Skoliose

entsteht. „Bei manchen Lokalisationen ist es fast sicher“, so Carstens.

Ein weiteres Problem wird unter dem Begriff „Tethered-Cord-Syndrom“ (TCS) zusammengefasst, was übersetzt „gefesseltetes Rückenmark“ bedeutet. Normalerweise ist das Rückenmark im Rückenmarkskanal beweglich, so dass die Wirbelsäule schneller wachsen kann als das Nervengewebe. Bei einer Spina bifida kann jedoch sowohl Narbengewebe von dem operativen Verschluss des offenen Rückens nach der Geburt als auch eine Rückenmarksfehlbildung vorliegen. Dieses Gewebe hält das Rückenmark fest und sorgt für eine Zugbelastung, die zu verschiedenen Problemen führen kann – zum Beispiel auch zu einer Skoliose.

Wie und wann behandeln?

„Gerade bei Spina-bifida-Patienten ist es wichtig, die Ursache einer Skoliose abzuklären“, erklärt Carstens. Die richtige Behandlung hängt nämlich sehr davon ab, welchen Grund die Verkrümmung der Wirbelsäule hat: Wenn eine Muskelschwäche zu Haltungsschäden führt, kann eine Orthese (ein Korsett also) vorübergehend sinnvoll sein. Bei Wirbelfehlbildungen dagegen kann das Tragen einer Rückenorthese das Kind nicht dauerhaft aufrichten. Möglicherweise sitzt ein MMC-Kind mit Korsett zwar stabiler, aber eine Korrektur oder gar Behebung der Skoliose

ose hält Carstens für sehr fraglich. Seiner Erfahrung nach kann hier nur eine Operation helfen, eine weitere Verkrümmung der Wirbelsäule zu verhindern.

Wenn die Lokalisation von Keilwirbeln eine Skoliose sehr wahrscheinlich machen, schlägt Carstens eine frühe Operation vor. Grundsätzlich sollte die Schwere der Skoliose den Ausschlag für den richtigen Operationszeitpunkt geben, nicht das Alter des Kindes. So sollte beispielsweise ein sechsjähriges Kind mit einer Skoliose von 70 Grad operiert werden, um eine weitere Verschlimmerung der Verkrümmung zu verhindern. „Je länger man in solchen Fällen mit der Operation wartet, desto schwerer wird sie“, so die Befürchtung des Chirurgen.

Eltern vertreten dagegen oft den Standpunkt, eine Operation möglichst lange hinauszuzögern, um das Längenwachstum des Kindes nicht einzuschränken. Einerseits ein verständlicher Wunsch. Andererseits darf man nicht vergessen, dass auch nach der Operation das Wachstum weitergeht: Arme und Beine wachsen ganz normal weiter – und auch diejenigen Wirbelkörper, die nicht versteift worden sind. Wobei Carstens nie von einer Versteifung spricht, sondern von einer Aufrichtungsoperation oder von einer operativen Stabilisierung der Wirbelsäule. Er rechnet vor, wie groß die Einschränkung des Längenwachstums eines Kindes durch eine Operation tatsächlich ist: Pro Jahr wächst ein Wirbel etwa 1mm. Wenn zehn Wirbel nicht mehr wachsen, weil sie operativ stabilisiert wurden, sind das 10 mm pro Jahr. Wenn das Kind noch fünf Jahre wächst, werden ihm durch den Eingriff also 5 cm „geraubt“. Andererseits schenkt die Korrektur der Skoliose durch die Aufrichtung ein optisches Längen-Plus.

Risiken und Hoffnungen

Es darf natürlich nicht verheimlicht werden, dass jede Operation bei MMC-Kindern mit einem Risiko verbunden ist; mit einem Risiko, das höher ist als bei anderen Kindern. Und die Skoliose-Operation ist anspruchsvoll. Trotzdem ist es für Carstens immer wieder überraschend, wie gut die Kinder „das alles wegstecken – trotz Shunt, Hydrozephalus oder Narbenfehlbildungen“. Blutungen oder Infektionen kommen selbstverständlich manchmal vor.

Große Hoffnungen setzten die Fachleute eine Zeitlang in ein neues Operationsverfahren namens VEPTR (vertical-expandable-prosthetic-titanium-rib). Hier werden dehnbare Stangen genutzt, um die Verkrümmung der Wirbelsäule zu korrigieren. Dadurch soll ein Längenwachstum weiter möglich sein. Carstens ist mittlerweile nicht mehr überzeugt von den Vorteilen der Methode. Einen sinnvollen Einsatzbereich sieht er aktuell nur bei schweren Formveränderungen des Brustkorbs, bei Problemen mit den Rippen also.

Wichtig ist ihm, dass die Indikation zur Operation sorgfältig gestellt wird. Nur dann kann man abschätzen, ob der Nutzen größer ist als das Risiko. Er empfiehlt die Operation immer dann, wenn sich dadurch erhebliche Verschlechterungen vermeiden oder Einschränkungen beheben lassen. Dabei müssen so unterschiedliche Kriterien wie die Sitzfähigkeit, Druckstellen oder die Lungenfunktion mit einbezogen werden. ■

Text: Ruth Auschra

Foto: privat