

M

Samstag, 26. November 2005

Konservative Behandlung der Skoliose bei Patienten mit MMC

Akbar M

Stiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg
Schlierbacher Landstrasse 200a, 69118 Heidelberg

Im Rahmen der MMC sind Wirbelsäulenfehlbildungen wie Skoliosen, Kyphosen und Lordosen besonders häufig. Prinzipiell sind angeborene von erworbenen Deformitäten zu unterscheiden. Die angeborenen Formen sind bedingt durch Fehlanlagen im Bereich der Wirbelkörper. In diesen Fällen ist die Fehlbildung bereits zum Zeitpunkt der Geburt offensichtlich. Die erworbenen Deformitäten entstehen dagegen erst im Verlaufe des Wachstums und machen den Hauptanteil aus. Sie gewinnen durch die letzten Jahrzehnte gestiegene Lebenserwartung der betroffenen Patienten an Bedeutung.

In einigen Arbeiten konnte gezeigt werden, dass die Entwicklung einer paralytischen Skoliose vom Alter des Patienten, die Höhe des Lähmungsniveaus sowie dem letzten noch intakten Wirbelbogen abhängt.

Die Häufigkeit und Progredienz der Skoliose korreliert stark mit der Höhe des Lähmungsniveaus. Patienten mit einer thorakalen Lähmung entwickeln sehr häufig eine Skoliose.

Laut Literatur beträgt die Skolioseeraterate bei MMC-Patienten zwischen 50%-80%. Bei einer Lähmung zwischen Th3-Th12 muss mit einer durchschnittlichen Progredienz von 3,5°/Jahr gerechnet werden. Bei Lähmungen zwischen L1 und L3 liegt der entsprechende Wert bei 2,5°/Jahr. Bei Skoliosegraden, die die durchschnittliche Progredienz überschreiten, muss eine intraspinale Anomalie ausgeschlossen werden. Die MMC-Patienten können eine Skoliose bis zum 15. Lebensjahr entwickeln, wobei es durchaus Arbeiten gibt, die das 9.-10. Lebensjahr als oberste Grenze der Neuentwicklung einer Skoliose angeben.

Ab einem Cobb-Winkel von 10-15° besteht die Behandlung in der Durchführung einer konsequenten Krankengymnastik. Ab 20° Skoliosemaß mit Progredienz der Skoliose tritt zur krankengymnastischen Therapie die Nutzung eines 18h/Tag tragenden Korsetts.

Ab einem Cobb-Winkel von 45° scheint das Korsett nur den Rumpf zu stabilisieren aber nicht die Skoliosezunahme zu verhindern.

Die Korsettversorgung dient nicht nur zur Aufrichtung der Wirbelsäule, der Minimierung der Skolioseprogredienz sondern auch zur Sitzstabilisierung.

Wir empfehlen, dass bei MMC-Patienten engmaschig die Wirbelsäule kontrolliert wird, um bei einer Skolioseentwicklung mit dokumentierter Zunahme des Skoliosegrades frühzeitig die Korsettbehandlung einzuleiten.

Die Wirksamkeit der Korsettbehandlung und die damit verbundene Verminderung der Progredienz der Skoliose bei MMC-Patienten ist nicht bewiesen.