BLICKDIAGNOSE

©A. Schuh/W. Hönle/G. Manolikakis

17-Jährige mit Zerebralparese kann weder gehen noch stehen

Jetzt kann sie auch kaum noch sitzen

Eine 17 Jahre alte Patientin wird bei bekannter infantiler Zerebralparese vom Typ einer schweren spastischen Tetraparese wegen zunehmender Kontrakturen, Schwierigkeiten beim Sitzen und Schmerzen an beiden Hüften vorgestellt. Die Patientin ist weder stehend noch gehfähig.

— Klinisch imponiert eine kontrakte Windschlagdeformität (Adduktionskontraktur rechts, Abduktionskontraktur links). Die Beckenübersichtsaufnahme zeigt eine Luxation rechts bei guter Zentrierung des linken Hüftgelenks.

Bei spastischen Bewegungsstörungen führen muskuläre Dysbalancen mit nachfolgenden Kontrakturen der Hüftgelenksadduktoren und Flexoren wie auch der medialen ischiokruralen Muskulatur zu einer zunehmenden Lateralisation und schließlich zur Luxation des Hüftgelenks. Bei einseitiger Luxation kommt es unweigerlich zu einem Beckenschiefstand und schließlich zur Windschlagdeformität mit Adduktionskontraktur des luxierten und Abduktion des in der Regel zentrierten Hüftgelenks.

Die Luxationsrate bei spastischen Bewegungsstörungen reicht von 1% bei spastischer Hemiparese bis zu 85% bei spastischer Tetraparese. Sie hängt vom Ausmaß der zentralen Schädigung und der klinischen Manifestationsform ab. Der Häufigkeitsgipfel ist

zwischen dem 4. und 7. Lebensjahr. Die physiotherapeutische Behandlung auf neurophysiologischer Basis mit Förderung der statomotorischen Entwicklung steht im Zentrum der Therapie.

Zur Vertikalisierung ist oft eine suffiziente orthetische Versorgung erforderlich. Die Behandlung mit Botulinumtoxin A stellt eine therapeutische Option in den frühen Stadien dar. Operative Eingriffe können dadurch zu einem späteren Zeitpunkt hinaus verschoben werden. Die operativen Maßnahmen beinhalten die prophylaktische Operation in Form von Weichteilrelease, rekonstruktive Maßnahmen in Form von intertrochanteren Korrekturosteotomien, offenen Repositionen und Pfannendachrekonstruktionen, in der Regel als modellierende Pfannendachplastiken und bei schwersten Fällen Palliativeingriffe in Form von subtrochanteren Angulationsosteotomien und Femurkopfresektionen. Bei Sekundärarthrosen bei gehfähigen erwachsenen Patienten stellt der Hüftgelenkersatz eine gute Lösung dar.

Keywords: Windblown deformity

■ PD Dr. med. habil. Alexander Schuh⁽¹⁾, Dr. med. Wolfgang Hönle⁽²⁾, Dr. med. Georgios Manolikakis⁽³⁾
⁽¹⁾Research Unit, Klinikum Neumarkt ⁽²⁾Klinik für Orthopädische Chirurgie, Klinikum Neumarkt ⁽³⁾Orth. Med. Amberg; Akademisches Lehrkrankenhaus der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberger Straße 12, D-92318 Neumarkt i.d. OPf.