BLICKDIAGNOSE

Stellen Sie uns
Ihren Fall vor.
Bei Veröffentlichung
erhalten Sie **100 Euro!**
cornelius.heyer@springer.com

A: Rundrücken.
B, C: Hyperkyphose der Brustwirbelsäule in Bauchlage und mit angehobenem Oberkörper.
D: Keilförmige Wirbelkörper im Röntgenbild.
E: Aufrichtendes Korsett.

Wirbelsäulendeformation

Ein solcher Buckel stört jeden 17-Jährigen

— Ein 17 Jahre alter Patient stellte sich mit einem Rundrücken und rezidivierenden Rückenschmerzen vor. In der Seitenansicht fand sich eine Hyperkyphose der Brustwirbelsäule (BWS). In Bauchlage ließ sich bei Anheben des Oberkörpers keine Korrektur der somit kontrakten Kyphose erzielen. Im seitlichen Röntgenbild fanden sich mehrere keilförmige Wirbelkörper mit Höhenminderung der Wirbelkörper Vorderkante. Der Patient wurde sportmedizinisch beraten, wobei ihm auch Krankengymnastik empfohlen wurde.

Die als Morbus Scheuermann bekannte Adoleszentenkyphose ist eine kurz vor der Pubertät manifest werdende, verstärkte kyphotische Krümmung der BWS, bei der die Wirbelkörper am Scheitelpunkt der Krümmung keilförmig deformiert sind. Charakteristisch sind Rundrücken, gerundete Schultern und Fehlhaltung. Sie beeinträchtigen kosmetisch, Schmerzen sind eher selten. Die Ätiologie ist unklar.

Während des Wachstums sollte die Progredienz der Deformität angehalten werden. Die Keilwirbel und die ventralen Wirbelkörperapophysen normalisieren sich in der Regel. Unbehandelt kann sich die Deformität allerdings verschlechtern.

Bei Morbus Scheuermann mit einer teilfixierten Kyphose ist eine krankengymnastische Übungstherapie angezeigt. Rudern, Fahrradfahren mit Rennlenkern und Gewichtheben sind ungeeignete Sportarten für betroffene Patienten.

Bei Heranwachsenden ist bei ausgeprägten Befunden eine Behandlung mit einem aufrichtenden Korsett z. B. nach Becker-Gschwend erforderlich. Die Korsette können häufig erst nach „Aufdehnen“ der Kyphose im sogenannten Spindelgips angepasst bzw. angefertigt werden. Nach erfolgreicher Aufrichtung und fortschreitender Knochenreife kann die Tragezeit in der Regel nach etwa einem Jahr reduziert werden. In ausgeprägten Fällen besteht bei entsprechendem Leidensdruck die Indikation zur dorsalen Korrekturspondylodese.

→ Prof. Dr. med. habil. Alexander Schuh, Dr. med. Wolfgang Hönle
Muskuloskelettales Zentrum der Kliniken des Landkreises Neumarkt
i. d. Oberpfalz, Nürnberger Str. 12, D-92318 Neumarkt

Dr. med. Sari Salminen

Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Köln