BLICKDIAGNOSE

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

**Abstehendes Schulterblatt
rechts in stehender Haltung
und beim Drücken gegen
eine Tür.**

Haltungsanomalie

Ein einseitig geflügelter Patient

— Bei einem 58 Jahre alten Patienten stand seit neun Monaten das rechte Schulterblatt vom Körper ab. Damals waren in dem Bereich plötzlich ausgeprägte Schmerzen aufgetreten, die sich seither zurückgebildet hatten. Eine umfangreiche neurologische Abklärung hatte bislang keine pathologischen Befunde ergeben, sodass eine neuralgische Schulteramyotrophie diskutiert wurde. Die körperliche Untersuchung zeigte eine Scapula alata, die sich beim Abstützen des Körpers an einer Tür mit beiden Händen eindrucksvoll darstellte.

Die Scapula alata bezeichnet das ein- oder beidseitig auftretende, flügelartige Abstehen des Schulterblatts. Als Ursachen kommen Muskellähmungen durch Nervenschädigungen, die neuralgische Schulteramyotrophie, Muskelerkrankungen, eine Borreliose oder auch Tumoren infrage.

Bei einer Lähmung des Musculus serratus anterior (Innervation: Nervus thoracicus longus) ist eine Medialstellung des Schulterblatts charakteristisch. Die Scapula alata zeigt sich sehr deutlich beim Drücken gegen eine Wand wie im Bild oben sowie bei Abduktion des Armes über 90° (Armelevation).

Eine Lähmung der Musculi rhomboidei (Innervation: Nervus dorsalis scapulae) führt zu einer Lateralstellung des Schul-

terblatts. Der mediale Rand des Schulterblatts weicht nach innen ab, insbesondere bei Armabduktion. Eine Zunahme bei Armelevation ist dagegen nicht typisch.

Die Lähmung des Musculus trapezius (Innervation: Nervus accessorius) führt zu einer Lateralstellung des Schulterblatts mit Abstehen des medialen Rands. Die Scapula alata nimmt durch Armabduktion und -elevation nicht zu.

Es gilt, schwerwiegendere Erkrankungen auszuschließen. In dem Fall kann bei Schmerzfreiheit bzw. Beschwerdearmut zugewartet werden; es ist keine Therapie erforderlich. Liegt ein Tumor vor, z. B. ein Osteochondrom, kann dieser operativ entfernt werden. Handelt es sich um eine Druckschädigung von Nerven, so ist die Spontanheilungsrate gut. Bei einer persistierenden Serratuslähmung kann, falls Schmerzen bestehen, ein Pectoralis-major-Transfer vorgenommen werden. ■

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

Prof. Dr. med. René Handschu
Neurologische Klinik, Kliniken des Landkreises Neumarkt