

Kleinwuchs jeglicher Genese

Dr. med. Harry Klima, Leitender Arzt Kinderorthopädie, Ostschweizer Kinderspital

Die meisten, das Skelettsystem betreffenden Erkrankungen sind mit einem Klein- bzw. Zwergwuchs vergesellschaftet oder es existiert ein familiärer Kleinwuchs.

Prinzipiell spricht man ab einer Endgröße von weniger als 1.50 m von Klein- oder Zwergwuchs. Am häufigsten beschäftigen wir uns in der Kinderorthopädie mit Kleinwüchsigen aufgrund von Systemerkrankungen, wobei fast alle diese Schädigungen vererblich sind und als Heredopathien bezeichnet werden.

Dieser Artikel beschäftigt sich somit schwerpunktmässig mit der Kleinwüchsigkeit bei Systemerkrankungen und wir verweisen auch auf unseren Beitrag zu den Syndromen mit Extremitätenbeteiligung.

Mit Kleinwüchsigkeit geht z.B. die Achondroplasie einher, Pseudoachondroplasie, Osteogenesis imperfecta, multiple epiphysäre Dysplasie, spondyloepiphysäre Dysplasie, diaphysäre Aplasie, Dyschondrostenosis, fibröse Dysplasie, Ehlers-Danlos-Syndrom, Osteopetrose, um nur die am häufigsten Vorkommenden zu nennen. Diese Systemerkrankungen kommen mit einer Häufigkeit von 2 bis 40 auf 1 Million Einwohner vor und sind somit eher seltene kinderorthopädische Erkrankungen.

Die meisten Kinder mit Zwergwuchs sind nicht behindert und empfinden sich auch nicht als behindert. Sehr kleine Menschen erleben lediglich Einschränkungen im täglichen Leben, weil sie an Lichtschalter, Fahrstuhlknöpfe, Waschbecken oder Ladentheken nicht heranreichen. Diese Funktionseinschränkungen sind durch praktische Hilfsmittel und Kreativität meist zu überwinden. Viel problematischer ist die soziale Behinderung aufgrund der abweichenden Körpergrösse. Die Kinder und Jugendlichen stehen meist frühzeitig im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit in allen Bereichen in der Gesellschaft, da die Körpergrösse in unserer Gesellschaft ein wichtiges Merkmal zu sein scheint. Auch die Art der Verarbeitung der Erkenntnis für die Eltern, dass ihr Kind kleinwüchsig ist, ist für die Zukunft des Kindes von grosser Bedeutung. Häufig erfahren die Kinder durch ihre Eltern eine Sonderbehandlung gegenüber ihren Geschwistern oder anderen Kindern, was die Selbständigkeit und Entwicklung des Kindes trotz guter geistiger Fähigkeiten stark einschränken kann. Die Kinder selbst empfinden sich meist nicht als behindert. Dies zeigen Untersuchungen mit betroffenen Jugendlichen im Alter von 14 bis 20 Jahren unter 1.50 m. Hier schätzen sich 85% der Jugendlichen als nicht behindert ein.

Aufgrund des sozialen Status der Körpergrösse ist jedoch der Wunsch vieler Kleinwüchsiger, mit Hilfe der Errungenschaften der modernen Medizin grösser zu werden, durchaus verständlich. Hierfür sind viele bereit, enormen zeitlichen Aufwand und erhebliche Schmerzen in Kauf zu nehmen. Dieser Schritt sollte jedoch erst in Betracht gezogen werden, wenn auch nach psychologischer Hilfe das Problem nicht leichter gelöst werden konnte, als den mühsamen Weg einer doppelseitigen Beinverlängerung einzuschlagen.

Häufig müssen jedoch aufgrund von Deformitäten im Bereich der Arme und Beine sowie Anomalien im Bereich der Hände und der Füsse oder aufgrund von WS-Veränderungen operative Eingriffe durchgeführt werden, um eine Gehfähigkeit und funktionelle Verbesserungen zu erreichen. Diese Eingriffe sind aus medizinischer kinderorthopädischer Sicht in den meisten Fällen dringend zu empfehlen, auch wenn die betroffenen Kinder bis zum Wachstumsabschluss hierdurch nur wenig beeinträchtigt sind.



Bis zum Wachstumsabschluss sind die Kinder häufig ohne Beschwerden. Funktionseinschränkungen oder Schmerzen treten häufig erst bei Jugendlichen und Erwachsenen zunehmend in den Vordergrund und dann bereits mit bestehendem Gelenkverschleiss. Hier sind dann häufig nur noch Gelenkersatzoperationen möglich.

Aufgrund der vielen zu beachtenden Faktoren, der individuellen Probleme und des individuellen Verlaufes der Systemerkrankungen mit Zwergwuchs muss für jedes Kind ein individueller Therapieplan verfolgt werden, welcher am Ende des Wachstums ein möglichst gutes funktionelles Ergebnis ergibt unter Berücksichtigung des Individuums und des sozialen Umfeldes. Um das bestmögliche Ziel zu erreichen, sind alle Möglichkeiten der modernen Medizin in Betracht zu ziehen wie operative Therapien, Physiotherapie, orthopädie-technische Möglichkeiten und nicht zuletzt psychologische und soziale Betreuung.

Die Systemerkrankungen, vergesellschaftet mit starkem Zwergwuchs und einer Endgrösse auch unter einem Meter, sind die Pseudoachondroplasie, diastrophischem Zwergwuchs und Osteogenesis imperfecta möglich. Ein mittelgradiger Zwergwuchs mit einer Endgrösse zwischen 1.00 m und 1.30 m ist bei Mukopolysaccharidose, Osteogenesis imperfecta, Pseudoachondroplasie, Achondroplasie, diastrophischem Zwergwuchs, Chondrodysplasia calcifikans punctata, Kniest-Syndrom, metatrophischem Zwergwuchs, Cornelia-de-Lange-Syndrom und spondyloepiphysäre Dysplasie möglich. Ein geringer Zwergwuchs mit einer Endgrösse zwischen 1.30 m und 1.50 m ist bei Mukopolysaccharidose, Ehlers-Danlos-Syndrom (Typ VII) und Hypochondroplasie zu erwarten. Ein Kleinwuchs mit einer Endgrösse über 1.50 m bei Trisomie 8, multipler epiphysärer Dysplasie, multiplen Osteochondromen, Arthrogrypose und Larsen-Syndrom.