

Idiopathische Skoliose

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

Es handelt sich um eine seitliche Verbiegung der Wirbelsäule von $>10^\circ$ unbekannter Ursache mit zusätzlicher Verdrehung der Wirbelkörper.

Man unterscheidet eine infantile Skoliose mit Krankheitsbeginn bis zum 3. Lebensjahr, eine juvenile Skoliose mit Krankheitsbeginn zwischen dem 4. und 10. Lebensjahr sowie eine adoleszenten Skoliose ab dem 11. Lebensjahr.

Abzugrenzen ist die Säuglingsskoliose mit einer seitlichen Wirbelsäulenverkrümmung ohne Wirbelkörperverdrehung, mit einer Spontanheilungstendenz in ca. 90% der Fälle, sowie die sogenannte funktionelle Skoliose z.B. bei Beckenschiefstand oder Fehlbelastung durch Ischalgien. Bei der funktionellen Skoliose nimmt nicht, wie bei der idiopathischen Skoliose, das Ausmass der Verdrehung kontinuierlich zu und ist definitionsgemäss keine echte Skoliose.

Prognose

Die Prognose der Skoliosen ist um so schlechter, je früher die Skoliose beginnt. Eine massive Zunahme ist also bei den infantilen Skoliosen zu erwarten, etwas weniger bei den juvenilen Skoliosen. Skoliosen nehmen vor dem pubertären Wachstumsschub um 1 bis 3° jährlich zu, während des Wachstumsschubes jährlich um 5 bis 10° . Bei den idiopathischen Skoliosen ist das Verhältnis Mädchen zu Buben 5 : 1 und diese treten familiär gehäuft auf. Im Vordergrund stehen neurogene Faktoren, welche über eine Fehlsteuerung der unwillkürlichen Muskulatur für die zunehmende Seitverbiegung und Verdrehung der Wirbelsäule verantwortlich sind.

Wenn die Diagnose durch die Untersuchung gestellt wird, muss sie durch eine Röntgenaufnahme bestätigt werden. Das Ausmass der Wirbelkörperverdrehung bei Diagnosestellung und die verbleibende Wachstumspotenz entscheiden über den Beginn und die Wahl der Therapie.

Therapie

Skoliosen bis 20° nach Cobb sollten durch Physiotherapie behandelt werden, wobei diese nicht in der Lage ist, die Zunahme aufzuhalten. Einschränkungen bei der Belastung oder im Sport der Kinder sind nicht notwendig. Skoliosen zwischen 20° und 50° nach Cobb müssen mit einem Korsett behandelt werden bis zum Abschluss des Wachstums. Wichtig ist die ständige begleitende Krankengymnastik und weiterhin keine Befreiung vom Schulsport. In weniger als 10% der Skoliosen ist eine Operation erforderlich. Dies ist oft der Fall bei Skoliosen über 50° nach Cobb im Zusammenhang mit weiteren klinischen Faktoren. Bei den Operationsverfahren wird die Wirbelsäule in dem verkrümmten Bereich versteift und es gelingt eine Korrektur der Verkrümmung um ca. 50%. Bei den Skoliosen unter 50° spricht man von einem Erfolg der Korsettbehandlung, wenn das Fortschreiten der Skoliose aufgehalten werden konnte. Deshalb ist der rechtzeitige Beginn der Therapie von entscheidender Bedeutung. Nur hierdurch können die Folgen einer schweren Skoliose wie Reduktion der Lungenkapazität, verminderte Lungendurchblutung und erhöhtem Invaliditätsrisiko vermieden werden.

