

Skoliose

Als Skoliose bezeichnet man eine Seitenverbiegung der Wirbelsäule mit gleichzeitiger Verdrehung der Wirbelkörper, so dass die Wirbelsäule nicht mehr vollständig aufgerichtet werden kann. Dadurch kommt es zum typischen Bild der Skoliose mit dem kosmetisch störenden Rippenbuckel und Lendenwulst sowie den Veränderungen an Schultern und Becken.

Die eigentliche Ursache der Skoliose ist in etwa 80 Prozent der Fälle unbekannt (sogenannte idiopathische Skoliose), nur in den verbleibenden 20 Prozent findet sich eine Ursache (symptomatische Skoliose), wie z. B. Veränderungen der Knochenstruktur, Muskel- und Nervenerkrankungen usw. Von allen 10- bis 14-jährigen Jugendlichen haben rund 4 bis 4,5 Prozent eine Skoliose. Mädchen sind vier- bis fünfmal häufiger betroffen als Jungen, bei schweren Skoliosen sogar achtmal häufiger.

Erscheinungsformen

Bei den meisten Menschen ist die Wirbelsäule nicht ganz gerade. Von einer Skoliose spricht man, wenn die Krümmung mehr als zehn Grad nach Cobb (die Verkrümmung der Wirbelsäule wird in Grad nach Cobb gemessen) beträgt.

Die Skoliose führt nach und nach zu strukturellen Veränderungen der Wirbelkörper mit Verlust der Beweglichkeit. Außerdem können Störungen im Bereich der inneren Organe, vor allem des Herzens und der Lunge, auftreten. Die Folgen sind eine deutlich eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit und eine Einschränkung der Lebensqualität.

Bei Kindern tritt die idiopathische Skoliose am häufigsten auf. Sie wird als idiopathisch bezeichnet, da die Ursache der Erkrankung nicht bestimmt werden kann:

- Infantile idiopathische Skoliose (IIS):
Entstehung bis zum 3. Lebensjahr
- Juvenile idiopathische Skoliose (JIS):
Entstehung zwischen dem 4. und 10. Lebensjahr
- Idiopathische Adoleszentskoliose (AIS):
Entstehung ab dem 11. Lebensjahr

Die symptomatische Skoliose wird hinsichtlich ihrer Ursachen folgendermaßen unterschieden:

- Fehlbildungsskoliose (kongenitale Skoliose):
durch angeborene Wirbelfehlbildungen
- Neuropathische Skoliose: durch Nerven- und Muskel-erkrankungen
- Myopathische Skoliose: durch Muskeldystrophien (Schwund von Muskelgewebe) oder Arthrogrypose (Gelenksteife)

- Posttraumatische Skoliose: nach Gewalteinwirkung, Amputationen oder Tumoroperationen im Bereich der Wirbelsäule
- Statische Skoliose: durch Beinlängendifferenzen

Ursache/Diagnose/Prognose

Die Ursachen von Skoliosen gelten zurzeit noch als ungeklärt. Einigkeit besteht jedoch darin, dass verschiedene Faktoren an der Entstehung beteiligt sein können. Folgende Kennzeichen einer Skoliose erleichtern die Diagnostik:

- unterschiedlicher Schulterstand
- asymmetrische Hüftstellung (die Gesäßfalten liegen auf unterschiedlicher Höhe)
- stark ausgeprägte S-förmige Wirbelsäule
- einseitig auftretender und stark auffälliger Rippenbuckel

Bei einer Skoliose ist die Wirbelsäule in sich verdreht und seitwärts verkrümmt. Eine Skoliose hat man ein Leben lang. Skoliosen können im Lauf des Lebens zunehmen („Progredienz“). Besonders groß ist das Risiko einer Krümmungszunahme während des Wachstums. Aber auch nach Wachstumsabschluss können Skoliosen weiter zunehmen; je größer die Krümmung ist, desto größer sind die körperlichen Beschwerden. Ausschlaggebend für die „Schwere“ der Verkrümmung ist die gemessene Gradzahl, die sich vom Röntgenbild ableiten lässt. Auch nach dem Abschluss des Wachstums treten bei stärker ausgeprägten unbehandelten Skoliosen aufgrund von Abbauvorgängen im Bandscheiben- oder im Wirbelkörperbereich infolge krümmungsbedingter einseitiger

Belastungen möglicherweise weitere Verschlechterungen auf. Durch die Verformung des Brustkorbs kann bei schweren Skiosen die Funktion der Lunge und des Herzens in Mitleidenschaft gezogen werden. Es kann zu einer Verminderung der Atemkapazität sowie einer Rechts-herzüberlastung kommen, und häufig treten Schmerzen auf.

Behandlung

Die Behandlung einer Skoliose hängt vom Einzelfall ab. Während des Wachstums soll vor allem eine Zunahme der Krümmung vermieden werden. Je eher eine Skoliose erkannt wird, desto besser sind die Korrektur- und Therapiemöglichkeiten.

Als Faustregel orientiert man sich bei der Therapie während des Wachstums an den Cobb-Winkeln:

- Krümmungen von weniger als 20 Grad nach Cobb werden regelmäßig vom Arzt kontrolliert und gegebenenfalls mit Physiotherapie behandelt.
- Krümmungen von mehr als 20 Grad nach Cobb werden mit Physiotherapie und einem Korsett behandelt. Ergänzend kann eine „Skoliose-Reha“ durchgeführt werden.
- Bei Krümmungen ab 40 bis 50 Grad nach Cobb wird überlegt, ob eine stabilisierende Operation sinnvoll ist.

Bis Kinder ausgewachsen sind, sollte die Gradzahl so gering wie möglich gehalten werden.

Physiotherapie

Es gibt verschiedene Methoden der Physiotherapie, mit denen eine Skoliose behandelt werden kann. Welche Methode am besten ist, hängt von vielen Faktoren ab, unter anderem von der Art der Skoliose und von der Patientin bzw. dem Patienten (Alter, körperliche Fähigkeiten usw.). Bei Jugendlichen mit idiopathischer Skoliose wird am häufigsten Krankengymnastik nach Katharina Schroth angewendet.

Dabei handelt es sich um eine dreidimensionale Übungstechnik, mit der die Wirbelsäule aufgerichtet und entdreht werden soll. Daneben gibt es z. B. die Behandlungsmethode nach Vojta, bei der durch Reize Bewegungsreflexe ausgelöst werden können, nach Bobath und nach Dorn sowie die Spiraldynamik u. v. m.

Korsett

Ein Korsett ist eine Orthese, d. h. ein orthopädisches Hilfsmittel. Es gibt verschiedene Arten von Korsetten. Jedes Korsett wird von einer/einem Orthopädietechnikerin/-techniker individuell für die Patientin bzw. den Patienten angefertigt, damit es der Skoliose exakt entgegenwirken kann.

Hinweise für Lehrkräfte

Im Unterricht:

Es treten i. d. R. nur dann Probleme auf, wenn betroffene Kinder über einen längeren Zeitraum in derselben Haltung ausharren. Bei auftretenden Schmerzen sollten Lehrkräfte den Kindern gestatten, aufzustehen und sich zu bewegen. Bewährt haben sich zudem sog. Pezzibälle als Ausgleich zum Sitzen.

Ist das Tragen eines Korsetts erforderlich, sollte darüber vorab mit den Eltern und den betroffenen Kindern gesprochen werden. Ggf. sollten auch die Mitschülerinnen und Mitschüler einbezogen werden, um Vorurteilen, Stigmatisierungen und Berührungsängsten vorzubeugen.

Viele betroffene Kinder können und sollen ganz normal am Schulsport teilnehmen. Abhängig vom Grad der Skoliose und der angewandten Therapie ist jedoch eine Rücksprache mit den Eltern und/oder Ärztinnen und Ärzten/Therapeutinnen und Therapeuten erforderlich. Solange für Skoliose-Betroffene tendenziell ungeeignete Sportarten nur gelegentlich ausgeführt werden, stellen auch sie meist keine Gefahr dar. Bei einer Orthesenversorgung sollte in Absprache mit Eltern und Ärztinnen und Ärzten/Therapeutinnen und Therapeuten eine Teilbefreiung vom Sportunterricht in Erwägung gezogen werden, bei der Ausdauerläufe über 400 Meter und extreme Sprünge (Geräteabgang, Seilspringen) ausgenommen werden. Kritisch betrachtet werden zudem Stoßbelastungen der Wirbelsäule (zum Beispiel bei Kontaktsportarten wie Handball). Diese sollten mit der Ärztin bzw. dem Arzt abgestimmt werden. Zudem kann das tägliche Tragen einer Orthese die Koordination beeinträchtigen.

Für Ausflüge und Klassenfahrten gilt Entsprechendes. Falls bestimmte, hinsichtlich der körperlichen Belastung nicht alltägliche Aktivitäten anstehen, sollte dies im Vorfeld mit den Eltern und/oder den Ärztinnen und Ärzten/Therapeutinnen und Therapeuten erörtert werden.

Materialien für Lehrkräfte

Kinder- und Jugendbroschüre „Skoliose! Und jetzt? Mach Dich schlau!“, anzufordern beim Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. (verwaltung@bundesverband-skoliose.de).

Weitere Internetadressen

- www.bundesverband-skoliose.de/skoliose.html
- Informationsblätter des Bundesverbandes Skoliose-Selbsthilfe e. V.:
www.bundesverband-skoliose.de/skoliose-literatur.html

Selbsthilfe/Patientenorganisation

Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. –
Interessengemeinschaft für Wirbelsäulengeschädigte
www.bundesverband-skoliose.de

