

Anatomische Besonderheiten von Thalidomidgeschädigten: Das Schultergelenk

Ziel dieses Artikels ist es, behandelnde Therapeuten (Ärzte, Krankengymnasten) auf Besonderheiten der Anatomie von contergangeschädigten Menschen aufmerksam zu machen.

Bei Thalidomidgeschädigten kommt es zu Abweichungen in der Anatomie, die unter Umständen eine geänderte Vorgehensweise bei diagnostischen Überlegungen und therapeutischen Eingriffen erfordert.

Im aktuellen Beispiel geht es um die „vermeintlich ausgerenkte“ Schulter:

Es kommt immer wieder vor, dass Contergangeschädigte nach z.B. einem Unfall in ein Krankenhaus eingeliefert werden und in Unkenntnis der anatomischen Verhältnisse versucht wird, die Schultern einzurenken – mit katastrophalen Resultaten.

Die Schulter von Contergangeschädigten mit Schäden der oberen Extremität sieht in aller Regel völlig anders aus als bei einer intakten oberen Extremität. Sowohl „von aussen“ als auch im Röntgenbild zeigt sich der Aspekt einer luxierten Schulter. Bei vielen Contergangeschädigten mit Schäden der Arme besteht eine congenitale Schultergelenksluxation, mit der sich die Betroffenen bestens arrangiert haben.

Repositionsversuche haben ohne auslösendes zusätzliches Trauma zu unterbleiben, da hierdurch zum einen bei einer geänderten Anatomie Nerven / Gefäßstrukturen verletzt werden können, zum anderen kein dauerhafter Erfolg gezeitigt werden kann, da die Cavitas glenoidalis und der Humeruskopf dysplastisch sind und die zur Verfügung stehende Gelenkfläche keinesfalls genügend Artikulationsfläche für eine adäquate Funktion bietet und die beteiligten Knochen auch in der Regel über keine kongruente Gelenksoberfläche verfügen. Auch ist die anatomische Struktur der Gelenkkapsel vermutlich – sofern eine solche vorliegt, eine völlig andere.

Weiterhin ist eine suffiziente muskuläre Führung durch z.B. Rotatorenmanschette bei ggf. dysplastischen Muskeln nicht zu erwarten. Thalidomidgeschädigte mit Schäden an der oberen Extremität sind an die anatomischen Gegebenheiten ihrer Schultern bestens adaptiert.

Die weiter unten stehenden Abbildungen verdeutlichen das Problem.



Abb. 1. Gesunde Schulter mit normaler Kontourbildung durch den M. Deltoideus.



Abb. 2. Die dazugehörige Röntgenaufnahme: Regelrechtes Containment zwischen Oberarmkopf und Gelenkpfanne.



Abb. 3. Traumatische vordere Schultergelenksluxation bei ansonsten normalem Arm ohne Thalidomidembryopathie: Auffällige spitze Kontour der Schulter durch das Hervortreten des Acromions nach Herabsinken des Oberarmkopfes.



Abb. 4. Schultergelenksluxation im Röntgen: Der Oberarmkopf ist aus der Gelenkpfanne herausgerutscht und muss reponiert werden.

Urheber der Bilder vor Bildbearbeitung: Hellerhoff Quelle: Wikipedia
Verwendet nach den GNU Richtlinien für public content



Abb. 5. Linke Schulter eines Contergangeschädigten, keine Verletzung, keine Schmerzen.
Wie bei einer traumatischen Schulterluxation tritt das Acromion als kontourbildende Struktur hervor und kann den Eindruck erwecken, es bestünde eine therapiebedürftige Schulterluxation.



Abb. 6. Die Röntgenaufnahme dieser Schulter zeigt eine schwere knöcherne Entwicklungsstörung der schultergelenkbildenden knöchernen Strukturen. Der (rudimentäre) Oberarmkopf steht in keinerlei anatomischer Beziehung zur Gelenkpfanne. Solch ein Befund darf nicht reponiert werden!