

Anatomische Besonderheiten von Thalidomidgeschädigten

- Sternotomie bei 4-fach geschädigten Thalidomidopfern -

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 oder des Einsatzes von Körperregionen im Rahmen einer „Zweckentfremdung“, die unter Umständen eine geänderte Vorgehensweise bei diagnostischen Überlegungen und therapeutischen Eingriffen im Hinblick auf die geplante Rehabilitation erfordert.

Im aktuellen Beispiel geht es um Überlegungen vor thorakalen Eingriffen an 4-fach Geschädigten.

Beim besonders schweren Bild der 4-fach Schädigung im Rahmen der Thalidomidembryopathie kommt es zu ausgesprochenen Deformitäten oder zum Fehlen aller 4 Extremitäten.

Die Geschädigten sind oft zur Wahrung ihrer Restmobilität auf einen intakten Brustkorb angewiesen, auf dem sie sich teils rollend, teils robbend fortbewegen.

Wird bei Versorgungen eines Herzinfarktes ein Bypass erforderlich wird, so muss bedacht werden, dass der herkömmliche Zugang als Sternotomie diese Restmobilität für Wochen oder Monate aufhebt.

Bei grenzwertigen Fällen mag man sich vielleicht bei kritischer Würdigung des Für und Wider für eine Angioplastie entscheiden.

Ist ein aorto-coronarer Bypass unumgänglich, so kann ein thorakoskopischer Zugang gegebenenfalls ein Königsweg sein um eine unnötig lange vollkommene Immobilisierung des Geschädigten zu umgehen.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Auswahl der für den Bypass geeigneten Blutgefäße bei 4-fach Geschädigten drastisch eingeschränkt ist und im Zweifelsfall nur die A. mammaria als Graft zur Verfügung steht.