

THERAPIE DER INSTABILEN WIRBELKANALVERENGUNG MIT TRANSLAMINÄRER PIN FIXATION

Allgemeines:

Die Wirbelkanalverengung (Spinalkanalstenose) ist eine Erkrankung des mittleren und höheren Alters, die häufiger Männer als Frauen betrifft. Bei über 65-Jährigen ist die Wirbelkanalverengung die häufigste Pathologie an der Lendenwirbelsäule, die einer operativen Behandlung bedarf.

Bei einigen liegt ein anlagebedingter, d.h. von Geburt an vorhandener, relativ enger Wirbelkanal vor.

Symptome treten jedoch erst auf, wenn zusätzlich verschleißbedingte Veränderungen den Wirbelkanal für die hindurchtretenden Nerven unter eine kritische Querschnittsfläche von 1 bis 1.5 cm² absolut einengen. (Siehe Abb. 1)

Offt geht mit den Verschleißerscheinungen auch eine gewisse Segmentlockerung in Form eines Wirbelgleitens einher (siehe Abb. 2). Vielmehr führt diese Wirbelkörperverschiebung zu einer weiteren Einengung des Wirbelkanals mit zunehmenden Schmerzen im Rücken mit Ausstrahlung in die Beine.

Typischerweise treten Symptome oft nur in bestimmten Körperpositionen (Gehen und Stehen) auf, da in diesen Positionen die Bandstrukturen und die Bandscheibe sich verstärkt in den Wirbelkanal vordrängen und damit die Verengung zunimmt.

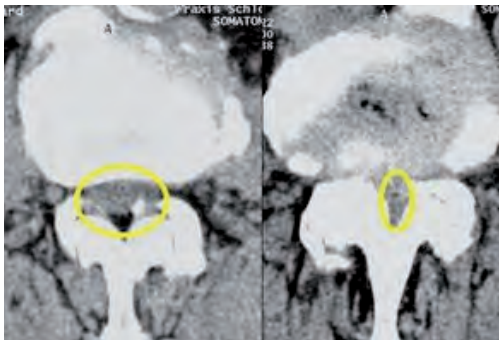


Abb. 1: Abbildung LWS CT:
Links normalweiter Wirbelkanal, rechts Wirbelkanalverengung

Welche Untersuchungen sind erforderlich:

Die standardmäßig durchzuführenden Röntgenaufnahmen dienen im wesentlichen dem Ausschluss anderer Knochenerkrankungen und dem Nachweis einer Instabilität. An weiteren Untersuchungen ist immer zunächst ein Schnittbildverfahren, d.h. eine Computer- oder Kernspintomographie zum eigentlichen Nachweis einer Wirbelkanalverengung anzustreben. Bei unklaren Fällen ist eine Myelographie (Kontrastmitteldarstellung des Rückenmarkschlauches) erforderlich.

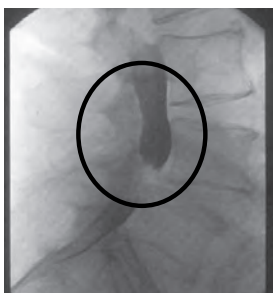


Abb. 2: Myelographie der LWS mit Wirbelkanalstenose und Wirbelgleiten

Kontakt:

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg Jerosch | Johanna-Etienne-Krankenhaus | Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
Am Hasenberg 46 | 41462 Neuss | T (02131) 5295-2002 | F (02131) 5295-2003 | j.jerosch@ak-neuss.de | www.johanna-etienne-krankenhaus.de

Therapie:

Die konservative Therapie der Wirbelkanalverengung mit Wirbelgleiten ist zuerst anzustreben. Aktuell sind Infiltrationstherapie, physikalische Therapie und Miederbehandlung zu empfehlen. Sollte die konservative Therapie keine Schmerzlinderung bringen, so ist die operative Therapie sinnvoll.

Im Vordergrund der operativen Therapie steht die Beseitigung der Wirbelkanalverengung (Erweiterung des Wirbelkanals durch Entfernung von Band und Knochenstrukturen) und Stabilisierung der Wirbelkörper durch gekreuzte Verschraubung der entsprechenden Wirbelbögen (Translaminäre Pin Fixation) mit speziell entwickelten Schrauben (Abb. 3), die mit Hilfe eines Zielgerätes eingebracht werden. Die Schrauben sind aus Carbon, somit sind sie sehr stabil und können keine Artefakte in den Nachuntersuchungen erzeugen. Die Carbonschrauben können auch bei Allergikern eingesetzt werden.



Abb. 3: Nach Erweiterung des Wirbelkanals wird durch TLPF eine Stabilisierung der entsprechenden Wirbelkörper erreicht

Nach der Operation können die Patienten am 2. Tag mit einem speziellen Mieder mobilisiert werden. Insgesamt wird das Mieder 12 Wochen getragen. Nach der Operation haben die Patienten beim Gehen keine Schmerzen im Bein mehr. Die Gehstrecke nimmt mit der Zeit zu.

Zusammengefasst ergeben sich hieraus für den Patienten die folgenden Vorteile:

- Standardisiertes und sicheres Operationsverfahren
- Gutes „Gefühl“ aufgrund minimal-invasiven Eingriffes
- Durch gekreuzte Verschraubung der Wirbelbögen wird das Wirbelgleiten beseitigt
- Verlängerung der Gehstrecke
- Keine Schmerzen und Schwäche mehr im Bein beim Gehen
- Rasche Frührehabilitation
- Mittelfristige Ergebnisse Erfolg versprechend