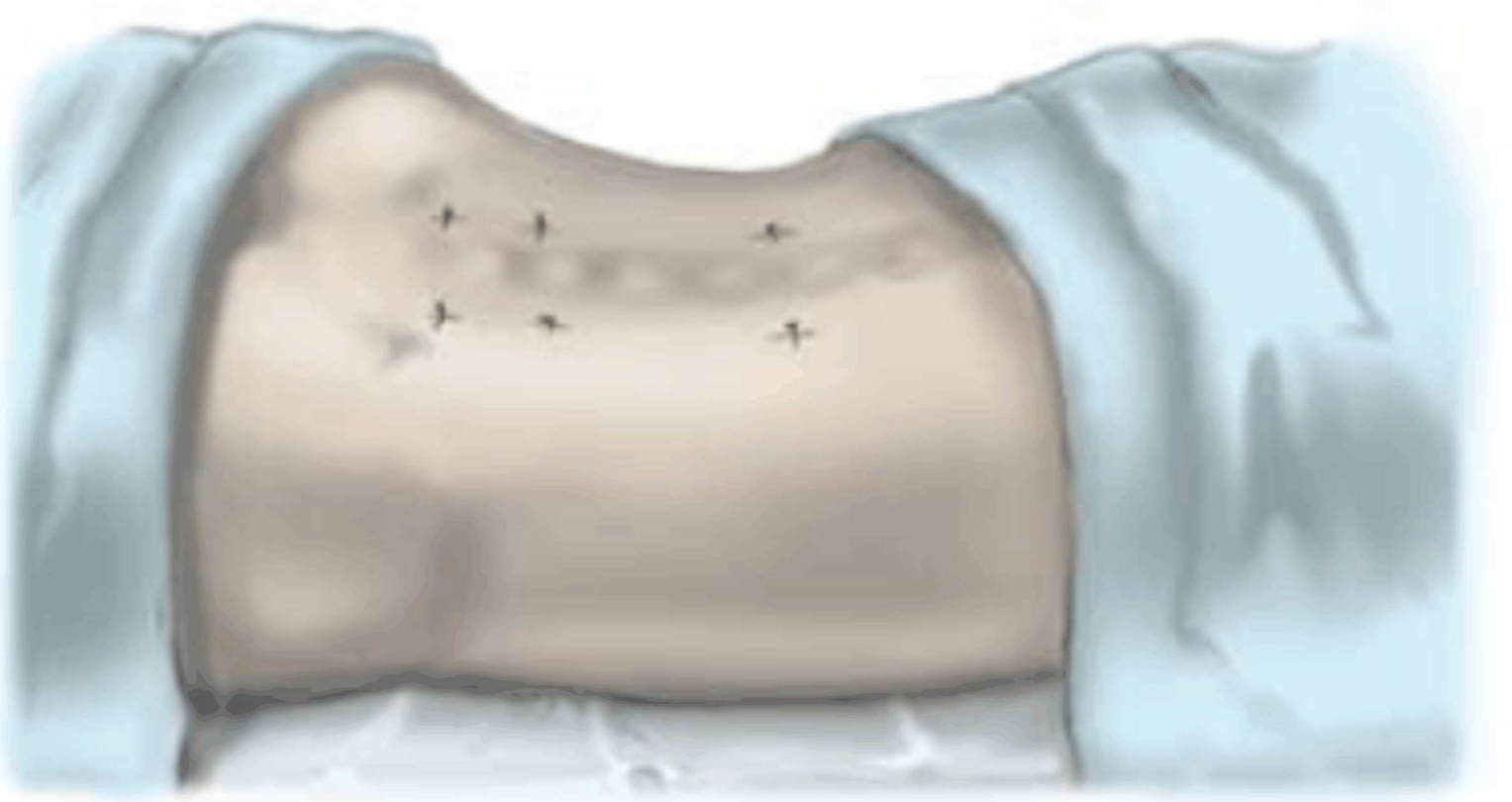




**Katholische
Hospitalgesellschaft
Südwestfalen gGmbH
St. Martinus-Hospital Olpe**



Minimal invasive Wirbelsäulenstabilisierung



Minimal invasive Wirbelsäulenstabilisierung

Minimal invasive Wirbelsäulenstabilisierung

Stürze aus mehr als 1 m Höhe oder Verkehrsunfälle sind die häufigste Ursache für Wirbelsäulenbrüche. In überwiegender Zahl sind sie nicht mit neurologischen Komplikationen verbunden. Je nach Bruchformen kann eine konservative oder operative Behandlung notwendig werden.

Gerade die instabilen Brüche machen eine operative Therapie unabdingbar. Am häufigsten wird hierbei eine dorsale Stabilisierung angestrebt. Dies geschieht durch einen Fixateur intern. Dieses Klammersystem verbindet 2 oder mehr benachbarte Wirbelkörper, so dass der gebrochene Wirbelkörper geschient wird. Eingbracht wird dieses vom Rücken her.

Hierbei wird nach einem Schnitt über den Dornfortsätzen die Muskulatur von den Wirbelkörpern abgeschoben. Nachdem die Bögen der Wirbelkörper über und unter dem gebrochenen Wirbelkörper freigelegt worden sind, wird der Fixateur intern eingebracht. Die Muskeln werden abschließend wieder über die Wirbelbögen gelegt.

Das Abschieben der Muskulatur von den Dornfortsätzen und den Wirbelbögen im Rahmen des dorsalen Zuganges verursacht eine Zerstörung von Muskelgewebe und Propriozeptionsorganen im M. multifidus. Der Zugang zur Wirbelsäule alleine verursacht bereits Schmerzen und führt zu einer Muskelatrophie.



Um dies zu verhindern, wird seit Anfang des Jahres im St. Martinus-Hospital Olpe ein Fixateur verwandt, der minimal invasiv über mehrere kleinere Incisionen eingebracht wird. Hierbei kann auf das breitflächige Abschieben der Muskeln verzichtet werden und anstatt dessen transmuskulär die Pedikelschraube eingebracht werden. Der M. multifidus wird also an seiner Stelle belassen. Dies führt zu einer deutlich geringeren

Muskelatrophie und postoperativen Schmerzen.



Minimal invasive Wirbelsäulenstabilisierung



Um eine definitive Stabilisierung der Wirbelsäule zu erzielen, muß häufig eine ventrale Abstützung erfolgen. Dies erfolgt mit einem Catch oder Beckenkammspan. Im Rahmen des zweizeitigen Vorgehens der Wirbelsäulenstabilisierung ist es daher um so wichtiger, die Schmerzen bei dem ersten Eingriff so gering wie möglich zu halten.

Nachteilig an dem minimal invasiven Wirbelsäulenfixateur-System ist allerdings, dass nur eine Stabilisierung aber keine Reposition durchgeführt werden kann. Daher ist der Einsatz auf instabile Wirbelkörperfrakturen ohne wesentlichen Dislokation begrenzt ist. Ein besonderer Einsatz stellt die dorsale Spondylodese mit gleichzeitiger dorsaler minimal invasiver Kyphoplastie dar. Hierdurch kann eine ventrale Stabilisierung vermieden werden.

