

Sind die Parkinsondeformitäten operativ behandelbar?

W. Lack

Arbeitsgemeinschaft freier Wirbelsäulenchirurgen

Problemstellung

Im Rahmen des M.Parkinson kann es zu verschiedenen Wirbelsäulenproblemen kommen: Camptocormia („Bent Spine-Syndrome“), wahrscheinlich bedingt durch Parese der Rückenmuskulatur im Rahmen der Grundkrankheit, Skoliose („Pisa-Syndrom“), Osteoporose und Kombination dieser Probleme. Laut Literaturangaben entwickeln ca 7% der ParkinsonpatientInnen eine Deformität der Wirbelsäule, häufiger bei schwerer Verlaufsform sowie voroperierter Wirbelsäule.

Patienten und Methode

Wir berichten über 11 Patient/Innen mit Parkinsondeformitäten, 9 weiblich, 2 männlich, Alter 72a (60-81a), der NU-Zeitraum beträgt 27 (10-70) Monate; die OP-Indikationen waren 5 „Flatbacks“, 4 Kyphoskoliosen und 2 Kyphosen nach Fraktur Th11-L1 bzw. L1.

Die Therapie umfasste 7 Pedikelsubtraktionsosteotomien, davon 4 mit verlängerter dorsaler Spondylodese von 9(6-14) Segmenten, 2 langstreckige dorsale Spondylodesen ab Th3, (11 bzw.14 Segmente, einmal mit AxiaLIF L5/S1) sowie 2 ventrale Wirbelkörperresektionen mit Ersatz durch Wirbelkörperimplantate und dorsaler Instrumentierung. In 2 Fällen wurden alle Schrauben zementiert. Seit 2006 erfolgen die Eingriffe regelmässig unter Nervenmonitoring. Ergebnisse

Die OP-Dauer betrug 240 (150-335) Minuten. die Korrektur der Kyphose bei Camptocormia lag bei 41°(15-60°), bei Wirbeleinbrüchen 8°(2-14°), Korrektur der Skoliose 15°(15-23°).

Die Ergebnisse erbrachten subjektiv: 3 Patient/innen sehr zufrieden, 4 zufrieden, 3 partiell zufrieden, 1 Patient „lost in follow-up“; VAS präoperativ 8,2, FU 2;

Komplikationen waren 1 langsam reversible motorische Caudaläsion bei Erhalt von Sensibilität, Blasen-und Mastdarmfunktion sowie vollständiger Schmerzfreiheit durch Einbruch des cranialen instrumentierten Wirbels, 2 reversible Paresen L4 bzw. L5, 1 Stablockerung L5/S1, 1 craniale Wirbelfraktur, 1 caudale Degeneration, 1 Durchgangssyndrom, 1 Fersenulcus.

Es mussten folgende Reoperationen durchgeführt werden: 3 craniale sowie 1 caudale Fusionsverlängerung, 1 Laminektomie, 1 Schraubenwechsel mit vorderer Abstützung durch AxiaLIF L3-S1, 1 Schraubenwechsel, 1 Revision mit Laminektomie.

Diskussion

Die operative Therapie mittels Pedikelsubtraktionsosteotomie und/oder langstreckiger Kompressionsspondylodese im Rahmen des M.Parkinson ergibt bei relativ hoher Komplikationsrate dennoch eine gute subjektive Erfolgsrate. Bei noch mobiler Krümmung auf Basis der Parkinsonbedingten Muskelschwäche mit zunehmender Kyphosierung im Tagesverlauf, aber guter passiver Aufrichtbarkeit ist die langstreckige dorsale Spondylodese ausreichend, bei fixierter Kyphose stellt die Pedikelsubtraktionsosteotomie, notfalls kombiniert mit längerstreckiger Spondylodese die Therapie der Wahl dar. Kurzbogige Kyphosen durch Wirbeleinbrüche erfordern meist eine ventrale Wirbelkörperresektion, evtl. kombiniert mit Dekompression, Ersatz durch Cage und dorsale Zuggurtung. Bei höhergradiger Osteoporose ist der Einsatz zementierter Pedikelschrauben indiziert.