Therapiestrategien der septischen Wirbelsäule

Eine Standortbestimmung

Sehr geehrte Leserinnen und Leser, die Therapie der septischen Wirbelsäulenerkrankungen ist seit Jahrzehnten eine Herausforderung. War sie noch bis in die 80er Jahre des letzten Jahrhunderts konservativ dominiert, zeigte sich bedingt durch bessere Implantate bereits während der 80er Jahre eine zunehmende Hinwendung zu operativen Therapiestrategien. Von Anbeginn lag der Fokus auf einem radikalen Débridement und einer suffizienten Stabilisierung. Es ist nicht übertrieben, diese Praxis als den über die Jahrzehnte verbindlichen Goldstandard zu definieren. Trotz signifikant verfeinerter bildgebender Diagnostik ist die Verzögerung zwischen dem Auftreten erster Symptome und der Diagnosestellung von 10–12 Wochen eine Konstante. Wenn dem so ist, warum brauchen wir dann eine Standortbestimmung zur Diagnostik und Therapie im Jahre 2012?

Die heute zur Verfügung stehende Bildgebung bietet kontinuierlich verbesserte Möglichkeiten der Diagnostik und Intervention. Das beinhaltet einerseits sehr selektive diagnostische Darstellungen der Ausdehnung der Infektion inklusive der Beteiligung der intraspinalen Strukturen. Andererseits eröffnet die interventionelle Radiologie Optionen der erweiterten minimal-invasiven Diagnostik und in ausgewählten Fällen sogar der Therapie. Die mikrobiologische Diagnostik ist eine zentrale Stütze der konservativen Therapie der Spondylitis/Spondylodiszitis, da sie die Grundlage der selektiven medikamentösen antibiotischen Therapie darstellt. Die Diagnostik ist aber auch ein wichtiger Bestandteil der chirurgischen Therapie.

Obwohl bis heute größere evidenzbasierte Studienkollektive fehlen, welche die gezielt lokal applizierten hohen Antibiotikadosen zusätzlich zur Stabilisierung analysieren, zeigen sich erste optimistisch stimmende Ergebnisse. Gerade weil der lange verfolgte „Goldstandard“ der Defektauffüllung durch Implantation eines autologen, trikortikalen Knochenspanns eine relativ hohe Quote aseptischer Knochennekrosen und folglich Pseudoarthrosen verursacht, sind alternative Implantate bereits lange Gegenstand wissenschaftlicher Auseinandersetzung. Bei der Analyse der alternativen Konzepte stellt sich wiederum heraus, dass unabhängig vom gewählten Werkstoff des Implantats der Schlüsselfaktor in einer ausreichenden Primärstabilität zu suchen ist. Titan als Werkstoff gilt in der Zwischenzeit als etabliert. Die unterschiedlichen Cages können die Defekte sicher abstützen. Die Befüllung der Implantate bleibt aber uneinheitlich. Neben der wiederum als „Goldstandard“ eingesetzten Knochenspongiosa aus dem Beckenkamm mit den immanenten Nachteilen werden zunehmend Knochenersatzstoffe und BMP diskutiert. Diese Alternativen sind aufgrund ihrer ersten Ergebnisse interessant und diskutierenswert. Trotz dieser noch offenen Fragen ist es aber möglich, auf der Grundlage der vorhandenen Daten Therapiealgorithmen zu etablieren.

Diese sind unter Berücksichtigung der spezifischen anatomischen und biomechanischen Eigenschaften auch auf die HWS übertragbar. Eine spezielle Besonderheit stellt die Therapie in einem paraplegischen Kollektiv dar, da bei diesen Pa-

tienten wesentliche klinisch wegweisende Symptome infolge der fehlenden Sensorik und des alterierten Vegetativums ausbleiben, wodurch die Diagnosestellung relevant erschwert wird. Auch nicht vergessen werden darf in der Auseinandersetzung mit der septischen Wirbelsäule die tuberkulöse Spondylitis, deren Therapiekonzepte sich von denen der unspezifischen Spondylitis unterscheiden und deren Auftreten auch in den Industrieländern wieder vermehrt ist.

Ihre

Dr. Bernd Wiedenhöfer

Dr. Michael Akbar

Dr. Burkhard Lehner

Korrespondenzadresse

Dr. B. Wiedenhöfer

Department für Orthopädie, Unfallchirurgie und Paraplegiologie, Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie,
 Stiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg
 Schlierbacher Landstraße 200a,
 69118 Heidelberg
bernd.wiedenhoefer@med.uni-heidelberg.de