



# 9 +++ VSOU-Kongress 2019 +++ VSOU-Kongress

## Wirbelsäulenfrakturen: Herausforderung bei AS

**P**atienten mit ankylosierender Spondylitis (AS) sind weit mehr als andere Personen durch Low-impact-Frakturen gefährdet – so PD Dr. Tobias Nowak, Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsmedizin Mainz, beim VSOU-Kongress. Ihr Risiko für eine solche Fraktur sei vierfach erhöht. Schwere Verläufe und neurologische Defizite in der Folge seien wegen der hochgradigen Instabilität häufiger. Zu einer Querschnittslähmung aufgrund einer Wirbelkörperfraktur käme es viermal öfter als in der Normalbevölkerung. Immerhin 15 % dieser Frakturen würden übersehen oder fälschlich als stabil eingestuft, wohingegen sie meist hoch instabil seien. Die Schwere der Verletzung werde somit im klinischen Alltag zu meist unterschätzt, so Nowak. Bei persistierenden Beschwerden unklarer Ge-

nese sollte daher bei AS-Patienten an eine Fraktur gedacht werden.

Hintergrund für die spezielle Gefährdung ist die AS-typische Einsteifung der Wirbelsäule mit periostalen Überbrückungen, wonach eine veränderte Biomechanik ausgelöst würde. Zunächst könnten geringfügige Fehlstellungen im Verlauf stark dislozieren. Ein weiterer Risikofaktor sei eine bestehende Osteoporose. AS-Patienten mit Fraktur sollten deshalb in jedem Fall auch neurologisch und bildgebend mittels einer Total-Spine-CT oder MRT diagnostiziert werden. Nur mithilfe dieser Total-Spine-Aufnahmen könnten alle möglicherweise bestehenden Frakturen detektiert werden, betonte Nowak. Im konventionellen Röntgen werde eine Dislokation oft übersehen. Die meisten Frakturen seien im Bereich C5 – 7 und T11 – 12 zu sehen.

Als besondere Herausforderungen in der Versorgung von AS-Patienten nannte Nowak die Lagerung in der durch die Versteifung und Verkrümmung vorbestehenden Stellung während der Operation und die oftmals nicht mögliche Versorgung mit HWS-Orthesen. Um die erforderliche langstreckige Versorgung dennoch vornehmen zu können und eine präzise Anbiegung und Anlagerung der Stäbe an den Knochen zu erzielen, sei aus seiner Sicht bei AS-Patienten eine offene operative Versorgung sinnvoll. Sie erlaube zudem die Anlagerung von allogener Fremdpongiosa zur Unterstützung des Knochenanbaus. Wegen der Instabilität plädierte er für eine langstreckige Versorgung, die mindestens drei Wirbel ober- und unterhalb umfassen sollte.

*Dr. Wiebke Kathmann*

## Individualisierte Endoprothetik weiter die Ausnahme

**E**in neues Thema beim VSOU-Kongress in Baden-Baden war in diesem Jahr die individualisierte Endoprothetik. Die Frage hiernach stellt sich aufgrund der zunehmenden Erwartung der Patienten an das Operationsergebnis und damit ihre Zufriedenheit mit der Intervention. Zwar hat die Implantationssicherheit in den letzten Jahren auf der Basis der inzwischen etablierten Standards, der optimierten Therapieverfahren und modernen Implantate zugenommen und die Fehlerrate ist gesunken, gleichzeitig ist aber der Patientenanspruch weiter gestiegen. Es bedarf also einer Lösung, um mit dieser Diskrepanz umzugehen. Nachdem sich der Ansatz, den Patienten an das Implantat anzupassen,

in der primären Hüftendoprothetik als nicht erfolgreich erwiesen hätte, wie Dr. Ingo Tusk, Klinik für Sportorthopädie und Endoprothetik, Frankfurter Rotkreuzkliniken e. V., Frankfurt am Main, sagte, und sich auch modulare Schaft-Hals-Systeme wegen Materialversagens nicht wirklich bewährt hätten, würden im Frankfurter Endoprothetikzentrum seit Jahren ausgewählte Patienten mit individuell gefertigten Prothesen in einem Stück, sogenannten Custom Hips, versorgt. Etwa 12 % kämen aufgrund der besonderen anatomischen Situation in Frage. Diese werde zunächst anhand von Anamnese (Dysplasie, Traumata, Vorerkrankungen), klinischer Untersuchung und Bildgebung (Röntgen, bei Verdacht

auf Mismatch-CT nach Symbios-Protokoll) eruiert. Dann erfolge die Planung und Fertigung in Frankfurt gemäß dem eigenen Algorithmus Custom Hip. Keine Indikation für eine Custom Hip bestehe dagegen für normal konfigurierte Selbstzahler, so Tusk.

Für die Individualprothese werden folgende Faktoren berücksichtigt: Voroperationen, Kopffzentrum, Länge des Femurhalses, Torsion des Femurhalses, mediolaterale und anteriore Ausdehnung des proximalen Markraums des Femur und Off-Set. Die konkrete CT-basierte Planung sollte in enger Kooperation mit dem Radiologen erfolgen, riet Tusk abschließend.

*Dr. Wiebke Kathmann*