


PARACELUSUS
 MEDIZINISCHE PRIVATUNIVERSITÄT

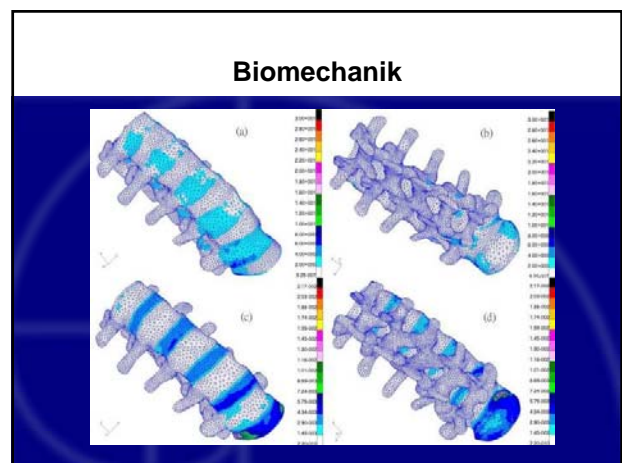
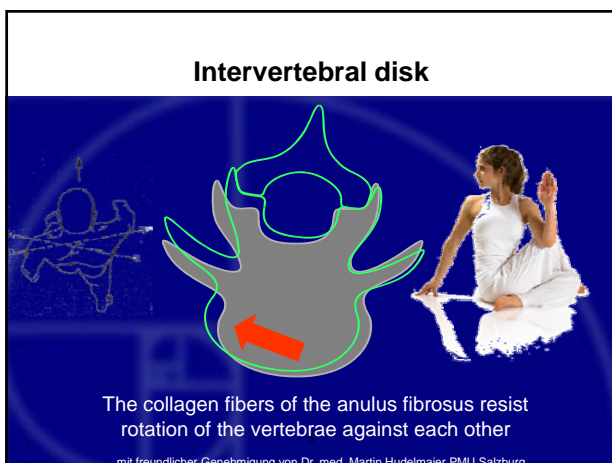
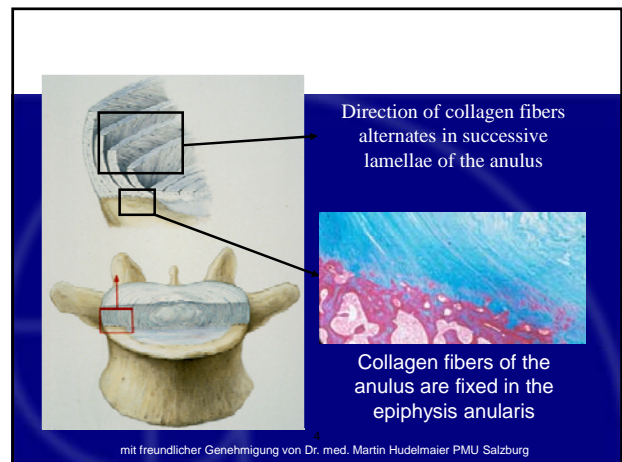
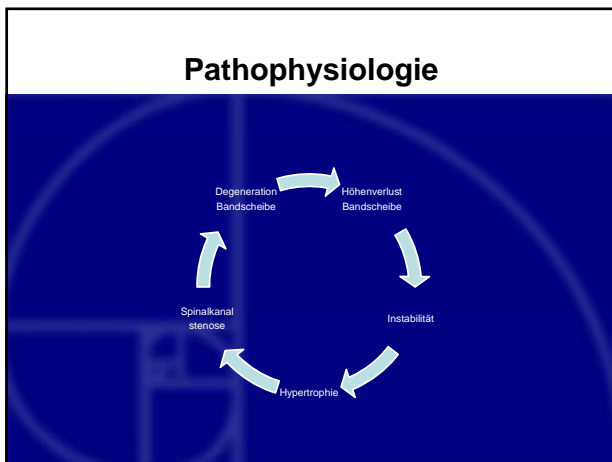
Instabilität und Stenose der Wirbelsäule-Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung*
 15. Symposium 25.01.2014

Asymptomatische Degeneration L5/S1 Hip-spine Syndrom

Dr. F. J. Hofmann
 Universitätsklinik für Orthopädie der
 PMU Salzburg

Einleitung

- Fusionen des lumbosacralen Übergangs führen häufig zu vermehrten Schmerzen in den Kreuzdarmbeingelenken Kuo CS, BMC Muskuloskelett Disord 2010
- nicht nur die Kenntnis des sagittalen Profils der Wirbelsäule ist relevant sondern auch die Geometrie des Beckens und der Hüften
- viele Patienten mit einer Coxarthrose zeigen auch degenerative Veränderungen am lumbosacralen Übergang. Die Unterscheidung der genauen Beschwerdeursache ist nicht immer möglich Stabano P. J Arthroplasty 2013



hip-spine Syndrom

- both LBP and spinal function were improved following THR. This study demonstrates the clinical benefits of THR on back pain and is the first clinical validate hip spine syndrom as hypothesized by Offierski an MacNab in 1983

Ben-Galim P, Spine 2007 Sep 1;32

- Hip an spine arthritis often coexist. Most patients who presented with hip arthritis an lower lumbar pain experienced resolution or improvement of their pain after THA

Parvizi J et al., Clin Orthop Relat Res. 2010 May; 468(5)

Hüftantetorsion/Pfannenanteversion

- Normalwert 15-20°
- verminderte Antetorsion führt zu einer verminderten Innenrotation und zu einer vermehrten Rotationsbewegung des Beckens beim Gehen
- Dadurch kommt es zu einer vermehrten Belastung im lumbosacralen Übergang

"Motion in lumbar femoralacetabular units during side bending and axial rotation moments depending on the degree of degeneration."
Kramer et al. Spine 2000 Aug 15;25

Hüftantetorsion

- Abweichgrade zu geringer und zu hoher Pfannenanteversion und Schenkelhalsantetorsion mit vermutetem Normalbereich

- Grad -3 <10° stark verringerte AV und AT
- Grad -2 10 - 14° mäßige Verringerung
- Grad 1 15 - 20° vermuteter Normalbereich
- Grad +2 21 - 25° leicht erhöhte AV und AT
- Grad +3 >25° starke Erhöhung

(Prof. Dr. med. Dietrich Tönnis)

Eigene Patienten

- ab 2012
- n=20
- 18-39a
- Chronische Lumbalgie
- MRT verifizierte DDD L4/5 und/oder L5/S1
- neg. spez. konservative Therapie über 1 a

Vorläufige Ergebnisse

- 8 Pat mit pathologischer Antetorsion < 10°
- 12 Pat mit pathologischer Antetorsion > 30°
- Hüft MRT ohne isolierten path. Befund

- nach Infiltrationsserie
- 6 HTEP
- 5 ALIF L5/S1
- 3 ALIF L4/5 und L5/S1
- 1 ALIF L4/5

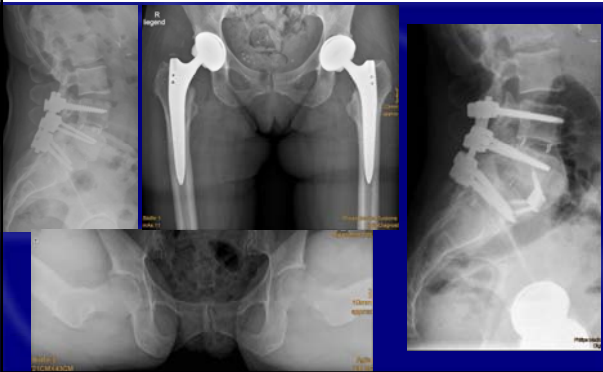
H.S. 32a, weibl., chron. Lumbago



Antetorsion : 0 Grad

C.A. 35a, männl., chron. Lumbago**A.W. 22a, weibl.: chron. Lumbago**

- Antetorsion: 0 Grad

**L.A. 39a, weibl.; St.p. DVS L4-S1****Abklärungsalgorithmus**

- Klinische Untersuchung von WS und Hüfte
- Radiologische Diagnostik (u.a. Rippsteinaufnahme)
- Diagnostische Infiltrationen von WS und Hüfte
- ggf. zusätzlich Arthro-MRT (Distractions-MRT) der Hüfte (Labrumläsion)

Funktionelle Wirbelsäulen- & Haltungsanalyse**„Bandscheibenprothese“ ?**

- Schön Klinik Muc Harlaching
- Siepe et al „The Spine Journal“ 2014
- ca. 145 Pat
- 5-11a FU nach lumbaler BS-Prothese L5/S1 und /oder L4/5
- stabile Ergebnisse (VAS/SF-36/ODI)
- geringere Revisionsrate als nach Fusion

FAZIT

- bei jungen Patienten L5/S1 oft besser ALIF
- ggf. Bandscheibenprothese???
- Hüftpathologien genau abklären
- Hüft-Ask/ Derotations-OT/ HTEP?

DANKE

