

Die zervikale Laminoplastik

Frank Grochulla¹, Christoph Mehren², Christoph Siepe², Andreas Korge², H. Michael Mayer²

Zeichner: Reinhold Henkel, Heidelberg

Zusammenfassung

Operationsziel

Dekompression des zervikalen Myelons über einen dorsalen Zugang unter Erhaltung der protektiven Funktion der zervikalen Wirbelbögen und der Beweglichkeit.

Indikationen

Zervikale Spinalkanalstenose mit einem sagittalen Spinalkanaldurchmesser < 13 mm und dem Leitsymptom Myelopathie.

Kontraindikationen

Instabilitäten der Halswirbelsäule.
Kyphotische Deformität.

Operationstechnik

Bauchlagerung. Scharfe Fixation des Kopfes, z.B. mit Mayfield-Klemme. Dorsaler Zugang in der Mittellinie. Subperiostale Darstellung der Dornfortsätze und Wirbelbögen.

Erweiterung des Spinalkanals und damit Dekompression des Myelons durch partielles Ablösen und Anheben der Wirbelbögen. Fixation der Wirbelbögen in der neuen Stellung mit Spongiosa und/oder Implantaten.

Weiterbehandlung

Ruhigstellung in einer Zervikalstütze für 3–4 Wochen.

Ergebnisse

Langzeitergebnisse in der Literatur zeigen eine Verbesserung des neurologischen Status postoperativ in 57,9%, eine diskrete Reduktion der zervikalen Lordose ohne klinische Relevanz und eine durchschnittliche Abnahme des Bewegungsumfangs um 36%.

Schlüsselwörter

Halswirbelsäule · Zervikale Myelopathie · Dekompression · Dorsaler Zugang

Oper Orthop Traumatol 2010;22:299–306

DOI 10.1007/s00064-010-8084-z

¹Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulen Chirurgie, Euromed Clinic GmbH, Fürth,

²Wirbelsäulenzentrum, Orthopädische Klinik München-Harlaching.