

Nicht einzeln im Buchhandel käuflich

Herr Z. V á r a d y und Herr Sz. L u k á c s, Miskolcz (Ungarn)

**Modifizierte perkutane Schenkelhalsnagelung
und unsere dabei erworbenen Erfahrungen**

Mit 3 Abbildungen

Sonderdruck aus Verhandlungen der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft

51. Kongreß, Frankfurt a. M., 22. bis 26. September 1964

Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1965

Die Op
Röntgenap
Röntgenko

Die Sch
stellt sich
an den Op
sion — un
enden des
zwei Richt
größere B

Ein Ma
(Abb. 1) w
Hilfe des



Im Schrifttum sind viele verschiedene Methoden der Schenkelhalsnagelung und -verschraubung bekannt. Einige Bemerkungen dazu sind notwendig; Carlquist Kirschner bohrte perkutan Drähte in den Schenkelhals. Dieses Verfahren ist mechanisch ungenügend. Andere trieben den Schenkelhalsnagel ohne zu bohren perkutan ein, dabei kann sich die Kortikalis spalten, womit das ursprüngliche Ziel nicht erreicht werden kann.

Die überwiegende Zahl der Patienten mit Schenkelhalsbrüchen ist über 60 Jahre alt, wobei ein großer Prozentsatz sich in schlechtem allgemeinen und kardialen Zustand befindet. Andererseits ist auch für die alten Kranken in befriedigendem Allgemeinzustand die langwierige, belastende Operation nicht gleichgültig. Diese Patienten ertragen auch eine Extension nicht lange und sterben an interkurrenten Krankheiten; aber auch die Operation kann für sie verhängnisvoll werden. Der einzige Weg ist die baldmöglichste Mobilisation.

Unsere modifizierte Methode kann mit den fast überall vorhandenen Instrumenten durchgeführt werden. Für die Kranken bedeutet sie im Vergleich zu offenen Methoden eine minimale Belastung, so daß auch in schlechtem kardialen Zustand befindliche Kranke operiert werden können. Die Methode kann in allen Fällen angewandt werden, bei denen keine kombinierte Nagelung notwendig ist.

Nun wird
eingeboh
Lage wir
inzidiert.
Knochen g

Die Operation kann auf dem Extensionstisch mit Bildwandler oder gewöhnlichem Röntgenapparat, aber auch ohne Extensionstisch mit einer dieser Möglichkeiten der Röntgenkontrolle durchgeführt werden.

Die Schenkelhalsfraktur wird im Bett mit dem notwendigen Gewicht extendiert und stellt sich in die entsprechende Lage ein. Nun montieren wir eine drehbare Zugwinde an den Operationstisch und lagern den Kranken — unter Aufrechterhaltung der Extension — um. Mit Hilfe des Extensionsgewichts und der Zugwinde stellen wir die Bruchenden des Schenkelhalses ein. Den Röntgenapparat stellen wir so, daß Aufnahmen in zwei Richtungen gemacht werden können. Dieses Vorgehen stellt für den Kranken keine größere Belastung dar, als wenn er im Bett läge.

Die Operation

Ein Markierungsgitter und der auf der Abbildung sichtbare Markierungsdraht (Abb. 1) werden angenäht und Röntgenaufnahmen in zwei Richtungen angefertigt. Mit Hilfe des Drahtes wird der Punkt auf der Haut bestimmt, wo die Inzision erfolgen soll.

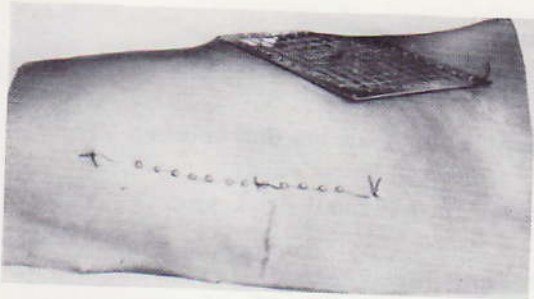


Abb. 1

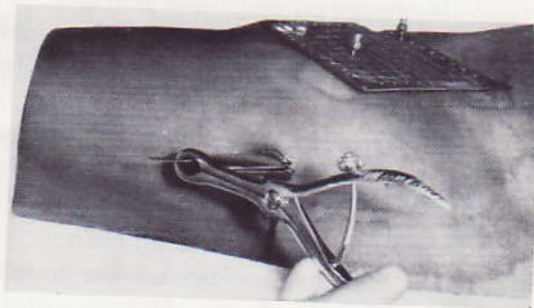


Abb. 2

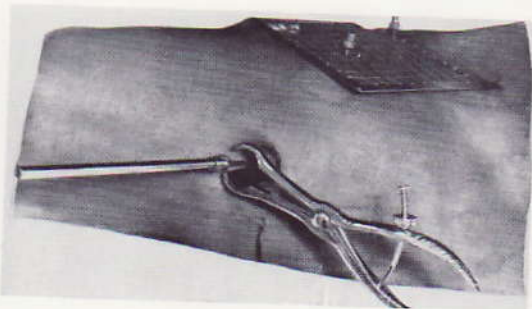


Abb. 3

Nun wird ein Kirschner-Draht an der entsprechenden Stelle in einem geeigneten Winkel eingebohrt. Anschließend wird eine Kontrollröntgenaufnahme gemacht. Bei richtiger Lage wird neben dem Draht die Haut und die Faszie in einer Länge von 1,5 cm inzidiert. Es wird nun der zusammengeklappte Spreizer über den Draht bis zum Knochen geschoben und dann geöffnet (Abb. 2). Es entsteht so eine Röhre bis zum Femur,

in deren Mitte sich der Kirschner-Draht befindet. Durch den Spreizer wird eine Gewebsbeschädigung beim Bohren vermieden. Ein Bohrer wird über den Draht geschoben und die Kortikalis durchbohrt. Kopf und Länge des Bohrers sind so konstruiert, daß die Operation ohne Freilegung möglich ist. Der Kirschner-Draht führt den Bohrer sicher in der gewünschten Richtung. Nach Durchbohren der Kortikalis wird der Bohrer herausgezogen und an seiner Stelle der Nagel eingebracht (Abb. 3) und in den Schenkelhals getrieben. Der Kirschner-Draht wird entfernt, der Spreizer herausgenommen, die Wunde mit zwei Nähten geschlossen. Nun erfolgt eine Kontrollaufnahme.

Unsere mit dieser perkutanen Methode gemachten Erfahrungen fassen wir in folgendem zusammen:

1. Wir wenden eine Lagerungsmethode an, bei der die Beanspruchung des Kranken gegenüber der auf einem gebräuchlichen Extensionstisch verschwindend klein ist.
2. Die Operation kann auch in weniger gut ausgerüsteten Krankenhäusern durchgeführt werden, in denen kein Extensionstisch zur Verfügung steht.
3. Auch solche Kranken können operiert werden, die bei den klassischen offenen Methoden für inoperabil gelten.
4. Es ist nur eine Inzision von 1,5 cm notwendig.
5. Wir verwenden einen Spreizer, der das Gewebe beim Bohren schont und eine gute Freilegung ergibt.
6. Die Operation kann schneller durchgeführt werden, als bei den üblichen offenen Methoden.
7. Die Infektionsgefahr ist, infolge der kleinen Inzision und der kurzen Dauer der Operation, verschwindend klein.
8. Die Patienten werden bei der geschlossenen Operation nicht so belastet wie bei der offenen auf einem Extensionstisch. Deshalb erholen sich die Kranken leichter und schneller.