

Präsentation und Workshop

Referent: Dr. med. John G. Stark, Backpain Klinik, Minneapolis, USA

- Bis zu 25 % signifikanter Rückenschmerzen entspringen dem Hüft- oder dem Iliosakralgelenk³, weitere 10 % sind trotz ausführlicher Diagnose undefinierbar.¹
- Das Iliosakralgelenk scheint als Schmerzgenerator in 29 – 40 % der Fälle mit Failed Back Syndrom eine wichtige Rolle zu spielen.²
- Bekannte historische und aktuelle Fusionsverfahren des Iliosakralgelenks⁴ führten selbst bei gesicherter Diagnose nur in den wenigsten Fällen zum Erfolg. Operationsindikationen werden daher zu Recht selten gestellt.
- Bei einem Eingriff am ISG ist die ursprüngliche Ausrichtung des Gelenks durch Respektierung der anatomischen Beziehungen so präzise wie möglich zu bewahren. Das Verfahren muss schonend und bei Bedarf vollständig revidierbar sein.

Nachdem Dr. Stark in den 90er Jahren zunehmend mit "austherapierten" Schmerzpatienten konfrontiert wurde, für deren stark physisch, psychisch und sozial beeinträchtigende Leiden weder er noch andere Spezialisten eine Lösung kannten, hat er sich intensiv wissenschaftlich und klinisch mit dem Phänomen des ISG-Syndroms auseinandergesetzt.

Mehr als 500 Patienten wurden von ihm seitdem versorgt. Zunächst mit existenten Verfahren und allen aus der Literatur bekannten Problemen und Fehlschlägen. Bald erkannte er, dass Patienten von einer **Distraction** des Gelenks eher profitierten⁵ als von einer Fusion im komprimierten Zustand. Hieraus entwickelte er ein Gesamtkonzept von Diagnose, Indikationsstellung, operativer und postoperativer Versorgung, das nun bei bereits mehr als 100 Patienten zu dauerhafter signifikanter Besserung führte.

Seit März 2010 ist dieses Verfahren in Europa verfügbar, eine schnell wachsende Anzahl von Interessenten lässt sich von ihm in seine Technik einweisen.

Das Verfahren

Das patentierte Instrumentarium gewährleistet die anatomisch korrekte Platzierung, Distraction und *Fusion* des Gelenks nach dem Prinzip der Ligamentotaxie unter Berücksichtigung der *neurovaskulären* Strukturen und der besonderen ossären Verhältnisse des ISG. Die dauerhafte *Fusion* wird intra- und extraartikulär durch das Implantat und die großzügige Anlagerung von Knochenmaterial (autolog oder allogene) im und um das Implantat herum erreicht. Der Eingriff ist muskel- und gewebeschonend und kann im Bedarfsfall einfach und schonend revidiert werden. Das Instrumentarium ist dilatierend geführt und gestattet einen standardisierten Ablauf, der zu reproduzierbaren Ergebnissen führt.

Besonderheiten

- Das Implantat wird tief im IS-Gelenk platziert. Diese Position im skelettalen Hypomochlion ist mit bisher bekannten Verfahren nicht erreichbar.
- Das Gelenk wird nicht "verschraubt"; der Gelenkspalt bleibt erhalten bzw. wird durch die geringfügige Distraction korrigiert
- Der Zugang schont die ligamentären, muskulären und neurovaskulären Strukturen zuverlässig.
- Das Instrumentarium gewährleistet präzise Positionierung und reproduzierbare Ergebnisse.

¹Sembrano et al: How Often Is Low Back Pain Not Coming From the Back? – SPINE Volume 34, Number 1, pp E27–E322

²Ivanov et al: Lumbar *Fusion* Leads to Increases in Angular Motion and Stress Across Sacroiliac Joint – SPINE Volume 34, Number 5, pp E162–E1693

³Cohen, Steven P. Sacroiliac Joint Pain: A Comprehensive Review of Anatomy, Diagnosis, and Treatment. *Anesth Analg* 2005; 101:1440-1453.4

⁴Bekanntes Verfahren: Smith-Petersen, Gaenslen, Khurana, Lippitt, Wise, Mitchell, Reiley, Keating

⁵Stark et al: *Fusion* of the Sacroiliac Joint: New Technique and Functional Outcome – Poster presentation 2008 Annual Meeting AAOS

Weitere Information unter

<http://www.si-joint.net>