See Spital Standort Kilchberg Medizinisches Sekretariat
Grütstrasse 60, 8802 Kilchberg, Telefon 044 716 66 40, Fax 044 716 69 54

see spital

Kilchberg, 19. Februar 2013/haeb

Operationsbericht Fall-Nr. 591871/Stationär

Brunschwiler Monika, geb. 29.05.1962, Rudensweg 74, 8048 Zürich

Operation vom 19. Februar 2013

OP-Team

Operateur	Dr. K. Zweifel		
Assistenz		Instrumentation	
Anästhesie		Anästhesieart	
Dauer		Histologie	
Antibiose		Blutsperre	

Klinische Diagnose
Traumatische foraminale Diskushernie L2/L3 am 03.08.2011 mit Persistenz der Bandscheibenprotrusion foraminal rechtsseitig

Art des Eingriffes
Dekompression L2/L3 von rechts und Diskusevaporisation L2 foraminal

Indikation
Die Patientin erlitt einen Sturz am 03.11.2011 mit einer Doppelverletzung im Bereich der Schulter und der Wirbelsäule was alles minuziös dokumentiert wurde von der Patientin selbst. Zwischenzeitlich wurde die Unfallgenese des Bandscheibenvorfalles abgelehnt, was aus unserer Sicht des Ereignisses nicht korrekt ist. Im Moment geht es aber um die seit dieser Zeit persistierenden radikulären ausstrahlenden Beschwerden bei zusätzlicher ISG-Arthrose, ebenfalls rechts betont. Der Vorfall liegt foraminal Wir wissen aufgrund von Studien, dass bei foraminalen / extraforaminalen Diskushernien konservative Therapien in der Regel sehr schlecht anschlagen, so dass die Erfolgsrate unter 1% liegt. Deshalb nun Beschluss, hier einen minimal invasiven Eingriff durchzuführen und die Bandscheibe zu evaporisierien.

Bericht
Patientin in Bauchlage. Übliche Desinfektion. Dann Auszählen und Bildwandlerkontrolle der Höhen. Eingehen leicht paramedian auf der rechten Seite. Zur Seite schieben der sehr spärlichen Muskulatur bei magerer Patientin. Der Situs liegt nur etwa 3-4cm unter der Haut. Beginn der Laminotomie, die bis zum Gelenk hin fortgesetzt wird. Wir belassen aber das Gelenk und führen unter einem sublaminären undercutting den Weg ins Foramen. Es zeigt sich dann, dass die Bandscheibe leicht vorgewölbt ist. Anstatt diese zu inzidieren versuchen wir diesmal nur zu evaporisieren. Dies braucht etwas mehr Geduld, funktioniert aber in der Regel recht gut und führt zu einer erhöhten Bandscheibenreststabilität. Man muss allerdings sagen, dass die Patientin auch nach ventral einen doch beträchtlichen Vorfall aufweist und dass hier auch eine Segmentinstabilität vorliegt, welche mit der Zeit zur Ursache einer weiteren Protrusion werden kann. Wir verifizieren unter Bildwandlerkontrolle die korrekte Lage und elektrokoagulieren dann den gesamten Raum bis zum Ausgang ins Foramen. Sicherlich ist der mediale Anteil, der sich im Bild im letzten Jahr noch präsentierte, jetzt vollständig weg, was wir im Verlauf durchaus in einer weiteren MRI-Untersuchung dokumentieren können. Es wurde intermittierend gespült. Der Plexus wurde koaguliert. Es

see spital

wurde zusätzlich eine Ampulle Kenacort abgegeben, dann ein schichtweiser Wundverschluss durchgeführt unter Doppelung der Faszie, da die Patientin praktisch kein Subkutangewebe aufweist und somit auf den Dornfortsätzen liegt bei verstärkter thorako-lumbaler Kyphosierung. Subkutannaht. Hautverschluss mittels Hautklammern.

Procedere
Im Rahmen der Schmerzgrenze darf die Patientin mobilisiert werden. Vorerst sollte die Rotation eingeschränkt werden. Sonst gibt es keine speziellen Massnahmen zum jetzigen Zeitpunkt. Antikoagulation bis Spitalaustritt respektive Vollmobilisation und Antibiose voraussichtlich für 3 Tage.

Dr. med. Karl Zweifel
Orthopädische Chirurgie FMH