

Definition der Querschnittlähmung

Eine Querschnittlähmung bedeutet eine Lähmung an den unteren und oberen Extremitäten und am Rumpf durch eine erworbene Schädigung des Rückenmarks.

Paraplegie

Mit Paraplegie bezeichnet man eine Lähmung nach Schädigung des Rückenmarks im Bereich der Brust- oder Lendenwirbelsäule. Hier ist, je nach geschädigtem obersten Segment, die Muskulatur des Rumpfes und der unteren Gliedmassen sowie des Vegetativum und die Sensibilität in diesem Bereich funktionsgestört.

Komplette Paraplegie: Unterhalb des Lähmungsniveaus keine motorischen und sensiblen Funktionen, die vegetativen Funktionen sind gestört.

Inkomplette Paraplegie: Kein einheitliches Lähmungsbild, unterschiedliche neurologische Befunde je nach Ausmass und Lokalisation der Schädigung. Neurologische Funktionen können auch unterhalb des Lähmungsniveaus vorhanden sein.

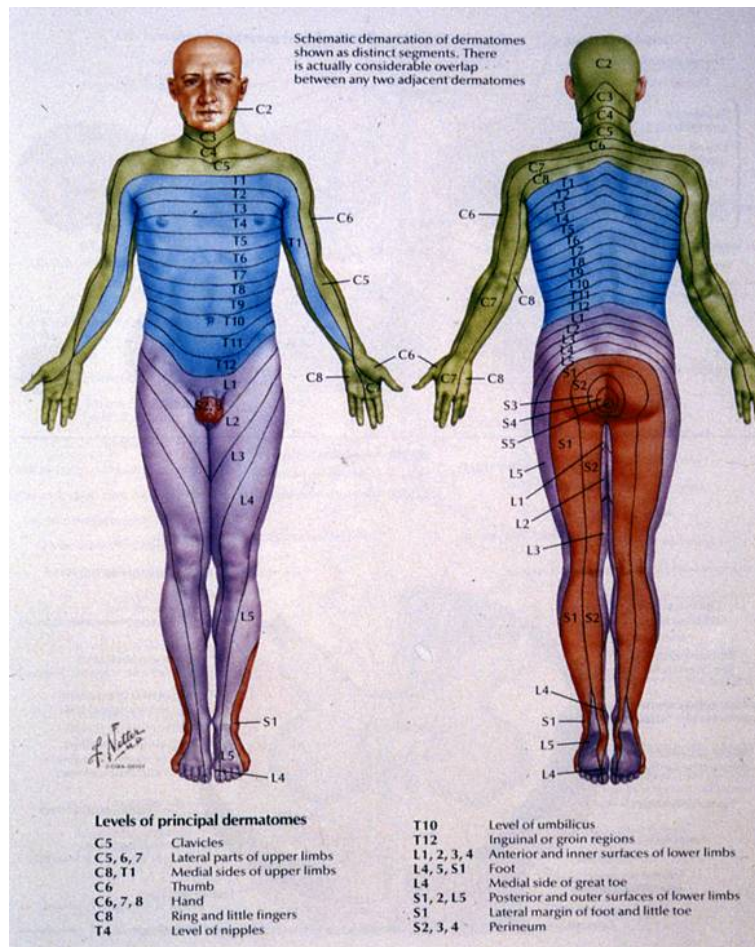
Tetraplegie

Eine Tetraplegie ist die Lähmung nach Schädigung des Rückenmarks (C1 – Th1) im Bereich der Halswirbelsäule. Hier ist die Muskulatur der Arme, des Rumpfes und der unteren Gliedmassen sowie die Sensibilität in diesem Bereich funktionsgestört. Ebenso ist das Vegetativum betroffen.

Komplett – inkomplett: Wie bei der Paraplegie unterscheidet man bei einer Tetraplegie zwischen komplett und inkomplett.

Bezeichnung der Höhe

Eine Lähmungshöhe wird immer mit dem letzten intakten Segment angegeben, d. h. eine komplette Tetraplegie unterhalb C 6 (Cervical 6) bedeutet, dass der 6. Spinalnerv der letzte intakte Nerv aus dem Rückenmark ist.



Ursachen

Neben Unfallgeschehnissen (Traumen), hauptsächlich durch Verkehr, Arbeit, Sport und Haushalt, sind raumfordernde Prozesse wie Tumor, Diskushernie, Blutung oder eine Unterversorgung (Ischämie) mögliche Ursachen einer Querschnittlähmung. Degenerative Erkrankungen, Multiple Sklerose (MS) und Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) können ebenfalls zu einer Schädigung führen.

Spina Bifida ist eine in der embryonalen Entwicklung erworbene Rückenmarksschädigung, meist an den unteren Lumbal- oder oberen Sacralwirbeln.

Art der Schädigung

Ist die Schädigung nur kurzzeitig, d. h. die neurologischen Ausfälle sind rückläufig und nach weniger als 24 Stunden posttraumatisch verschwunden, so spricht man von einer **Commotio Spinalis** (Erschütterung des Rückenmarks).

Bei länger als 24 Stunden bleibenden Teilausfällen, die im Verlauf aber auch rückläufig sein können, spricht man von einer **Contusio Spinalis** (Quetschung des Rückenmarks).

Inkomplette Lähmungen liegen vor, wenn motorische und/oder sensible Teilfunktionen erhalten sind (Parese).

Eine **komplette** Lähmung bedeutet die vollständige Durchtrennung oder Schädigung des Rückenmarks (Plegie).

Art der Ausfälle (Symptome)

Motorik: Je nach Läsionshöhe ist die Funktionsfähigkeit bestimmter Muskeln betroffen.

Sensibilität: gestört oder überhaupt nicht vorhanden: Oberflächensensibilität, Schmerzempfindung, Tiefensensibilität, Temperaturempfindung und Vibrationsempfindung.

Vegetativum: Vegetative Funktionen wie Blasen-, Darm-, Sexualfunktion, Wärmeregulation und Schwitzen, Blutzirkulation, Atmung, Gefäßtonus, Stoffwechsel etc.

Unfallrettung – Operation

Ein schonendes und korrektes **Bergen und Lagern** von Wirbelsäulenverletzten Personen steht am Anfang einer ganzen Kette von Massnahmen, die zur richtigen Behandlung der Verletzung und zu einer möglichst guten Prognose führen können.

In der Klinik wird eine genaue Diagnose (Röntgen, CT, MRI) durchgeführt. Hier spielt der Zeitfaktor eine wesentliche Rolle: Innerhalb einer Frist von **6 (- 8) Stunden** sollte das beschädigte Rückenmark entlastet werden, da sonst mit bleibenden neurologischen Schäden zu rechnen ist.

Bis etwa Ende der 80-iger Jahre wurden die Wirbelsäulenverletzung und die daraus resultierenden Rückenmarksschädigungen konservativ behandelt. Dies bedeutete eine Liegezeit von etwa 3 Monaten, flach auf dem Rücken, oft gelagert in einem sogenannten Sandwichbett, von der Rückenlage auf die Bauchlage gedreht.

Die **operative Behandlung** bedeutet eine Verkürzung der Liegezeit (auf heute etwa 2 Wochen, je nach Zusatzverletzung oder Komplikation). Allerdings ist hier anzuführen, dass **ein Knochenbruch** vorliegt: Bei einer operativen Stabilisierung ist somit dem Aspekt der knöchernen Durchbauung Rechnung zu tragen. Aus diesem Grund haben **Tetraplegiker in der Regel für die ersten 12 Wochen** einen **Stützkragen** (Plastozotenkragen) und **Paraplegiker** je nach Verletzungshöhe **ein Korsett**, ebenfalls für die ersten 12 Wochen. Das Therapieprogramm wird entsprechend reduziert.

Eine **komplette Durchtrennung** der Nervenfasern im Rückenmark ist nicht rückgängig zu machen.

Ist die Durchtrennung nicht vollständig oder erholt sich das Rückenmark nach Beseitigung des Druckes oder der Einengung, so spricht man von einer **inkompletten Lähmung**.