

Bandscheibenvorfall – ein Come-back der Operation?

Bei Bandscheibenvorfällen ging der Therapietrend in den letzten Jahren immer mehr zur konservativen Maßnahmen. Neue minimal-invasiven Verfahren haben bei der Prolaps-Entfernung heute sehr gute weitaus bessere Ergebnisse, so dass die Operationsindikation heute großzügiger gestellt werden kann.



Quelle: picture-alliance

» Am Wochenende bei der Gartenarbeit passiert's oft: Ein gewaltiger Schmerz schießt in den unteren Rücken bis ins Bein. Die meisten Patienten ahnen schon, was dahinter steckt: die Bandscheibe ist vorgefallen. In der Regel ist der Hausarzt der erste, dem die Patient ihre Beschwerden in Kreuz und Bein schildern. Und es gilt für ihn, die Bandscheibenvorfälle von den häufigen Rückenschmerzen andere Genese heraus zu filtern – schließlich klagt laut Statistik jeder zweite Patient in der Allgemeinarztpraxis über sein Kreuz mit dem Kreuz.

Außer dem typischen akuten Beschwerdebeginn spricht für den Prolaps auch, wenn Schmerzen beim Husten, Niesen oder Pressen auftreten, berichtet Dr. Michael Schubert von der Alpha-Klinik, Abteilung Dr. Hoogland, einer Spezialklinik für Wirbelsäulenoperationen in München. Die Klinik stellt im Internet für Patienten unter anderem einen Fragebogen mit den relevanten anamnestischen Fragen zur Verfügung: www.alphaklinik.de

ZEHENHEBERSCHWÄCHE DEUTET AUF L5

Strahlt der Schmerz ins Bein und ist der Lasègue-Test (Dehnung des N. ischiadicus durch passives Anheben des gestreckten Beines) positiv, erhärtet dies die Verdachtsdiagnose. Bestimmte Ausfallerscheinungen lassen auf die Etage des Prolaps schließen: Fuß- und Zehenheberschwäche deuten auf einen Prozess in Höhe des fünften Lendenwirbel (L5) hin. Kann der Fuß nicht gesenkt werden, ist das Problem vermutlich in der oberen Kreuzbein-Etage (S1-Symptomatik) zu finden. Ist der Schmerz eher dorsal lokalisiert, entspricht dies der Höhe S1, Schmerzen seitlich im Bein sprechen für L5, bei L4 schmerzt der Vorderteil des Beins.

ZUERST IMMER KONSERVATIVE THERAPIE

Das therapeutische Vorgehen heißt zunächst: Zwei Wochen Abwarten bei konservativer Therapie. Diese umfasst zum Beispiel TENS, Wärmebehandlungen, vorsichtige Chiropraktik. Ganz we-

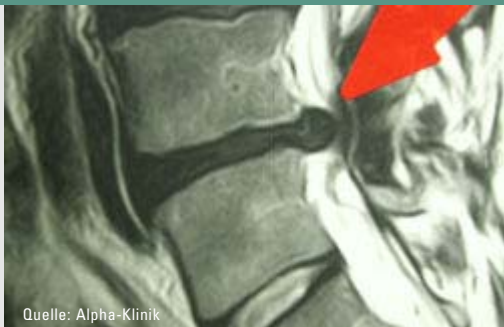
sentlich ist eine gute Schmerztherapie. Hier helfen außer den klassischen Schmerzmitteln auch Kortisoninjektionen an die Nervenwurzeln, um die gereizten und geschwollenen Strukturen zu beruhigen. Es gilt, den Teufelskreis aus Schmerz, Fehlhaltung, muskulärer Verspannung und daraus resultierenden Schmerzen zu durchbrechen, so Schubert. Bandscheibenvorfälle können sich häufig zurückbilden. Bei sequestrierten Bandscheiben kann es auch durch lytische Vorgänge zur Auflösung der sich vorwölbenden Teile kommen.

VORFALL IST MEIST MEDIO-LATERAL LOKALISIERT

Wie kommt es zum Bandscheibenvorfall: Der Faserring eines Diskus bekommt – genetisch bedingt oder durch Fehlfunktionen – eine Schwachstelle, an der sich der weichere innere Kern vorwölbt. Auch plötzliche Drehbewegungen, schweres Heben oder Schieben kann den Faserring schädigen. Noch häufiger ist allerdings, das der hintere Teil der Bandscheibe durch ständigen Bewegungsmangel und Sitzen geschwächt wird. Der Nukleus wölbt in der Regel nicht die Bandscheibe im rechten Winkel nach vorn, sondern tritt meist halb-seitlich aus und drückt dort auf die Nervenwurzeln.

„Die meisten Bandscheibenvorfälle sind mediolateral lokalisiert. Rein mediale oder laterale Vorfälle sind selten“ erläutert Schubert. In der Alpha-Klinik hat man sich auf die endoskopischen Operationsverfahren für die Bandscheibe spezialisiert. Noch vor einigen Jahren galten Bandscheibenoperationen als wenig erfolgversprechend. Wie Schubert berichtet, galt als Operationsindikation

BANDSCHEIBENPROLAPS IM MRT



Quelle: Alpha-Klinik



Ganz links: Deutlich ragt die prolabierte Bandscheibe in den Spinalkanal.

Links: Kontrollaufnahme nach drei Monaten. Der Vorfall wurde entfernt, die Bandscheibe hat sich erholt und ihre Pufferfunktion wiedererlangt.

nur, wenn eine konservative Therapie über drei Monate versagt hatte oder wenn ein neurologischer Notfall wie das gefürchtete – aber seltene – Kauda-Syndrom mit Blasen- und Mastdarmstörungen vorlag.

SCHONENDER ZUGANG ÜBER NEUROFORAMINA

Die Zurückhaltung bei den operativen Verfahren war vor Einführung der endoskopischen Methoden auch verständlich. Schließlich müssen viele Strukturen durchtrennt oder verschoben werden, bis man bei einer offenen Operation an die Protrusio herankommt“. Das Ligamentum flavum muss gespreizt oder durchtrennt, die Nerven zur Seite gedrängt werden, Knochen muss – je nach Lokalisation – entfernt werden und es kann auch zu Blutungen kommen.

All das reizt die Nerven zusätzlich. „Bei unserem Verfahren gehen wir endoskopisch von der Seite in das Neuroforamen bis an die Dura mater“, erläutert Schubert die an der Alpha-Klinik entwickelte Methode. Kleine Kanülen, mit zunehmenden Durchmesser bis zu sieben Millimetern, werden zum Bandscheibenvorfall geführt. Mit einem speziellen Spinescope wird der Vorfall sichtbar gemacht und mit feinen Instrumenten entfernt. Überstehende Reste werden mit einem Speziallaser geschrumpft. Die Methode ermöglicht es an alle Lokalisationen von Prolaps heranzukommen, auch wenn die Vorwölbung nach kaudal oder kranial umgeschlagen ist“,

Um die Revitalisierung der Bandscheibe zu unterstützen, wird die verkalkte Deckplatte der angrenzenden Wirbelkörper mittels feiner Instrumente ange-

frischt, wodurch eine bessere Durchblutung der Bandscheibe hervorgerufen wird und ein fester, stabiler Schutzfaserring gebildet werden kann.

STUDIEN BELEGEN VORTEIL DER HOOGLAND-METHODE

Dass das Verfahren wirklich den Patienten nützt, belegt eine prospektive Studie der Alpha-Klinik mit einem 2-Jahres-Follow-up. Danach gaben von 556 Patienten, die nicht voroperiert waren und bei denen der Eingriff nur in einer Etage erfolgte, 96 Prozent ihren postoperativen Zustand als besser oder sehr viel besser als vor dem Eingriff an. Die Rezidivrate lag bei 3,8 Prozent, wie Schubert berichtete.

ALTERNATIVE: BANDSCHEIBEN-PROTHESE

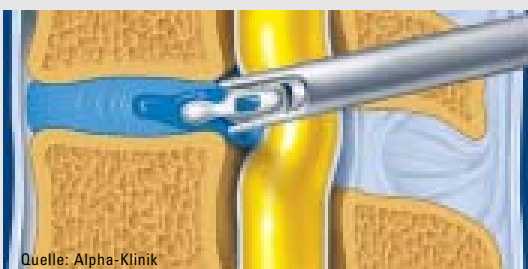
Immer wieder kommt es allerdings vor, dass Patienten mehrfach an der gleichen Bandscheibe operiert worden ist. Schubert gibt zu bedenken, dass bei jedem Eingriff Material der Bandscheibe entfernt wird, was die Funktion als hydraulischer Puffer und die Platzhalterfunktion einschränkt. Mit jeder Operation wird die Bandscheibe dünner und damit der Wirbelkanal enger. Auch gibt es Patienten mit rein discogenen Schmerzen, also Schmerzen der Bandscheibe selbst. Für diese Patientengruppen bietet sich die erst seit wenigen Jahren bestehende Möglichkeit des Bandscheibenersatzes an. Dabei wird die eigene Bandscheibe komplett entfernt. In die Lücke zwischen den Wirbelkörpern werden zwei kleine Metallplatten zur Verankerung im Knochen geschoben und dazwischen ein Kunststoffkissen eingepasst, was für die Puffer und Platzhalterfunktion sorgt.

ENDOSKOPISCHE DISCO-NUKLEOTOMIE



Bei dem an der Alpha-Klinik entwickelte Verfahren wird über einen seitlichen Zugang durch die Neuroforamina der prolabierte Teil der Bandscheibe endoskopisch entfernt.

Dabei werden – anders als bei den offenen Verfahren – die lokalen Strukturen wie Muskeln und Bänder geschont.



Quelle: Alpha-Klinik

arf

