

Wenn konservative Therapien nicht mehr helfen

Die alternde Wirbelsäule eine chirurgische Herausforderung

Die demographische Entwicklung der Bevölkerung mit immer grösser werdender Alterspyramide führt zusammen mit den zunehmenden chirurgischen und anästhesiologischen Möglichkeiten zu einer immer grösseren Zahl an potentiellen wirbelsäulenchirurgischen Patienten, was nicht zuletzt auch eine gesundheitspolitische Herausforderung darstellen wird.

Wie sämtliche Organe am Körper unterliegt auch die Wirbelsäule degenerativen Prozessen, was grundsätzlich ein physiologischer Vorgang ist, aber in bekannter Weise eben doch zu hartnäckigen limitierenden Schmerzzuständen mit möglichem Verlust der Selbständigkeit und Lebensqualität in den letzten Lebensjahren führen kann. So kommt es, dass mittlerweile die Spinalkanalstenose eine typisch degenerative Veränderung jenseits des Pensionsalters heute der häufigste wirbelsäulenchirurgische Eingriff ist. Häufiger noch als die jedermann bekannte Diskushernie, die v. a. im mittleren Alter auftritt. Nebst der Spinalstenose sind die Degeneration von Wirbelsegmenten, welche in der Summation in einer degenerativen Skoliose kumulieren kann, weiter die osteoporotischen Frakturen und weniger häufig auch die Metastasen typische chirurgische Problemstellungen der erhaltenden Wirbelsäule.

Pathologien der alternden Lendenwirbelsäule

- ▶ Spinalstenose
- ▶ Foraminalstenose
- ▶ Osteochondrose
- ▶ Diskushernie
- ▶ Facettenarthrose
- ▶ Epidurale Zyste
- ▶ Epidurale Lipomatose
- ▶ Osteoporose
- ▶ Spondylodiszitis
- ▶ Instabilitäten
- ▶ Frakturen (traumatisch, pathologisch, osteoporotisch)
- ▶ Tumoren / Metastasen
- ▶ Entzündliche rheumatische Erkrankungen
- ▶ Skoliose
- ▶ u. a. m.

Die Spinalkanalstenose spricht leider auf konservative Therapien letztlich schlecht an, da es sich dabei um ein mechanisches Problem mit Einengung des Kanals handelt, was durch konservative Massnahmen grundsätzlich nicht verändert werden kann. Trotzdem empfehlen wir diese Massnahmen primär einmal auszuschöpfen. Die nächste therapeutische Stufe, epidurale Infiltrationen, können hingegen zumindest vorübergehend die Symptomatik positiv beeinflussen. Dabei werden BV-, allenfalls auch CT-gesteuert



Dr. med. Markus Rühli
Zürich

gezielt auf die jeweilige Einengung fokussierte transforaminale oder interlaminäre Steroidinjektionen durchgeführt.

Wenn all diese Massnahmen ausgeschöpft sind und der Leidensdruck, was eigentlich einer Erfahrungstatsache bei fortgeschrittener Spinalkanalstenose entspricht, persistiert, sollte die Operation diskutiert werden.

Günstige Situationen für allfällige Operationen

- ▶ Veränderungen mit radikulären Schmerzen (Diskushernien, Foraminalstenosen, Spinalstenosen, epidurale Zysten)
- ▶ Monosegmentale Pathologien
- ▶ Bestimmte osteoporotische Frakturen
- ▶ Spinalstenose

Hierbei wird zwar offen aber über einen möglichst minimalen Zugang unter Zuhilfenahme des Operationsmikroskopes eine sogenannte Interlaminotomie durchgeführt, das heisst man fenestriert lediglich zwischen den Wirbelbögen und verschafft sich so Zugang zum Spinalkanal, ohne wie früher die Wirbelbögen vollständig zu entfernen oder die Gelenke zu kompromittieren. Die Wirbelsäule wird durch diesen Eingriff grundsätzlich nicht destabilisiert. Es kann nach einer Rekonvaleszenz von 4–6 Wochen postoperativ die Wirbelsäule wieder voll belastet werden. Unsere eigenen Erfahrungen, aber auch die der Literatur bestätigen, dass diese mikrochirurgischen modernen Dekompressionsverfahren auch von betagten Patienten gut toleriert werden und die überwältigende Mehrheit nachhaltig davon profitiert. Das Alter sollte also kein Argument sein, um den Patienten diesen Eingriff vorzuenthalten und ihn dabei weiter leiden zu lassen. In den meisten Fällen genügt die alleinige Dekompression, bei zusätzlich symptomatisch fortgeschrittener Degeneration des Wirbelsegmentes, bei Instabilität oder progredienter Anterolisthese muss allenfalls eine zusätzliche Stabilisation diskutiert werden. Die Nachbehandlung bei rein selektiven Dekompressionsoperationen ist unproblematisch und braucht keine spezifische Therapie.

Weniger günstige Situationen für eine Operation

- Nur Lumbalgien
- Mehrsegmentale degenerative Situationen
- Degenerative Skoliose mit starker Osteoporose
- Nach Voreingriffen
- Chronifiziertes / zentralisiertes Schmerzsyndrom
- Psychosoziale Belastungssituationen

Die meisten osteoporotischen Frakturen dagegen können konservativ behandelt werden. In einigen hartnäckigen oder ausgeprägten Fällen sollte aber ein operatives Vorgehen zur raschen Wiedererlangung der Mobilität und Unabhängigkeit erwogen werden. Hier haben wir mit den endoskopischen Zementaugmentationen von gebrochenen Wirbelkörpern (Kyphoplastie, Vertebroplastie) heute percutane minimalinvasive sehr effektive Techniken zur Verfügung. Diese modernen Operationen stellen nun wirklich einen grossen Fortschritt in der Behandlung eines vorher chirurgisch schwierig zu lösenden Problems der osteoporotischen Wirbelfrakturen dar. Sind doch die meisten Patienten betagt und haben per Definitionem eine schlechte Knochenqualität was für die herkömmlichen Stabilisationseingriffe eine ungünstige Konstellation darstellt. Mittels Kyphoplastie kann dem Patienten unter minimaler Belastung über eine Stichinzision praktisch ohne Blutverlust mit einem halbstündigen Eingriff geholfen werden.

Diese Verfahren können auch bei Metastasen an der Wirbelsäule zur Schmerzbekämpfung und Stabilisation von frakturgefährdeten Wirbelkörpern eingesetzt werden.

Wann soll operiert werden?

Jeder Patient ist ein Einzelfall, folgende Bedingungen müssen erfüllt sein:

- Die konservativen Therapien sind ausgeschöpft
- die schmerverursachende Struktur ist identifiziert mit Korrelation von Klinik und Bildgebung
- die realistischen Erwartungen an das Operationsresultat sind mit dem Patienten detailliert besprochen.

Häufige Gründe für Wirbelsäulenoperationen

- Lumbale und zervikale Spinalkanalstenose mit Foraminalstenosen
- Segmentdegenerationen (Osteochondrose, Spondylarthrose)
- Degenerative Skoliose
- Osteoporotische Frakturen

Wenn schwere degenerative Veränderungen mehrerer Wirbelsegmente sich addieren kann dies in einer progredienten Deformierung der Wirbelsäule im Sinne einer degenerativen Skoliose enden. Diese oft betagten Patienten mit stark deformierter Wirbelsäule und entsprechender statisch ungünstiger Haltung sowohl im Stehen als auch im Sitzen führt oft zu inakzeptabler Einschränkung der Lebensqualität. Diese degenerativen skoliotischen Fehlformen können zudem auch auf Basis einer idiopathisch juvenilen Skoliose sich zusätzlich entwickeln. Wenn im Apex der Skoliose infolge schlechter Knochenqualität Einbrüche erfolgen, kann dies zu einer rasch fortschreitenden Verkrümmung, zu einer sogenannten «collapsing spine» führen. Wenn man gezwungen wird diese Situationen operativ anzugehen braucht es entsprechende Erfahrung des Operateurs um den Zeitpunkt sowie die Ausdehnung der hier oft nötigen langstreckigen, zum Teil thorako-sakralen Stabilisationen festzulegen. Besonders kritisch wird die Situation, und dies ist eben oft der Fall, wenn zusätzlich eine fortgeschrittene Osteoporose vorliegt.

Nach wie vor gilt, dass der grösste Teil der Rückenschmerzen vorübergehender Natur ist und sich vor allem mittels Analgetika und physikalischen Therapien behandeln lässt; dass sie oft sogar einfach spontan innerhalb weniger Wochen verschwinden. Trotzdem gibt es eine Anzahl Veränderungen die typischerweise im Alter vorliegen und von derartiger struktureller Natur sind, dass sie eben auf die oben erwähnten Massnahmen nicht nachhaltig ansprechen und demzufolge zur Chronifizierung neigen. Allein schon das adäquate Management dieser oben erwähnten häufigen Wirbelsäulenerkrankungen stellt in der Grundversorgung eine Herausforderung dar. Die Diagnose und das Einleiten einer entsprechenden Therapie bei hartnäckig schmerzhaften Veränderungen an der Wirbelsäule sollte sinnvollerweise in Absprache mit einem operativ tätigen Wirbelsäulenspezialisten durchgeführt werden. Insgesamt ist die Behandlung von Rückenschmerzen ein klassisches Gebiet indem durch ein teamartiges Zusammenspiel der verschiedenen Akteure (Hausarzt, Physiotherapeut, Chiropraktor, Rheumatologe, Schmerzspezialist und operativer Wirbelsäulenspezialist) längerfristig die besten Resultate erzielt werden.

Dr. med. Markus Rühli

Spezialarzt FMH für Chirurgie Wirbelsäulen Chirurgie
Wirbelsäulen- und Schmerz-Clinic-Zürich an der Klinik Hirslanden Zürich
Witellikerstrasse 40, 8008 Zürich
ruehli@wirbelschmerz.ch

➤ **Interessenkonflikt:** Der Autor hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

➤ **Literatur** beim Verfasser

Take-Home Message

Erfolgsfaktoren in der Behandlung von Wirbelsäulenpatienten:

- ◆ Engmaschige Führung durch den Hausarzt
- ◆ Rasche, strukturelle Diagnose
- ◆ Bei ausbleibendem Erfolg auf Medikamente und Physiotherapie eine gezielte Infiltration erwägen
- ◆ Vernetzung der Hausarztes mit multidisziplinärem Wirbelsäulenzentrum (Schmerztherapeut, Wirbelsäulen Chirurg)
- ◆ Grosszügiger Einsatz von Analgetika
- ◆ Realistische Erfolgsaussichten formulieren
- ◆ Einholen einer Zweitmeinung unterstützen
- ◆ Psychosoziale Belastungsfaktoren angehen