

Operative Therapie der Spinalkanalstenose

## Dekompression wirksam, zusätzliche Fusion fraglich

**Bei degenerativen Spinalkanalstenosen der lumbalen Wirbelsäule wird operativ zunehmend die Dekompression mit einer Fusion der benachbarten Wirbelkörper fusioniert. Nun ist es in zwei Studien nicht gelungen, einen Nutzen der zusätzlichen Fusionschirurgie nachzuweisen.**

Die lumbale Spinalkanalstenose wird typischerweise durch eine degenerative Arthrose der kleinen Zwischenwirbel- oder Facettengelenke verursacht, mit der Folge einer Kompression der austretenden Nerven. Operative Standardtherapie ist die Dekompressionschirurgie, bei der die Wirbelbögen teilweise oder ganz entfernt werden. Dies erweitert den Wirbelkanal und entlastet die Nerven.

Allerdings sinkt die Stabilität der Wirbelsäule durch Entfernung der Strukturen, insbesondere dann, wenn zusätzlich eine Spondylolisthesis vorliegt, also die Wirbel bereits gegeneinander verschoben sind. V.a. in dieser Situation wird heute – zumindest in den USA, die Dekompressions-OP mit einer Fusions-OP kombiniert, d.h. die benachbarten Wirbel operativ miteinander verankert. Der Beweis, dass der kombinierte Eingriff bessere Ergebnisse liefert, steht jedoch noch aus.

Daran ändern jetzt auch zwei Mitte April 2016 im New England Journal of Medicine publizierte Studien nichts. Eine schwedische Studie hatte bei 247 älteren Patienten mit Spinalkanalstenose, mit oder ohne Spondylolisthesis, die Dekompression mit der kombinierten Dekompression und Fusion verglichen. Doch sie fanden weder nach zwei noch nach fünf Jahren signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.

Besonderes Augenmerk legten sie auf den Oswestry Disability Index (ODI). Dieser betrug vor dem Eingriff im Median 41 Punkte. Der Score sank bei den Patienten ohne Spondylolisthesis auf 29 bzw. 27 Punkte und bei den Patienten mit Spondylolisthesis auf 25 bzw. 21 Punkte. Die numerisch besseren Resultate zeigte die alleinige Dekompression, doch statistisch war das Ergebnis gleich. Auch mit 6-Minuten-Gehtest schnitten die Patienten gleich ab. Erneuten Eingriffen mussten sich 21% bzw. 22% der Patienten unterziehen. Der kombinierte Eingriff dauerte länger, war teuer und mit längerer Hospitalisation verbunden.

Die zweite Studie kam aus den USA und hatte 66 Patienten randomisiert. Diese litten alle an Spondylolisthesis (Grad I) und symptomatischer Spinalkanalstenose, eine WS-Instabilität war jedoch ausgeschlossen. In dieser Studie fand man einen leichten, nach Ansicht der Autoren aber klinisch bedeutenden Vorteil der kombinierten Operation bei der Lebensqualität nach 2, 3 und 4 Jahren (SF-36), nicht jedoch beim OSI. In einem begleitenden Editorial stellen W. C. Peul und W.A. Moojen von der Universität Leiden fest, dass bei Spinalkanalstenose die Fusionsoperation nicht mehr als «best practise» gelten und nur bei erwiesener spinalen Instabilität durchgeführt werden sollte. Für die meisten Patienten sei die Dekompression ausreichend.

▼ WFR

Quellen: P. Försth, et al.; A Randomised, Controlled Trial of Fusion Surgery for Lumbar Spinal Stenosis. N Engl J Med 2016; 374: 1413-23. Z. Ghogawala, et al.; Laminectomy plus Fusion versus Laminectomy Alone for Lumbar Spondylolisthesis. New Engl J Med 2016; 374: 1424-34

Hormonersatz: Timing-Hypothese bestätigt

## Früh einsetzende Therapie bremst subklinische Atherosklerose

**Eine früh nach der Menopause einsetzende Östrogensatz-Therapie ist eher geeignet, die Progression einer Atherosklerose abzubremsen als ein erst spät nach der Menopause initiiertes Hormonersatz.**

Hat die Hormonersatztherapie eine protektive Wirkung vor kardiovaskulären Komplikationen? Dutzende Beobachtungsstudien hatten hier eine klare Assoziation aufgezeigt, randomisierte kontrollierte Studien hatten sie wieder vom Tisch gefegt. Als Erklärung wurde spekuliert, dass es darauf ankommt, wann nach der Menopause mit dem Hormonersatz begonnen wird. Darauf deuten auch die Studien EPAT und WELL-HART hin: EPAT hatte bei Frauen mit noch überwiegend gesunden Gefäßen einen Schutzeffekt gezeigt, WELL-HART hingegen fand diesen bei Frauen mit etablierter KHK nicht.

In der ELITE-Studie wurde nun direkt prospektiv verglichen, ob die früher einsetzende Hormonersatztherapie (< 6 Jahren nach der Menopause) für das Herz-Kreislaufsystem günstigere Effekte

bewirkt als eine später einsetzende Therapie (>10 Jahre nach der Menopause).

Dazu waren 643 gesunde postmenopausale Frauen in vier Gruppen stratifiziert (Hormonersatz oder Placebo, früh oder spät nach der Menopause) und im Median fünf Jahre lang behandelt worden. Primärer Endpunkt war die halbjährlich gemessene Intima-Media-Dicke der Karotiden.

In der Tat zeigte sich: Der Östrogensatz, mit oder ohne Progesteron, verzögerte die Progression der Atherosklerose an der Halschlagader signifikant bei frühem Therapiebeginn, aber nicht bei spätem Therapiebeginn. Im HERZ-CT hingegen zeigten sich keine Unterschiede zwischen Hormonersatz und Placebo, unabhängig davon, wann die Therapie begonnen wurde.

▼ WFR

Quelle: H.N. Hodis, et al.; Vascular Effects of Early versus Late Postmenopausal Treatment with Estradiol. N Engl J Med 2016; 374: 1221-2131