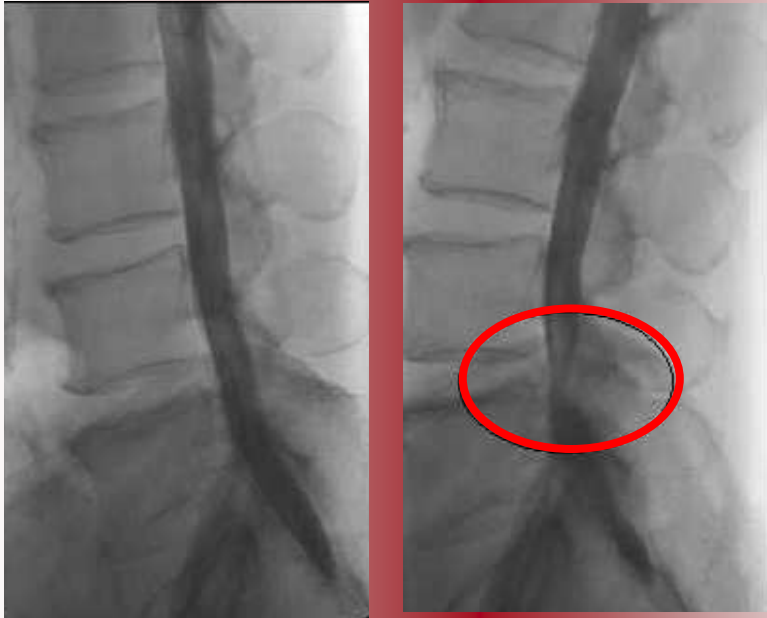




Wirbelkanaleinengung (Spinale Stenose)

Patienteninformation



Kontrastmitteldarstellung des Rückenmarkschlauches (Myelographie):
Bei vorn übergebogener Position zeigt sich ein normal weiter Wirbelkanal (links), bei Rückwärtsneigung kommt es zur Einengung des Rückenmarkschlauches (rechts)

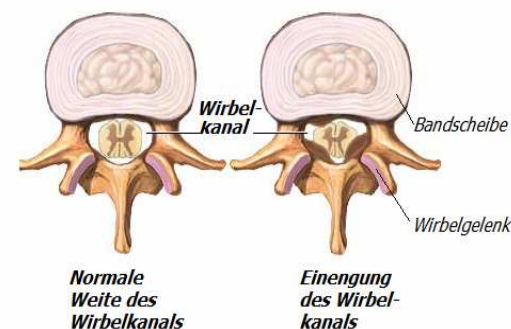
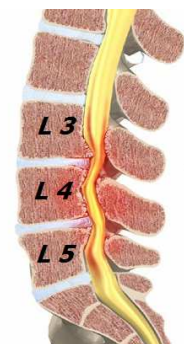
Spinale Stenose

Die Spinale Stenose ist eine Einengung des Wirbelkanales. Es ist eine Erkrankung älterer Menschen und kommt gehäuft im Bereich der Lendenwirbelsäule vor. Hierbei sind die Etagen zwischen dem 3. und 4. sowie dem 4. und 5. Lendenwirbelkörper am meisten betroffen. Ist die Enge des Wirbelkanals anlagebedingt, d.h. wenn von Geburt an ein relativ enger Wirbelkanal vorliegt, treten Symptome überwiegend erst dann auf, wenn zusätzlich verschleißbedingte Veränderungen den Wirbelkanal einengen. Im Rahmen des normalen Alterungsprozesses verlieren die Bandscheiben an Höhe und es kommt einerseits zu Vorwölbungen der Bandscheibe, andererseits zu knöchernen Ausziehungen an den Wirbelkörpern (Spondylophyten). Weiter entstehen degenerative Umformungen der kleinen Wirbelbogengelenke (Spondylarthrosen). Diese Kombination lässt eine sanduhrförmige Einengung des Spinalkanals entstehen. Die Einengung verläuft häufig fortschreitend wobei die Geschwindigkeit und Symptomatik unterschiedlich ausgeprägt sind.

Klinische Symptome / Diagnostik

Der klinische Befund ist zunächst uncharakteristisch, da die Einengung des Wirbelkanals nur langsam zunimmt. Nur in einigen Fällen kommt es durch akute Verlagerung der Bandscheiben oder gleichzeitiger Instabilität im betroffenen Wirbelsegment zu akut starken Beschwerden.

Typisch für die Wirbelkanaleinengung ist das Symptom der „Claudicatio spinalis“. Es äußert sich in Form von ziehenden Schmerzen nach kurzer Gehstrecke an der Vorder- oder Rückseite der Beine. Die Schmerzen bessern sich beim Stehenbleiben, Hinsetzen oder Vorbeuge des Oberkörpers. Die Erkrankung wird daher auch als „Schaufensterkrankheit“ bezeichnet. Diese Schonhaltungen werden eingenommen, um den Wirbelkanal durch das Vorbeugen zu entlasten, da er hierbei relativ weiter wird. Die Reizung der Nervenstrukturen wird vermindert. Ist die Gehstrecke stark eingeschränkt und liegt sie in fortgeschrittenen Fällen bei nur noch weniger als 100 m sind weitere Diagnostik und Therapie erforderlich. Die normale Röntgenaufnahme zeigt bereits erste Hinweise, der Nachweis erfolgt mittels Kernspintomographie (MRT) -Untersuchung. Bei Verdacht auf eine Instabilität (Wirbelgleiten) ist eine Funktionsaufnahme der Wirbelsäule in jeweils maximaler Vor- und Rückbeuge angezeigt. Hierdurch kann die Weite des Kanals in unterschiedlichen Körperpositionen bestimmt werden, wie sie im Alltag auftreten. Dies erfolgt durch Auffüllung des Rückenmarkschlauches (Myelographie) oder durch eine spezielle Kernspintomographie-Aufnahme.



Einengungen des Wirbelkanals durch Umformungen der Bandscheiben, der Wirbelkörper und der kleinen Wirbelgelenke



Therapie

Die konservativen Therapiemöglichkeiten sind bei der Wirbelkanalverengung insgesamt sehr beschränkt, da letztlich hierdurch die Ursache der Beschwerden nicht beseitigt werden kann. Liegt die Ursache für die Wirbelkanalverengung in einer mechanischen Instabilität kann die Muskulatur der Wirbelsäule durch entsprechende Gymnastik stabilisiert und damit die Instabilität und ihre Folgen verbessert werden. Begleitend ist häufig eine bedarfsgerechte Schmerztherapie notwendig, um die gezielte Trainingsarbeit überhaupt erst zu ermöglichen. Neben der Krankengymnastik kommen physikalischen Maßnahmen wie Elektrotherapie, Entspannungsübungen zur Anwendung. Bei fehlendem Therapieerfolg sollte eine fachneurologische und gefäßchirurgische Abklärung erfolgen, um andere Ursachen des belastungsabhängigen Beinschmerzes mit schmerzhaft reduzierter Gehstrecke (Claudicatio) auszuschließen.



Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule mit normal weitem Wirbelkanal (links) und hochgradiger Einengung des Rückenmarkschlauches (rechts)

Operation

Nach Ausschluss anderer Ursachen und anhaltenden Symptomen ist eine chirurgische Erweiterung des Wirbelkanals (Dekompression) zu diskutieren. Bei mechanischer Instabilität in der betroffenen Etage kann neben der alleinigen Erweiterung zusätzlich eine Versteifung der betroffenen Wirbelkörper notwendig sein. Die Versteifung der Etage erfolgt mit Schrauben und Stäben, welche von außen nicht tastbar sind. Die Bandscheiben werden durch kleine Plättchen (Cages) ersetzt, die als Platzhalter wirken. Nach etwa 4 bis 6 Monaten tritt dann eine ausreichende Verknöcherung der versteiften Etage ein. Zu bemerken ist, dass hierbei die bis zu 95% der normalen Belastungsfähigkeit der Wirbelsäule hergestellt werden kann.

Nach der alleinigen Erweiterung des Wirbelkanals ist von einem Krankenhausaufenthalt von 8-10 Tage auszugehen, die im Falle einer zusätzlichen Versteifungsoperation geringfügig länger ist. Postoperativ ist eine krankengymnastische Nachbehandlung angezeigt, die oft auch zur Eingewöhnung von später allein durchzuführenden Übungen genutzt wird.

Zusammenfassung

Die Einengung des Wirbelkanals (Spinale Stenose) ist überwiegend durch degenerative Umformungen der Wirbelsäule gekennzeichnet. Sowohl die konservative wie auch die operative Behandlung auch im höheren Alter weisen gute Resultate auf.

Dr. med. Jochem Schunck
Departmentleiter Endoprothetik
und Wirbelsäulen Chirurgie

Eduardus-Krankenhaus

Custodisstr. 3-17

50679 Köln

Telefon: 0221 8274 -2233

Mail: j.schunck@eduardus.de